



全日病 ニュース

2019.6.1

No.941

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

CAR-T細胞療法のキムリアの価格は3,349万円

中医協総会 ピーク時患者数は216人で72億円にとどまる

中医協総会(田辺国昭会長)は5月15日、白血病などの治療に効果のある再生医療等製品として、「キムリア点滴静注」(ノバルティスファーマ)の薬価収載を承認した。CAR-T細胞療法という新たな治療法で、患者の血液を採取し、T細胞の遺伝子を改変。再び、点滴で静脈内に投与する。算定価格は3,349万3,407円で過去最高。ただ、ピーク時の年間患者数は216人で、販売金額は72億円にとどまると予測している。

成分名は「チサゲンレクルユーセル」、効能・効果は「再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病」、「再発又は難治性のCD19陽性のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫」、薬理作用は「CAR導入T細胞依存性細胞傷害作用」である。保険収載予定日は5月22日とした。

3歳~21歳以下のB細胞性急性リンパ芽球性白血病患者を対象とした治療では、全寛解率で82%を得ている。他の病態や患者では治療効果は落ちる。B細胞性急性リンパ芽球性白血病の患者の場合、25歳以下に限定するなど、投与対象は、最適使用推進ガイドラインで細かく規定している。

薬価は原価計算方式で算定し、過去最高額の3,349万3,407円となった。ただ、B細胞性急性リンパ芽球性白血病での米国の価格(AWP)は6,270万円、英国(NHS)の価格は4,117万円であるなど、他国よりは低い。

キムリア点滴静注は再生医療等製品であり、患者の血液を採取し、遺伝子を改変し、投与するという一連の技術を伴う。このため、薬価以外に診療報酬の手術の技術料を準用し、あわせて算定することになる。具体的には、造血幹細胞採取(1万7,440点)、点滴注射等、増血幹細胞移植(3万850点)を算定できる。

最適使用推進ガイドラインと保険適用上の留意事項通知も了承した。製品の特徴や臨床成績をはじめ、施設や投与対象となる患者、投与に際して留意すべき事項などを定めている。

委員からは、高い治療効果のある再生医療等製品の登場を歓迎する一方で、類似の高額な治療法が次々に保険収載されることによる医療保険財政への影響を懸念する意見が出た。特に、支払側の委員からは、原価計算方式による価格設定において、企業の原価の開示が不十分であることに不満が示され、

今後の薬価制度見直しの議論で、原価計算方式の見直しが求められた。

今回、初めての適用となる費用対効果評価の本格導入の対象品目として、効果的に制度が機能することの期待も示された。

大病院の定額負担やかかりつけ医機能次期改定に向けたテーマ幅広く議論

同日の総会では、2020年度診療報酬改定に向けた第1ラウンドの議論として、①患者・国民から見た医療②かかりつけ医機能③患者に必要な情報や相談支援—をテーマとした。紹介状なしの大病院受診時の定額負担やかかりつけ医機能の評価、患者への情報提供の際の医療者の負担軽減などで、具体的な意見が出た。

「患者・国民から見た医療」では、日本の医療に「満足」との回答が外来患者の約5~6割、入院患者の約6割と高く、近年も増加傾向にあることが示された(受療行動調査)。一方で、国民1人当たりの医療費負担は「重い」が約7割。重さを感じる点では、「保険料」が6割で最も高く、次いで「医療費そのもの」(54%)、「自己負担費用」(43%)だった。

一方、高齢化が進展しているにもかかわらず、病院の受診率は低下傾向にある。初診料の算定回数を見ると、診療所が病院に比べて多く、病院の割合は減少傾向にある。再診料・外来診療料の算定回数は全体として減少傾向にあり、病院の占める割合も減少傾向にある。長期投与の増加による受診減など様々な理由が考えられるが、外来機能の分化を政策的に進めてきた影響もありそうだ。

2018年度改定では、紹介状なしで受診すると、定額負担を医療費とは別に徴収することを義務とする対象病院を拡大した。定額負担の最低金額は初診が5千円(歯科3千円)、再診が2,500円(1,500円)。対象病院は2018年度改定で特定機能病院と許可病床400床以上の地域医療支援病院となった。一般病床200床以上の病院も、選定療養として特別の料金を徴収できる。

厚生労働省は、2018年度改定で拡大対象になった病院が義務化後に、初診患者における紹介状なしの患者で4.4ポイントの低下があったとのデータを示し、一定の効果があったことを示した。

ただ、支払側の委員は取組みが不十分と指摘。「200床以上の地域医療支援病院であれば、定額負担の対象にすべき」と主張した。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」については、2013年8月の日本医師会・四病院団体協議会の提言で、そのあり方が謳われ、一定程度、定着するに至った。提言では、かかりつけ医を「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときは専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義した。今回、厚労省が紹介した「患者がかかりつけ医に求める役割」をみても、その役割は概ね一致している。

しかし、診療側の委員は現行の診療報酬では、かかりつけ医の評価が不十分と指摘した。

一方、支払側の委員は、かかりつけ医機能を評価する観点で、2018年度改定で導入した機能強化加算に対し、「大病院ではなく、まずはかかりつけ医に誘導する手段としての機能強化加算は、(患者負担が増えるため)外来機能分化に逆向きの効果になっている。要件の見直しが必要だ」と述べた。

患者に必要な情報や相談支援では、文書による交付・説明を要件とする診療報酬項目が示された。これに関しては、診療側の委員から、「文書の提供が求められる診療報酬は多い。業務の効率化が求められる中で、電子カルテシステムを使っても、患者・家族のサインをもらうには紙に出力しなければならぬ。負担感が大きく、改善して



ほしい」との要望があった。

これに対し厚労省は、文書が提供されたことをチェックする監査を含め、一連の業務を電子的な手段で完結できるかを検討するとの考えを示している。

病床数が要件となる項目の整理や病院薬剤師の評価を猪口会長が要望

全日病会長の猪口雄二委員はこれらの論点に対し、3点を指摘した。

はじめに、「(地域包括ケア病棟入院料の病棟制限に該当する病床数など)病床数が要件に含まれる診療報酬項目が多くあるが、様々な病床のある大病院や、精神病床のある一般病院がある。基準に『許可病床』と『一般病床』が混在すると、わかりにくく、許可病床だけで決めるのは、無理があると思うので、整理が必要」と述べた。

次に、在宅療養支援診療所が伸び悩んでいることを指摘。「機能強化も謳われるが、在宅医療を診療所と病院が連携して支えるため、もう少し緩やかな連携を評価してほしい」と、要件の緩和を要望した。

最後に、病院で働く薬剤師の役割への期待が高まる一方で、「医療機関の薬剤師業務が十分評価されておらず、医療機関の薬剤師業務の総数が薬局の薬剤師の総数と比較して伸びていない」との医薬分業の今後のあり方に関する厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会の報告書の指摘に賛同。診療報酬での評価を求めた。

第7回定時総会・第8回臨時総会 開催のご案内

下記日程で第7回定時総会・第8回臨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7回定時総会・第8回臨時総会	第1号議案	平成30年度決算(案)について
日時 2019年6月15日(土)	第2号議案	役員選任について
午後1時~午後3時(予定)	第3号議案	顧問・参与・名誉会員について
会場 ホテルグランドパレス3F「白樺」	第4号議案	議長・副議長について
東京都千代田区飯田橋1-1-1	その他	
TEL 03-3264-1111	第8回臨時総会	
第7回定時総会	目的事項	目的事項
報告事項	1. 平成30年度事業報告について	報告事項
1. 平成30年度事業報告について	2. その他	1. 新役員就任報告について
2. その他	決議事項	2. その他

(正会員の皆様へ)
総会終了後(午後3時目途)に同会場で支部長・副支部長会を開催し、「地域医療構想について」「医師の働き方改革について」(仮題)の特別講演を行います。(当協会正会員の皆様もご参加いただけます。)

また、特別講演終了後に懇親会を開催します(午後4時目途)。

清話抄

メディアによる企画を考える

ときどき、雑誌社や新聞社から「何々にいい病院」などの特集号を計画していること、記事の大きさによって掲載料が異なることなどを記した企画書が

送られてくる。

中には診療実績を中心にした記事構成のものもあるが、その多くは広告料目的の勧誘企画となっている。そのような勧誘に乗ること自体、はたして「いい病院」と言えるのだろうかと考えてしまう。

料金によって掲載程度が変わる。すなわち、それ相応の資金を提供すれば大々的な広告記事とすることもできる。こうして、メディアは、広告制限のある医療機関に対し、あたかも有用そう

な手段を提供することで、事業資金を拡大している。

医療における広告規制を考えると、メディアによる企画に乗り、宣伝・広報活動をするものの有用性もあろう。しかし、それは料金を支払って読んでいる読者への背信行為にならないだろうか。メディアの社会的責任に対する鈍感さも感じ取れる。

受療者からすれば、メディアは公平に有益な情報を伝えて欲しいと考えるだろう。当然のことながら、大きな新

聞社や有名な雑誌社が関わる記事であれば、信用できる情報を流していると思うのが一般的である。

「何々にいい病院」という特集記事がメディアのための「いい病院」ではなく、医療機関の利用者にとって「適切な」病院情報を流すものであって欲しい。その社会的責任を感じたメディアが、より適切な情報を仲介する良質な媒体に成長することを願っている。

(藤井 卓)

主張

勤務環境改善のたゆまぬ努力

少子高齢化の影響は、若年労働者の急速な減少として表在化し、介護現場ではすでに大きな問題となっているが、医療現場にも徐々にその影響が及んできている。

国の医療政策は、ビッグデータ等の利用で根拠を持った取り組みとしてすべての協議会・検討会・分科会等での議論に提示され具現化されるようになった。医療現場での裁量が狭められるようになったことや、医療が疾病発症に伴う受身のサービス業であることも合わせ組織運営は益々厳しさを増している。

