



全日病 ニュース

2018.6.1

No.918

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

地域医療構想達成に向け調整会議を活性化

厚労省・地域医療構想WG 県単位の会議やアドバイザー育成など具体案を了承

厚生労働省は5月16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、地域医療構想調整会議の活性化策を提案し、概ね了承された。構想区域(2次医療圏)単位で設置されている調整会議について、都道府県単位でも設置することを推奨するほか、研修会の実施や「地域医療構想アドバイザー」を育成することで、地域の取組みが進むことを期待する。

都道府県単位で認識の共有が必要

調整会議は、将来の医療機能別の病床数の必要量を達成するための方策など、地域医療構想の達成を推進するために、医療関係者や医療保険関係者、学識経験者などが集まって協議を行う場。政府は、今年度に調整会議を年4回開き、地域医療介護総合確保基金も活用しながら、各構想区域で、医療機能ごとに具体的な医療機関名をあげて、機能分化・連携、転換を進めることを方針として定めている。

2017年度末までの調整会議の実施状況を見ると、全341構想区域で1,067回(平均3.1回)、調整会議以外の意見交換会は228回となっている。最も開催回数が多いのは、鹿児島県の始良・伊佐地区の14回だ。また、2017年度病床機能報告で、未報告の医療機関数は455施設(151区域)あり、そのうち未報告医療機関のあり方を議論した構想区域は33区域。非稼働病床のある医療機関は1,158施設(285区域)で、そのうち非稼働病床のあり方を議論した構想

区域は66区域だった。

厚労省は「調整会議の議論が低調との指摘があり、我々もそのように認識している」と述べた上で、調整会議を活性化するための方策を提案した。具体的には、①都道府県単位の調整会議の設置を推奨②都道府県が主催する研修会の開催支援③地元に着した「地域医療構想アドバイザー」の育成を示した。

都道府県単位の調整会議の設置については、都道府県が地域医療構想を推進する上で、認識を共有する機会を定期的に設けることが重要であることが、佐賀県などの事例で明らかになってきたことによる。全日病副会長で織田病院(佐賀県鹿島市)を運営する織田正道委員は、「県単位の調整会議には、各調整会議の代表が集まるため、県全体のコンセンサスを得る場に行うことができる。また、高度急性期の医療は構想区域を越えるので、県全体の話し合いが必要になる」と説明した。

設置を「推奨」としているのは、都道府県で設置することの法的な規定がないため。尾形座長は「何を協議する場であるかを含め、通知で位置づけを明確にすべき」と厚労省に要請した。

厚労省は、都道府県が地域の実情に合った論点提示などを行うには、事務局機能を強化する必要があることを指摘した。これについては、日本医師会の委員が「事務局は都道府県が主体になるのではなく、都道府県医師会が担い、それを都道府県が支援する形にす

べき」と主張した。

都道府県が実施する研修会では、厚労省が担当者を派遣し、厚労省の研修会と同様のプログラムで行うことを推奨する。費用は地域医療介護総合確保基金を利用できる。

「地域医療構想アドバイザー」については、大学や病院団体などの意見を踏まえて、地元の有識者を推薦してもらう形で、厚労省にアドバイザー組織を設置する。地域医療構想や医療計画を理解していることに加え、各種統計や病床機能報告のアセスメントができることが条件になる。費用は地域医療介護総合確保基金を利用できる。

病床報告と病床必要量の比較はおかしい

同日のワーキンググループでは、医療機能の分化・連携を推進する取組みとして、和歌山県と奈良県の事例が報告された。しかし両県の報告では、構想区域内で急性期が過剰で回復期が不足していることを示すために、病床機能報告制度で報告された医療機能別病床数と「2025年の医療機能別の将来の病床数の必要量」を比較していることから、医療提供側の委員から問題点を指摘する意見が相次いだ。

織田委員は、「病床機能報告制度による報告と『将来の病床数の必要量』が単純比較できないのは共通認識はずだ。報告制度は病床単位で、例えば、50床のうち30床が急性期で20床が回復期と判断しても、全体では急性期と報



告するので、50床すべてが急性期とカウントされる。それが病床単位で計算する病床数の必要量とずれが生じるのは明らか」と説明した。

他の委員からも、「急性期の病院に急性期以外の病期の患者がいてもよいことは前提のはず。急性期の病院で急性期の患者だけではないからけしからんというのはいかがなものか」などの意見が出た。

2018年度の病床機能報告の見直しに向け、医療機能に関する定量的な基準を判断する検討も行った。厚労省が、高度急性期・急性期と報告している病棟の中で、急性期と考えられる医療を提供していない病棟数を示した。高度急性期・急性期と報告した2万1,265病棟のうち、「幅広い手術の実施」「がん・脳卒中・心筋梗塞等の治療」「重症患者への対応」「救急医療」「全身管理」の全項目で該当のない病棟は1,076病棟、様式2未提出の1,938病棟を合わせると、3,014病棟(約14%)だった。

定量的な基準については、診療報酬などを用いて、高度急性期・急性期・回復期を区分する埼玉県の実例が同日示されている。今後、定量的な基準の議論をするため、厚労省は今後のワーキンググループで案を示してくると考えられる。

地域医療構想の進捗状況を説明

経済財政諮問会議 117施設で非稼働873床削減

加藤勝信厚生労働大臣は5月21日の経済財政諮問会議に、地域医療構想の進捗状況を報告した。地域医療構想の推進で、2025年の達成を目指す全国の医療機能別の必要病床数に向け、現段階での地域医療構想調整会議での対応を集計した。全国で公立病院・公的病院を中心に、117施設が再編・統合。非稼働病床は873床を削減し、高度急性期・急性期病床は1,512床が回復期病床などに転換する。

安倍晋三首相は、「秋を目途に、全国の対応方針の策定状況の中間報告を求める。先進事例を横展開するなど、今

年度中の対応方針の策定を後押ししてほしい」と加藤厚労相に要請した。

地域医療構想策定ガイドラインに基づく推計だと、2025年の医療機能別の病床数は現状より、高度急性期・急性期で▲21万床、回復期で+22万床、慢性期で▲7万床、非稼働病床は▲7万床と見込まれている。これを目指し政府は、調整会議で医療機関同士の議論が進むことを期待している。

厚労省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」に報告された主な事例では、◇3つの救急病院を1つの救急病院と回復期・慢性期の2つの地

域医療センターに再編・統合(奈良県、南和区域、▲155床)◇民間を含めた3病院の再編・統合で機能分化(茨城県、築西・下妻区域、▲173床)などがある。

それらを集計すると、全国で合意済み施設は民間9病院を含み117施設あり、高度急性期・急性期は▲1512床、回復期は+1493床、慢性期は▲208床、非稼働病床は▲873床となった。

第6回定時総会 開催のご案内

下記日程で第6回定時総会を開催します。

公益社団法人全日本病院協会 会長 猪口雄二

第6回定時総会	目的事項
日時 2018年6月16日(土) 午後1時~午後2時30分(予定)	報告事項 (1)平成29年度事業報告について (2)その他
会場 ホテルグランドパレス3F「白樺」 東京都千代田区飯田橋1-1-1 TEL 03-3264-1111	決議事項 第1号議案 平成29年度決算(案)について 第2号議案 名誉会員について その他

(正会員の皆様に)
総会終了後(午後2時30分目途)に同会場ですべて支部長・副支部長会を開催し、支部から寄せられた質問をもとに討論を行います(当協会正会員の皆様にご参加いただけます)。また、支部長・副支部長会終了後に懇親会を開催します(午後4時目途)。

清話抄

激変する医療マーケットへの対応

国立社会保障人口問題研究所による我が国の将来推計人口は、2015年に比較して2030年には800万人の減少を示している。後期高齢者は700万人増えて約2300万人になる。生産者人口の補

填を海外からの労働力に頼るべきであるが、百万単位で日本の労働市場に流入するとは思えない。高齢者の就業率が増えていき、少子化が改善したとしても、わずか十数年後の話であるから、圧倒的な労働力不足と人口減は避けられない。そして、医療のマーケットは激変する。

患者側は、年金生活による老老介護と、介護を余儀なくされる働き盛りという構図であるから、医療や介護に使う家計のゆとりは減少する。振り返

て20年間の動きを見ても、小児を除き医療への実質負担は増えている。これからは間違いなく、「絶対に必要な医療」に保険制度の適応が限定されてくる。介護においても同様であろう。そのことは患者側・利用者側の厳しい選別が始まることを意味する。

