



全日病NEWS

2020
1.1/15合併号
No.955

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

賀正



2019年1月 パレスホテルで賀詞交歓会を開く



2019年5月 健康保険法等改正法が成立



2019年9月 全日病学会in愛知を開催



2019年2月 中医協が消費税対応の診療報酬改定を答申



2019年6月 定期総会を開催



2019年10月 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会が初会合



2019年3月 医師の働き方改革に関する検討会が報告書まとめる



2019年7月 医師の働き方改革の推進に関する検討会が初会合



2019年11月 西澤名誉会長の旭日中綬章受章を祝う会を開く



2019年4月 中医協が2020年度診療報酬改定の議論を開始



2019年8月 夏期研修会を福島で開催



2019年12月 中医協の審議が大詰めを迎える

年頭の挨拶

明けましておめでとうございます。皆様におかれましては、つつがなく2020年の新春をお迎えのごとと、心よりお慶び申し上げます。

2017年6月に会長に就任して以来、会員の皆様方のご意見を踏まえつつ、組織の強化に取り組んでまいりました。昨年6月には、2期目の信任をいただき、山積する課題に取り組んでまいりましたが、医療行政を取り巻く環境は厳しさを増す一方であり、2020年においても、この状況に変わりはないと予想されます。

昨年10月の消費税率10%への引上げによって、2025年を目指して進めてきた社会保障・税一体改革は一つの節目を迎えましたが、2025年の先を展望し、高齢化がピークを迎える2040年を見据えて社会保障の改革が検討されています。2025年以降は、人口減少が急速に進み、社会保障の担い手となる現役世代が減少すると予測されています。こうした中で、医療や介護のサービスの担い手の確保が大きな課題となっています。

医療提供体制については、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策の3つの改革が進められています。3つの改革は密接に関係することから、一体として考えるべきではありますが、それぞれに大きな改革であるとともに、ゴールとして設定されている期限も異なることから、一つ一つを丁寧に議論する必要があります。

地域医療構想については、昨年9月に再編・統合の再検証を求める公立・公的医療機関のリストが公表され、大きなインパクトがありました。民間病院についてもデータを公表するとされていますが、公立・公的病院の指標と同じではなく、民間病院のあり方、行っている医療というものを十分に調査した上で分析を行っていただきたいと考えています。

また、医師の働き方改革では、時間外労働の上限規制が医師に適用される2024年度に向けて、労働時間短縮を進めるために、医師の業務について様々

公益社団法人 全日本病院協会 会長 猪口雄二



な職種へのタスク・シフト/シェアが法改正も含めて検討されています。当然のことながらタスクを受け取る側の負担についても考慮が必要であり、個々の医療機関は、より高度なマネジメントが求められることとなります。さらに、AIやICTの積極的な活用、近い将来には介護ロボット等の活用なども検討が必要です。

医師偏在対策では、2020年度から医師偏在指標に基づく医師確保計画が動き出します。医師養成課程の見直しや総合医の養成などの課題についても検討が必要です。全日病としては2018年度から開始した総合医育成事業を更に推進していきたいと考えています。

いずれの改革も病院経営に大きなインパクトを及ぼすものであり、とりわけ民間病院にとって存立にかかわる事態も予想されますが、全日病としても組織をあげて、引き続きこれらの改革に対応していく所存です。

昨年9月には、愛知県支部長である太田圭洋学会長のもと、第61回全日本病院学会in愛知が「矜持一今こそ示せ、医療人のプライド」をテーマに開催されました。多くの会員並びに会員病院職員の方々にご参加をいただき、盛大に行われました。本年は、岡山県支部長である佐能量雄学会長のもと、第62回全日本病院学会in岡山が9月に岡山市で開催されます。学会の直前まで開催されている東京オリンピック・パラリンピックの熱気に負けない位、盛り上がる大会となることを期待しております。皆様方からの多数のご参加を心よりお待ち申し上げます。

全日本病院協会は、会員病院数が2,550を超え、我が国最大の病院団体です。我々が取り組むべき課題は引き続き山積しています。令和となって初めての新年を迎えるにあたり、執行部一同、そしてすべての会員とともに、一致団結して日本の医療、地域医療を支える病院団体として活動していく所存です。本年も、ご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

2020年 年頭所感

厚生労働大臣 加藤勝信

新たな元号、令和となって初めての新春を迎え、心よりお慶び申し上げます。今年も皆様が健康に一年を過ごすことができますことを祈念致します。

さて、厚生労働省では、団塊ジュニア世代が高齢期を迎える2040年頃を見据え、現役世代の人口が急減する中での社会活力の維持向上、労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保とともに、持続可能性を確保することで、誰もが安心できる全世代型社会保障制度の構築に向けた検討を進めてまいります。

中でも医療においては、より質の高い医療を国民の皆様へ提供すべく、地域医療構想を実現して地域の最適な医療機能の在り方を議論していくこと、医療の質・安全の向上を図るべく医師・医療従事者の働き方改革を進めること、医師偏在対策を進め医療人材の地域毎の適切な確保を進めること、の3つの取組みを着実に進めてまいります。

本年は東京オリンピック・パラリンピックがあります。多様性と包摂性の観点を通じ、国民が一つとなって大きなことを成し遂げる年となるように、厚生労働行政においても、しっかりと取り組んでまいります。国民の皆様へ一層のご理解とご協力をお願い申し上げます、年頭のご挨拶とさせていただきます。



日本医師会会長 横倉義武

明けましておめでとうございます。令和初の新年を健やかに迎えられたこととお慶び申し上げます。

我が国は、人類史上かつてない超高齢社会を迎えつつあります。人口の減少や過疎地域の拡大、所得や生活環境の格差など、複雑な環境変化が絡み合い、社会全体が模索を続ける中で、医療も適切な変容を遂げていかなければなりません。政府は人生百年時代に向けて全世代型社会保障への改革を進め、子どもからお年寄りまで、切れ目のない社会保障の構築を目指していますが、そのためには現在の医療を分かりやすく示し、納得の得られる給付と負担に関する国民的合意へと導いていく必要があります。

我々医師は従来、診断・治療に重点を置いてきましたが、今後は予防・教育や再発重症化予防、見守り、看取りにおいても役割を果たしていかなければなりません。日本医師会といたしましては、引き続き「かかりつけ医機能研修制度」の一層の充実を図るとともに、かかりつけ医の更なる普及・定着に努めて参りたいと思います。

令和の時代も医師としての高い倫理観と使命感を礎に人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指すことをお伝えし、年頭のご挨拶とさせていただきます。



2020年 新年のご挨拶

全日本病院協会 副会長

副会長 安藤高夫

謹んで新春のお慶びを申し上げます。

昨年中は猪口会長はじめとする全日病の先生方より温かいご支援・ご指導をいただきました。心より感謝申し上げます。

衆議院厚生労働委員会での公立病院についての質問では、総務省から繰入金金が8,083億円であるとの回答を得、その後の議論の出発点となりました。地域医療構想調整会議での議論が活性化し、よりよい医療提供体制をつくっていくことができたと願っています。

今年は診療報酬改定が行われます。医師の働き方改革もあり、課題は山積みです。災害医療、控除対象外消費税問題、事業継承、電子カルテの標準化と導入支援などにも力を入れて活動していきたいと思っております。

地域を守る中小民間病院を含めた医療・介護施設のために、少しでも地域の方々幸せになっていただけるよう、これからも挑んで参りたいと存じます。どうぞ本年もよろしくお願い申し上げます。



副会長 織田正道

謹んで新春のお慶びを申し上げます。

新天皇が即位されて『令和』の時代を迎え、初めての新年を迎えました。「令和」の意味するところは「美しい調和 (Beautiful Harmony)」、これからの病院のあり方を考える時、まさに目指すところの言葉ではないかと思えます。

さて、昨年は、各都道府県支部の先生方に声を掛けていただき、北は北海道から南は鹿児島まで、全国各地を回りました。特に、人口減少著しい地域を回ることで、日本の未来を想像することができ、貴重な機会になりました。今後も、先生方の生の声を伺い、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」において、民間中小病院の立場からの意見として取り上げさせていただき、会員病院の皆様と共に、この時代を乗り切りたいと存じます。



副会長 神野正博

明けましておめでとうございます。

今年は東京オリンピック・パラリンピックで何かと華やかな年かもしれない。しかし、少子高齢・人口減社会を睨んで、厳しい診療報酬改定を被り、三位一体の改革としての地域医療構想、働き方改革、医師偏在対策の議論がさらに先鋭化するに違いない。その中で、現状維持は衰退であり、前進こそが生き残り戦略となるだろう。