こんな中、医療安全を含めた質向上や診療報酬改定毎に追加される加算基準を満たすための会議開催・書類作成義務など、「働き方改革」実施に影響するような間接業務量は増大の一途であり、単にタスクシフトで補いきれないものとなってきている。

近い将来の医療従事者の雇用に懸念が増す中で、全日病は組織をあげて業務の効率化の検討をすべきであり、その手始めに紙ベースでの報告義務の撤廃は勿論、提出義務書類そのものの削減を強く主張すべきである。

また、国が2040年を見据えた社会保

障改革議論の中で「医療・福祉サービス改革タスクフォースの検討項目」に示している「ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革」は十分に検討に値するものと思うが、具体的な提案を病院協会として先行して行い、これに関連する費用補助について「医療介護総合確保基金」からの拠出を要望すべきと考える。

会員各位にも施設特性を踏まえた様々な業務改善の取り組みが求められるはずだが、私見として「生産性向上」のために次の項目を提案したいし、個人的にも実現の努力をしたいと考えている。

- ①日常業務改善：書き込み業務の標準化・簡略化 一疾患別入退院入力情報統一化 一IC等の自動録音・文章化
- 一患者診療実施録(患者に接した行

為に関する時系列毎の記録)による家族への情報伝達

②医師業務のタスクシフト：特定(看護師・臨床工学士・臨床検査技師・リハ療法士)養成

③AI診断導入：診断システム構築

④入院患者へのウェアラブル生体モニター装着と患者情報集中管理システム/看護師等への伝達システムの構築

⑤入院外来診療の集約化連携：eICU/e-遠隔医療(都市一地方)導入

⑥SPDや病院食調理等のロボット化：機器管理専門職の採用・養成

濃密な業務が増える中、職員満足を得るためにも勤務環境改善のたゆまぬ努力も忘れずに行うべきことを付け加えておきたい。

(S.T)

与野党の賛成により参院本会議で可決、成立

健康保険法等一部改正法

「医療保険制度の適切かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が5月15日の参議院本会議で可決、成立した。自民、公明の与党に加え、立憲民主、国民民主、日本維新の会など野党が賛成し、共産党が反対した。これに先立つ14日の厚労委員会の採決では、15項目の付帯決議を可決した。

法律の主な内容は、①被保険者番号を個人単位化し、オンライン資格確認を導入②オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設③NDB、介護DB等の連結解析等④高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等⑤被扶養者等の要件見直し、国民健康保険の資格確認の適正化⑥審査支払機関の機能強化一などとなっている。施行日は一部を除き2020年4月1日となっている。

中身を見ると、まず保険医療機関等で医療などを受ける場合の資格確認で、個人番号カードを使ったオンライン資格確認ができるようにする。資格の過

標準電子カルテで基金を活用

誤請求の削減や事務コストの軽減が期待できる。

被保険者番号は世帯単位から個人単位に変える。これにより、保険者を異動しても、個々人として資格管理が可能となる。あわせて、プライバシー保護の観点から、健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者番号・番号の告知を要求することを制限する。

オンライン資格確認では、医療機関等にシステムを導入する必要があるため、導入を支援する医療情報化支援基金を創設する。電子カルテの標準化のため、国が指定する標準規格を用いて、相互に連携可能な電子カルテシステムを導入する場合も基金を活用できる。

NDB、介護DBを連結し、医療・介護のビッグデータの利活用を進める。データについては、「相当の公益性を有する研究等」を行う自治体・研究者・民間事業者等の幅広い主体に提供できることも法律で明確化した。情報の提供を受ける者は、実費相当のコストを支払うとしている。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施では、75歳以上の高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施できるように、国と後期高齢者広域連合、市町村の役割などを定めるとともに、市町村が各高齢者の医療・健診・介護情報などを一括して把握できるよう規定の整備などを行う。

健康保険の被扶養者の要件見直しでは、被扶養者認定の際に、原則として国内に居住していることを要件として導入する。グローバル化が進展する中で、生活の拠点が国内にない親族が健康保険の給付を受けられることへの問題への対応だ。いわゆる「医療滞在ビザ」で来日して、国内に居住する者を被扶養者から除外する。除外対象の詳細は省令で規定する。

国民健康保険でも、本来加入資格のない者が、不正な在留資格で国保の給付を受けている事例が指摘されていることから、資格管理を適正化する措置を講じる。



審査支払機関の機能強化では、社会保険診療報酬支払基金の本部機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。「医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務」を追加する。審査支払機関の審査の基本理念を設ける。

附帯決議は衆議院の12項目より多い15項目。医療機関に関連する項目では、個人番号カードによるオンライン資格確認の導入の際に、過度な事務的、金銭的負担にならないよう医療機関への支援やシステムの経費削減を求めた。社会保険診療報酬支払基金の業務見直しでは、審査委員会と審査事務局が地域医療の特性を踏まえ、引続き47都道府県に設置されるべきとした。被扶養者要件の見直しで国籍による差別的な取扱いをしないことも盛り込んだ。

また、共産党は審査の標準化で地域に配慮した審査が行われなくなることを懸念し、反対した。

公立・公的病院の重点化を進める具体的対応方針を再度修正

厚労省・地域医療構想WG

構想と偏在対策、働き方改革の関係整理

厚生労働省の「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)は5月16日、地域医療構想を推進するため、公立・公的病院の医療機能の重点化の議論を後押しする「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理」を修正するとともに、地域医療構想調整会議の進捗状況や2018年度病床機能報告制度の報告を受けた。公立・公的病院の機能の見直しはあまり進んでおらず、具体的対応方針に沿って、地域医療構想を着実に進める必要があるとの方針を確認した。

厚労省は最初に、2040年を展望した医療提供体制の改革として、地域医療構想、医師・医療従事者の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進する方針を示した。その上で、同WGが前回(3月20日)に暫定的にまとめた「具体的な対応方針の検証に向けた議論の整理」にそれらの内容を加筆したものを提示した。

具体的には、「今後は、地域医療構想に関する議論については、医師偏在対策及び医師の働き方改革の動向を踏まえて、統合的に進めていくことが必要である」と加筆された。また、「(偏在対策のための医師確保計画の策定状

況や医師の時間外労働規制など)医療機関を取り巻く環境の変化に応じて、公立・公的医療機関等の担うべき役割は今後も変化していくと考えられる。そのため、厚労省及び都道府県はその変化に応じて、地域医療構想の実現のために柔軟な対応を行っていくべき」との文言の追加があった。

しかし、これらの修正に対しては、異論が相次いだ。まず、今回の具体的対応方針が、公立・公的医療機関の機能の重点化のために、早期に具体的な取組みを促すものであるのに、それを遅らせてでも、他の改革と歩調をあわせなければならないと受け止められた。さらに、公立・公的医療機関の重点化の議論も他の要素が加わることで、複雑になり、それにより、現場で収束しつつある議論も振り出しに戻りかねない懸念も生じた。

全日病副会長の織田正道委員は、「前回の具体的対応方針でよいものができたと思ったのに、焦点がぼやけて、複雑になった。現場での説明が難しくなる」と指摘。他の委員からも同様の意見が相次ぎ、三位一体で推進する必要性は認めつつ、具体的対応方針の文言としては、改めて整理を行うことに

なった。織田委員は、「偏在対策や働き方改革を議論するとすると、二次医療圏の調整会議だけでは難しいので、都道府県単位の調整会議がより重要になる」と述べるとともに、地域医療対策協議会など都道府県の他の会議体との整合性を求めた。

続いて、厚労省から2019年3月末時点の地域医療構想調整会議の開催状況が報告された。それによると、新公立病院改革プラン対象病院の95%、公的医療機関等2025プラン対象病院の98%が、総病床数換算で「合意済み」と回答している。「合意済み」の結果を集計すると、2025年度見込みで、公立病院は全体の病床数が17万4,423床から17万3,620床で、803床の減少に過ぎなかった。また、公的医療機関等は30万2,293床から30万3,295床で、逆に1,002床の増加となった。

この結果に対し、委員からは「結果にがっかりする。ほとんど現状追認ではないか」との意見が出た。織田委員も「公立・公的で急性期から民間が担うべき回復期に転換している例が多い。また、非稼働病床については、削減という選択肢があり得る」と問題提起した。機能別では、公立病院では、急性



期が5.4%減少し、回復期が40.9%増加、公的医療機関等では急性期が0.6%減少し、回復期が31.2%増加となっている。

2018年度病床機能報告制度の速報値も公表された。前回の見直しでは、高度急性期・急性期に関連する項目の診療実績が全くない病棟は、両者を選択できないことにした。実態と極端に診療実績が異なっている病院の報告を見直してもらうとの趣旨だが、厚労省の一定の効果ができていると説明した。

全体の集計で2017年からの変化をみると、高度急性期は2017年確定値が13.1%、2018年速報値が12.8%、2025年見込みが13.5%、急性期は同46.7%、同45.7%、同45.6%と、急性期で若干の割合の低下があった。回復期は同12.2%、同13.7%、同15.1%と若干の増加となっている。

開設主体別の病床機能については、特に、特定機能病院の多くがすべての病床を高度急性期と報告していることなどが問題視された。特定病院の2018年度速報値は、6万8,035床のうち、80%(5万4,397床)が高度急性期と報告されている。残りはほぼ急性期(18%、1万2,376床)である。