大都市圏における加速度的な高齢化は、地域においてはより深刻となり、どちらにしても当該コミュニティにおけるプライマリ・ケアへの取り組みの力が問われる。さらに当該コミュニ

ティの医療費の適正利用と医療の充実という相矛盾する命題に取り組む必要が出てくる。

幸いにも、本協会の強みは地域との関係性の強さである。今後、診療所も加えたプライマリ・ケアに携わる医療者の力量が上がっていくことは間違いなく、そのことによって高度な病院の役割はきわめて限定的にならざるを得ない。地域との関係性をさらに強化すれば、論理的帰結としてマーケットは私たちの味方である。(丸山 泉)

主張

地域格差と地域マネジメント

総務省が今年4月13日に公表した2017年10月1日時点の人口推計によると、大阪府を含めて40都道府県で人口減少、増加は7都道府県で、ほぼ東京の一極集中だが、「自然増」は沖縄県のみで、東京を含め他は全て「流入増」である。特に生産年齢人口の減少は深刻であり、全国の格差は広がるばかりだ。どの市町村単位でも、東京都の区単位でも、例えば駅周辺と、交通

アクセスの悪い地区では、高齢化と人口の格差が必ず存在しており、この格差によって地域ごとに直面する課題が異なってくるのは当然であろう。

我が国が抱えている人口減少・少子超高齢社会の問題に対して、持続可能な社会保障制度を維持していくためには、全国一律の診療報酬制度で解決しようとしても無理があり、そのために「地域医療構想」、「地域包括ケア」の構

築に向けて、地域単位で取り組みが進行している。

しかし、ここにも大きな格差が存在する。「地域医療構想」については、昨年内閣府からこの2年程度で一定の成果を出すように指示が出されているが、行政の理解度、取り組み度、積極性が様々である。目標である2025年までに調整会議によって各病院の病床機能転換が進む前に、厳しい診療報酬改定により病院自体が経営困難に陥ることが懸念される。

「地域包括ケア」についても大きな地域格差があり、まだまだ完成されたものは少なく試行錯誤の状況であろう。

システム構築には、地域の実情を把握し、課題分析し、共通目標を設定した上で、それを関係者間で共有し、具体的計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し、目標達成に向けた活動を継続する地域マネジメントが必要となる。

この中心を担うのが地域医療を支えている民間病院の役割だと思う。病院の生き残りのために、その前に病院が所在している地域が生き残るためにも、決して自治体任せにするのではなく、地域の医療・介護のマネジメントに民間病院自体が積極的に参画することが求められている。(津留英智)

2020年度以降2年間の医学部定員は維持

厚労省・医師需給分科会

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5月21日、第3次中間取りまとめを大筋で了承した。医学部定員は、現状の臨時増員の期限が切れる2020年度以降2年間は現状どおりとする。2022年度以降の取扱いは、医師偏在対策や医師の働き方改革の影響を見極めるが、将来的には医師が過剰になるという認識に立って、臨時増員の減員に向け議論する方向になった。

しかし全日病副会長の神野正博委員は、「全体では将来的に過剰になるとしても、一定の強制力で医師の適正配置をしなければ、地域の医師不足は解消されず、医師は足りないままだ。臓器別専門医と総合診療医の配置についても検討する必要がある」と訴えた。

2016年の医師数は、医師・歯科医師・薬剤師調査によると31万9,480人。医

2022年度以降は減員を検討

師不足対策として政府は、2008年から段階的に医学部定員は暫定的な増員を行ってきた。2018年には過去最大級の9,419人に達している。

第3次中間取りまとめに当たって需給推計を行った。前回(2016年6月の第1次中間取りまとめ)の推計方法を基本としつつ、より精緻な前提を設けた。供給推計では、最新データを用いて属性別の医師の仕事を詳細に把握。需要推計では、労働時間の制限を①週55時間②週60時間③週80時間に分け、他の業種へのタスクシフティングやAI・ICT・IoTの活用効果も反映させた。

その結果、①では2033年頃に約36万人で医師需給が均衡(2040年に約2.5万人過剰)、②では2028年頃に均衡(同約3.5万人過剰)、③では2018年に均衡(同約5.2万人過剰)することがわかっ

た。2022年度以降の医学部定員の取扱いが課題だが、②の2028年は2022年度入学の学生の多くが医師になる年に当たる。

これらの結果を踏まえ、第3次中間取りまとめは、「2022年度以降の医師養成数は、将来的な医学部定員の減員に向けた議論としていく必要がある」と結論付けた。ただし「マクロの医師需給が均衡することは、必ずしも地域や診療科といったミクロの領域での均衡を意味しない」と明記した。

現状は、医師偏在対策を盛り込んだ医療法等改正案が国会で審議されている状況で、その効果はわからない。医師の働き方改革の対応も決まっていない。今回、2年間の暫定的な方針だけが決まったのはそのためだが、同日の



議論では、大きな制度変更を伴う医師の適正配置をしないと医師偏在は解決しないと意見が相次いだ。

第3次中間取りまとめでは、2022年度以降の医学部定員を議論するに当たり、「全国レベルのマクロの医師需給推計だけでなく、ミクロの領域における医師偏在対策や、将来の都道府県ごとの医師需給、診療科ごとの医師の必要数、長時間労働を行う医師の人数・割合の変化等についても適切に勘案する」と明記。定期的な検討が必要であることを強調した。

DPC評価分科会を入院医療等分科会に統合

中医協総会

データの活用などで一体的に議論

中医協総会(田辺国昭会長)は5月23日、診療報酬調査専門組織の再編・統合案を了承した。DPC評価分科会を入院医療等の調査・評価分科会に統合するとともに、入院医療等分科会に「DPC制度」と「診療情報・指標等」の2つのワーキンググループ(WG)を設ける。両者に関連する検討事項が増えたため、一体的に議論する必要が出てきたことに対応する。

両分科会は、中医協の総会あるいは診療報酬基本問題小委員会に対し、診療報酬改定を議論する上で技術的事項に関し専門的な見地から検討し、報告する役割を担ってきた。意思決定機関は総会であり、あくまで意見陳述する役割の位置付けである。しかし両分科会はこれまで診療報酬改定の議論で、改定の方向性を左右する重要な報告を行ってきた。同日の総会でも、分科会がどこまで方向性を示すかで議論があった。

入院医療等の調査・評価分科会は急性期から回復期、慢性期までの入院医療を取扱う。2018年度診療報酬改定では、新たに導入した「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」をめぐる濃密な議論を行った。DPC評価分科会はDPC制度全般を取扱い、2018年度改定ではDPC評価分科会の報告内容がほぼそのまま総会の結論になっている。

2018年度改定では、「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」をDPCデータで測定することやDPCデータ提出を要件化する病棟の拡大、短期滞手術等基本料とDPC制度の関係、後発医薬品使用

の評価など両分科会に関連する事項が多かった。厚生労働省はこれを踏まえ、今後は一体的な議論が必要とし、両者の統合を提案し、了承された。分科会の構成員は、入院医療等分科会の構成員を基本に再編するとした。

再編した入院医療等分科会には2つのWGを置く。DPCのWGと診療情報・指標等のWGだ。特に、後者は、DPCデータにより入院患者の医療必要度を測定するための検討を行うと想定される。WGでは「特に調査研究に関わる事項の作業を行う」。入院医療等の調査研究に関わる専門家(臨床、研究、社会、経済等)を構成員とし、現在の分科会を中心に専門家を選ぶ考えだ。

全日病会長の猪口雄二委員は、「WGは専門家だけの議論になるのか。また、救急医療の評価は分科会のテーマになるのか」と質問。迫井正深医療課長は、「WGは極めて技術的・専門的な事項を取扱う。議論はすべて分科会に報告する。救急医療の評価について、予断は持っていないが、まずは総会が何を分科会で議論するかの前さばきをする必要があると思う」と述べた。

なお、現時点で全日病からは、神野正博副会長が入院医療等分科会、美原盤副会長がDPC評価分科会の構成員となっている。

2018年度改定結果検証調査案を了承

同日の総会では、2018年度診療報酬改定結果検証の特別調査案を了承した。特別調査は2018年度改定の結果を検証

し、2020年度改定につなげるのが目的で、調査事項は2018年度改定答申の附帯意見に沿ったものになっている。2018年度調査と2019年度調査がある。2018年度調査は今年10～12月に実施し来年1月頃に公表。2019年度調査は来年7～9月に実施し10～11月に順次公表する予定だ。改定項目によって検証できる時期が異なるため、2回に分けて調査する。