われわれは、社会の、患者の、そして一緒に働く仲間の価値観の変化に気付かねばならない。医療の質向上のためのPX (Patient Experience) の追求、病氣治療の枠を越えた生活支援サービスの提供と協働、働き方改革と効率化のためのICT、AIやRobotの導入などわれわれが取り組み、共有せねばならないテーマは多彩だ。



副会長 美原 盤

明けましておめでとうございます。

地域医療構想、働き方改革、医師偏在対策が三位一体として推進されている現在、全日病として、適切な対応が求められています。一方、個々の会員病院には地域医療構想調整会議などでしっかりと議論することが望まれます。病院運営の舵取りは極めて難しいものがあります。全日病の会員は、知恵を出し合い、協力することが必要でしょう。支部長会や研修会での議論、さらにはそれぞれの支部においても積極的な活動が期待されます。因みに昨年群馬県支部では、医療勤務環境改善セミナーなどを開催し、多くの方々に参加されました。本年も会員の方々の期待に添えるよう頑張る所存です。よろしくお願いいたします。



副会長 中村康彦

明けましておめでとうございます。

医療の動向は増え続ける社会保障費の問題や団塊の世代に代表される高齢者の増加と人口減少などがあり、病院経営には厳しい状況が続いています。今後、数年の医療界は様々な取り組みが要求され、柔軟かつ確実な対応が求められることが予想されます。その中でも医療従事者の業務移管や共同化(タスクシフティング・タスクシェアリング)が求められており、取り組みが急務となっています。このような厳しい状況ではございますが、会員の皆様と情報を共有し、この難局を乗り越えてまいりたいと思っております。

本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。



定額負担を一般病院200床以上まで広げる

全世代型社会保障検討会議

中間報告まとめる 2022年度初めまでに実現

政府の全世代型社会保障検討会議(安部晋三議長)は12月19日、中間報告をまとめた。外来医療の機能分を進めるため、200床以上の一般病院にまで、紹介状なしの受診時定額負担を拡大し、増額分については医療保険財政に繰り入れる方向を示した。遅くとも2022年度初めまでに実現する方針だ。

患者が大病院に集中することを防ぎ、かかりつけ医機能を強化するため、紹介状なしに病院の外来を受診した際の定額負担を拡大する方針を示した。現行制度では、他の医療機関から文書による紹介がない患者が大病院を外来受

診した際、初診時5,000円・再診時2,500円以上の定額負担を求めているが、これらの患者負担額を増額する。

そのうえで、増額分については、医療機関の収入とせず、公的医療保険の負担を軽減するよう、保険財政に繰り入れる方向を示した。

大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行うとともに、対象病院を病床数200床以上の一般病院にまで拡大することも明記した。

遅くとも2022年度初めまでに実施することをめざして同会議は検討を続け、夏の最終報告に結論を盛り込む。社会

保障審議会と中医協も、同時に検討していく。来年夏までに案を固め、速やかに法制上の措置を講じるとのスケジュールを示した。

具体的な患者負担額を検討する際、患者の医療へのアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院と診療所の機能分が適切に行えるよう、現行の定額負担の徴収状況を検証する。定額負担を徴収しない場合の要件を見直す方針も示した。

75歳以上の後期高齢者医療についても、負担能力に応じたものに改革する必要があると明記し、一定所得以上の

後期高齢者は医療費の窓口負担を2割に引き上げる方針を示した。

具体的な移行時期や2割負担になる人の所得基準は、2020年夏の最終報告に向けて検討する。疾病の性質上、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者への配慮も検討する。社会保障審議会でも同時に検討を進め、来年夏までに案をまとめ、遅くとも2022年度初めまでに実現できるよう法制上の措置を講じるとした。

日病協は対象拡大に「反対」で一致

日本病院団体協議会は12月20日、紹介状なし外来受診時定額負担の対象を200床以上の一般病院に拡大することに、「反対」との認識で一致した。出席者から地域を支える病院の外来が制限されることに強い懸念が示された。

2020年 謹賀新年

全日本病院協会 常任理事(50音順)

常任理事 池井義彦

宮崎県支部長、全日病常任理事として、常任理事会等へ出席し、改めて我々の病院が抱えている状況の厳しさを痛感します。現在、私は県医師会の常任理事も務めさせていただいており、全日病からの情報を有効に活用し、県の病院の為に、邁進してまいります。

常任理事 医療安全担当委員会委員長 今村康宏

新年あけましておめでとうございます。第61回全日本病院学会in愛知では多数の会員の皆様にご支援賜り心より御礼申し上げます。皆様に頂いたご縁という最高の成果をこれからも育んでまいります。若輩者でございますが、今年もご指導を宜しくお願い申し上げます。

常任理事 医療従事者委員会委員長 井上健一郎

明けましておめでとうございます。医療従事者委員会では事務長、看護部門長を対象とした経営マインドを持った管理者を育成する事業や病院に働くコメディカルが多職種協働のための研修を行っております。本年は医療介護従事者の紹介会社に関するアンケート調査も行う予定です。ご指導よろしくお願いたします。

常任理事 総務・財務委員会委員長 猪口正孝

新年あけましておめでとうございます。総務委員会は本年も会長・副会長をはじめ執行部を支え、会務が円滑に進むように努めます。また、会員病院の皆様の経営に少しでもお役に立つように頑張ります。本年もよろしくお願いたします。

常任理事 学術委員会委員長 大田泰正

明けましておめでとうございます。全日本病院学会in愛知を特集する全日本病院協会の雑誌および座長推薦演題を中心とする論文掲載号の発刊準備を行っています。また、今年は秋田で夏期研修会、岡山で学会を開催する予定となっていますので、皆様のご参加をお待ちしています。

常任理事 救急・防災委員会委員長 加納繁照

明けましておめでとうございます。昨年も未曾有の台風、豪雨と災害が次から次へと日本列島を襲いました。改めてAMATや病院BCP等対策の必要性を感じた次第です。昨年よりAMAT研修は国からの補助金を頂くことになり、参加費が以前と比べ安くなっております。是非とも多くのご参加をお願いたします。

常任理事 高齢者医療介護委員会委員長 木下 毅

明けましておめでとうございます。療養病床の患者も重症化してきている一方、軽症者しかいない療養病床も存在する。今年は療養病床の価値を再確認する年になりそうである。介護医療院への転換や減床も起こりそうである。

常任理事 病院機能評価委員会委員長 木村 厚

新年明けましておめでとうございます。本年も当委員会は、毎月の委員会、機能評価受審支援セミナー、全日病学会でのシンポジウム等、活発な活動を続けます。特に今年は中小病院の受審率を上げるキャンペーンの2年目の年です。今年は新たな病院での支援活動を行う予定ですので、ご協力をお願いいたします。

常任理事 広報委員会委員長 高橋 肇

明けましておめでとうございます。広報委員会の主な役割は、全日病ニュースの発行と全日病HPの管理です。新年度はHPの刷新を予定しており、会員の皆様には迅速で、よりわかりやすい情報をお届けできればと考えています。本年もどうぞ宜しくお願い申し上げます。

常任理事 田蒔正治

明けましておめでとうございます。昨年は令和の新時代が幕開けし、医師の働き方改革・消費税10%増税・地域医療構想調整会議が公民で開催されています。本年の診療報酬改定も財源が厳しい中、民間病院として地域に根差した良質な医療提供に尽力して参ります。本年もよろしくお願致します。

常任理事 介護医療院協議会議長 土屋繁之

少子・多死社会は私たちの予想を遥かに超えたスピードで社会に大きな影響を与えています。私たちもそのスピードに負けないよう意識改革に努めなければなりません。今年には新たな医療介護連携の仕組みを考える一年にしたいと思っております。本年もご指導のほど何とぞ宜しくお願い申し上げます。

常任理事

医療保険・診療報酬委員会委員長 津留英智

今年こそは、大きな自然災害やテロが無い穏やかな中で、オリンピック・パラリンピックだけは熱く盛り上げたい。2040年まで20年、2025年まで5年の節目、凄まじい変革の波に晒されるのか、大山鳴動して鼠一匹で終わるのか、それでも地域医療は我々が守るしかない。

常任理事 病院のあり方委員会委員長 徳田禎久

新年明けましておめでとうございます。あり方委員会では、2040年に向けての準備に的を絞って皆様に提案させていただく予定です。今年も宜しくお願い申し上げます。

常任理事 医療の質向上委員会委員長 永井庸次

明けましておめでとうございます。本年は診療報酬改定の年です。さらに、昨年から継続している地域医療構想、医師・医療従事者の働き方改革、医師偏在対策に加えて、医療情報化支援基金に伴う医療デジタル化時代に向けた将来を見据えた抜本的対策の検証が必要な年でもあります。医療の質向上は総合的質経営の要であり、本年も会員病院の質構築に資する「質を武器にした活動」を図ってまいりますので、宜しくお願いいたします。