専門攻医採用で診療科別都道府県のシーリング導入

厚労省・医師専門研修部会

連携(地域研修)プログラムを組み込む

医道審議会・医師分科会・医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)は5月14日、日本専門医機構が示した2020年度の専攻医募集時の診療科別都道府県の上限設定(シーリング)案を了承した。外科、産婦人科、救急科、病理、臨床検査、総合診療を除く、13基本診療領域で、相対的に医師が多い都道府県にシーリングを設定する。東京都への一極集中が続く専門医研修における医師偏在を是正する狙いだ。

現行のシーリングに診療科別の設定はない。専攻医数が群を抜いている東京都を始め、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県の5都道府県に対して、採用数が過去5年間の実績を超えないとのシーリングを設けている。しかし、機構発足後、東京への専攻医集中は改善されず、むしろ加速している状況だ。

また、今後の都道府県を中心とした医師偏在対策の基本となる、新たな医師偏在指標で算出した医師多数三次医療圏に、神奈川県や愛知県が含まれていないこともわかった。

専門研修部会の議論では、現行のシーリングが不十分であるとの認識で

すでに一致していた。ただ、診療科別のシーリングについては、将来的な課題との認識を機構は示していた。しかし、厚労省が労働時間で調整した現状の医師数と将来必要となる医師数を比較できる試算を示したこと、来年度の募集での検討課題として浮上した。

機構も現行のシーリングの方法を当面続けるのは、エビデンスのあるデータがないためと説明していたので、厚労省が試算を示したことにより、来年度募集からの見直しを検討する方向に舵を切った。機構の寺本民生理事長は、4月の理事会で診療科別のシーリングを設けることで概ね了解を得たと報告。今回、具体案を示した。

まず、シーリングの対象となる各都道府県の診療科は、労働時間で調整した足下の2016年の医師数が、「『同年の必要医師数』または『2024年の必要医師数』」以上である場合とする。例えば、東京の麻酔科の2016年医師数は1,320人で、同年の必要医師数1,094人をすでに上回っているため、シーリング対象となる。

労働時間は、医師の働き方改革を踏

まえ、すべての医師が年間960時間以上の時間外労働時間を超えて働かないという前提で、調整されている。現状では、多くの医師が960時間を超えて働いているので、必要医師数に満たなくても、医療の現場を回している。

このため、相対的に労働時間が長い医師が少ない診療科ほど、シーリングの対象になりやすくなる。皮膚科や眼科、精神科が比較的、労働時間が短い。

シーリング数については、従来の研修プログラムを減らし、シーリング対象外の都道府県において、研修期間の50%以上を満たす専門研修を実施する「連携(地域研修)プログラム」を一定数組み込む形とする。

さらに、「連携(地域研修)プログラム」のうち、2016年の足下の医師充足率が8割を下回る医師不足が顕著な都道府県でのプログラムとして、「(地域研修)プログラムに「都道府県限定分」を位置付ける。

採用上限は、シーリング数が20人を超える場合は「2019年の採用数」とし、20人以下の場合は「過去2年の平均採用数と2019年の採用数のいずれか大き



い方」とする。

東京の内科の場合だと、通常のシーリング数が438人で、一定の計算により、連携(地域研修)プログラム数が87で、合計が525人になる。上限となる2019年採用数は515人であるので、連携(地域研修)プログラムのうち、「都道府県限定分」を10人減らし、77人とし、合計で515人とする。超過分を「都道府県限定分」で減らすのは、従来のプログラムを削減するのが、簡単ではないため、激変緩和を避ける措置と考えられる。

機構のシーリング案に対し、委員からは、「専攻医の側からすると、突然大きな縛りが生じることになる。十分な周知期間を設けて、理解を得る必要がある」との意見が出た。そのほか、様々な意見が出たが、考え方に対し、概ね了承を得た。

ただ、厚労省の推計に対し様々な疑問が示されたため、それらを踏まえ、改めて推計結果の精査が求められた。

妊産婦が負担に見合うと満足できるサービスを

厚労省・妊産婦の保健医療体制検討

「乳幼児医療費助成制度を妊産婦にも」

厚生労働省の妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会は5月16日、これまでの議論を整理し、とりまとめに向けた議論を行った。妊産婦の診療の評価については、患者本人が自己負担に見合う医療が受けられたと満足できるようにすべきとの意見が複数あった。検討会は次回、とりまとめを行う見通し。

厚労省はこれまでの議論を「妊産婦に対する相談・支援」「妊産婦に対する医療提供」「妊産婦を支える体制等」の3つに分けて、課題やこれまでの議論で出された主な意見を整理した。

妊産婦への医療提供においては、妊娠中に特に重症化しやすい疾患があったり、薬剤や放射線検査の胎児への影響を妊娠週数に応じて考慮する必要があるため、特別な配慮が必要であるとした。

妊産婦の治療方法を決定する際は、胎児への影響に配慮して、妊産婦本人だけでなく、家族も含めて時間をかけて説明し、意思決定を支援すべき面もあるとした。

近年、出産年齢が上昇傾向にあり、

糖尿病や甲状腺疾患など、妊娠とは直接関係しない偶発合併症が増加傾向にある。そのため、産婦人科と他の診療科の連携の拡充が求められている。

産婦人科の分娩取扱施設は年々、減少し、地域によっては産婦人科の医療機関までのアクセスが不便な事例もあるため、産婦人科以外の診療科も、風邪などのコモディティーズに対応できるようにすることが求められている。しかし、「妊産婦の診療に自信をもてない」、「薬について正確な情報を伝える自信がない」などの理由で、妊産婦の診療に消極的な医師がいることが課題であると指摘した。

前回の検討会に厚労省が報告した「妊産婦の医療や健康管理等に関する調査」では、産婦人科以外の診療科を受診しようとしたのに、他の医療機関を受診するように勧められた妊産婦が約15%いることが明らかになった。

妊産婦の診療について医師が研修を受ける機会が少ないことも指摘されてきた。同日の検討会では、日本医師会が、今後、妊産婦の診療での留意点などの情報をおかりつけ医研修に追加す

ることを検討していると報告した。

厚労省は議論の整理のなかで、薬剤についてもまとめた。妊産婦はリスクに対して慎重であるため、処方された薬の内服を自己判断で止めてしまうことがある。そこで、薬剤師など医療者側が、妊産婦に配慮した説明をできるように、コミュニケーションに関するトレーニングをすることが重要とした。

同日の意見交換では、妊産婦が産婦人科以外の診療科を受診する場合について、「妊産婦の診療は、かかりつけ医が広く対応できる体制が望ましい」、「妊産婦が自己負担に見合う満足を得られるようにすべき。そのためには、妊産婦に渡す説明文書を用意すべき」、「妊産婦が、サービスの質が高いからお金を払ってもかまわないと実感できる取組みを評価することが重要」、「研修の受講証を掲げるだけでも(妊産婦が受ける印象が)違う。妊産婦自身がSNSで発信して、情報を広めることもあるだろう」、「産婦人科と他科の診療情報の共有がとても大切だ。共有方法を明確に示してほしい。母子手帳の予備欄でもいい」などの意見が出た。



「妊産婦医療費助成制度」創設を

妊産婦を支える体制をどう考えるかという視点での議論で、妊産婦の診療の費用負担の援助が論点になった。

妊婦健診の費用について、すべての市区町村で公費負担制度を実施しているが、健診の内容によっては公費助成を超えてしまうこともあり、妊婦に自己負担が生じている。妊娠中に生じる偶発合併症等の診療については、通常の診療と同様に自己負担がある。

同日の意見交換では、「すでに少子化対策として全自治体で行われている乳幼児・子ども医療費の助成制度を妊産婦にも広げて、妊産婦医療費助成制度というかたちにする必要を検討する必要があるのではないか」との意見があがった。すでに茨城など4県では、診療の費用の一部を助成する妊産婦への医療費助成制度を実施している。

同検討会は次回、とりまとめを行う見通しだ。妊産婦に対する診療報酬上の評価については、検討会のまとめの報告を受けて、中医協が検討する。

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

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

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

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 東京都千代田区神田猿楽町2-8-8
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿楽町ビル7F TEL. 03-5283-8066

地域包括ケアに取り組むための指南書を作成

病院のあり方委員会

地域の状況を把握し、自院の立ち位置を確認

病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)はこのほど、「『地域包括ケアシステム』への取り組みに関する指南書」を作成し、全日病のホームページに掲載した。あわせて地域包括ケアの進捗を評価するための共通フォーマット(診断ツール)とその記載例、地域特性に対応するための好事例を掲載し、活用を呼びかけている。

医療機関の役割が重要に

地域包括ケアシステムは、2025年の高齢社会に向けて政府が進めているもので、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるように「住まい・医療・介護・予防・生活支援」の包括的なサービス提供体制の構築を自治体に求めている。地域包括ケア研究会が2011年にその概念を提唱して以来、地域医療構想と並ぶ重要政策となっている。

病院のあり方委員会の徳田委員長は、地域包括ケアシステムについて次のように述べる。

「地域包括ケアは介護の話から始まったが、医療が関与しなければ成立しないことが認識されてきた。地域の主体として医療機関の関わりの有無が大変重要である」。

背景には、医療ニーズを持つ高齢者の増加があり、多様なニーズのに対応して「医療介護複合体」として運営している事例も多い。全日病会員の関わりが重要となっているといえよう。

また、最近の診療報酬・介護報酬では、地域包括ケアを推進する観点から医療と介護の連携を評価する方向が明らかとなってきた。

その一方で、地域包括ケアシステムは、地域の実情を踏まえて進めることとされ、標準的なモデルや方法論が確立しているわけではない。先進的に取り組んでいる自治体はあるものの、多くの地域は試行錯誤を続けているのが現状だろう。