2018年度調査は4項目。①かかりつけ機能の外來医療に係る実施状況(その1)②在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況③医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況(その1)④後発医薬品の使用促進策の影響および実施状況調査一となっている。

猪口委員は、①で「200床以上の病院における紹介状なしの大病院受診時の定額負担の徴収状況や外來機能分化の取組み」が調査事項になっていることについて、「200床以上でも一般病床、療養病床、精神病床で違いがあるので、種別に調査してほしい」と要望した。

調査の留意点としては、引き続き回答率の向上を目指し、NDBデータの積極的な活用や質問項目の簡素化を進める。全日病を含む関係団体に調査への協力を会員にアナウンスするなどの対応を求める。

在宅自己注射の運用見直し

また、「在宅自己注射指導管理料」の



対象薬剤の運用基準を修正した。現状で、頻回投与が必要な注射や、発作時に緊急投与が必要な注射は、医師の医学管理の下で、在宅で患者が自己注射することが認められ、「在宅自己注射指導管理料」の対象となっている。対象薬剤の追加は運用基準に基づき行われる。

一方、最近は運用基準に適合しない薬剤が出てきており、改めて整理が必要になった。新たな分類として、「新たな効能・効果を有する製剤、既存治療で効果が不十分な場合に用いる生物学的製剤等」を設け、現行の運用基準を基本に、「より多角的な視点による検討を求めること」を追加する。

学会などからの要望は、患者の利便性が中心であることが多いため、診療上の必要性の検討を十分に行うため、追加の要望があるものについて、厳格な規定を設けるなどの対応を行う。後発品は自動的に追加されるが、バイオ後続品については、分子構造などが異なるため、個別に中医協総会で審議する。対象薬剤全体を診療報酬改定のタイミングで再評価するなどの見直しを行う。運用基準の修正は同日から適用された。

診療報酬改定シリーズ 2018年度改定への対応①

2018年度診療報酬改定が意味するもの、今後の方向性について

医療保険・診療報酬委員会 委員長 津留英智

2018年度診療報酬・介護報酬同時改定をむかえ、同時に第7次医療計画、第3期介護保険事業計画、第3期医療費適正化計画、その他新専門医制度の開始、医師の働き方改革、地域医療構想の推進など、様々な医療制度の変革に対して、各会員病院ではその対応に日々追われているものと思う。今回、全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会では、9回シリーズで今回の改定について、①改定の意図をどう受け止めるのか、②経営的なメリットをどう考えるのか、③算定要件を満たすための課題、④算定に当たり留意すべき事項等を踏まえ、各回ある程度テーマを絞った内容で連載を行う(各回のテーマは右表を参照)。

2018年度改定を取り巻く環境

我が国の医療・介護が抱える基本的な問題として、(1)社会保障費(医療介護財源)の問題、および(2)人口減少、少子高齢「多死」社会の到来、高齢者人口増加の都道府県偏在の問題があり、それに対応して現在推進されている地域医療構想、地域包括ケアを後押しする形で、今回の医療・介護のダブル改定を迎えた。

診療報酬本体は+0.55%(前回2016年改定+0.49%)だったが、薬価の▲1.65%、材料価格▲0.99%込みで、全体改定率▲1.19%となり(前回2016年改定▲0.84%)、より厳しい改定となった。2018年度診療報酬改定の概要(図)として、I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携、II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実、III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進、IV 効率化・適正化を通じた制度の安定化・持続可能性の強化の4つの内容が示され、これらを基本として、今回の診療報酬改定が構築されている。

次期改定に向けた課題

今回も平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見が提示され、次回改定まで引き続き検討することになっている。特に入院基本料については、入院医療機能により適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方の見直しが行われる予定だ。今回の改定の大

きなポイントである、入院基本料の詳細については、次回以降のシリーズ連載に委ねるとして、今後、医療資源投入量と医療ニーズのデータをさらに解析し、入院基本料評価体系(特に急性期入院基本料)が見直しされ、場合によっては、高度急性期病院は、看護必要度に代わるDPCデータによる医療ニーズ評価のハードルがさらに上がり、それ以外の地域包括ケアを支える急性期病院群との棲み分けがなされることも予想される。

また、今回導入された「かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価」、「介護医療院の創設」等が、地域包括ケアの構築にどのような影響を及ぼすのか、引き続き注視が必要だ。「医療従事者の負担軽減、働き方改革」についても評価の在り方を検討となっており、医療現場での混乱を出来るだけ避ける努力をしつつも、医療界全体の問題として働き方改革への取組みが求められている。

消費税による財源確保は実現するか

次期改定に向けてのポイントとして、

●連載のテーマ

第1回	2018年度改定が意味するもの、今後の方向性について
第2回	急性期一般入院基本料について
第3回	地域一般入院基本料(地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料)
第4回	長期療養(療養病床入院基本料、介護医療院)
第5回	DPC
第6回	外来機能(入退院支援)、在宅医療、訪問看護、人生の最終段階における医療の決定プロセス
第7回	在宅復帰率とその他施設との連携
第8回	医療・介護の連携とリハビリテーション
第9回	ICTの活用(生産性向上、効率化、オンライン診療等) 医療従事者の負担軽減

消費税増税による社会保障費(医療費)財源の確保が本当に実現するのか、控除対象外消費税問題をどう解決しているのか、また地域医療構想において、公立・公的医療機関の空床・非稼働病床を明らかにし、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しを図ることができるのか、これらの見通しはまだ明らかとは言えない。

2015年時点で公立病院数893(地方公営企業病院と地方独立行政法人の

計)の経常損益が542億円の赤字(これは補助金約6千億円繰入後)、これに加え別途設備投資補助金を約1,800億円受けている実態があり、これを国(総務省)や各都道府県がどの程度本気を示し実効性をもって改革を推進することが出来るのかが問われている。

重要課題は山積しており、これらの問題は限られた財源の中で、今後の診療報酬改定に少なからず影響を与えるものとなる。

平成30年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

医科

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤

1. 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

医科

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

歯科

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

調剤

1. 薬局における対人業務の評価の充実

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 費用対効果の評価
3. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

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

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

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 東京都千代田区猿樂町2-8-8
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿樂町ビル7F TEL. 03-5283-8066

2040年の医療・介護費用は92.5～94.3兆円に

社会保障の将来見通し

政府は5月21日の経済財政諮問会議に、高齢者人口がピークを迎える2040年までの社会保障費の推計値を示した。地域医療構想や医療費適正化計画の取組みを前提とする「計画ベース」の見通しによると、2040年度の医療・介護給付費は、92.5～94.3兆円になると推計。2018年度の49.9兆円に比べ、1.8倍以上に膨らむ見通しだ。対GDP比は、2018年度の8.8%から、11.7～11.9%に上昇する(図)。年金や子ども・子育て費用などを含めた社会保障費全体では188.2～190.0兆円となる。

これまで政府は、団塊の世代がすべて75歳以上になる2025年までの推計値を示していたが、2040年までを推計するのは今回が初めて。社会保障・税一体改革の先を見据えた議論を行うための素材と位置づけている。

推計は、将来推計人口を踏まえるとともに、給付費と経済の見通しで一定の前提を置いて行った。医療・介護サービスについては、提供体制の改革や適正化の取組みを反映した「計画ベース」と、現在の年齢別受療率・利用率を基に機械的に計算した「現状投影」の2通りの見通しを作成した。なお、医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定した。経済の前提は、低い成長率を前提とする「ベースラインケース」と「成長実現ケース」の2つの

就業者数もシミュレーション

ケースで試算した。

計画ベース・経済ベースラインケースで、2040年度の医療・介護給付費を推計すると、92.5～94.3兆円となる見通し。幅が生じるのは、医療の単価の伸び率の違いによるもので、医療は66.7～68.5兆円。介護は、25.8兆円と推計している。

計画ベースと現状投影を比較すると、医療では2040年度で1.6兆円が適正化されると見込んだ。一方、介護費用は、地域医療介護総合確保基金によりサービス基盤の充実を図ることなどで計画ベースの方が1.2兆円増える。医療・介護を合わせると0.3～0.4兆円の適正化となる。

社会保障給付費全体では、年金の73.2兆円(対GDP比9.3%)、子ども・子育ての13.1兆円(同1.7%)などが加わり、188.2～190.0兆円となる。対GDP比は23.8～24.0%。