常任理事 人間ドック委員会委員長 西 昂

人間ドック指定事業は、日帰り施設が454となりました。人間ドック委員会では、本年も引き続き会員病院の予防医学の向上に向けて特定検診・特定保健指導、人間ドックに関する各種研修会の開催など有益な事業展開を行って行く所存です。本年も宜しくお願い申し上げます。

常任理事 鉾之原大助

謹賀新年

令和はじめての賀詞となります。

旧年中は新たな診療報酬改定について、現在の社会背景を踏まえ様々な議論がなされた年でありました。これからの地域医療を支えるためにも、「多様性や相互機能が生かせる医療」を皆様と考えていただければと考えます。本年も宜しくお願いいたします。

常任理事

医療事故調査等支援担当委員会委員長 細川吉博

新年明けましておめでとうございます。働き方改革など医療を取り巻く環境が大きく変わっています。そして本年は診療報酬改定があり、その変化のスピードについていく必要があります。当協会の組織力とノウハウを一層生かしていく時と考えています。会員の皆さんのため尽力してまいります。何卒ご指導の程よろしくお願致します。

常任理事

個人情報保護担当委員会委員長 山田一隆

謹賀新年 心新たに2020年の佳き元旦をお迎えの事と思います。今後の地域医療には医師の地域偏在・働き方改革などの多くの課題がありますが、全日病の目的である全国の病院の一致協力による向上発展に基づき、公衆衛生と地域社会の健全な発展に貢献して参ります。

常任理事

国際交流委員会委員長

外国人材受入事業担当役員 山本 登

明けましておめでとうございます。令和最初の昨年のハワイ研修は多数のご参加を戴き、例年通りハロウィーンを過ぎ成功裏に終了。本年も宜しくお願い致します。外国人材受入事業は昨年末に当協会最初の技能実習生がベトナムより来日。3年から5年の実習、更に将来の介護福祉士国家試験合格(在留資格「介護」取得)を目指して、各地の会員病院(受入施設)で実習を開始致しました。

2020年度診療報酬改定率は本体+0.55%

厚労・財務大臣折衝

救急の働き方改革+0.08%

加藤勝信厚生労働大臣と麻生太郎財務大臣は12月17日の大臣折衝で、2020年度政府予算の対応で合意した。診療報酬改定率は本体が+0.55%(国費600億円)。このうち、+0.08%分を「救急病院における勤務医の働き方改革への特例的対応」と位置づけた。これを除く本体改定率は+0.47%。内訳は、医科が+0.53%、歯科が+0.59%、調剤が+0.16%となった。政府はネット改定率という言葉を用いないが、薬価等引下げを単純に反映させると、全体は▲0.46%(▲500億円強)となる。加藤厚労相は大臣折衝後の会見で、「厳しい財政事情の中、医療機関の経営状況や、賃金・物価の動向を踏まえ

2018年度改定と同じ0.55%になった。医師等の働き方改革を含め、国民一人ひとりに良質な医療サービスが提供されるような改定としたい」と述べた。救急病院の働き方改革の0.08%(公費126億円、国費95.3億円)を除く、医科・歯科・調剤の配分は、これまでと同様に、医療費に占める技術料の割合である1対1.1対0.3に見合う。また、働き方改革への対応は0.08%に限るものではないと、厚労省は説明している。働き方改革への対応では、地域医療総合確保基金でも公費143億円を積み増し、診療報酬と両方で対応する。0.08%分は、「特に救急医療が厳しい現場」への対応に使い、基金はもう少し

幅広い病院での活用を想定する。加藤厚労相は、医師の時間外労働規制が適用される2024年度と、暫定特例水準の適用が終了する2036年度に言及しており、今回だけでなく、継続的な対応となる可能性が示唆された。薬価の引下げは、▲0.98%(国費▲1,100億円)となった。このうち実勢価等改定が▲0.43%(国費▲500億円)、残りの▲0.55%について、厚労省は「10月改定の平年度化の効果」と説明している。市場拡大再算定の影響を含めると▲0.99%となる。材料の引下げは、▲0.02%(国費▲30億円)、このうち実勢価等改定が▲0.01%(国費▲10億円)。そのほか、2020年度予算案の対応として、様々な措置がとられる。病院に

とって、特に影響が大きいのが、新たな病床ダウンサイジング支援だ。地域医療構想の実現を図るため、2020年度に限り、一般財源で国費84億円を措置する。地域医療介護総合確保基金を活用しないのは、「自治体の財政力により、地域医療構想の推進の取組みで、差が出ないようにするため」。具体的には、稼働病床を1割以上削減する病院に対し、「使途」ではなく、病床削減という「現象」に着目し、補助金を交付する。複数の病院が統合する場合は、借入金の切替えに伴う金利負担を補てんするなどのメニューも用意するという。職員の退職金割増や建物の建替え補助では、基金を活用できるため、両者を区別する。公立・公的に限定せず、民間も活用できる。また、2021年度以降は、消費税財源による「医療・介護の充実」として使えるよう、法改正を行う方針である。



病院の診療実績データをどう活用するか 民間データの公表に際しどの指標で実績を示すかを考慮すべき

猪口 あけましておめでとうございます。さて、厚生労働省の医政局を中心に地域医療構想、医師偏在対策、医師の働き方改革について議論が進められています。いずれも地域の医療提供体制に対し、非常に大きな影響を与えようものです。そのため、地域の病院からは今後の動向に強い関心が寄せられているところ。吉田学医政局長を囲み、この3つのテーマで議論を行っていきます。

地域医療構想の議論の進め方 民間の診療実績データも公表

猪口 まず地域医療構想について、全体的には、なかなか思ったような形で進行していないのではという気がします。公立・公的病院のデータが2019年9月26日に公表されましたが、民間病院のデータはいつ出のでしょうか。

吉田 公立・公的病院のデータ公表については地域医療構想に関するワーキンググループでの議論を踏まえて行いました。

民間病院についても、どういうデータを、どのようにお示しすれば調整会議での議論に役立つのかという点について、地域医療構想の目的に鑑みて、よく考える必要があると思っています。

今回行った公立・公的病院のデータの公表は、公立・公的病院には税金や一般会計からの支援が入っているというだけでなく、高度急性期・急性期のベッドに占める公立・公的病院の比率が高く、高度急性期・急性期を選択されている割合が大きいからです。だからこそ、病床機能に着目し、高度急性期・急性期に焦点を当てて議論しようと思うと、公立・公的病院のあり方を地域毎に考えていただくのがいい。

一方、民間病院では高度急性期・急性期に限らず、回復期や慢性期など幅広い医療が提供されている。各地域で地域医療構想の議論を進めていただくための材料とすることを考えれば、高度急性期・急性期だけでなく、もっと幅広く分析するための手がかりとなるデータを、専門家の皆さんのご意見もうかがいながら、考えていかないとはいけません。

また、公立・公的病院の方々からは、民間病院データも出してほしいとの要請もいただいています。先のデータ公表において、民間との競合で「より実績が少ない」と言われた公的・公立病院の立場からすると、「どこに競合する病院があるのだ」という疑問をお持ちになるのはよく理解できます。こうしたことも含めると、民間のデータも含め、全体の情報を提供することにニーズや意義があると思いますので、できるだけ早く議論を進めていきたい

と考えています。猪口 公立・公的病院424病院について示した6項目とは、基幹病院が担う役割ですね。基幹病院になれる民間病院はほんのわずかなので、同じスコアでやっても仕方がない。

吉田 そう思います。民間病院の幅広いカバレッジを踏まえて、調整会議の議論を促進するような材料を出していきます。

織田 再検証対象の公立・公的病院の要件の一つであるAフラグの9項目は、どちらかというと公立・公的病院が繰入金をもたなくても仕方がない部分で、民間とは比較できないと思います。一方、Bフラグについては、類似、近接ですから、民間病院のデータを出さないと比較にならない。情報の出し方は、マスコミがセンセーショナルに取り上げないよう、各都道府県に委ねたらどうですか。

吉田 公立・公的病院のデータ公表の際、424病院の固有名が患者や住民、職員の方々に与えた影響をみて、いまい少し配慮を行うべきであったと反省しています。民間病院のデータを各調整会議に提供するには医療現場や住民の皆様へ誤解や不安を与えないよう、対応を進めていきたいと考えています。

猪口 公立・公的病院と一言でいっても、公立病院は比較的、基幹病院が多く、公的病院はそうでもありません。東京都の調整会議でも名前の挙がった公立・公的病院について議論されました。神経疾患や整形外科中心の病院は問題なしとなり、議論対象となったのは2病院だけでした。いずれも100床ちょっとなので、公立で基幹病院的なことをやることは無理なのです。その規模からも、地域できちんと役割を果たしてきたことから、再検証として問題ないという判断で終わりました。