病院が取り組むべき課題を整理

こうした中で、会長からの指示も受け、あり方委員会では、会員病院の地域包括ケアシステムへの参画を支援する必要があると考え指南書を作成した。指南書は、地域包括ケアシステム構築に関して会員病院が行うべき事項を示している。

まず、地域の現状把握が必要である。要医療・要介護住民に関するデータを収集すると共に、医療介護の需要見通しに基づいて提供体制の過不足を確認する。その上で、地域の関連事業体の活動を見える化し、自施設の立ち位置を確認する。行政と積極的に関わり、地域住民を巻き込んで啓発活動やボランティア活動に関与するなど、地域包括ケアへの積極的参入を呼びかけている。

地域包括ケアシステムの進捗状況を評価するために共通フォーマット(診

断ツール)も用意した。共通フォーマットは3枚のシートからなり、1枚目は基礎データ、2枚目は診断ツール、3枚目が課題・評価となっている。1枚目と2枚目のシートで地域の状況を把握した上で、3枚目のシートで自分たちが地域包括ケアに取り組む際の課題を抽出する。課題は、①自施設、②自治体への提言、③他施設との連携の3点を記載する。

これらのシートを作成することにより、現状把握と自院の立ち位置の確認、他地域・他病院との比較が可能となる。「どこまで詳細なデータを集めるかが問われるが、最低限必要と思われる調査内容を列挙した。各項目に記入していくと地域の状況を把握することができるようにしたつもり。誰かがまとめたものを使うのではなく、自分たちで考えることが大切」と徳田委員長。

地域包括ケアは行政との関わりなしには進められないが、各自治体の取り組みには温度差があるのも事実。場合によっては自治体の取り組みを求めることも必要だろう。「行政にも申すには自分たちで集めたデータに基づいて具体的な計画を持っていることが大切だ(どの施設と連携するかなど)。漠然と話をしても前に進まない」と徳田委員長は述べる。

組織的な取り組みが重要

地域包括ケアシステムは、介護保険

などの公的なサービス以外に、NPOや民間サービスなどの保険外サービスも組み合わせることが重要とされている。指南書では、そのために参考となる資料も示した。

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、地域医療介護総合確保基金を活用することができる。指南書は、基金利用の事例など参考資料を示しており、各地域において積極的に活用を検討すべきだろう。

「地域に密着した病院であれば、介護やケアを必要とする住民のことを必然的に考えることになる」と徳田委員長は述べる。地域包括ケアに参画するには、組織的に取り組む必要があり、そのために指南書と診断ツールを活用してほしいと呼びかける。現状を分析した結果、参画しないという判断もあり得る。大切なのは、地域包括ケアに対する自院のスタンスを明確にすることだろう。

あり方委員会では、半年ほどの経過を待って、指南書等の活用状況について追跡調査を行い、さらなる支援を検討することとしている。

指南書等の資料は、全日病ホームページの「主張・要望・調査報告」に掲載されている。

なお、好事例として、次の3法人の取り組み事例を紹介しているので参考にされたい。

- ①医療法人社団永生会 永生病院(東京都八王子市)
- ②公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院(群馬県伊勢崎市)
- ③社会医療法人恵和会 西岡病院(北海道札幌市豊平区)

調整会議で公立病院と民間病院の役割分担を議論

衆院・厚生労働委員会

安藤副会長が公立病院の赤字額を質問

全日病の安藤高夫副会長(衆議院議員、自民党)は5月15日、衆院厚生労働委員会で、公立病院と民間病院のあり方について質問した。

安藤副会長は、4月26日付の日本経済新聞で、自治体が運営する公立病院における本業の赤字総額が2017年度に4.782億円となり、2012年度比で5割増えたと報じたことについて事実関係を質問した。

総務省の沖部望審議官(公営企業担当)は、地方公営企業法に基づく公立病院の決算から経常損益は、2012年度の336億円の黒字から2017年度には767億円の赤字になっていると答えた。沖部審議官は、深刻な医師不足や人口減

少に伴う患者数の減少により、公立病院は厳しい経営状況にあると説明。新公立病院改革ガイドラインに沿ってすべての公立病院が改革プランを策定し、他医療機関との統合再編などを進め、2020年度までの黒字化を目指していると述べた。

日経新聞が報じた赤字総額は、公立病院の医業収支から自治体の補助金のうち医業収益に含まれる他会計繰入金(救急医療と保健衛生行政費)を除いて純医業収益を独自に算出したもの。総務省が集計する公立病院決算は繰入金を含んでいるので実態が見えにくいと指摘している。なお、総務省は3月13日の厚生労働委員会で安藤副会長の

質問に答え、2017年度の繰入金総額は8,083億円であると答弁している。

指標に基づく検証を求める

続いて安藤副会長は、地域医療構想調整会議において、同一地域で、同一規模で同様の医療機能を行う公立病院と民間病院が存在する場合に、どのように役割分担すべきかを質問した。

これに対し厚生労働省の大口善徳副大臣は、「公立・公的医療機関には民間病院では担えない医療機能に重点化するよう、その機能を見直し、具体的対応方針を策定した上で調整会議において合意形成を図ることを求めてきた」と答弁。今後、診療領域ごとに診

療実績等の指標を設定し、公立・公的医療機関の役割が公立・公的医療機関でなければ担えないものに重点化されているかを検証する考えを説明した。

安藤副会長は、政策医療の提供体制について、収支を含めた指標に基づく議論を調整会議の場で行っていきべきだと述べるとともに、「自治体が政策医療を公的医療機関からも民間病院からも公募できるようなイニシアチブの仕組みをつくることも重要」と提案した。

厚労省の吉田学医政局長は、診療実績等の指標を活用し、公立・公的病院の機能の重点化に向けた議論を各地で促したいと述べるとともに、重点化した後の医療機関を誰が担うかについては、いわゆる不採算医療をどう担保するかを含め、地域の実情や個々の医療機関の機能を踏まえて地域で議論が進むようにしたいと答えた。

令和時代の社会保障改革の道筋を提言

自民党PTが「新時代の社会保障ビジョン」をまとめる

自民党厚生労働部会(小泉進次郎部会長)に設置された「全世代型社会保障改革ビジョン検討プロジェクトチーム」は4月18日、党本部で会合を開き、「新時代の社会保障ビジョン」をまとめた。ビジョンは、勤労者皆社会保険、人生100年時代年金制度、医療・介護の提供体制改革など、7つの改革を示している。

プロジェクトチームがまとめたビジョンは、令和の時代の社会保障改革として、人生100年時代や人口減少社会に対応した、新しい「この国のかたち」の基礎となる改革が必要と主張。一定の年齢以上を一律に「高齢者」「支えられる側」とする現在の構造を維持したままでは、財政の持続可能性に影響するだけでなく、生き方や働き方の

多様化に対応できないと指摘する。その上で、給付削減が負担拡大かという発想を超えて、「支える側」と「支えられる側」のバランスを回復する「第3の道(リバランス)」を提案した。

そのために就労を阻害する、あらゆる「壁」を撤廃し、「働いても損しない仕組み」に転換することで、経済社会の担い手を増やし、受益と負担のバランスを回復して社会保障制度の持続可能性を高める考えを示す。

「年齢の壁」を超えるために、現役世代と高齢者の概念を見直し、エイジフリーで活躍できる環境を整備することを提案。現役世代が抱える課題をカバーする仕組みとして、子育て支援や若者の就労支援が重要であるとした。年齢ではなく、負担能力に応じて負担

割合を決める範囲を拡大すべきとしている。

また、「制度の壁」を超えるために、生き方・働き方の多様化に対応して、「選択を支える社会保障」を目指すべきと主張。制度のタテ割りを超えて、必要な支援につなげるために、社会保障、社会福祉、労働といった政策分野を超えたサービス提供体制の整備を検討すべきとしている。

国民皆保険と地域医療の基盤を維持

ビジョンは、「令和時代の7つの改革」として、①勤労者皆社会保険、②人生100年型年金制度、③雇用制度改革、④医療・介護の提供体制改革、⑤健康づくりの抜本強化、⑥子育て支援、⑦厚生労働行政改革を掲げている。

このうち、④医療・介護の提供体制改革では、これまでの厚生労働行政は供給者目線・内輪の論理に陥りがちだったと指摘し、「供給者目線から国民起点」に転換することを強調。「国民目線で徹底的に効率化を進め、無駄を削減する」と述べている。

医療提供体制については、高齢化や技術の進歩によって医療費が伸びる中で、「国民皆保険を守り、地域医療の基盤を維持していく」ことを確認。地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携を促進するとともに、NDBや介護DBの活用、電子カルテの標準化、PHR基盤の制度を推進する考えを示している。

介護提供体制については、介護・認知症予防の徹底や要介護度や自立度を改善した介護サービス事業者に対するインセンティブの強化を提案。IoT機器の導入加速、書類の大幅な簡素化と介護現場のペーパーレス化に取り組む考えを示した。

【資料】具体的対応方針の検証に向けた議論の整理(たたき台) ※5月16日の地域医療構想に関するワーキンググループから(暫定版)

今回の「議論の整理」は、地域医療構想の実現に向け、地域医療構想調整会議において、この2年間で合意に至った具体的対応方針の内容を検証するものである。厚生労働省が診療実績等の一定の指標を設定し、各構想区域の医療提供体制を分析。公立・公的医療機関が民間医療機関では担えない機能に重点化されているかを判断する材料とする。他の医療機関との代替可能性があれば、再編・統合の検討対象となる。

