



全日病 ニュース

2017. 3.1 No.889

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

地域医療構想による在宅医療等の新たな需要を議論

厚労省・医療計画検討会 「公的病院中心の連携はモデルとして適切ではない」との指摘相次ぐ

厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」は2月17日、①地域医療構想調整会議(調整会議)②協議の場③在宅医療等の新たなサービス必要量をテーマに議論した。厚労省は、構想区域ごとの機能分化・連携の事例として青森県や岐阜県の事例を紹介したが、いずれも公的病院を中心に連携する内容だったことから、「モデルとして適切でない」との意見が相次いだ。また、入院から在宅医療等に移行する患者数の推計に当たり、市町村単位の按分が必要となることを確認した。

地域医療構想調整会議は、将来の病床の必要量を達成するために構想区域ごとに関係者が協議を行う場。病床機能報告制度で報告された病床数と将来の病床の必要量を比較し、地域が優先的に取り組むべき事項を協議し、地域包括ケアシステムの構築、医療従事者の確保などを検討する。

調整会議の議論の進め方は、同検討会が昨年12月にまとめた「意見のとりまとめ」で整理した。地域によっては調整会議の議論がすでに始まっており、厚労省は青森県津軽構想区域と岐阜県岐阜圏域の事例を紹介した。

青森県津軽構想区域では、国立病院機構弘前病院と弘前市立病院を統合した病院が急性期中核的な機能を担うのに対し、周辺の黒石病院(275床)、大鰐病院(60床)、板柳中央病院(87床)、その他の中小病院は、病床規模の縮小や回復期・慢性期機能への転換を進める内容である。

岐阜県岐阜圏域では、岐阜県医学部附属病院が県全体の急性期医療の中心となり、岐阜県総合医療センター、岐阜市民病院、松波総合病院と連携し、急性期全体を担う。その他の病院は、救急医療体制を確保した上で、回復期へ移行するとした。

このような公的病院中心の機能分化・連携の事例に対し、全日病会長の西澤寛俊委員は、「地域医療の現状がまだ病床機能報告制度を分析していないのに、議論を前に進めるのは進みすぎではないか」と指摘した。

調整会議では、「病床機能報告制度の内容と病床の必要量を比較」する必要がある。しかし現在の公開データでは、病院が担う主な機能しかわからない。2016年度から、電子レセプトを活用した病棟ごとの診療情報が収集されていて、年度末には公表される予定だ。

西澤委員は、「病棟単位の情報共有しないと地域医療構想の協議はできない」と重ねて指摘した。

これに対し厚労省は、「意見はその通りだが、青森県津軽構想区域については、公的病院が中心で積極的に議論が進み、関係者間で合意できている」と説明した。西澤委員は「地域により事情が異なる。これをモデルとするのではなく、様々なやり方があることを明確にしたい」と述べた。他の委員からも、「2つの事例は偏っている」との意見が相次いだ。

また、厚労省は病床機能報告制度における医療機能別病床数の2016年末速報値を公表した(表参照)。それによると、高度急性期は15万1,078床で全体の13.6%、急性期は53万7,322床で47.7%、回復期は12万4,507床で11.2%、慢性期は30万5,796床で27.5%となっている。構成比は2015年度とほとんど変わらない。

協議の場で行政の連携を図る

協議の場は、医療計画や介護保険事業(支援)計画を作成する際に、医療と介護の整合性を図るために都道府県と市町村の関係者による協議の場を設置し、緊密な連携を図って体制整備を進めるもの。

厚労省は協議の場の位置づけについて、◇都道府県医療審議会等の前段階として、自治体が地域医師会等の有識者を交えて行う◇二次医療圏単位が原則◇調整会議の枠組みを活用し、ワーキンググループを設置するなど柔軟な運用にする一と説明した。協議の場の議論は7~12月の間に行う。

具体的には、施設整備の計画を立てる上で、医療計画と介護保険事業計画で対応する需要を見込む場合に協議が必要となる。特に、在宅医療等について訪問診療で対応する部分と介護サービスで対応する部分の調整が必要。委員から、調整会議の医療法上の名称も「協議の場」であり、混乱が生じるため、名称の工夫を求める意見が出た。

一般病床C3の患者は外来で対応

在宅医療等の新たなサービス必要量に関する考え方が議題となった。

地域医療構想の2025年の病床の必要量の推計によると、現在の入院患者のうち、①一般病床でC3基準未満(1日当たり資源投入量175点未満)②医

療区分1の70%③入院受療率の地域差の解消による患者減一を在宅医療等で追加的に対応する患者数として

いる。その数は29.7~33.7万人。移行先は医療だと在宅医療と外来受診、介護だと①介護療養からの転換②医療療養からの転換③施設サービス(特養、老健)④居宅サービスーがある。