生産性向上で就業者が▲130万人

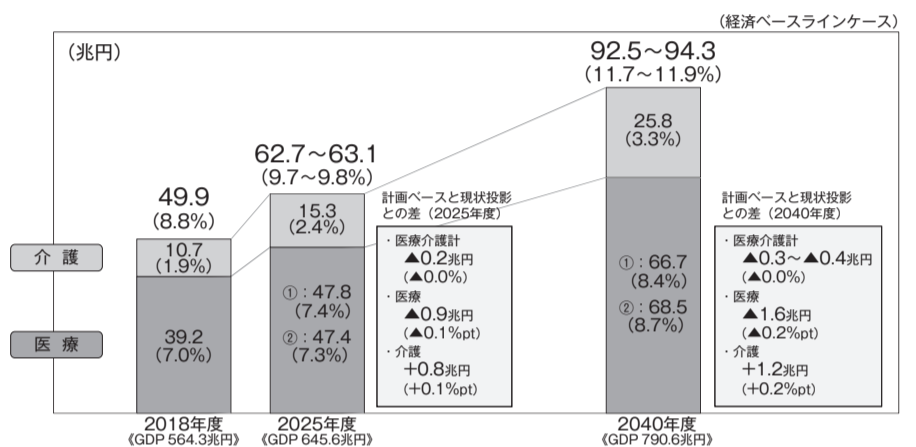
政府は今回、2040年の医療福祉分野の就業者数の見込みも推計した。「計画ベース」で推計すると、2018年度の823万人から、2040年度には1,065～1,068万人と大きく増加する。就業者全体に占める割合は、2018年度の8.3%から18.8～18.9%となる。

これに対し、①医療・介護需要が一

定程度低下した場合②医療・介護等の生産性が向上した場合の就業者数の減少分を示した。生産年齢人口の減少による人材不足が懸念される中で、サービス需要そのものの減少やICTなどの活用で生産性を向上させれば、就業者数を減らすことができるとした。

医療・介護需要が一定程度低下した場合は、高齢期の入院・外来の受療率が2.5歳分、より高齢に移行すると想定した。平均寿命の伸びや過去10年の受療率の低下を踏まえた。介護も同様に、要介護認定率が1歳分後ろにずれると見込んだ。その結果、医療福祉分野の就業者数は▲81万人(就業者数に占める割合▲1.4%)になる。

医療・介護給付費の見通し(計画ベース)



医療法等改正案を参議院で可決、共産党は反対

国会審議 12項目の附帯決議を付す

医師偏在対策などを盛り込んだ医療法および医師法改正案が5月18日の参議院本会議で、賛成219票、反対14票の賛成多数で原案どおり可決し、衆議院に送付された。17日の参院厚生労働委員会では、共産党を除く賛成多数で可決し、附帯決議を付した(写真)。

医療法等改正法案は、医師偏在の解消に向け、①医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設②医師確保計画策定など都道府県の医師確保対策③医師養成過程を通じた医師確保対策などを内容とするもの。医療機関

の開設・増床に関して、都道府県知事の新たな権限も設ける。

審議では、武田俊彦医政局長が、医師少数区域や医師多数区域を判断するための医師偏在指標は、「地域ごとに医療ニーズ、人口構成、患者の流入出などの要素を踏まえる」と説明したほか、医師少数区域で勤務した医師を評価する制度では、「地域医療支援病院のうち、医師派遣機能を持つ病院を対象とする方向で検討する」と答弁した。

附帯決議では、12項目を示し、法律を施行する上での対応を求めた。

具体的には、◇医師少数区域等で勤務した医師への認定制度の創設では、医師を派遣する病院に対する効果的な経済的インセンティブの付与を検討すること◇医師偏在指標を定めるに当たっては、地域住民の年齢構成の推移、患者の流入出の状況、昼夜人口の変化など客観的なデータを用いて検討すること◇医師偏在対策は大学医学部における医師養成段階から実施すべきものであることから、厚生労働省と文部科学省が連携すること一などを求めた。また、15日の厚生労働委員会では、



は参考人質疑を行った。今村聡・日本医師会副会長、松田晋哉・産業医科大学医学部教授、立谷清秀・相馬市長(全国市長会副会長)、植山直人・全国医師ユニオン代表の4名が招かれた。改正案に明確に反対する意見はなかったが、今回の対応で医師偏在問題が解消するという意見もなかった。

医療・介護データの連結解析に向けて検討に着手

厚労省・医療介護データ解析基盤に関する有識者会議

厚生労働省の「医療・介護データの解析基盤に関する有識者会議」は5月16日、初会合を開催した。レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)および介護保険総合データベース(介護DB)の連結解析とともに、他の公的データベースとの関係について議論する。7月に中間とりまとめを行い、秋ごろに報告書をまとめて社会保障審議会の医療保険部会と介護保険部会に報告する予定だ。座長には遠藤久夫・国立社会保障・人口問題研究所所長を選出した。

初会合では、厚労省がNDBデータと介護DBの概要を説明した。

NDBデータは、日本全国のレセプトデータ、特定健診等データを収集しデータベース化したもので、現在約9年分を格納している。

2017年3月末現在で、レセプトデータは約148億1,000万件(2009年4月～2017年12月診療分)、特定健診・保健指導データ約2億2,600万件(2008年度

～2016年度実施分)を収載している。

介護DBは、介護レセプトデータと要介護認定データを保有する。介護レセプトデータは約5.2億件(2012年4月～2015年10月サービス提供分)、要介護認定データは約4,058万件(2009年4月～2016年5月分)である。

NDBと介護DBの特質を説明

NDBおよび介護DBの特質として、①社会保険制度を基盤とした悉皆的なデータベース②レセプト情報の二次利用による匿名データベース③関係者の理解・協力をベースとしたデータベースの3点を説明した。

①社会保険制度を基盤とした悉皆的なデータベースの特質として、◇項目が標準化され、保険者を問わずカバーできる◇全国ベース、地域・保険者ベースの双方に対応できる◇サービスの利用分析のみならず、提供体制や保健医療・福祉分野等の学術的な分析でも有用性が期待できる一をあげた。

②二次利用による匿名データベースとは、本来レセプトは診療報酬・介護報酬の請求・支払に必要な内容として設定されているが、匿名化することにより公益目的で二次利用に役立てようというもの。

③関係者の理解・協力をベースとしたデータベースとは、利用目的・利用形態について公益性・納得性が確保され、医療・介護情報が生み出される現場や関係者の理解を得られることが必要であることを確認している。

諮問会議がデータの活用求める

NDBと介護DBに対しては、経済財政諮問会議等が、◇医療と介護のレセプトデータを全国的に連結するとともに、◇健康・医療・介護のビッグデータを構築し、医療機関や保険者、研究者、民間等が活用できるようにすることを求めている。

こうした要請に対して厚労省は、NDBと介護DBは個々に収集、管理、



分析が行われていることを踏まえ、第三者提供の枠組みを整理する必要があるとの認識を示している。

その上で、厚労省は7月の中間とりまとめまでの検討テーマとして、①個人情報保護法制等との関係②データの収集・利用目的、対象範囲③第三者提供④実施体制⑤費用負担⑥技術面の課題(セキュリティの確保を含む)一をあげた。

日本医師会の委員は、「NDBと介護DBを突合すると、個人情報のリスクが高まることは間違いなし。試行運用で問題点を抽出した上で、一般的な利活用をお願いしたい」と述べた。

保険者団体の代表は、「医療と介護のデータを結びつけるメリットがわかりにくい。研究者や医療関係者は理解していると思うが、国民に見えにくい。どういったメリットが期待できるかを明らかにしてほしい」と要望した。

医療広告ガイドラインでウェブサイト規制

具体的な禁止事項を示し適切な情報提供促す

厚生労働省は5月8日、医療広告ガイドライン(医業もしくは歯科医業または病院もしくは診療所に関する広告等に関する指針)を公表した。昨年の通常国会で成立した医療法改正の省令・告示改正に伴うもので、過度な規制とならないよう配慮しつつ、美容医療などへの苦情を背景に、規制を強化するガイドラインになっている。以下でそのポイントを紹介する。広告規制の見直しは6月1日に施行された。

(広告規制の趣旨)