なお、5月16日時点での「議論の整理」は同日のWGの意見を受け、再修正される。

1. はじめに

○地域医療構想の実現に向けては、2016年度中に全都道府県で地域医療構想が策定されたことを踏まえ、2017年度以降、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、地域医療構想調整会議において2年間程度で集中的な検討を進めることとした。

○特に公立・公的医療機関等に対しては、それぞれ「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、民間医療機関との役割分担を踏まえ、公立・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針であるか確認することを求めた。○また、都道府県に対しては、都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置や地域医療構想アドバイザーの導入、地域の実情に応じた定量的な基準の検討など、地域医療構想調整会議の議論の活性化を図るための多様な方策の導入を求めた。

○現在も、各地域では、議論の活性化を図るための様々な努力を重ねながら、公立・公的医療機関等の具体的対応方針を中心に活発な議論を継続している状況にあるが、地域医療構想の実現に向けて、PDCAサイクルを着実に実施していく観点から、この2年間で合意に至った具体的対応方針の内容を検証した上で、その結果を踏まえ、地域医療構想の実現に向けた必要な対策を講じていくことが重要である。

(省略)

○このため、今回の議論の整理は、具体的対応方針の内容の検証や、その結果を踏まえた地域医療構想の実現に向けた一層の取組について、これまでの議論を踏まえ、整理を行うものである。

2. 具体的対応方針の検証方法

(1) 基本的な考え方

○地域医療構想の実現に向けては、足下の4機能別の病床数と将来の病床数の必要量とを機械的に比較し、その過不足のみに着目し議論を進めるのではなく、診療実績等の詳細なデータにも着目した上で、住民に必要な医療を質が高く効率的な形で不足なく提供できるかという視点の議論が不可欠である。○地域の実情は、地域の関係者にしか分かりえない側面はあるものの、各構想区域の地域医療構想調整会議における議論が、病床数の多寡のみに固執した機械的に形骸化された議論が繰り返されることのないよう注意を促す観点から、厚生労働省において、診療実績等の一定の指標を設定し、各構想区域の医療提供体制の現状について分析を行うこととする。

○厚生労働省は、各都道府県に対し、この分析結果を踏まえ、一定の基準に合致した場合は、これまでの各構想区域の具体的対応方針に関する合意内容が、真に地域医療構想の実現に沿ったものとなっているか、地域医療構想調整会議において改めて検証するよう要請することとする。

○なお、今回整理する厚生労働省による分析手法は、これまで各構想区域で優先的に議論を進めてきた公立・公的医療機関等の役割が、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析するものである。

○分析手法は、あくまで現状で把握可能なデータを用いる手法に留まるもの

であり、分析結果が、公立・公的医療機関等が将来に向けて担うべき役割や、それに必要な再編統合、ダウンサイジング等の方向性を機械的に決定するものではない。

○各々の公立・公的医療機関等の取組の方向性については、地域医療構想調整会議において、今回の分析方法による結果を参考としつつ、当該方法だけでは判断しえない地域の実情に関する知見を補いながら議論を尽くし、合意を得ることが重要である。

(省略)

(2) 分析の手法

①診療実績等に関する分析項目の設定

○「地域医療構想策定ガイドライン」においては、地域医療構想を策定する際には、五疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患)、五事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児救急医療を含む小児医療)等の医療計画において既に定められた内容を踏まえた地域医療構想を策定することとされている。

○また、公立・公的医療機関等に期待される役割について、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、

ア 高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等

イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供

ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供

エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供

オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。

○現時点において、公立・公的医療機関等が、これらの期待される役割を果たし、当該医療機関でなければ担えない機能への重点化が図られているか、特定の診療行為の実績に関するデータ等により分析を行う。

○具体的には、「地域医療構想策定ガイドライン」、「新公立病院改革ガイドライン」、「経済財政運営と改革の基本方針2018」において求められる役割や疾病との関係性を整理した一定の「領域」及び「分析項目」を設定し、分析項目ごとに病床機能報告のデータを活用して実績を分析することとする。

(省略)

②分析の視点

○分析項目ごとに、公立・公的医療機関単位で、次の要件への該当性を確認することにより、他の医療機関による代替可能性があるか分析する。

A 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績(診療実績とは、当該行為の実施件数や構想区域内の実施件数の占有率を含む。以下同じ。)を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接。

B 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

○分析にあたっては、緊急性が高い急性心筋梗塞や脳卒中のような疾患と、必ずしも緊急性が高くはないがんのような疾患との違いなど、疾患ごとの特性の違いを考慮しながら、分析項目ご

とに個別に診療実績の分析を行うこととする。

○分析にあたっては、構想区域内の公立・公的医療機関等と民間医療機関等との関係性のみならず、公立・公的医療機関等同士で役割の代替可能性がないかについても分析を行うこととする。

③他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等

○1つ以上の分析項目について、「代替可能性がある」と分析された公立公的医療機関等を、「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」と位置づける。

※「代替可能性」を判断する水準については、厚生労働省において分析作業を進める過程で、本ワーキンググループの構成員をはじめとする有識者の意見を個別に聴取しながら決定する。

④再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等

○「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」のうち、大半の分析項目について「代替可能性がある」と分析された公立・公的医療機関等については、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」と位置づける。○「大半の分析項目」の考え方について、「代替可能性がある」とされた項目数によって機械的に判断するのではなく、各分析項目の特性を十分に考慮することとする。

⑤分析結果の公表

(省略)

⑥分析にあたって留意する事項

(省略)

○地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟において提供する医療は、公立・公的医療機関等でなくとも担うことが可能であるにも関わらず、多くの公立・公的医療機関が実施しているとの指摘があることから、これに関する必要な分析を行い、都道府県等に提供できるよう努めることとする。

(省略)

3. 分析を踏まえた地域医療構想調整会議における協議・検証の進め方

(1) 他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等

○「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」は、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえて、代替可能性があると分析された役割について、他の医療機関に機能を統合することの是非について協議し、遅くとも2020年3月末までに結論を得ること。○他の医療機関に役割を統合することが妥当との結論を得た場合は、その結論を踏まえ、真に必要な医療機能別の病床数についても協議し、「具体的対応方針」の内容について、既に合意に至っている場合であっても、その妥当性を検証した上で必要な見直しを行い、同じく2020年3月末までに改めて合意を得ること。

※協議のスケジュールについては、新公立病院改革プランの対象期間が、2020年度を終期とすることが標準とされている点を踏まえつつ、厚生労働省において、本ワーキンググループの構成員をはじめとする有識者の意見を個別に聴取しながら決定する。((2)についても同様のプロセスで決定する。)

(2) 再編統合の必要性について特に

議論が必要な公立・公的医療機関等

○「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」は、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえて、他の医療機関と統合することの是非について協議し、遅くとも2020年9月末までに結論を得ること。

○他の医療機関と統合することが妥当との結論を得た場合は、「具体的対応方針」の内容について、既に合意に至っている場合であっても、必要な見直しを行い、同じく2020年9月末までに改めて合意を得ること。

(3) その他の医療機関

○(1)(2)に掲げる医療機関以外の全ての医療機関は、(1)(2)に掲げる医療機関の役割に関する地域医療構想調整会議の協議の動向に留意しつつ、地域医療構想調整会議で協議した自院の2025年に向けた対応方針を適宜点検し、見直す必要が生じれば、速やかに、改めて協議し、合意を得ること。

(4) 協議にあたり留意すべき事項

(省略)

○公立・公的医療機関同士の再編統合に関する協議でも、民間医療機関をはじめ構想区域内の関係者の意見を聴きながら検討を進めることが重要である。

(省略)

○過去の病院の再編統合事例においては、統合前後で病床数の合計が変わらない事例も見受けられるが、現在の病床利用率や将来の医療需要の動向をしっかりと分析し、真に必要な病床数を精査することが重要である。

(省略)

4. 更なる検討が必要な課題

(省略)

○公立・公的医療機関等の補助金等の投入・活用状況は、十分に可視化されておらず、地域医療構想調整会議の協議に活用されていないとの指摘があることから、補助金等の情報を適切かつ分かりやすく可視化するために必要な対策について検討を進める必要がある。

○再編統合等の取組を具体的に進める上では、職員の雇用に係る課題や借入金債務等の財務上の課題への対応が必要となるが、厚生労働省において、公的医療機関等の本部とも連携しながら、各医療機関が地域の医療需要の動向に沿って、真に必要な規模の診療体制に円滑に移行するために必要な対策について検討を進める必要がある。

5. おわりに

○今回の議論の整理は、具体的対応方針の内容の検証や、その結果を踏まえた地域医療構想の実現に向けた一層の取組について、着実かつ迅速な実施を求めるものである。

○また、厚生労働省が示す分析は、これまで各構想区域で優先的に議論を進めてきた公立・公的医療機関等の役割の重点化等について、分析するものであり、その方法は、公立・公的医療機関等が将来に向けて担うべき役割や、それに必要な再編統合、ダウンサイジング等の方向性を機械的に決定するものではない。分析結果を踏まえて、地域医療構想調整会議において具体的対応方針の検証やその結果を踏まえた必要な対策を検討すべき性格のものである。

(省略)

技能実習生受入事業でベトナムからの受入れを準備 質の高い人材育成プログラムを目指す

全日病の委員会を紹介するシリーズの第5回は、国際交流委員会の活動を紹介します。山本登委員長にベトナムからの技能実習生の受入れの取組みについて、これまでの経緯や外国人材を受け入れるに当たっての考え方や課題について聞いた。国際的な労働力需要増大の動きの中で、理想的な人材育成プログラムを目指していることを強調した。