C3基準未満の患者について厚労省は、「基本的には外来医療により対応する」とした。ただしこれは、サービス需要を見込む上での想定であり、C3基準未満の患者の退院が強制されるわけではないと説明した。

外来医療での対応が可能な根拠としては、◇直近で平均在院日数は減少しており、今後の地域医療構想の取組みでも機能分化・連携が促される◇一般病床の効率化で全体として医療需要が減少していることをあげた。

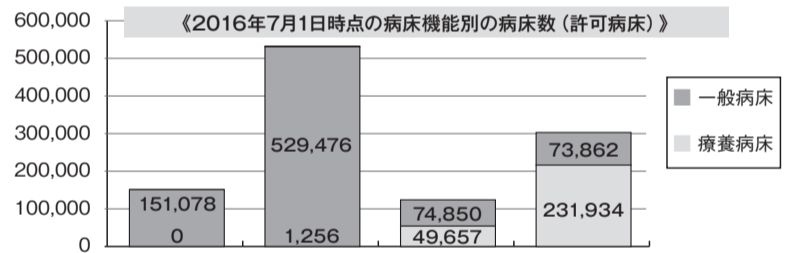
また、地域医療構想の推計は、構想



区域単位であるため、市町村単位の数値がない。このため、在宅医療等の需要を、市町村ごとに按分する必要がある。厚労省は、現時点で分析可能なデータに限界があることから、「一定の過程を置いて、按分や補正を行う」とした。医療計画では、計画の中間年(3年)で、介護保険事業計画の計画期間と同様に、在宅医療の整備目標について見直しを行う。

これらの整理に対し委員からは、「75歳以上が増えることへの対応として、地域医療構想などの取組みを進めている。しかし75歳以上は(居宅に戻れない)生活障害が急激に増える。現状の延長で在宅等に戻れると考えると誤るのでないか」との意見があった。

表 病床機能報告における医療機能別病床数の報告状況(2016年末速報)



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
合計(床)	151,078	530,732	124,507	305,796	1,112,113
うち一般病床	151,078	529,476	74,850	73,862	829,266
うち療養病床	0	1,256	49,657	231,934	282,847
構成比(2016年速報)	13.6%	47.7%	11.2%	27.5%	100.0%
構成比(2015年)	13.6%	47.6%	10.4%	28.4%	100.0%
構成比(2014年)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

第4回臨時総会 開催のご案内

下記日程で第4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 西澤寛俊

□第4回臨時総会	目的事項
日時 2017年3月25日(土)	報告事項
午後1時~午後2時30分(予定)	(1)平成29年度事業計画について
会場 全日本病院協会 大会議室	(2)平成29年度予算について
東京都千代田区猿樂町2-8-8	(3)平成28年度事業計画の一部変更について
住友不動産猿樂町ビル7F Tel.03-5283-7441	(4)平成28年度補正予算について
	(5)その他
正会員の皆様には郵送にて開催案内をお送りいたします。	決議事項
	第1号議案 定款の変更について
	その他

清話抄

地域包括ケアシステムと街づくり

約4年前の清話抄で当院は病院建替計画の真っ最中であることをお伝えした。その計画も現実のものとなり今年4月に移転開設を迎える。

今回当院が移転する場所はローカル線の駅前で商店街の一角になる。地元住民の希望により建物内には公民館を併設し、市が用意した立体駐車場と連絡橋で結ぶ。新病院は病院・健診センターだけでなく、老健や通所リハ、更には地元業者による食堂・売店まで入る施設となる。

病院と公民館の移転により街における人の流れが変わり、さびれた商店街に賑わいが戻ることが期待される。さらには現病院跡地にはすでに来年度サ

テライト老健と介護系サービス事業所の複合施設建設が決まっており、さらにその後には今後の健康志向・介護予防等を見据えた健康運動センターのリニューアルが控えている。もちろんこれらの計画の根本には地域包括ケアシステムがあり、さらには街づくりへと繋がる。新施設を中心に駅前から商店街を巻き込んだ地域包括ケアシステムが動き出す。

全国でもこのように医療機関が地域包括ケアシステムの中核となり、行政

や商店街、地元とコラボレーションしながら街づくりを進めている事例が多くみられるようになってきている。もちろん医療機関のみで達成できるものではなく、行政や地元住民の協働・協力も不可欠である。

今後病院が人口減少・少子高齢化社会を生き残るためには、様々な角度から将来予測をたて、周囲と協力しながら地域包括ケアシステム構築を通して街づくりをしていくことが必要ではないかと考える。(黒澤一也)

主張

DPC/PDPSを考える

2018年度改定に向けて、DPC 評価分科会で議論が始まっている。以前のDPC 評価分科会委員は研究者や大学病院の先生方が多く、DPC 制度のあり方そのものについての議論が多かったが、最近では委員の構成は多様になり、診療報酬と直結した議論がメインになってきている。実際、DPC 制度からDPC/PDPS 制度と名称が変わり、内容は複雑化、細分化し、分かりにくいものとなっている印象がある。このことは、包括診療という流れに逆行しているよう