医療機関の広告は医療法などで制限してきたが、ウェブサイトは規制対象とせず、ガイドラインにより関係団体などの自主的な取組みを促してきた。しかし美容医療に関する相談件数が増加し、消費者庁から法的規制が必要との建議がなされた。2017年の通常国会で成立した医療法等一部改正で、医療機関のウェブサイトも他の広告媒体と同様に規制の対象とし、虚偽・誇大の表示を禁止し、是正命令や罰則等の対象とした。

その際、広告可能事項を限定すると、詳細な診療内容など患者の求める情報提供が妨げられることから、一定の条件のもとに広告可能事項の限定を解除することにした。

医療機関の広告に対しては、①医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、不当な広告により受け手側が誘引され、不適当なサービスを受けた場合の被害は、他の分野に比べて著しい②医療は極めて専門性の高いサービスで、広告の受け手はその文言から提供される実際のサービスの質を事前に判断することが非常に困難—との基本的

な考え方がある。限定的に認める事項以外は、原則広告は禁止される。

虚偽の広告は、罰則付きで禁止となる。虚偽とは言えなくても、①比較優良広告②誇大広告③公序良俗に反する内容の広告④患者その他の者の主観または伝聞に基づく、治療等の内容または効果に関する体験談の広告⑤治療等の内容または効果について、患者等を誤認させる恐れがある治療等の前または後の写真等の広告—は禁止となる。

(広告規制の対象範囲)

広告は、患者の受診などの「誘引性」と医療機関の「特定性」があるものと定義される。例えば、新聞記事は特定の医療機関を推薦する場合でも、「誘引性」があるとはされない。ただし医療機関のウェブサイトに掲載する体験談は広告に該当する。

(禁止される広告の具体例)

○虚偽広告

・「絶対安全な手術です！」
→絶対安全な手術等は、医学上あり得ないので、虚偽広告として取り扱う。
・加工・修正した術前術後の写真等の掲載
→あたかも効果があるように見せるため加工・修正した術前術後の写真等は虚偽広告として取り扱う。

○比較優良広告
・膀胱がんの手術では日本有数の実績
・「芸能プロダクションと提携しています」
→他の医療機関と比較して優良である旨を広告することは、事実であっても著しく誤認を与える恐れがあるため禁止される。ただし最上級を意味する表

現を除き、合理的な根拠があれば、客観的な事実の記載を妨げるものではない。著名人との関連性の強調は、患者を不当に誘引する恐れがあるとされる。

○誇大広告

・「知事の許可を取得した病院です」
→病院が都道府県知事の許可を受け開設するのは当然のことで、それを強調して特別な許可を得た病院であるとの誤認を与える場合は、誇大広告である。
・「○○手術は効果が高く、おすすめです」
→科学的な根拠が乏しい情報であるにもかかわらず有効性を強調するのは、誇大広告である。

○患者の主観に基づく体験談

体験談は個々の患者の状態で異なるもので、誤認を与える恐れがあり、医療広告として認められない。なお、個人が運営するウェブサイト、SNSの個人のページ、第三者が運営する口コミサイトの体験談の掲載は、医療機関が広告料など費用負担に便宜を図って掲載しているなどによる誘引性が認められない場合は、広告に該当しない。

○品位を損ねる内容の広告

・「今なら○○○円でキャンペーン実施中！」
・「無料相談された方全員に○○○をプレゼント！」
→医療に関する広告は、患者などが広告内容を適切に理解し、治療等の選択に資するよう客観的で正確な情報の伝達に務めなければならないことから、医療と直接関係ない情報を強調することは、広告として適切ではない。

(広告可能事項の限定解除の要件等)

医療法により広告可能とされた事項

以外は広告してはならない。しかし患者が自ら求めて入手する情報については、適切な情報提供が円滑に行われる必要があるとの観点から、一定の要件で広告可能事項の限定を解除し、他の事項を広告することができる。具体的には、ウェブサイト等が対象となる。

(広告可能な事項)

以下は原則として広告可能である。
▽診療科名▽住所等▽診療時間▽臨床研修病院など制度による指定▽地域医療連携推進法人への参加▽入院設備や人員配置▽医療従事者の略歴等▽医療安全や個人情報保護の措置▽紹介医療機関や共同利用設備▽療養計画書など提供する情報▽手術・検査など医療の内容▽手術件数など▽健診や予防接種などサービス提供—など。

(相談・指導など)

虚偽・誇大広告により、患者などが適切な医療の受診機会を喪失したり、不適切な医療を受けまいよう都道府県の担当係を決め、相談窓口を明確にする。具体的な窓口としては、医療安全支援センターや保健所の医療法担当部署等が想定される。適切な苦情相談体制を確保し、当該苦情相談が窓口の連絡先については、自治体のウェブサイトや広報誌などを通じて、住民に周知する。

広告違反の指導・処分に際して、都道府県には、個別事例に応じた柔軟な対応を求める。広告違反疑い事例に対しては、都道府県が広告の中止や是正を指導・命令することができる。行政指導の際に、任意調査を行うが、従わない場合は立入り調査ができる。悪質な場合は広告の中止を命令できる。

虚偽広告である場合や命令に従わない場合は、刑事告発し罰則を課すことができるほか、行政処分として開設許可の取消しを検討することになる。

全日本病院協会 S-QUE研究会共同開発

看護師特定行為研修『全日病SQUE eラーニング』

公益社団法人全日本病院協会は一般社団法人S-QUE研究会との共同開発により、看護師特定行為のeラーニング(全日病SQUE eラーニング)の提供を開始しております。指定研修機関が準備しなければならない**共通科目(315時間)の講義、演習・実習、修了試験までのすべてをeラーニング**で用意しています。

2018年度から共通科目に続いて区分別科目のeラーニングも提供開始!

各分野第一線で活躍する講師陣による研修プログラムを**看護師満足度No.1**のeラーニングシステムでご利用ください。

現在認定されている**69**の指定研修機関のうち**40**の指定研修機関が**全日病SQUE eラーニング**を採用しています(2018年5月)。



指定研修機関になりませんか?

「特定行為のできる看護師」を教育できる指定研修機関になれば、手順書によって医師の判断を待たずに患者さんにタイムリーに対応できる看護師を育成できるようになります。大学病院、大病院だけでなく100床規模の病院も指定研修機関に認定されています。指定研修機関になるための十分な助成金も用意されておりますので、サポートセンターまでお気軽にお問合せください。

看護師特定行為研修申請サポート

☎0120-128-774 受付時間 10:00~17:00(月~金)

シリーズ●ICT利活用の取組み——その①

治し支える医療でICTが人をつなげる

社会医療法人祐愛会 織田病院

人口減少・高齢化が進む中で、限られた医療資源をいかに活用して地域包括ケアを実現するか。その答えの一つがICTの活用である。ICT利活用シリーズ第一弾は、佐賀県の織田病院。織田正道理事長(全日病副会長)に、織田病院のICT利活用の取組みを聞いた。「治し支える医療」の実現に向け、入院時から退院を支援する多職種協働フラット型チーム医療や、退院後の患者を支援するMBC(メディカル・ベース・キャンプ)などが活躍し、ICTが一定の役割を果たしている。

織田病院の待合室に入ると、金曜日の午前中にもかかわらず、外来患者が少ないことに気づいた。子ども連れの若い女性や高齢者がゆったりと椅子に腰を降ろしている。職員に尋ねると、通常よりも多い方だという。

背景には、ICTを活用しながら、環境の変化に合わせ、効率化と医療の質向上を両立させる取組みがある。

「昔は1日600人以上の外来がありました。ただ通院するのが大変な高齢者が増えて、地域のかかりつけ医への逆紹介を増やしました。代わりに、何かあったときの救急は我々が必ず引き受けます。その結果、外来は1日300人程に減り、代わりに紹介は月300人以上になりました。織田病院で対応が難しい患者は佐賀大学医学部附属病院に搬送しています」(織田理事長)。

織田病院は佐賀県鹿島市にある。24時間365日の救急医療を担う地域密着型の急性期病院だ。病床数は111床で、DPC対象病院としては、最も小さい規模に属するが、年間の新規入院患者数は3千人を超える。2017年度の新規入院患者数は3,185人で、平均在院日数は12.1日。病床稼働率は99.8%で常に満床状態だ。診療報酬の急性期一般入院基本料で用いる「重症度、医療・看護必要度I」の該当患者割合は、33.4%(直近3カ月平均)で「入院料1」の30%の基準値を超えている。