新たなプロジェクトを検討 ベトナムに注目して調査

—技能実習生受入事業に取り組んだ経緯を教えてください。

2013年に神奈川県支部長と同時に常任理事に就任し、国際交流委員会の担当になりました。それまでの委員会の仕事はハワイ研修がメインでしたが、新しいプロジェクトを考えようということでアンケートをとって検討したところ、急速な高齢化に伴って介護人材が不足するので、東南アジアに目を向けようということになり、いろいろ調べて、ベトナムに的をしぼることにしました。ベトナムは仏教国であり、歴史的に日本との関係も深い。人口構成は40～50年前の日本と同じです。ワーキンググループをつくって最初は自費で渡航経費を出してベトナムの事情を調べ始めました。その結果、「これはいける」ということになって、委員会のプロジェクトとして提案し、理事会の承認を得て、技能実習生の受入れに向けて準備を進めてきました。

—外国人材受入れの枠組みはありますか、その中で技能実習生の制度を活用するわけですね。

受入れの枠組みとしては、EPA（経済連携協定）と海外留学生制度、技能実習生の3つがあって、最近、特定技能が増えました。EPAでは、フィリピンやインドネシアから看護師や介護福祉士を受け入れています。経費はすべて受入側が負担し、人数も年に数百人の単位です。2025年には30～40万人の介護人材の不足が見込まれている中で、焼石に水であり、もっと規模の大きい仕組みが必要です。

留学生の制度は、日本語学校や介護の専門学校に通って介護福祉士の資格取得を目指すものですが、評判はよくありません。生活費を稼ぐために週28時間の就労が認められていますが、それでは足りなくてアルバイトを増やし、十分な勉強ができなくなって失踪してしまうケースが相次いでいます。

技能実習生もかつて評判が悪かったのですが、2017年の法改正によって改善しましたので、この枠組みであれば、一定の人数を確保できると考えました。

技能実習は相手国への技能の移転を図り経済発展を担う人づくりを支援するもので、2017年の入管法改正で新たな在留資格「介護」が新設されました。日本人と同等以上の条件で就労し、勉強しながら働けます。

送り出し人数を制限 特定技能が制度化される

—現地の送り出し機関とのやりとりなど具体的な準備をどう進めましたか。

技能実習生を受け入れるために、全日病は監理団体の資格をとりました。

それと併行して現地の送り出し機関との交渉を進め、現在、3つの送り出し機関と契約を結んでいます。

ベトナムには、200社以上の送り出し機関があって、全部認められるだろうと思っていたのですが、ベトナム政府が送り出しの人数を制限するようになって、13社しか認めていません。そのうちの3機関と契約しているのですが、1つの機関が送り出す実習生は年間数十人規模です。当面は少ない人数で始め、成功事例を積み重ねて増やしていきたいと考えています。

—ベトナム政府が人数を制限しているのはなぜですか。

人材を送出すベトナム側と受入れる日本側の思惑の違いがあるということでしょう。ベトナム側からすると、日本語の勉強にあまり時間とお金をかけずに早く稼いで帰ってきてほしいと考えますが、日本側からすると日本語ができない人を介護の現場に入れられないということで、せめぎ合いをしている間にベトナム側が人数をしぼって条件闘争になってきた。日本としても条件を緩めざるを得ない状況になっています。

—特定技能の枠組みができたのもそのようなことが背景でしょうか。

技能実習の枠組みでは需要を満たせないということで、財界の圧力が働いたのだと思います。介護分野については、技能実習から特定技能に移行する道筋を用意して、整合性をとるようになります。

松竹梅の3コースを用意 特定技能で在留期間が延びる

—受入事業の詳細を教えてください。

全日病の受入事業では、「松・竹・梅」と銘打って3つのコースを用意しています。

「松」は高度人材育成を目指すコースで、ベトナムの医療短大看護学科3年卒でN3相当の日本語能力がある人を対象としています。「竹」は介護専門学校2年卒で日本語能力はN4相当。ミャンマーからの受入れ枠も設けています。「梅」は、特定技能の枠組みで受け入れるコースです。

なお、日本語の能力試験にはN1からN5まで5段階があって、N1が一番高く同時通訳レベルの能力です。N2であれば介護の専門学校に入れ、国家試験合格で介護福祉士の資格がとれます。一般的な技能実習制度では、N4で日本に来て、実習期間中に日本語を勉強して介護福祉士の資格を目指すことになります。

技能実習制度は最低3年間、優秀であれば5年間、日本で実習することになります。また、特定技能制度ができたので、技能実習から特定技能に乘換えてさらに5年間滞在することもできるようになります。その間に日本語能力試験でN2までいけば介護福祉士の国家試験も合格するので、それによって在留資格「介護」を取得できます。滞在期間の制限がなくなり、家族の帯同も認められます。

今年暮れに第一弾の実習生を受入れ

—ベトナムの送り出し機関を訪問されて

いますが、印象はどうか。

これまでに10社以上を訪問しました。どこも日本語を1年間勉強するために全寮制で、1部屋に8人が2段ベッドで生活しています。一生懸命勉強していて、たいへん礼儀正しい学生たちです。

—今後のスケジュールを教えてください。

当初の予定からすると、技能実習生の受入れは1年遅れていますが、今年の暮れには最初の技能実習生が来日することになります。

最初の受入れ人数は20人程度になりそうですが、40人を超えると事業として採算がとれるようになります。現状では持ち出しになっていますが、来年には採算がとれる人数にもっていきたいと考えています。

監理費は、実習生1人について4万5,000円程度で、これによって事務局員の人件費を賄うほか、受入れ機関に対する監査を行うこととなります。受入れ人数が増えて採算がとれるようになれば、監理費の値下げも考えたいですね。なお、全日病は公益社団なので、会員以外から要望があった場合に断れないこととなります。その場合は、監理費に差をつけるなどして対応することになるでしょう。

日本語の能力を重視 理想的なプログラムを用意

—技能実習制度で日本に来て介護技術を学び、実習の期間を終えると帰国することになるのですか。

技能実習生はさまざまですが、看護学校を卒業した20代前半の女性の場合、実習期間を終えると結婚適齢期になります。ベトナムでは田舎ほど早く結婚するように言われるようで、実習が終わると結婚を意識してベトナムに帰る人もいます。

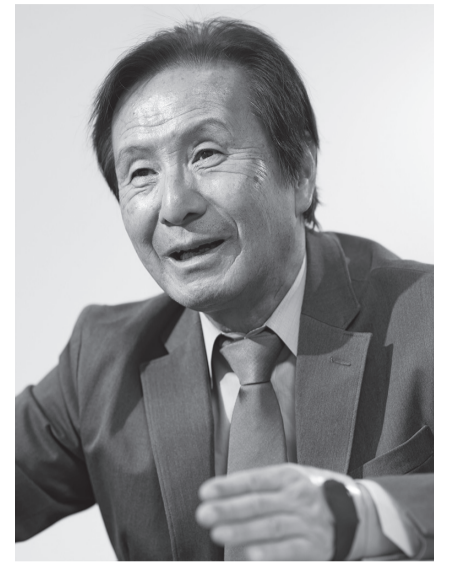
私たちとしては、介護福祉士の資格をとって「介護」の在留資格を取得する道筋を示して募集しています。そのためには、受け入れの段階からN3以上の日本語能力がある人に来てほしいと言っていますが、そこが一番苦労しているところです。

新しい技能実習の受入れ条件はN4で、日本にいる間にN3になればいいという考え方です。受入れ施設によっては、日本語能力はあまり重視せずに若い労働力にきてもらうことを優先に考えるとところもあって、受入れのハードルは下がる方向です。そういう形の受入れが増えると、N3の日本語試験を目指して1年かけて勉強している人にとっては稼ぐチャンスを逃しているという思いにもなります。

送り出し機関も、金額の引上げを求めるところもあって、そのため最近では物価の安い地方の送り出し機関と話をしようとしています。しかし、地方出身の実習生も日本に来て、より高い給与の施設があることを知ったら、移ってしまう可能性もあります。

私たちとしては、本人のキャリアのためにも、理想的なプログラムを目指していますが、実習生としては目先の収入が大事であり、少しでも多く稼ぐことを重視する人もいます。

全日病は、技能実習の監理団体として2,500の会員に対して公平な条件を



設定しているのですが、フレキシブルな対応ができないという面もありますが、質の高い人材養成を目指したプログラムにしていきたいと考えています。

—全日病の受入事業としては、日本語の能力を重視しているわけですね。

介護の現場では、読書だけでなく聴解の能力も必要なので、日本語能力のN3を基本に考えています。なおかつ、日本に来る前に介護の勉強の中で日本語を取り入れてもらっています。介護の現場では、言葉が話せなくても身振り手振りで伝わるという見方がありますが、医療ニーズがある高齢者が増えている中で、チームでコミュニケーションがとれないと困ります。例えば、食事をしていない事が伝わらずにインシュリンを投与したら低血糖発作をおこすわけです。

—外国人材を受入れる病院にメッセージを。

外国人を雇用するときの基本は、仲間として受入れることです。技能実習制度は、日本人と同等の処遇を条件としていますが、場合によっては日本人以上にコストがかかることも考えなければいけません。

また、実習生が疎外感を持つことがないように、地域社会に溶け込んでもらうことも大切です。仲間として受け入れ、日本の文化や社会を好きになってもらう必要がある。心を開いて受入れる必要があります。

—ハワイの研修事業については、どのように考えていますか。

職員の福利厚生に利用している病院もあり、毎年130人程度の参加があって定着しています。もう少し増やしたいと思いますが、飛行機やホテルの定員もあり、最大で150人ほどでしょう。また、行先として北欧に行ってみたいという声もありますが、ハワイ研修は人気が高いのでこれは続けた上で、もう一か所、別の海外研修を考えてもいいと思います。