公立病院と公的病院を同じものさしでみたのは、公的病院にはかわいそうでした。

吉田 担当局長として皆様と議論をさせていただき中、地域医療構想は非常に難しいプロジェクトであると痛感しています。地域ごとに医療ニーズを示し、それにふさわしい病床規模と病床機能を示しながら、そこに行く方法は個々の医療機関や地域が考え、病床規模と病床機能をそれぞれ2025年に向けに変えていく。一方で、調整会議の議長が割り付ける権限を持っているわけではない。各病院は自院のことで悩むでしょうし、それぞれの病院の結論を地域全体で合わせて、みたときに、それが地域としての望ましい絵柄と一致するかどうか自動的に保証されていないのです。

猪口 全くその通りだと思います。地域によって差があり、例えば織田副会長のところの佐賀は、人口が減少するなかで病院も比較的多く、かなり

真剣に話し合いをされています。東京都は二次医療圏の構想区域があまりに大きく、どうやってやるのかというのが正直なところ。中村 埼玉県もそうです。調整会議には、患者さんを公的病院から紹介してもらっている回復期の病院の先生や療養病床の先生がいますので、会議の場で公的病院に押し切られてしまうのです。調整会議で本音の議論ができていくかという微妙だと思います。

吉田 構造的な難しさや、地域によってばらつき、課題はあるのですが、現状ではやはり、調整会議で議論を尽くしていただくということになります。ニーズと提供側がミスマッチの状態を長く続けていくことは無理が生じます。重要なことは地域にとっても、個々の医療機関にとっても、合理的に、かつ納得でき、質の高い医療に向けて変わっていただくのを我々がどう支援できるか。これがやり続けなければいけない仕事であると思っています。

猪口 PDCAの繰り返しですが、もう2025年まであと5年になりました。織田 公立・公的病院の動きが調整会議で見えますから、我々はその情報を把握していかなければいけないですね。調整会議では合意しない人が一人でもいたら決まらないので、我々もしっかり意見を言わなければいけないと思います。うまく使っていきたい。

猪口 公立病院については、地域で合意ができて、首長さんが同調してくれないことがあります。

吉田 公立病院の場合は首長・議会をはじめとする自治体の顔をお持ちです。公的病院にも本部があります。我が国の地域医療は、それぞれの主体の合わせ技で成り立っています。

猪口 人口が減ることだけは間違いないので、地域で急性期医療をどうやって確保していくかを、話し合いで決めていくのが一番いいのだと思います。

織田 能登北部や壱岐の構想区域を見に行ったところ、若い人がどんどん減ってきています。地域医療構想よりも地域包括ケアシステムをどうするのかを早く議論しなければならないと思います。地方のニーズはピークアウトしてきていますからね。

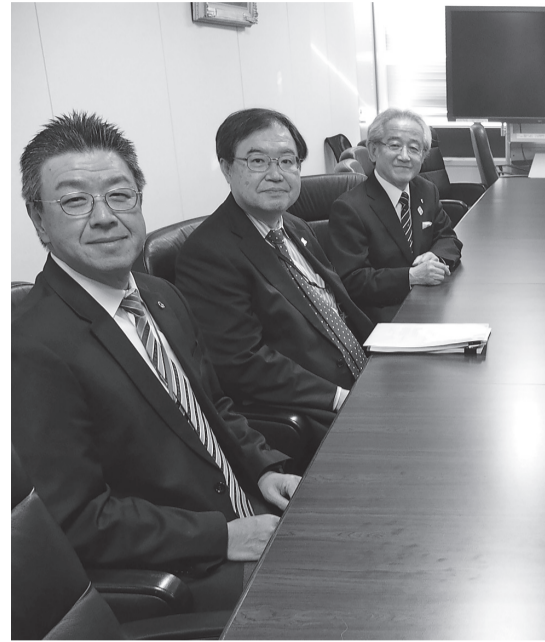
安藤 公表するかしないか以前の問題で、公的・公立病院と民間病院が、地域の医療がよくわかるような同じようなインディケータをつぶさにつくって、それをもとに、経営指標も入れて、ざっくりと話をできるような仕組みを作ったほうがいいと思います。

織田 調整会議には様々なステークホルダーがいるから、部会をつくり、病床を持つ医療機関が真摯に向かい合う場とすべきです。その上で、本部があるところは本部に相談すればいい。

猪口 そうですね。調整会議本体ではなかなか議論が進まないですから。

吉田 人口減少のなか、コミュニティ全体を支えるという観点からも、地域包括ケアを視野に入れた地域医療構想、医療計画が求められていると思います。医療だけでなく、生活支援、もっと言えばまちづくりまでを視野に入れて、論じるべき課題だと強く感じます。

医療に話を戻せば、やはり提供側の



出席者(文中敬称略)

厚生労働省医政局長
吉田学

全日本病院協会
猪口雄二

副会長
安藤高夫、織田正道、中村康彦
(神野正博副会長、美原盤副会長は欠席)

※座談会は12月4日に行われました。

人が減っており、医療従事者の偏在と働き方の問題になります。大学を含めた医療機関が地域医療のかたちをどう考えるか。もちろん全体をコーディネートする地元の自治体の役割も大きい。地域医療構想は、偏在対策、医師確保と密接に関わるので、この3つを一緒に進めなくてはいけないと考えています。

織田 地域医療構想は今ですらこの状況なのに、働き方改革と偏在対策も関係づけたら、何から話していいかわからない状況というのではないのでしょうか。

吉田 切実な課題は地域によって違うのかもしれませんが、まず医師の確保・派遣・偏在の問題から議論を始め、病床のあり方を議論せざるをえない場合もあるでしょう。あるいは、病床をまず議論して、その上で医師確保の問題にいく場合もあると思います。

医師偏在対策をどう進めるか 総合医のキャリアパスが大事

猪口 次に、医師偏在対策をテーマにお話をうかがいます。私は最近、青森

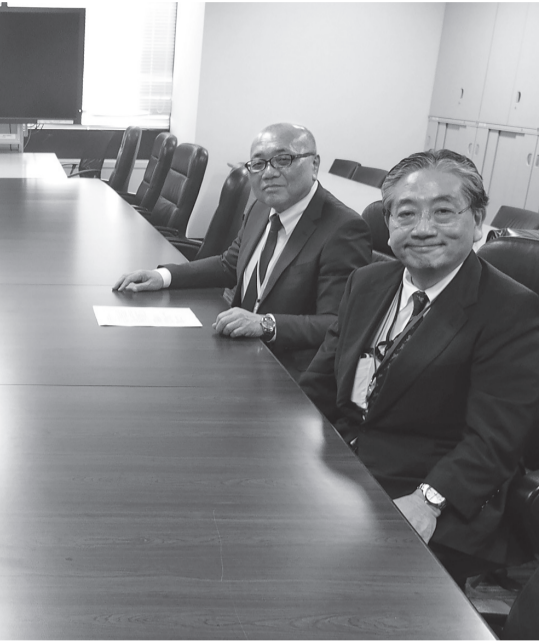


猪口雄二 会長

で講演する機会がありました。そこで実感したのが医師不足地域の医療の深刻さです。東京だと開業医の多さが問題になりますが、医師不足地域

医師の働き方改革に向けた病院の対応

複数勤務の取扱いで大学病院が医師を引き上げる可能性も



では、勤務医不足だけでなく、「診療所の医師が高齢でリタイヤし、後を継ぐ医師がいない」というような話が日常的に交わされます。政府の医師偏在対策はどのように進んでいますか。

吉田 医師偏在は、国のかたちを考える際に、都市と地方の不均衡の陰に必ずある問題で、一朝一夕に解決できません。特効薬はないものの、2018年7月に成立した改正医療法等で形作ったやり方として、医師の養成過程において、キャリアパスを通じて偏在是正を働きかけるとともに、都道府県に偏在対策全体を担ってもらうことを明確にしました。こうした取組を一つずつ実行していきたいと思っています。

養成過程における対応としては、医学部入学時の地域枠の活用や臨床研修のカリキュラムの変更があります。専門医養成については様々なご意見がある部分もありますが、地域間・診療科間の偏在是正にしっかりとつなげていく必要があると考えています。さらに、都道府県による医師確保については、他県との関係と、県内の両方の視点で、医師確保計画を今年度中に策定することになっています。

我々としては、都道府県への支援とともに、医師確保計画の動き始めを注視します。対応が足りないところも出てくると思いますので、それを補う対策を丁寧に対策を積み上げていくつもりです。