病床をフル回転させて、医療資源を最大限有効に活用し収益を上げれば、それをICTを始めとしたシステム構築や手厚い人人体制など、医療の質を上げるために投資することできる。在院日数を短縮し、病床の回転率を上げることがその前提になるが、様々な理由で、退院が難しい高齢患者の割合が増えている。効率化だけを優先させれば、患者に不利益が生じかねない。

織田病院は、この問題を解決するため、20年近く、ICTを活用する取組みを続けてきた。それは、①安心して在宅へ返すための院内の仕組み②退院後もケアの継続を図る仕組み③地域とともに支える仕組み——に整理できる。

多職種協働フラット型チーム医療

院内の仕組みづくりでは、「多職種協働フラット型チーム医療」を目指し

た。チーム医療は今日では当たり前だが、医師を頂点とするピラミッド型の組織では、多職種の専門性をうまく活用できないと織田理事長は指摘する。10年ほど前までは、入院時からの退院支援を行う上で、異なる職種間を調整する「リエゾンナース」の配置や地域連携室が功を奏し、円滑な運用ができていた。

しかし患者の年齢層が上がり、85歳以上が増えると、一人ひとりにより多くの労力を使うようになり、連携に齟齬が出てきた。「多職種協働フラット型チーム医療」は、その解決策として生まれた。具体的には、各病棟のスタッフステーションに多職種が一堂に会し、患者情報をモニター機器で確認しながら、常に多職種で情報を共有し、情報交換をする体制を作り上げた。

織田理事長は、「みんなが常にカンファランスを行っているようなもの」と説明する。スタッフステーションでは、カラフルな服装の職員が動き回る。赤は管理栄養士、黄緑は薬剤師、ピンクは看護師、紺は理学療法士といった具合だ。「多職種協働フラット型チーム医療」が機能し、専門性が発揮されるようになると、より専門性を持った職員を育成できるようになった。

ステーションのあちこちには、大小様々なモニターがあり、リアルタイムで患者情報を示している。時々画面が点滅するのは、注意を向けるべき事態を職員に知らせる合図だった。モニターに表示される患者情報は、職員が持つタブレットの画面と同じもの。入退院支援に関する患者情報を電子カルテから抜き出し、総合管理システムでデータベース化したものを各端末で閲覧できるようにしている。

MBCを司令塔に患者情報を共有

退院後のケアの継続を図る仕組みでは、院内のMBC(メディカル・ベース・キャンプ)と院外で患者情報を共有する仕組みが活躍する。織田病院は平均在院日数が短く、患者・家族から「もう少し長く入院させたい」という声や、かかりつけ医から「こんなに早く(家に)戻すのか」といった声もあった。このため、退院後2週間は病院が在宅で患者をケアすることにした。かかり

つけ医に引き継ぐ際に、1~2週間は空白が生まれ、その間に急激にADLが低下してしまう恐れがあるからだ。

2週間、退院患者を見守り、必要に応じて訪問看護や往診を行う。その指令塔役を果たしているのがMBCだ。透明なガラスで通路と仕切られたMBCには、元は別の場所にいた訪問看護師や介護の職員も常駐している。部屋の正面には巨大なモニターのグーグル地図。織田病院の半径2キロメートルの範囲で患者宅やケアの提供状況が表示されている。画面は5分ごとに更新され、訪問看護などの車両の所在地が分かる。

「病棟が近隣地域まで広がったイメージ」と神代修・連携センター課長は説明する。「病室でナースコールがあればすぐ駆けつけるのと同じように、院外でもあっても、MBCで患者の状況を把握し、必要があれば、一番近くにいる車両などに連絡し、駆けつけてもらいます」。小規模だが、消防署やタクシーと類似のシステムといえる。

織田理事長は「半径2キロメートルに人口が密集し、どの家に行くのも5分程度」という地域の特殊性も指摘した。それより遠くの患者は、同法人が運営し、介護老人保健施設やグループホームなど様々な施設が集まる「ゆうあいビレッジ」などで一定期間を過ごす。

患者情報の共有化では、情報を電子カルテから抜き出し、一元化したデータベースをクラウド化し、それを各端末の画面に転送する形で閲覧できるようにしている。クラウド化により、各端末にデータは保存されず、そこからの情報漏えいは生じないため、セキュリティは高い。織田病院では現在、電子カルテそのものをクラウド化し、保健・医療・介護の患者情報を一元化・共有化する試みを進めている。

ただ織田理事長は、「クラウド化により、一定のセキュリティは確保しています。でも悪意のある情報漏えいは防げません。顔の見える関係の中での活用にとどめるべきです」と強調した。

IoT・AIで在宅見守りシステム

自宅に戻った患者に対しては、IoT・AIを使った在宅見守りシステムがある。患者の状態を把握し、緊急事態に素早い対応を可能にするため、タブレットで声がけし、スマートウォッチでバイタル情報を収集し、カメラで転倒などの異常を察知する。医師や看護師がタブレットで特定の患者を選択すれば、患者宅でタブレットが自動で起動するため、「院内の病室見回りのように、遠隔からいつでも声をかけることができる」(織田理事長)。

ただタブレットなどの機器に拒否感を示す患者もいる。タブレットはスマートフォンより画面は大きい、高齢者にとっては、「誰が話しているのかわからない」といった不満もあった。このため苦手意識を示す患者には、液晶テレビで代替することにした。特に、高齢者はテレビの前にいることが多く、なじみがあることから、好評を得た。

このような在宅見守りシステムの運



MBCの風景(左側に近隣マップがある)

用で、高齢者にアクシデントが起きた場合には、MBCのアラートが鳴る。地図に表示されている状況から、近くを走っている車両に訪問を頼むことができる。さらに、患者が使う内服管理表が不規則になると、病院に連絡が届く、AIカメラによる内服管理の取組みなども実用段階にある。

これらのIoT・AI機器は無料で貸し出される。退院2週間以降も使用を希望する場合は、実費について相談するという。病院の負担について、「多くの人が想像するほど高くはありません。もちろんICT機器だけでは赤字になりますが、病院の収入全体で吸収できています」と織田理事長は話した。

85歳以上の急増が大きく影響

ICTの活用を含めたこれらの取組みは、時代の変化により、「治す医療」から「治し支える医療」への転換が求められている中で、患者が住みなれた地域で自分らしく最期を迎えられる仕組



織田正道理事長

みづくりを考えた結果である。特に、111床の病床をフル回転させる効率的な医療経営を目指したときに、「安心して在宅に戻れる体制」を整えることが必要になったという。ICTはそれを実現するのに大きな役割を果たした。

織田病院のある佐賀県鹿島市は、公立・公的病院がないので、競合する急性期病院は少なく、医療機能ごとの役割分担が比較的うまく機能している。その中で、高齢化が急速に進む。織田理事長は、特に85歳以上人口増の影響を強調する。85歳以上になると、要介護・認知症になるリスクが高くなる。回復にも時間を要するため、簡単には在宅に戻せない。

患者像の変化に対して、地域包括ケアを機能させるため、織田病院はICTを積極的に活用している。織田病院の先進的な取組みは、同じ課題を抱える多くの病院の参考となりそうだ。



見守りシステムのIoT・AI機器



多職種が協働するスタッフステーション

高齢者の医薬品適正使用指針(詳細編)のコンセプトを協議

厚労省・高齢者医薬品適正使用検討会

療養環境別に3編で構成

厚生労働省の高齢者医薬品適正使用検討会(印南一路座長)は5月7日、高齢者医薬品適正使用指針の総論編に続き作成する詳細編のコンセプトをめぐり意見交換した。療養環境別に3編で構成し20ページ程度で作成する考えで、2018年度中にまとめる予定だ。

高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成ワーキンググループ(秋下雅弘主査)が4月19日にまとめたコンセプト案をもとに協議した。

高齢者医薬品適正使用指針の詳細編は、総論編の追補として位置づけられる。療養環境別の特徴を踏まえた薬剤投与の留意点を記載する。また、国民

の啓発のための資料も作成する。療養環境別の分類と取り上げる内容は、次の通り。

追補1「外来・在宅医療」

入退院・入退所時の情報の引継ぎ、外来・在宅医療での処方見直しのタイミング、処方見直しの留意点(場面に応じた薬剤の優先)、地域内多職種

追補2「慢性期・回復期等入院医療」

(地域包括ケア病棟) 急性期医療からの情報の引継ぎ・連携、入院時の処方見直しのタイミング、処方見直しの留意点(場面に応じた薬剤の優先)、多職種の役割、多職種チ

ームの形成、退院時の引継ぎ・連携 追補3「その他の療養環境(介護を含む)」(介護医療院、老健施設)