—お忙しいところ、ありがとうございました。

国際交流委員会(外国人材受入事業)・委員	
委員長	山本 登
副委員長	須田 雅人
委員	中村 毅
委員	牟田 和男
委員	大田 泰正
委員	細川 吉博
委員	赤松 幹一郎
委員	二文字屋 修
委員	西谷 まり
担当副会長	織田 正道

救急救命士の病院でのニーズなどを調査

厚労省・救急災害医療提供体制検討会

医師の業務負担軽減に期待

厚生労働省の救急・災害医療提供体制のあり方に関する検討会(遠藤久夫座長)は5月23日、医師の働き方改革に伴い、病院での救急救命士の活用が期待されている中で、現場のニーズや救急救命士の意識の調査結果を踏まえた議論を行った。処置できる医療行為の範囲を広げることが将来的な課題とし、まずは病棟で現行の救急救命処置ができるようにして、医師の業務負担軽減に役立てるべきとの意見が出た。

救急救命士の試験合格者は1,400人ほど。そのうち約800人が地方公務員として消防機関で働く。その他の約600人の就職先は様々で、資格取得を必ずしも活かしていないという。この約600人を病院などでうまく活用する

ことが課題となる。ただ、消防機関では質の確保のための訓練が行われるのに対し、その他の救急救命士の質の確保に関しては、現状で法令の規定がない。このため、厚労省は現在、規定づくりに向けた検討を進めている。

同日は、日本救急医学会から「救急救命士に関する意識調査」(2019年5月)と病院前救護統括体制認定機構から「救急救命士の活動の現状と今後の環境整備のための調査」(2019年5月)の結果が示された。

日本救急医学会の調査では、救急医(117名)に対し救急救命士に関して質問した。回答者の86%は三次救急医療機関に所属していた。26.5%の施設で救急救命士を雇用している。

回答では、救急医の8割が、「病院前からの救急救命士の活動を病院の救急救命士が継続すること」に肯定的だった。希望する活動としては、◇現在救急車内で可能な救急救命措置◇院内急変対応◇誘導心電図◇静脈採血◇薬剤投与一が多かった。

病院前救護統括体制認定機構の調査結果では、救急救命士(2,224人)に意識を質問している。2,224人のうち、消防機関所属が67.9%、病院が16.3%となっている。回答では、「救急救命士が医療機関で救急救命措置(特定行為含む)をできるようにした方がよい」との意見に85%が賛成した。理由としては、「医療機関であれば医師の指示を受けやすい」との意見が多かった。ま

た、75%が「多忙な医師を支援し、業務負担を減らし得る」と回答している。委員からは、法改正を含めて、病院で救急救命士が活用できる環境を整える検討を進めるべきとの意見が相次いだ。その場合には、診療報酬などによる財源的な手当てでも求められた。

また、メディカルコントロール体制の下で、病院救急車を積極的に活用するため、病院の救急救命士が搭乗する病院救急車による自院への転院搬送の試験結果が報告された。

災害医療関係では、BCP(事業継続計画)の策定状況が示され、全病院の25%が策定済みであるなど、厚労省のBCP策定研修事業に関して、一定の成果があることが示された。事業は引き続き実施する。また、災害拠点病院の指定要件の見直しでは、◇燃料の容量は現状の6割程度の自家発電機等◇少なくとも3日分の病院機能を維持できる水の量を求めることを了承した。

10年で認知症有病率を約1割下げる

政府・有識者会議

認知症予防で数値目標を設定

政府は5月16日、認知症施策推進のための有識者会議(鳥羽研二座長)に、6月にまとめる予定の今後の認知症施策の大綱のたたき台を示した。認知症予防のKPI(成果指標)を初めて設定。有識者からは「妥当で実現可能な目標」と賛意が上がったという。

たたき台では、認知症予防のKPIに

ついて「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」と明示した。認知症の有病率に置き換えると10年間で約1割の低下となり、大綱の目標年である2025年までの6年間で6%の低下とした。具体的には、2024年までに70~74歳の2018年の有病率を3.6%から3.4%に、75~79歳の有病率を10.4%から9.8%

に低下させる。

2025年には高齢者のおよそ5人に1人、約700万人が認知症になると推計されている。有識者会議の資料では、発症を遅らせることで、「各年齢各級別の有病率は結果的に低下する」と説明している。

70歳代の有病率を指標とするのは、日常生活に支障がない健康寿命の延伸により平均寿命と健康寿命の差を短縮

することが、政府の健康・医療戦略の目標になっていることを踏まえている。2014年の平均寿命は男性80.98歳、女性87.14歳。健康寿命は男性72.14歳、女性74.79歳で、それぞれ8.84年、12.35年の差を縮めていく。

大綱は、これまでの新オレンジプラン(認知症施策推進総合戦略)をバージョンアップしたものとの位置づけ。従来は、認知症になってからも自分らしく暮らせる社会を実現する「共生」を重視していたが、大綱では「予防」も大きな柱の一つに据える方針だ。

春の叙勲で西澤名誉会長に旭日中綬章

政府は5月21日に令和元年春の叙勲及び褒章受章者を発令し、全日病会員から西澤名誉会長をはじめ8人の受章が決まり、それぞれ以下の勲章・褒章が授与された。5月24日に厚生労働省講堂において勲章伝達式が行われ、西澤名誉会長らは上野宏史厚生労働大臣政務官から伝達を受けた(写真)。



旭日中綬章	西澤 寛俊	社会医療法人恵和会	西岡病院
旭日小綬章	田畑 陽一郎	医療法人 三橋病院	
旭日双光章	大隈 義彦	医療法人朗源会	大隈病院
旭日双光章	上村 俊朗	医療法人恵愛会	上村病院
旭日双光章	瀧上 茂	医療法人新生会	高田中央病院
瑞宝小綬章	竹島 徹	社会医療法人若竹会	つくばセントラル病院
瑞宝双光章	島本 政明	医療法人島本慈愛会	島本病院
藍綬褒章	中澤 宏之	医療法人つくし会	南国病院

一冊の本 book review

THE 中医協

その変遷を踏まえ健康保険制度の『今』を探る

著者 ● 佐藤敏信
発行 ● 薬事日報社
定価 ● 1,800円+税

診療報酬改定はすべての病院経営者の最大の関心事項の一つだが、診療報酬改定に大きく関わっている中央社会保険医療協議会(中医協)がどういった組織なのかよくわからないという方も多いと思う。中医協とは、診療報酬の改定などについて審議する厚生労働相の諮問機関であり、診療側(2号側)の病院側代表として猪口雄二会長が委員を務められている。本書は、厚生労働省保険局医療課長から健康局長を務めた佐藤敏信氏が、政治情勢を背景とした中医協の役割の変遷を丁寧に辿りながら、医療制度についてのこれまでの議論と今後の展望を簡潔かつ明快に解説している。ぜひ、すべての医療関係者に一読いただきたい。

2019年度 第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月18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。
- 群馬県 医療法人恒和会 関口病院 理事長 関口浩五郎
 - 群馬県 医療法人五紘会 東前橋整形外科病院 理事長 釜谷邦夫
 - 富山県 医療法人社団スバル 杉野脳神経外科病院 理事長 宇於崎泰弘
 - 愛知県 医療法人香徳会 メイトウホスビタル 院長 本田圭祐
 - 大阪府 医療法人弘仁会 まちだ胃腸病院 理事長 町田浩久
 - 香川県 医療法人社団和風会 橋本病院 理事長 橋本康子
 - 福岡県 医療法人一寿会 西尾病院 理事長 西尾謙吾
- 他に退会が2会員、正会員から準会員への会員種別変更が2会員あり、正会員は合計2,540会員となった。

- 平成30年度事業報告書(案)を承認した。
- 平成30年度決算報告(案)が承認され、第7回定時総会に諮られる。
- 栃木県支部事務局の変更を承認した。
- 次期支部長が承認された。

【主な報告事項】

- 岐阜県支部副支部長の交代が報告された。
 - 役員立候補者が報告された。
 - 次期顧問等が報告された。
 - 審議会等の報告
- 「中央社会保険医療協議会総会、入院医療等の調査・評価分科会」、「社会保障審議会医療部会」、「高齢者医薬品適正使用検討会」、「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」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」、「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。
- 外国人材受入一ベトナム・ミャンマー⇒日本の介護人材へ一技能実習(介護)及び特定技能(1号)の受入

- れ意向確認へのご協力をお願い(案)が報告された。
 - ベトナムドンタップ省等における介護技能実習生募集セミナー開催結果が報告された。
 - 2018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.2.0】～順不同
- ◎一般病院1
 - 北海道 札幌しらかば台病院 更新
 - 埼玉県 坂戸中央病院 更新
 - 大阪府 白鷺病院 更新
 - 広島県 井野口病院 更新
 - 広島県 寺岡記念病院 更新
 - 香川県 クワヤ病院 更新
 - 福岡県 さくら病院 更新
 - 福岡県 原病院 更新
 - 大分県 へつぎ病院 更新
 - 鹿児島県 整形外科松元病院 更新
 - ◎一般病院2
 - 神奈川県 東名厚木病院 更新

- 石川県 芳珠記念病院 更新
 - 岐阜県 長良医療センター 更新
 - 福岡県 田主丸中央病院 更新
 - 福岡県 福岡青洲会病院 更新
 - 鹿児島県 サザン・リージョン病院 更新
 - ◎リハビリテーション病院
 - 東京都 河北リハビリテーション病院 更新
 - 愛媛県 尾張温泉かにえ病院 新規
 - 京都府 京都大原記念病院 新規
 - 山口県 下関リハビリテーション病院 新規
 - ◎慢性期病院
 - 大阪府 松谷病院 更新
 - 熊本県 はまゆう療育園 更新
- 4月5日現在の認定病院は合計2,180病院。そのうち、本会会員は877病院と、認定病院の40.3%を占める。
- 討議事項として、「外国人に対する医療」をテーマに意見交換を行った。