猪口 医師不足県でも、県庁所在地や大学病院がある地域は大丈夫ですが、その他の地域に医師をどれだけ散らすことができるかが課題です。

織田 地域医療構想調整会議で再編統合の再検証を要請する424の公的・公立病院の発表に至る経緯を説明するために、新潟で講演しました。新潟は公立病院中心の県であるとともに、面積が大きく、医師不足地域が多くあります。人口減少も進み、病院がつぶれたら大変だと実感しました。再検証の要請対象の病院がなくなると、足がなくて、困る住民が出てきます。基本は、病院のダウンサイジングで、病院の機能を縮小させ、高度急性期は連携で対応するのが望ましいという話をしました。

また、地域医療構想を考える場合に、人口が少ない二次医療圏(構想区域)があり、統合が必要だと思います。

猪口 二次医療圏の見直しは必要です。

逆に、東京の場合は人口が多すぎるし、高度急性期は中央部に集中するという特殊性があります。ところが、それが考慮されずに二次医療圏が設定されていて、あまりに広域に設定されていると感じます。

安藤 東京は多摩地域であっても、二次医療圏の人口が多く、南多摩医療圏では143万人。八王子市だけで高度急性期・急性期の医療も過不足なく提供され、医療は完結しています。

吉田 質の高い医療を提供していくことを目指す中で、提供体制をエリアとして捉えた場合に、「尺」が合わないことをどう考えるかという問題と、人口の少ない二次医療圏を統合して一つにした場合に、そこに医師をどう配置するのかという問題があると思います。

個々の医師や医療機関の選択によるのが基本となりますが、それだけでは医師が行かない地域が出てきた際、県内で医師派遣を行う、あるいは若い医師も高齢の医師も医師不足地域に好んで来てもらえるよう、インセンティブのようなものを設けて、それを機能させていく、といったことが求められています。遠隔診療などで情報通信技術を駆使するとしても、やはり、一定数、実際に人に来てもらう必要があります。

中村 医師派遣については、ある程度強権を発動して、医師配置の義務化を



中村康彦 副会長

考えないと、結局、医師は動いてしまい、医師不足地域は、患者も少ないので経営的に厳しく、家族が生活し、子ども育てる上でも、都会のほうが当然よいからです。本人の意思があっても、周りが反対することがあり、ある程度の強制力の働くルールを作らないと、医師偏在対策はうまくいかないと思います。

全日病の総合医事業を 医師不足問題に役立てる

猪口 医師不足解消の手立てとして、総合医を話題にします。

全日病は、2018年度から総合医育成プログラムを開始しました。各国で総合的な診療能力のある医師が位置づけられているのに対し、日本は総合医が極端に少なく、総合医を育成している大学病院はあっても、普及していません。医師不足を解決するためには、総合医を増やす必要があります。

総合医育成プログラムは、専門医で10～20年間やってきて、他の分野に目を向けようとしている医師に対して、2年間の研修期間を設け、認定するものです。このような事業が広がることで、医師不足問題にかなり役立つのではないかと考えています。

吉田 我々も同じ思いを持っています。日本専門医機構の総合診療専門医に定

数が設けられているわけではないので、「何人」という目標を示すには至りませんが、医療関係者や患者・住民から、地域に総合医が必要である、という意見をよく伺います。行政としては、総合医がキャリアを積んでいくことができる体制をつくらなければいけないし、やれることもあると思いますが、現状で機構の募集状況をみると、増えていないと言わざるを得ません。どうすれば総合医が増えるのでしょうか。

猪口 私が医師になった頃は、臨床研修制度もなく、当初は何でも診てやろうという気持ちでした。今では働き方に問題があるといわれるかもしれませんが、夜の急患もできるだけ見学し、当直はできるだけ対応する。そうやって、身に付けてきました。それが、臨床研修制度が始まり、専門外の医療に手を出すと訴えられるという風潮もあり、専門医志向が強まって、状況が変わっていきました。

織田 医師になって2年間は非常に重要な時期であるのに、臨床研修でお客さんのように扱われ、十分な経験を得ずに研修を終えると、萎縮してしまい、後から総合医として頑張ることも難しくなります。一方で、地方では、人口が減少し、85歳以上の複数の疾患を抱える高齢患者が増えています。そうすると、臓器別専門医よりも総合医が必要になります。

織田病院では、佐賀大学医学部附属病院の総合診療部から医師が来ていますが、やはり、総合医を選んだ医師の mindset は違うと感じます。そして、そのmindset が周りにも感化しているようで、そのような広がり方もあると思います。

安藤 現在、医師養成制度は、医学部の5～6年生と卒業後の2年間をシ



安藤高夫 副会長

ムレスにして、医師国家試験はペーパーテストの負担を減らすよう見直して、少しでも早く地域に出して、臨床を学ぶという見直しが行われています。

猪口 我々はそれに賛成します。

中村 医師の技術は「匠」であり、極端にいうと、丁稚奉公のように毎日病院で患者に張り付いて身につけた経験や知識が将来やっていく糧になると教わった世代に私は属しています。しかし、今は時間管理が厳しくなり、管理者として、時間がきたら「帰いなさい」と研修医にいわざるを得ない。

大事な時期に、患者に接する時間が少なくなると、将来的にも何でも診ようという気が起きにくくなります。周りも専門医なので、目指す姿も専門医になります。

吉田 総合医を育成するために、もちろん医育機関にも期待しますが、全日病の事業を含め、キャリアパスを整備する取組と、総合医を目指す思いを育む、くじけさせない仕組みが行政側

と医療現場、医療界に求められているのだと感じます。

猪口 続いて、医師の働き方改革を議論します。罰則を伴う医師の時間外労働規制が2024年度から適用されます。それに向け、様々な議論が行われており、宿日直の取扱いも整理されました。ただ、副業・兼業の取扱いが決まらないことが、病院の医師の働き方改革への準備を妨げています。もし、医師の供給源である大学病院が医師の管理を厳しくすれば、日本中の市中病院の二次救急などがバンクするのは間違いありません。

吉田 現在、厚労省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」で、医師の複数勤務の取扱いについても議論が行われています。ただ、労働法制の一般則における取扱いがまだみ通せない中で、医師だけを先行させるわけにいかないため、はっきりしない議論が続いているところです。

まずは、現状の複数勤務の状況を丁寧に見る必要があると考えています。大学病院をはじめとする大規模病院がどういう思いでいるのか、ルールが決まると、何が起きるのかを予見する必要があります。

議論の出発点として、医師の総労働時間は、複数勤務であっても通算して管理されます。後はそれを誰が管理するか、追加的健康確保措置を誰が実施するかといった課題が出てきます。一般労働者では、本務とそれ以外というのが普通で、主たるところが管理するのが、基本的な建て付けです。

しかし、医師のように日常的に複数勤務を行う状況は、医師以外の職種には見当たらない特異的な慣行です。このため、一般労働者のルールを医師に適用してよいのかについては、もう少し丁寧な議論が必要だと考えています。

猪口 2024年度に向けて準備を始めたのですが、週の半分は大学病院からのアルバイトに頼っている中小病院もあり、複数勤務の取扱いがはっきりしないやりやうがない面があります。大学病院が民間病院から引き上げるといううわさも出ています。

また、宿日直規定も通知が出て、大体決まりましたが、労働基準監督署が実際にどのような運用を行うかはわかりません。

吉田 医師が健康的に働くことは、質の高い医療に資するので、患者にとっても有益です。日本全体の長時間労働是正の動きもあり、医療も今のままではいられないというのが出発点です。一方で、地域医療に与える影響も考慮し、折り合いをつけてやらないといけない。

ただ、暗い話ばかりではありません。医師の働き方改革をめぐる議論が行われる中で、今まで全く労務管理をしていなかった病院が変わったり、産業医の活用が増えたりしていることは、前向きに評価できることだと思います。

それぞれ大変に重い課題ですが、民間病院が地域で頑張ることは、町づくり、コミュニティづくりの基盤になります。個々の選択はシビアであるかもしれませんが、地域として前向きに進んで行くことを期待しています。そうすれば、住民、患者も安心できます。

地ケア病棟や回り八病棟の基準見直し案示す

中医協総会

療養病棟入院基本料「経過措置2」は廃止

中医協総会(田辺国昭会長)は12月6日、地域包括ケア病棟入院料等、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、短期滞在手術等基本料の具体的な論点で概ね合意を得た。ただ、地域包括ケア病棟入院料の基準見直しなどに対しては、診療側の委員から慎重な意見が出ている。