にも思われる。その結果、自院の収入を上げるため、すなわち医療機関別係数を上げるためにコンサルタントを入れて対応策を検討している医療機関もあると聞く。このような状況を鑑みると、今、もう一度、原点に立ち戻って議論することが求められるかもしれない。

とは言うものの、病院経営者にとって自院の医療機関別係数を上げたいと思うのは当然である。医療機関別係数は、基礎係数、機能評価係数Ⅰ(主に病院のストラクチャーを評価するもの

で大規模病院が有利)、機能評価係数Ⅱ(主に病院のパフォーマンスを評価し、従来の調整係数は2018年度には全てこれに置き換わる)からなる。基礎係数はⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群という病院群に基づいて決定される。現在、議論が進められている課題の一つがこの各病院群の機能の明確化、要件である。しかし、中小病院経営の視点から問題とするべきは、医療機関別係数中に占める基礎係数の割合が大きく、病院がいくら頑張ってもパフォーマンスを向上させても(機能評価係数Ⅱを高めても)、医療機関別係数そのものへの影響が少ないことである。

もう一つの課題として機能評価係

Ⅱが挙げられる。これまで小生は、機能評価係数Ⅱそれぞれの項目の重み付けをすべきだと主張してきた。その理由として、例えば効率性係数を上げることと後発医薬品係数を上げることと比較し、そのための病院の労力は雲泥の開きがあり、これが同じ重みであることは納得できるものではない。しかし、どのような根拠に基づいて重み付けを行うかは極めて難しい問題である。

DPC 制度によりわが国の医療の実態が把握され、これからの医療計画などに大きく寄与することは間違いない。さらに、支払い制度として、頑張ったものが報われるような制度となることが期待される。(美原 盤)

遠隔診療のサービス提供モデルの評価を今後検討

中医協総会

外来医療を総論的に議論

中医協(田辺国昭会長)は2月8日に総会を開き、次期診療報酬改定に向けて外来医療の総論的な議論を行った。厚生労働省が外来医療の現状を説明。委員から外来医療費の伸びに関して調剤報酬に厳しい目が向けられた。遠隔診療に関しては、医療の質が上がるサービス提供モデルの診療報酬上の評価を今後検討していく。ICT、AI等の活用に関して、診療側と支払側の認識に隔りがある。

調剤の改定財源に言及

当日は、厚生労働省が外来医療の現状を説明。一般診療所の総数は近年横ばいで、無床診療所は増加傾向、有床診療所は減少傾向にある。外来患者数はこの数年横ばいで、75歳以上の割合が増加傾向にある。外来受療率は全体で近年横ばいだが、10年前と比べ、65歳以上で減少、0~9歳でやや増加している。レセプト1件当たり受診日数は全体として、減少傾向にある。10年前と比べ、45歳以上で減少幅が大きい。

外来医療費は増加している。在宅を含む入院外医療費は14.2兆円で全体の34.3%(2015年度)。対前年度伸び率は入院の1.9%に対し、3.3%だった。

調剤の伸びが大きく、医薬分業や薬剤費用増加の影響が考えられる。厚労省の分析によると、入院・入院外の医療費の伸びの多くは、高齢化で説明できるのに対し、調剤は高齢化の要因が他の要因より小さい。

これらを踏まえて診療側の委員は、「調剤は高齢化と異なる要因で伸びている。高額薬剤の影響だけでなく、調剤技術料の影響もある。調剤の改定財源のあり方を議論する必要がある」と述べ、財源配分に言及した。

全日病副会長の猪口雄二委員は、院内処方の評価が、院外よりも低いことを問題とし、「院内処方の評価のあり方を議論すべき」と主張した。

遠隔医療で初診料を認めるかが課題

厚労省は、個別項目である遠隔診療に関する資料を示し、課題をあげた。政府の規制改革会議や未来投資会議、保健医療2035などが、医療におけるICT、AI等の活用を積極的に促していることが背景にある。特に、遠隔診療について厚労省は、「画像転送による診断や在宅における療養指導・助言に加え、慢性疾患の重症化予防や健康指導・管理といった多様なサービス

提供モデルが検討されており、様々な状況で実用化に向けた取組みが行われている」と紹介した。

遠隔診療における診療報酬は、医師対医師の場合と、医師対患者の場合がある。同日は、医師対患者の場合が議論になった。医師対患者では、現行で「対面診療」を原則としている。遠隔診療はあくまで、補完的な役割であり、診療報酬で評価するためには、「対面診療に比べて、患者に対する医療サービスの質が上がるという科学的なデータが必要」という判断基準を示している。