働き方改革関係などで予算要望

四病協・総合部会 9テーマ27項目に整理

四病院団体協議会は5月22日、2020年度予算概算要求に関する要望をまとめた。救急、災害、へき地医療を支える体制づくりや地域医療構想の実現、一億総活躍社会に向けた取組みを強化するための財源措置を求めた。消費税率10%への引上げは予定通り実施し、その財源を「医療を筆頭に社会保障に十分な予算配分」をすべきとした。

要望項目は9テーマで27項目をあげた(右表)。特に、働き方改革関係で8項目を要望した。医師の過重労働を改善するには、医師の増員が必要となる。このため、診療報酬以外で人件費に相当する分の手当てを求めた。働き手不足への対応では、ICT・ロボットの導入の補助をあげた。医療機関に厳密な勤怠管理が必要とされていることも明記した。

医療従事者の能力向上では、総合的診療能力の獲得を促すキャリア形成支援事業を実施する病院団体への経費補助を要望した。また、「特定技能」を含めた外国人介護人材を受け入れる取組みや、外国人患者の治療費を回収しやすくするためのキャッシュレス決裁が可能な仕組みに対する財政的支援を求めている。

専門機構の抜本的見直しが必要

同日の総合部会では、新専門医制度に関し、日本専門医機構の運営に対し、厳しい意見が相次ぎ、四病協として抜本的な見直しを含めた意見を主張していくべきとの認識で一致した。

機構は医師のプロフェッショナル・オートノミーを基本に、専門医の育成を図ることを目指している。しかし、最近の専攻医募集定員の上限定額やサブスペシャリティの意思決定においては、厚生労働省や学会が主導し、機構はそれを追認するだけの状況が続いている。会見で日本病院会の相澤孝夫会長は、「機構や制度がどうあるべきかという全体を見た議論ができていない」と述べた。

また、厚労省が地域医療構想と医師の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進すると説明していることに対し、異論が多く出た。現状の地域医療構想調整会議の議論で公立・公的病院の実際の再編・統合につながる状況が続く中で、他の課題を加えると、再編・統合の議論がさらに遅れるとの懸念が示された。再編・統合を決めた公立・公的病院の議論が振り出しに戻る可能性を指摘する意見も出た。

2020年度予算概算要求に関する要望(概要)

I 消費税関係

- 1 消費税率10%への引上げと医療財源への確実な充当
- 2 控除対象外消費税問題の解決までに要する予算措置

II 働き方改革関係

- 1 医師の働き方改革に伴う医師確保に係る予算措置
- 2 医師の働き方改革に伴うタスク・シフティング、タスク・シェアリングに要する医療人材確保と育成に係る財政的補助
- 3 医療人材(介護・介助職員等)の処遇改善への予算確保
- 4 ナースステーション、処置室、カンファレンスルーム、看護師等宿舎、院内保育施設等の整備
- 5 仕事と家庭の両立支援の推進(看護職員等再就業支援事業)
- 6 医療従事者の育児休暇に係る財政的補助
- 7 医療人材資源を補完するICT・ロボット等の導入への財政的補助
- 8 働き方改革への対応に伴う病院給食における新調理システム等の導入に関する補助

III 医療従事者の能力向上関係

- 1 病院で働く医師の総合的診療能力開発支援事業

IV 介護施設、介護従事者関係

- 1 介護療養病床や医療療養病床から

- 介護医療院への転換
- 外国人技能実習生受入れ事業への補助

V 地域医療介護総合確保基金関係

- 1 地域医療介護総合確保基金の十分な財源確保と公私の隔たらない配分

VI 医療機関のICT化関係

- 1 医療情報化支援基金創設に伴う医療機関における初期導入経費への補助

VII 社会の国際化等への医療の対応関係

- 1 外国人患者の受入れ体制の整備
- 2 治療と仕事の両立

VIII 障害保健福祉関係(省略)

IX 災害対策関係

- 1 災害派遣精神医療チーム(DPAT)整備費の新設
- 2 災害拠点精神科病院設備整備事業の拡充
- 3 DPAT事務局事業費予算の大幅な拡充
- 4 震災及び火災時等において医療機関の非常用設備が適切に機能するよう当該設備の保守に係る財政的支援
- 5 病院の耐震化対応のための補強工事や代替えに対する財政的支援
- 6 災害からの復旧・復興への継続的な支援及び災害に対する適時適切な支援を実施するための仕組み作りに関する予算の確保

2020年度診療報酬改定の要望書まとめる

日病協 働き方改革の対応など5点を要望

日本病院団体協議会は5月24日、2020年度診療報酬改定の要望書を樽見英樹保険局長に提出した。中医協で実施している「医療経済実態調査」や多くの病院経営調査で報告されており、病院経営がますます厳しい状況にあることを踏まえ、日本の医療のさらなる向上と持続可能性が追求できる

診療報酬改定の水準を念頭に、個別項目に関わる5項目を要望した。

前回の2018年度改定は、診療報酬・介護報酬同時改定であり、本体0.55%の改定率で、団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年とそれ以降の社会経済への対応に向け、「比較的大胆な改定」が実施された。入院基本料での地

域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携を推進するための見直しや、医療従事者の負担軽減・働き方改革への対応として、人員配置の要件緩和などが実施された。

次期改定も基本的には、これらの方向性が踏襲されることが想定される。さらに、地域医療構想や医師・医療従

事者の働き方改革、医師偏在対策への対応も急務となっている。

しかし、今年10月には消費税率10%への引上げに伴う薬価改定があり、薬価引下げの財源に頼れないなど、財源的には厳しい改定になることが予想される。そのような状況における要望として、5点を要望した。テーマとしては、「働き方改革」、「機能分化・連携強化」、「タスクシフティング・タスクシェアリング」、「救急医療」、「ICT・業務の簡素化」である。具体的には、下表のとおりとなっている。

<p>1. 医師をはじめとする医療従事者の働き方改革推進支援</p> <p>今般示された「医師の働き方改革」の完全実施を実現するため、病院医療に対する適切な評価が重要であり、医療従事者の人件費の基本となる入院基本料の増額を強く要望する。また、医師をはじめとする医療従事者の負担軽減と多様な働き方に対応するためにも、専従・専任要件をはじめとする各種施設基準・関連加算要件等の抜本的な緩和措置をあわせて要望する。</p>	<p>管理栄養士・リハビリ療法士等の多職種を加味した配置基準へと抜本的に見直すことで、チームアプローチの更なる評価を行うと共に、各職種間のタスクシフティング・タスクシェアリングが更に推進されるよう、各種加算等の見直しを要望する。</p>
<p>2. 医療機関の機能分化・連携強化</p> <p>地域医療構想、地域包括ケアシステムの推進とそのため求められる医療と介護の連携や病床機能分化のより一層の促進のために、機能分化の阻害要因の一つとなっている特定入院医療算定病棟の高額薬剤等を含む包括対象範囲の見直しや、同一医療機関複数科受診時の算定要件の緩和を始めとする各種算定要件の見直しを要望する。</p>	<p>4. 救急医療体制評価の充実</p> <p>医療機関における初期・二次・三次の救急医療体制については、これまで主として救急管理加算等で対応されてきたが、年々救急患者が増加・多様化している現状を鑑み、その救急体制維持に係る費用等も加味した救急医療体制に関する新たな報酬体系を要望する。</p>
<p>3. 多職種協働・チームアプローチとタスクシフティング・タスクシェアリングの推進</p> <p>病院内外における多職種協働・チームアプローチの重要性は、既に十分認識されているところである。そこでこれまでの医師・看護師中心の病棟配置基準を、薬剤師・</p>	<p>5. 医療版 ICT 推進と診療報酬体系や基準届出・保険請求業務の簡素化</p> <p>医療版 ICT の推進は、医療の質向上並びに医療情報の共有、更には診療行為の効率化に欠かせない他、施設基準届出業務や保険請求業務の簡素化の点においても不可欠である。また、電子カルテ等のシステム導入・維持・更新、更に各システムの平準化には莫大な費用がかかることから、それらに対する診療報酬上の評価を要望する。</p> <p>あわせて年々複雑化してくる診療報酬体系について、可能な限りより一層の簡素化を要望する。</p>

■ 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
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)	2019年6月23日(日) 【全日病会議室】	10,800円(税込) (昼食代含む)	2015年度から実施している看護師特定行為指導者講習会の知見を踏まえ、看護師の特定行為研修の質の担保を図るために開催。指導者講習会の企画担当者・実施担当者が対象。参加者には「終了証書」を交付する。
看護師特定行為研修指導者講習会(福岡会場) (50名)	2019年7月7日(日) 【TKP ガーデンシティ PREMIUM 博多駅前】	10,800円(税込) (昼食代、資料代含む)	看護師特定行為研修の指導者として携わる予定の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等を対象。特定行為の質の担保を図るため、効果的に指導を行うことができる指導者を育成する。参加者には「終了証書」を交付する。
病院管理士・看護管理士フォローアップ研修会 (100名)	2019年7月21日(日) 【全日病会議室】	6,480円(税込) (昼食代含む)	昨年度の事務長研修と看護部門長研修の受講者が、研修のなかで立案した病院の今日的課題を発表、参加者との間で討議する。同研修会は、病院管理士と看護管理士の継続要件に該当する。