外来・在宅、急性医療からの情報の引継ぎ・連携、入所時の処方見直しのタイミング、処方見直しの留意点(場面に応じた薬剤の優先)、多職種の役割、多職種チームの形成、退所時の引継ぎ・連携

年内に骨子案を作成

当初の案では、追補1に特別養護老人ホームを含めるとしていたが、委員から「わかりにくい。追補3に含めるのが適切」との意見があり、検討する。



急性期の入院医療は総論編に含めた。このコンセプトに沿って、高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成ワーキンググループが7月までに調査やデータの選択を行い、調査を実施した上で年内に詳細編の骨子案を作成する。

また、この日の検討会は、パブリックコメントを反映して一部を改変した「高齢者医薬品適正使用指針(総論編)」を大筋で了承した。厚労省は、5月中にも指針の総論編を通知として地方自治体などに送り、全国の医療機関や薬局に周知する方針だ。

都道府県に訪問診療の目標設定を求める

厚労省・在宅医療等WG

医療計画の在宅医療の項目を確認

厚生労働省の「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」(田中滋座長)は5月23日、第7次医療計画における在宅医療の取組みの策定状況について協議した。訪問診療の目標設定のない都道府県に策定を促すとともに、国保データベース(KDB)の利活用を充実させることで合意した。

WGは、今年度始まった新医療計画の中間見直しに向け、各都道府県が設定した在宅医療の目標の設定状況を確認する役割を担う。同日は、厚労省から①第7次医療計画における在宅医療に関する取組みの

策定状況②第7次医療計画における在宅医療に係る整備目標の策定プロセスの検証③都道府県が把握している医療機関ごとの在宅医療の機能に関するデータの報告があった。

在宅医療に関する取組みの策定状況では、在宅医療圏を地域医療構想区域と同一に設定したのは37都道府県、退院支援ルールを在宅医療圏域すべてで作成しているのは15都県だった。また、「訪問診療を実施する診療所・病院数」を設定したのは39都道府県で、8府県が記載していないことがわかった。

在宅医療の整備目標の策定プロセス

の検証では、「介護施設・在宅医療等の追加需要」の受け皿となるサービスの検討に当たり、最も多く活用したデータは「患者調査」で国保DBのデータを示したのは13道府県にとどまった。

日本看護協会の代表は、「訪問看護の数値目標を十分に設定していない都道府県がある」と指摘。全日病副会長の織田正道委員は「訪問診療の充実には、訪問看護が重要」と同調した。

これらの意見を踏まえ、WGは訪問診療の目標設定を促すことで合意。在宅医療・介護サービス双方のデータを把握できる国保DBを自治体が活用できるように支援することも決めた。

2018年春の叙勲で会員3人が受章

2018年春の叙勲で全日病の会員から下記3人の受章が決まり、それぞれに以下の勲章が授与された(敬称略・順不同)

- 旭日小綬章 宮城 信雄 医療法人信和会 沖縄第一病院
- 瑞宝小綬章 今川 敦史 社会福祉法人恩賜財団 済生会中和病院
- 瑞宝小綬章 寺岡 暉 社会医療法人社団陽正会 寺岡記念病院

研修会の効率的な実施を検討課題に

常任理事会

4月21日の常任理事会では、猪口雄二会長が研修会の状況について資料をもとに説明した上で、研修会の効率的な実施にむけて検討を求めた。

資料には、全日病が実施している各種研修会を記載。診療報酬改定説明会や補助金を受けて実施しているものなど全日病として実施しなければなら

い研修会に印をつけて示すとともに、各研修会の定員と参加人数、収支状況を記載している。実施しなければならない研修会は、個人情報保護や医療安全、医療事故調査制度、認知症対応研修、看護師特定行為研修などが含まれる。研修会全体の収支は、3,900万円の黒字となっているが、補助金や厚生会の協賛金などを差し引くと1,000万円

程度となる。これには事務局員の人件費は含まれていないため、効率的な運営が求められる状況にある。

猪口会長は、資料をもとに現状を確認した上で、「各委員会において、来期に向けて効率的な実施方法を検討してほしい」と述べた。この日は、資料の説明にとどまり、実質的な討議は次の機会とした。

2018年度 第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月19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。
 - 東京都 医療法人社団永生会みなみ野病院
 - 理事長 安藤 高夫
 - 神奈川県 森山病院
 - 院長 森山 仁
 - 神奈川県 医療法人誠心会あさひの丘病院
 - 理事長 佐伯 隆史
 - 神奈川県 医療法人誠心会神奈川病院
 - 院長 玉澤 彰英
 - 神奈川県 医療法人横浜柏堤会戸塚共立リハビリテーション病院
 - 理事長 横川 秀男
 - 兵庫県 医療法人社団栄徳会宝塚磯病院
 - 理事長 磯 篤典
 - 兵庫県 医療法人愛心会東宝塚さ

- とう病院
 - 理事長 佐藤 尚司
 - 岡山県 医療法人鷲風会下津井病院
 - 理事長 平木 章夫
- 他に退会が3会員あり、正会員は合計2,518会員となった。準会員は合計91会員となった。賛助会員は以下の入会を承認した。株式会社フロンティア・フィールド(代表取締役 佐藤 康行) 賛助会員数は合計95会員になった。
 - 29年度事業報告書(案)を承認した。
 - 29年度決算報告(案)が承認され、第6回定時総会に諮られる。
 - 名誉会員を承認した。
 - 熊本地震に係る平成30年度年会費免除を承認した。
 - 人間ドック実施指定施設の申請を承認した。
- 【主な報告事項】**
 - 審議会等の報告

- 「中央社会保険医療協議会総会」、「全国在宅医療会議」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」の報告があり、質疑が行われた。
- 「ベトナム人看護師を介護人材へ登用！」に関する再アンケート(受入施設種別)へのご協力をお願い(案)が報告された。
- 平成29年度人間ドックに関する調査が報告された。
- 病院機能評価の審査結果について
 - 主たる機能【3rd G : Ver.1.1】~順不同
 - 一般病院1
 - 熊本県 寺尾病院 新規
 - 福島県 あずま脳神経外科病院 更新
 - 山梨県 笛吹中央病院 更新
 - 愛知県 山下病院 更新
 - 徳島県 たまき青空病院 更新
 - 愛媛県 大州中央病院 更新
 - 熊本県 水俣協立病院 更新

- 鹿児島県 いづろ今村病院 更新
- 一般病院2
 - 京都府 京都市づ川病院 新規
 - 北海道 斗南病院 更新
 - 福島県 竹田総合病院 更新
 - 埼玉県 埼玉協同病院 更新
 - 埼玉県 秀和総合病院 更新
 - 長崎県 佐世保中央病院 更新
 - リハビリテーション病院
 - 埼玉県 霞ヶ関南病院 新規
 - 徳島県 稲次病院 更新
 - 香川県 三宅リハビリテーション病院 更新
 - 慢性期病院
 - 山口県 王司病院 新規
 - 緩和ケア病院
 - 長崎県 出島病院 更新
- 4月6日現在の認定病院は合計2,196病院。本会会員は887病院と、会員病院の35.3%を占める。
- 「平成30年度第1回支部長・副支部長会」をテーマに討議を行った。



映画の紹介 Movie introduction

たまゆら
医療制度に翻弄される病院と優しい青年医師の運命を描く群像劇

原案・脚本・監督●土田ひろかず
製作●M'ADICAL
製作プロダクション●スタジオブルー

全日本病院協会の静岡県支部長で元参議院議員、フジ虎ノ門整形外科病院の理事長の土田ひろかず先生が原案・脚本・監督と三役を務め、作り上げた医療ヒューマンストーリー。医師法、医療法、健康保険法、医師不足問題、紹介会社、大学病院との関係、データの不正事件、医師のモラル等、現代日本における医療制度の問題を大胆に扱った作品は、医師として、そして1人の国民として非常に考えさせられる内容である。

介護保険料は6.4%増加し5,869円

第7期介護保険事業計画

介護人材の必要数も推計

厚生労働省は5月21日、2018年度から2020年度までの第7期介護保険事業計画期間における介護保険の65歳以上高齢者の第1号保険料や介護人材の必要見込みなどを公表した。