地域包括ケア病棟について、大病院の急性期からの受入れの機能に偏った活用が多いことに対しては、前回の議論で適正化の方針で一致していた。このため、厚生労働省が具体的な論点を提示した。まず、許可病床200床以上の病院に対し、自院からの転棟割合に制限を設けることを提案した。これに対し日本医師会の松本吉郎委員が、「400床以上にすべき。十分抑止効果があると考えるし、現場の混乱も防げる」と主張した。

入院料1・3で評価している「地域包括ケアに係る実績」は、自宅等からの患者の受入れや在宅患者訪問診療料の算定回数等の基準引上げ、訪問看護等の回数は基準を引下げるなどが論

点となった。ただ、松本委員は自宅等からの患者の受入れ、在宅患者訪問診療料の算定回数、介護サービスの実績のいずれについても、基準を大きく変えることには慎重姿勢を示した。ACPで例示される取組みを全入院料に広げることにも、反対した。支払側は基本的に賛意を示した。

地域包括ケア病棟の届出に際し、地域医療構想を議論する地域医療構想調整会議を想定し、意見を求めることを要件化することも提案された。これに対しては診療側・支払側の双方から、「調整会議に意見を求めるイメージがつかめない」との指摘が相次ぎ、手続きなどを明確にすべきとの要請が相次いだ。

DPC対象病院から地域包括ケア病棟・病室に転棟・転室する報酬が異なっており、患者の状態に応じた適切な医学管理を妨げないようにするために、算定する点数をDPC/PDPSの診断群分類に一本化することでも合意した。DPC/PDPSの診断群分類の入院期間ⅡまでをDPC/PDPSの算定に統一し、

その後は、DPC対象病院であれば、DPC/PDPS、地域包括ケア病棟であれば、地域包括ケア病棟入院料となる。

回復期リハビリテーション病棟入院料は、入院料1・3の実績指数を引き上げることを了承した。現行で入院1のFIM得点の増加は「37」、入院料2は「30」となっている。ただ、支払側の委員は、「患者側からみると、アウトカムがきちんと示されている病棟に入院したいと思うのが自然」と述べ、すべての入院料に実績指数が必要と主張した。これに対し全日本病院協会の猪口雄二委員は、「すべての入院料に実績指数を導入すると、患者の選択が生じ、地方だと行き場のなくなる患者が出かねない」と述べ、患者の重症度が違うことなどを説明し、理解を求めた。

療養病棟入院基本料については、「経過措置2」の廃止を了承した。前回の総会で、経過措置を受けているのが4病院で、その状況を確認した上で、廃止を決めることになっていた。厚労省によると、3病院は療養病棟入院基本



料の届出、1病院は介護医療院への転換を予定していることがわかり、委員の了承を得た。

短期滞手術等入院基本料については、入院医療等の調査・評価分科会で、想定した包括範囲の医療内容と実態との間に、齟齬が生じている事例があることが問題視された。「3」に関して、4泊5日までの手術等を実施する症例として報酬を設定していることから、平均在院日数が短縮している実態を踏まえ、点数設定を見直すことになった。「1」「2」は、基本的には現行通りとし、実態に基づく見直しが今後行えるよう対象手術が判別できるようにする。

入院時食事療養費については、医療従事者の負担軽減のための業務の合理化の観点から、帳票の作成において、電子媒体での保管を可能とするとともに、患者ごとに栄養管理が実施されている場合の簡素化を検討する。ただ、評価の引上げは行われぬ模様だ。

定額負担求める大病院を200床以上に拡大

中医協総会

機能強化加算の要件見直しの議論は平行線

中医協総会(田辺国昭会長)は12月11日、大病院受診時の定額負担やオンライン診療料等、機能強化加算など外来医療をテーマに議論を行った。紹介状なしの受診で初診は最低5千円の定額負担がかかる大病院を拡大することを了承した。機能強化加算については、加算の趣旨を患者に説明することをめぐり、支払側と診療側の意見が平行線をたどった。

大病院とかかりつけ医機能を持つ医療機関との機能分化を進める観点で、大病院の紹介状なしの受診で、定額負担を課すことが義務づけられている。現行では、「特定機能病院と許可病床

400床以上の地域医療支援病院」だが、一般病床200床以上の地域医療支援病院に拡大する。初診料、外来診療料の減算についても同様に適用する。厚生労働省は拡大により対象病院が250病院増えると説明した。

全日本病院協会の猪口雄二委員は、「地方の地域医療支援病院には地域密着型の医療を提供している病院がある。救急搬送など定額負担を求めない事例を整理し、現場で混乱が起きないように対応が必要だ。地域医療支援病院が減ってしまうことも危惧している」と述べ、きめ細かな対応を求めた。

機能強化加算の算定で、加算の主旨

を患者に文書で説明することの是非では、支払側と診療側の意見が平行線をたどった。

厚労省が、かかりつけ医機能があることを院内掲示するだけでなく、機能強化加算の算定の趣旨を、必ずしも医師ではない医療機関職員が書面で患者に説明することを論点としたが、診療側は「体制評価の診療報酬は他にもたくさんあるのに、機能強化加算だけ説明するのはおかしい」(松本吉郎委員・日本医師会)と反対した。

健康保険組合連合会の幸野庄司委員は、「要件を満たせば、一律に加算されるので、知らずに加算され、明細書

をみて、『この負担は何だ』と感じてしまう構造は、凍結された妊婦加算と類似する。医師である必要はないが、職員が診察前に文書で説明することを要件にすべき」と主張した。

機能強化加算を算定できる要件の一つである地域包括診療料・加算の在宅医療や24時間対応の要件緩和にも、支払側は反対した。

オンライン診療料の見直しでは、「慢性頭痛」を追加することを論点に議論したが、日本医師会の委員が反対した。厚労省は、関連学会が安全かつ有効に実施できるとのエビデンスを示していると説明したが、松本委員は、「頭痛の原因は多様であり、重篤な疾患の場合がある。他の関係者の意見もきき、慎重を期して対応すべき」と述べた。

また、ニコチン依存症管理料には加熱式たばこを対象に加える。

「重症度、医療・看護必要度」のB項目を組み換えて評価

中医協総会

「一連の入院」の取扱いは整理

中医協総会(田辺国昭会長)は12月13日、入院患者の重症度を評価する「重症度、医療・看護必要度」のB項目の組換えで合意した。ADLの状況など患者像を明確にし、看護職員の負担を軽減する。判断の「根拠となる記録」も不要とする。基準値への影響はないと厚生労働省は説明している。

「重症度、医療・看護必要度」のB項目(患者の状況等)は、7項目あるが、「診療・療養上の指示が通じる」や「危険行動」など患者の状態と、「衣服の着

脱」など看護職員による介助の実施の有無が一緒になっている。B得点の集計上、患者の状態が不明確との指摘があり、両者を分けて評価する。別々に評価し、お互いを掛け合わせ、B得点としては一つの数字とする。

これらの見直しは、「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」と「Ⅱ」の両方に適用する。一般病棟だけでなく、特定集中治療室・ハイケアユニット用でも適用する。支払側・診療側から概ね委員の同意を得た。

特定機能病院については、地域包括ケア病棟入院料と同じく、回復期リハビリテーション病棟入院料も算定不可とする。特定機能病院での薬剤適正使用のため、使用ガイド付きの医薬品集の作成・維持を行う体制を評価することも論点となったが、診療側が反対し支払側が賛成する賛否両論があった。

「一連の入院」の取扱いでは、入院料等の通則とDPC/PDPSのルールが異なり、加算の算定で不明確な点があったため、明確化を図る。例えば、肺炎で入院し、10日後に再び肺炎で再入院した場合は、入院料等の通則では

「一連の入院」となるが、DPC/PDPSでは「一連の入院」にはならない。このため、入院料等の通則を適用し、特定の加算は算定不可であることを明確化する。

また、遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)による乳房切除などの保険適用を了承した。HBOCは遺伝子変異により、がんの発症リスクが上昇すると疾病概念。乳がんなどが別部位で発症している患者に限定するものの、傷病の未発生時の侵襲性のある治療に対し、保険診療を認めるのは初めてだという。

医師の労働時間短縮の取組みを評価

中医協総会

救急搬送多い病院はさらに評価

中医協(田辺国昭会長)は12月18日の総会で、医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組みを評価することや、救急搬送の受入れが多い病院にさらなる評価を設ける方向で合意した。タスク・シェアリング等の推進では、術中麻酔管理領域のパッケージ研修を修了した看護師の麻酔管理の評価を新設することが論点となった。書類作成・研

修の合理化でもさらなる具体案が提示された。

医療従事者の働き方改革への対応は、社会保障審議会の基本方針で、重要課題になった。12月17日の加藤勝信厚生労働大臣と麻生太郎財務大臣の折衝では、2020年度診療報酬改定の本体改定率が0.55%に決まり、うち0.08%は「救急病院における勤務医の働き方改革へ