第7期の保険料の全国平均は、第6期(2015～2017年度)より6.4%増加し5,869円となった。最も高いのは福島県葛尾村の9,800円であり、最も低いのは北海道音威子府村の3,000円で、3.27倍の格差が生じている。およそ半数の23府県で6,000円を超えた。

保険料の増加の要因について、厚労省は、高齢化の進展に加え、+0.54%となった2018年度介護報酬改定の影響

をあげる。さらに来年10月の消費税率10%引上げの財源を活用して、介護職員等の処遇改善が行われる予定であり、その影響も加味されている。一方、前期までの黒字分である介護給付費準備基金を取り崩して保険料額の上昇を抑制した保険者も存在する。

2017年度の第1号被保険者は3,475万人で、要介護(要支援)認定者数は629万人(認定率18.1%)。第7期の最終年度である2020年度にはそれぞれ3,572万人、683万人(認定率19.1%)に増加すると見込まれている。さらに2025年度には3,610万人、771万人(21.4%)になると推計されている。

この推計を踏まえたサービス量等の見込みも示した。実績として2017年度で、◇在宅介護343万人◇居住系サービス43万人◇介護施設99万人。

これが2020年度では◇在宅介護378万人◇居住系サービス50万人◇介護施設109万人になると見込んでいる。さらに2025年度では◇在宅介護427万人◇居住系サービス57万人◇介護施設121万人になると推計した。

2025年度に介護人材が33万人不足
サービス量等の見込みを踏まえた介護人材の必要数も示した。2016年度の介護人材は約190万人だが、2020年度

末には約216万人、2025年度末には約245万人が必要になる見込みで、年間6万人程度の介護人材を確保する必要があるとした。過去3年間(2014～16年度)の介護人材数の対前年度増加数をみると、年平均6.4万人で、求められる増加数の水準をクリアしている。

だが今後は、少子化が進む一方、要介護高齢者がさらに増加するため、介護人材の確保は難しくなると予想される。介護人材の「需要見込み」と「現状維持シナリオによる供給見込み」のギャップをみると、2020年度で約12.6万人不足、2025年度で約33.7万人不足の見通しだ。厚労省は、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組むとしている。

2018年度予算概算要求に関する要望提出

四病協・総合部会

消費税財源で医療への予算配分求める

四病院団体協議会は5月24日、2018年度予算の概算要求に関する要望書を加藤勝信厚生労働大臣あてに提出した。消費税や働き方改革、ICT、災害対策など24項目にわたる。特に、来年10月に予定どおり消費税を10%に引上げて財源を確保し、医療に十分な予算配分を行うことを求めている。

消費税の引上げにあわせ、控除対象外消費税問題を解決する必要がある。医療界は、現行の非課税制度の下でも診療報酬での補てんを上回る負担に対して超過額の税額控除(還付)を認める税制上の措置を主張していることか

ら、そのための財源確保が必要とした。働き方改革関連では、医政局が示した「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組み」などに対応するため、ICTなどを活用した厳密な勤怠管理を行うための補助を要望した。医師から他業種への業務移管では、人材採用・養成の費用を必要とした。病院で働く医師が総合的な診療能力を得るための事業のための支援も求めた。

介護関連では、介護医療院に転換するための費用や外国人技能実習生受入れ事業に対する補助を盛り込んだ。

ICT関連では、電子カルテの標準

化のための財源確保などを要望した。

外国人患者の受入れ体制整備では、外国人向け医療コーディネーターや医療通訳の配置などの支援とあわせて、治療費を回収するための手段の確保などの体制確保が必要としている。

災害医療関連では、AMAT(全日本病院医療支援チーム)とDPAT(災害派遣精神医療チーム)への支援をあげた。病院の耐震化が71.5%にとどまることを踏まえ、「南海トラフ地震等の大震災に一刻も早く備えるため、耐震化率の引上げが急務」と訴えた。国土交通省の耐震対策緊急促進事業や厚

労省の医療施設耐震化促進事業、医療施設等耐震整備事業の拡大を求めた。

神野委員長が専門医で提言案

同日の総合部会では、専門医制度のあり方をめぐり議論した。6月の役員改選後に日本専門医機構に意見書を提出することで合意した。機構はサブスペシヤリティ数について、「極めて限定的に認定する」との方針を示しているが、現状の動向をみると、なし崩し的に増える恐れがあり、改めて抑制的な対応を取るよう要請する。

また、四病協の「専門医制度のあり方検討委員会」の検討状況の報告があった。神野正博委員長は、国民・医師・病院・地域の視点で専門医を考えるとともに、専門医を取得しない医師の質の担保を提言案に盛り込むとした。

新専門医制度のサブスペで消化器内視鏡を承認

専門医機構

がん薬物療法も承認の予定

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は5月18日、新専門医制度のサブスペシヤリティについて、消化器内視鏡専門医を認定することを承認した。消化器内視鏡専門医は現行で1万8,520人と数が多く、内科、外科、救急科、臨床検査科、小児科、放射線科の6領域

にまたがる。日本臨床腫瘍学会のがん薬物療法専門医も近く承認する予定となっている。

サブスペは現在、内科13領域、外科6領域、放射線科2領域が承認されている。承認されたサブスペに対しては、新制度の下で改めて手続きを進めるた

め申請を受け付け、正式に認定する。機構はサブスペを承認する上での考え方として、「国民にとってわかりやすく、有益なもの」と説明している。

山下英俊副理事長は同日、「外形基準で決めると、わかりにくさが出てくる。何でも認めるというわけにはいか

ず、例えば、地方の中核病院で診療科として定着しているものは認めるのが妥当と考える。その意味では、消化器内視鏡は明瞭だ」と説明した。

また、専門医の地域偏在の拡大を防ぐため、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡の5府県に設けている専攻医の上限枠の見直しも検討を続けている。山下副理事長は「まだ煮詰まっていない」としつつ、9月の募集に向け診療科の偏在への対応を含め、状況を把握しつつ、早急に結論をまとめたいと述べた。

■ 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
全日病 DPC 分析事業 「MEDI-TARGET」無料体験会 (20病院)	2018年6月26日(火) 【全日病会議室】	無料	DPC データを分析することで自院の経営分析、医療の質を評価することが可能になる。全日病 DPC 分析事業「MEDI-TARGET」は DPC データの分析・ベンチマーク等を提供するサービス。今回無料体験会を開催する。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 (100名)	2018年6月29日(金)、30日(土) 【全日病会議室】	21,600円(27,000円) (税込) (受講料、テキスト代、昼食代含む)	2018年度診療報酬改定で新設された「医療安全対策地域連携加算」に適切に対応するための「医療安全管理相互評価者養成講習会【運用編】」を開催する。「医療安全管理者養成課程講習会」修了が受講資格。
病院看護師のための認知症対応力向上研修会 (200名)	2018年7月5日(木)、6日(金) 【ベルサール神保町】	16,200円(21,600円) (税込) (資料代、昼食代(2日目)含む)	「認知症ケア加算2」の施設基準に対応する研修会。研修会の一部は厚生労働省の「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」に該当するものとして申請中。2日間参加した方には「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」および「病院勤務の医療従事者・認知症対応力向上研修」の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 (福岡会場) (84名)	2018年7月12日(木) 【リファレンス駅東ビル貸会議室】	12,960円(17,280円) (税込) (資料代、昼食代含む)	2017年5月30日の改正個人情報保護法の全面施行を受けて、個人情報保護委員会事務局(予定)による「医療・介護関係事業者における改正個人情報保護法」の講演を行う。参加者には「受講認定証」を発行する。
看護師の特定行為に係る指導者リーダー養成研修会 (60名)	2018年7月8日(日) 【LMJ 東京研修センター】	1,500円 (税込) (昼食代含む)	厚生労働省の補助事業として、「看護師の特定行為に係る指導者リーダー育成事業・実施団体公募要領」に則って研修プログラムを作成した。厚労省医政局通知の「特定行為研修に必要な指導方法等に関する講習会」に該当する。
看護師特定行為研修指導者講習会 (福岡会場) (50名)	2018年7月22日(日) 【TKP ガーデンシティ PREMIUM 博多駅前】	10,000円 (税込) (昼食代、資料代含む)	厚生労働省から「平成30年度看護師の特定行為に係る指導者育成事業」の実施団体としての選定と補助を受け、「看護師特定行為研修指導者講習会」を開催する。参加者には「修了証書」を発行する。