の特例的な対応」とされた。診療報酬での評価に難色を示してきた支払側も、ここに来て、態度を軟化させた。

厚労省は、医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組みを評価するとの論点を示した。

緊急的な取組みとは、医政局が2018年7月に通知したもので、◇労働時間管理◇36協定等の自己点検◇産業保健の仕組みの活用◇タスク・シフティングの推進◇女性医師等の支援◇医療

機関の状況に応じた取組み一からなる。特例水準適用の病院が策定する医師労働時間短縮計画にも、これらの項目が盛り込まれることが想定され、一定の取組みに対する評価が設定されそうだ。

救急搬送が多い病院には、さらなる評価を検討する。厚労省は実態から、「年間2千件以上」「年間1千件以上」の救急搬送を受け入れる病院を評価の基準とすることを示唆。ただ、全日病の猪口雄二委員は、「受入れ件数だけで、救急医療の実績は評価できない。地域の実情に応じ幅広い視点で、基準を設けるべき」と慎重な検討を求めた。

【資料】2020年度診療報酬改定の基本方針(2019年12月10日)

社会保障審議会医療保険部会・医療部会

社会保障審議会医療保険部会と医療部会が12月10日、令和2年度診療報酬改定の基本方針をまとめた。医師等の働き方改革を含む4つの視点が示された。

1. 改定に当たっての基本認識

【健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現】

我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、人生100年時代を迎えようとしている。人口構成の変化を見ると、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となり、2040年頃にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となって高齢者人口がピークを迎えるとともに現役世代(生産年齢人口)が急激に減少していく。

このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会の実現と「全世代型社会保障」を構築していくことが急務の課題である。

我が国の医療制度は、人口減少が進展する中で、地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題にも直面している。これらの課題に総合的に対応しながら、世界に冠たる国民皆保険を堅持し、あらゆる世代の国民一人一人が安全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすることが必要不可欠である。また、医療を取り巻く環境の変化や多様な国民のニーズに柔軟に対応することが重要である。

そのためには、来る人口減少社会に備えた将来の医療体制の展望を見据え、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現しながら、患者・国民にとって身近でわかりやすい医療を実現するとともに、医師等の働き方改革を推進することが必要である。その際、高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことを見込まれる中、効率化・適正化を進め、制度の安定性・持続性を確保しつつ経済・財政との調和を図る観点も重要である。

【患者・国民に身近な医療の実現】

患者にとって身近でわかりやすい医療の実現のためには、地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築するとともに、かかりつけ医機能や患者への情報提供や相談・支援を充実することが必要である。

また、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、厳しい財政状況など、医療を取り巻く社会経済状況を踏まえると、我が国の医療制度に関わるすべての関係者(住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等)が、医療のかかり方の観点も含め、それぞれの担う役割を実現することが必要である。また、診療報酬制度の基本的仕組みやそこから見える医療の方向性について、住民に丁寧に理解を広めていく必要がある。**【どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進】**

2040年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。

その中で、医師等の働き方改革につ

いては、将来の医療ニーズの変化や現役世代の減少、医療技術の進歩等も踏まえつつ、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、医師等の負担軽減等を図ることが重要である。

【社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和】

制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民各層の制度に対する納得感を高めることが不可欠であるとともに、医療政策においても経済・財政との調和を図っていくことが重要である。

そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針2019」や「成長戦略実行計画・成長戦略フォローアップ・令和元年度革新的事業活動に関する実行計画」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

2018年度診療報酬改定については、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代がすべて75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定でもあったことから、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定を行った。

2020年度診療報酬改定に当たっては、これらの取組がさらに推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、医師等の働き方改革の推進や、患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上を図ることが重要である。

(1)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

2040年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。

医師等の働き方改革に関しては、2024年4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。

診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング/タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。

時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月を見据え、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、適切な評価の在り方について検討する必要がある。

〈具体的方向性の例〉

○ **医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価**

医療機関内における労務管理や労働

環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組を推進/タスク・シェアリング、タスク・シフティング、チーム医療を推進/届出・報告の簡素化、人員配置の合理化を推進。

○ **地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価**

○ **業務の効率化に資するICTの利活用の推進** (略)

(2)患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

〈基本的視点〉
患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。

また、患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近でわかりやすい医療を実現していくことが重要である。

〈具体的方向性の例〉

○ **かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価**
複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医機能を評価。また、患者にとって、かかりつけ医機能を有する医療機関等がわかる仕組み等を検討。(略)

○ **患者にとって必要な情報提供、相談支援等の評価** (略)

○ **アウトカムにも着目した評価の推進** (略)

○ **重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価**

質の高いがん医療の評価/認知症の者に対する適切な医療の評価/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/難病患者に対する適切な医療の評価/小児医療、周産期医療、救急医療の充実/医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価

○ **口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進** (略)

○ **薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価** (略)

○ **医療におけるICTの利活用** (略)

(3)医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

〈基本的視点〉
急性期、回復期、慢性期など患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるよう、切れ目ない医療の提供体制が確保されることが重要である。このためには、医療機能の分化・強化、連携を進めるとともに、在宅復帰等につながるよう、質の高い在宅医療・訪問看護の確保や、他の医療機関等との連携、介護サービスとの連携・協働等が必要である。

〈具体的方向性の例〉

○ **医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価**

患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医

療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。

○ **外来医療の機能分化**

大病院受診時定額負担制度の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。

○ **質の高い在宅医療・訪問看護の確保** (略)

○ **地域包括ケアシステムの推進のための取組** (略)

(4)効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

〈基本的視点〉
高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことを見込まれる中、国民皆保険を維持するため、制度の安定性・持続可能性を高めるための取組が必要である。医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上とともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

〈具体的方向性の例〉

○ **後発医薬品やバイオ後続品の使用促進** (略)

○ **費用対効果評価制度の活用** (略)

○ **市場実勢価格を踏まえた適正な評価等** (略)

○ **医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価** (略)

○ **外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進** (略)

○ **医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進** (略)

3. 将来を見据えた課題

団塊の世代がすべて後期高齢者となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年と、高齢化の進展にあわせて、サービスの担い手(生産年齢人口)が減少する超高齢化・人口減少社会が到来している。また、地域に生きる一人一人が尊重され、その可能性が最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現に資する取組が求められている。このような中、我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。

国民一人一人の生活が多様化する中、患者・国民にとって身近で安心・安全な医療を実現していくためには、診療報酬制度をわかりやすくするための取組を継続していくことが求められる。あわせて医療に係る財源は、保険料、公費及び患者負担等によってまかなわれていることに鑑み、医療機関等の経営に携わる者は、社会に対する説明責任を果たしていくことが求められる。

加えて、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の関係者がそれぞれの役割を自覚しながら保健・医療に関わることが重要であり、国民全体の医療制度に対する理解を深めていくための普及啓発も含め、国民に対して丁寧に説明していくことが求められている。

予防・健康づくりやセルフケア等の推進が図られるよう、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等のすべての関係者が協力・連携して国民一人一人を支援するとともに、国はこうした取組に向けた環境整備を行うことが必要である。

次期診療報酬改定の基本方針を了承

社保審・医療部会

眼の水晶体の放射線被ばくを防ぐため法令改正

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は12月9日、次期診療報酬改定の基本方針を了承した。「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」を重点課題に位置づけた。医師の働き方改革に関する推進検討会の進捗状況も報告され、委員からは特に、医師の複数勤務の時間管理の取扱いで、強い懸念を示す意見が相次いだ。

改定の基本的視点は、◇医師等の働き方改革の推進◇患者・国民に身近で安心・安全で質の高い医療◇医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進◇効率化・適正化の一の4つ。健康保険組合連合会の委員は、「医師等の働き方改革の推進が重点事項と

なり残念。重点事項であっても、真に必要な対応に限定すべき」と述べた。

病院団体が主張していた「病院給食」の評価の引上げの明記は見送られた。全日病会長の猪口雄二委員は、「介護施設を含め、人手不足を背景に病院給食の現状は深刻。出来合いの食事をどこまで認めるかなど、現行の基準の見直しを引続き検討すべき」と要望した。

医師の働き方改革の推進に関する検討会の報告では、医師の複数勤務の時間管理の取扱いへの質問が相次いだ。他医療機関へのアルバイト勤務も時間外労働に通算されるため、時間外労働規制の特例水準(B・C水準)が適用される可能性の高い大学病院が医師を

引き上げるのではないかと懸念が出ている。厚生労働省は、一般則の取扱いがまだ決まっておらず、医師への対応は引続きの課題と回答するにとどめた。

しかし委員からは、「研修医の収入確保の観点でも配慮が必要」、「一般労働者と医師の兼業の取扱いは別にするという考えは成り立つ」、「大学病院の行動を予測し、地域医療への影響をシミュレーションすべき」、「一律な対応を行うと地域によってはかなり危険な状況になる」などの意見が出た。

眼の水晶体の被ばくの被害を防ぐため、関係省令・告示を改正することが了承された。具体的には、「1年間に



つき150ミリシーベルト」が厳格化され、「5年間の平均で20ミリシーベルトかつ1年間で50ミリシーベルトを超えない」との基準に基づき、法令を変更する。2021年度から施行し、2年間の経過措置を設ける。放射線防護措置を講じても等価線量が5年間で100ミリシーベルトを超えるおそれのある医師で、専門知識があるため、容易に後任者を得られない医師が対象だ。

永井座長は、病院団体から示された現場の影響への懸念に対し、「放射線防護の研修を受け、注意深い対応を取れば、診療に従事する医師でもかなり被ばくを防ぐことができる」と述べた。

損益差額は全体で▲3.2%で実調より悪い結果

3病院団体調査

医療法人は1.7%でわずかにプラス

全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会の3病院団体は12月11日、2019年度病院経営定期調査の結果を発表した。2018年度の損益差額は、一般病院全体で▲3.2%。厚生労働省が発表した医療経済実態調査の▲2.7%より赤字比率が高かった。全日病の猪口雄二会長は会見で、2期続けての赤字病院が4割を超えるなどの実態を踏まえ、「診療報酬改定率が決まる前に、改めて病院経営は非常に厳しい状況にあることを知らせたい」と訴えた。

結果は総じて、医療経済実態調査より悪かった。医療法人は1.7%で実調の2.8%と比べ、黒字比率が低い。国立病院は▲0.9%で実調の▲1.0%と概ね同じ。公立病院は▲10.2%で実調の▲13.2%より赤字比率が低い。公的病院は▲1.4%で実調の▲0.3%で赤字比

率が高い。なお、対象病院は3病院団体調査の方が多く、平均病床数も多い。医療法人の病床数は3病院団体調査が277床であるのに対し、実調は184床である。公立病院は3病院団体調査が373床に対し、実調が230床である。有効回答率は31.0%で実調の53.3%より低い。

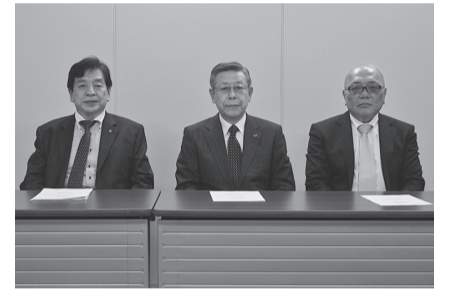
今回の結果は、実調と同じく、収益も費用も増大し、損益差額は若干下がるという傾向が続いていることを示している。ただ、実調では、人件費の伸びが高かったが、3病院団体調査の費用の内訳は、材料費(医薬品2.9%、材料費1.8%)が給与費の1.9%を上回った。医薬品費の増加の理由では「高額医薬品の購入」との回答が68%で最も高かった。給与費の増加の理由の回答では、「職員数」が68.9%、「定昇」が58.3%

で高くなっている。調査の結果のまとめでは、「働き方改革による費用の増加により、病院経営の悪化が予測されるため、2020年度診療報酬改定で病院への診療報酬の手厚い配分を求める」と主張した。

次に、2018年度診療報酬改定への対応をみていく。

2019年6月の急性期一般入院料1の病院数は一般病院全体の1,252病院のうち、650病院で、2018年6月と比べ、21病院減った。急性期一般入院料2は37病院で22病院の増加となっており、急性期一般入院料1からの移行が進んでいる。

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の測定方法については、「II」で測定していると回答した病院は全体で22.8%。「I」で届け出ている病院の



うち、今後届出変更の予定があると回答した病院は12.6%であり、「2019年中に変更予定」が52.3%、「2020年1~6月」と回答した病院が32.7%であった。急性期一般入院料2~7を算定している病院で、急性期一般入院料1を満たさない基準として最も多いのは、「重症度、医療・看護必要度」の基準が55.0%で最も多く、次いで、平均在院日数が32.1%、在宅復帰・病床機能連携率が31.5%となっている。

療養病棟入院基本料は回答した492病院のうち、「療養1」が414病院で、2018年6月から8病院の微増、「療養2」は14病院減った。介護医療院への転換予定は、61.1%が「予定なし」と回答し、「転換済み」が3.8%、「転換予定」が5.2%。「転換予定」では、2020年1~6月が60%で最も多くなっている。

地域包括ケア病棟入院料等は一般病床で638病院、療養病床で76病院が回答した。一般病床では、地域包括ケア病棟入院料2が48.9%で最も多い。次いで多いのが、地域包括ケア病棟入院料1の21.0%となっている。療養病床では、地域包括ケア病棟入院料1が34.2%で最も多く、次いで、地域包括ケア病棟入院料2(32.9%)、地域包括ケア入院医療管理料1(21.1%)。

医療経済実態調査と3病院団体調査の比較(医療法人の1施設あたり損益)

	第22回医療経済実態調査報告					2019年度病院経営定期調査				
	2017年度		2018年度		金額の伸び率	2017年度		2018年度		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率		金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	1,849,486	99.7%	1,874,413	99.8%	1.3%	3,033,958	100.0%	3,096,473	100.0%	2.1%
II 介護収益	5,097	0.3%	3,719	0.2%	▲27.0%					
III 医業・介護費用	1,807,088	97.4%	1,825,228	97.2%	1.0%	2,997,387	98.8%	3,043,258	98.3%	1.5%
IV 損益差額(I+II-III)	47,495	2.6%	52,903	2.8%	-	36,571	1.2%	53,215	1.7%	-
施設数	443					719				
平均病床数	130		129		-	190				

病院給食のあり方を本格的に検討する

四病協・総合部会

効率的な提供体制を考える

四病院団体協議会は12月19日、総合部会を開き、病院給食のあり方を本格的に検討する方針を決定した。入院時食事療養費の引上げとともに、効率的な病院給食の提供体制を考える。当面は、全日病の医業経営・税制委員会で議論するが、四病協として新たに委員会を立ち上げることも検討する。

入院時食事療養費は1997年以来引き上げられていない。医療費に与える影響が大きく、患者負担も同時に重くなるため、政治問題になりやすく、見送られてきた。しかし、病院給食の人件費や食材費は高騰しており、多くの病院で委託費が入院時食事療養費を上回る状況だ。そこで、入院時食事療養費の引上げは引続き主張していくが、効

率的な病院給食のあり方を考える。

大量調理によるスケールメリットを活かしたセントラルキッチンへの導入など効率的な仕組みを構築することで、現行の入院時食事療養費で病院給食を賄っている病院もある。ただ、病院によっては難しい場合もあり、四病協として好事例を研究し、病院に応じた病院給食のあり方を考える。

2020年度診療報酬改定では、栄養管理を行う上での、帳票の簡素化などを行う方向にある。四病協としては、市販の食事提供における栄養管理が充実してきた状況を踏まえ、食品安全衛生上の法令の取扱いを含め、具体的な要件緩和を検討し、幅広い病院給食のあり方が認められるよう働きかける。

また、同日の総合部会で報告された厚生労働省の医師需給分科会で、来年度入学の医学部の地域枠が今年度よりも特定の道県で減少したことに対する懸念が示され、四病協としても議論が必要との認識で一致した。2023年度以降の入学定員は地域枠を中心に組換えが行われることになっており、医師養成において、医師偏在対策を行う上でも、地域枠は重要な位置を占める。今後の医師の増減に大きな影響を与えるため、分科会の議論を注視する。

本体プラス改定に「安心した」

12月9日の大臣折衝で決まった診療報酬改定率について、総合部会後の会見で記者から質問があった。日本病院

会の島弘志副会長は、診療報酬本体改定率が+0.55%になったことについて、「前回と同水準の本体改定率が確保され、安心した。救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応も措置され、病院がこれまで以上に、働き方改革に対し真剣に取り組まざるを得なくなっているともいえる。今後の病院の取組みに期待する」と述べた。

また、一般財源で国費84億円が措置されることになった病床ダウンサイジング支援に対して、日本医療法人協会の加納繁照会長は、「人口減少で、地域によっては病院の整理整頓の時代に入っている。その中で、民間病院には様々な負担があり、縮小に踏み込めないところもある。そのための支援が具体化したことは評価できる。ただ、要件をしっかりと決めないと絵に描いた餅になってしまう。補助金がすでに投入されている公立病院よりも民間病院により多く使われるべきだ」と強調した。