ただし「離島・へき地」や患者の状態によっては、初診・急性期の疾患を除き、遠隔診療を認めている。患者の状態では、在宅酸素療法や難病、がんなど9種類を例示している。中医協では、多様なサービス提供モデルを分析し、医療サービスの質が上がるとのエビデンスがあるものについて、診療報酬での評価を検討する方向だ。

支払側の委員は、「ICTの活用が医師と患者のあり方を変える。慎重にはあるが、推進していくべき」と述べるとともに、「例えば、高血圧の患者のモニタリングなどは、遠隔診療で代替できる」と主張した。これに対し診



療側は、「医療でICTやAIを活用すること自体は否定しない。しかし対面診療をスマートフォンに代替させることには反対」と主張。遠隔診療をめぐる診療側・支払側の認識には隔りがあり、議論は平行線となった。

厚労省は具体的な検討事項が課せられていることも示した。

政府の「日本再興戦略」2015改訂では、「初診であっても直接の対面診療を行うことが困難である場合についても、医師の判断により遠隔診療が可能であることを明確化するため、速やかに通知を発出する」と明記している。しかし厚労省は、「初診料」は遠隔診療の適用対象ではないとの考えを示した。

これを受け、規制改革会議は、「初診料を適用できるケースについて、2年に1度の診療報酬改定期間まで待たずに、期中改定も含め検討し、速やかに適用すべき」と要請。中医協で検討すべき課題となっている。初診料の算定を認めれば、遠隔診療が対面診療の補完ではなく、遠隔診療で医療が完結する考えに道を開くことになる。

基礎係数Ⅲ群を細分化し、医療機能で評価

中医協・DPC分科会

機能評価係数Ⅱの重み付け変更を検討

中医協の診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会(小山信彌分科会長)は2月9日、次期診療報酬改定に向け、医療機関別係数の議論を行った。DPC 対象病院を区分する基礎係数のうち、Ⅲ群を細分化する方向で議論が進んだ。細分化については、地域医療に貢献する機能や特定の診療領域に特化した機能に応じ、評価の重み付けを変更した機能評価係数Ⅱを設定し、医療機関が選択できるようにする案が出た。基礎係数Ⅰ~Ⅲ群の名称変更でも、ほぼ一致した。

基礎係数Ⅲ群の細分化を議論

DPC 制度の医療機関別係数のうち、①基礎係数(医療機関群)②機能評価係数Ⅱ③調整係数をテーマに議論した。

基礎係数はⅠ群(大学病院本院)、Ⅱ群(Ⅰ群に準じる病院)、Ⅲ群(その他)がある。Ⅲ群が病院数では大部分を占める。Ⅱ群は診療コスト(包括点数に対する包括範囲出来高点数の割合)を反映させる観点で、要件を設定。厚労省は、◇Ⅰ群、Ⅱ群の要件は現状を維持◇Ⅲ群等は設定に関し分析が必要◇DPC 対象病院が自ら医療機関群

を選定◇役割や機能が分かりやすくなるよう名称を変更一を論点とした。

厚労省の論点に対し、委員から反対はなかった。その上で、Ⅲ群を細分化した場合に、どのような機能評価係数Ⅱを設定するかに議論が及んだ。具体的には、地域医療に貢献する機能や特定の診療領域に特化した機能、総合的な診療を担う機能などを評価すべきとの意見が出た。これらの機能に応じ、評価の重み付けを変更した機能評価係数Ⅱの設定を検討する。

ただⅢ群の細分化に関しては、これまで議論があったが、実際に機能を分けるのは困難で見送ってきた経緯がある。また、委員から「選べるようになるのはよいことだが、どれを選ぶかは事前に経営への影響を試算する必要がある」との要望が出た。しかし厚労省は、「(経営的にどちらが有利かを判断する前に)DPC 対象病院としての機能をまず決めてもらう」と回答した。

基礎係数Ⅰ~Ⅲ群の名称は変更

基礎係数の名称は、変更すべきとの考えで一致した。Ⅰ~Ⅲの名称だと、病院を「格付け」しているように受け

取られる可能性があるため、機能に応じた名称を考える。ただ同日は、具体的な案は出なかった。「当初からⅡ群の病院と、出たり入ったりする病院がある。前者を分析すれば、適切な名称が出てくる」との意見が出た。

機能評価係数Ⅱについては、機能の違いを表現するための項目の見直しや重症化係数の位置づけなどが議論された。委員からは、評価の重み付けに関し、「満点を取る必要はない。何かが上がれば何か下がる。百貨店方式ではなく、専門店がいくつか集まるテナント方式でやるべき」との意見が出た。

機能評価係数Ⅱは現在、◇保険診療係数◇効率性係数◇複雑性係数◇カバー率係数◇救急医療係数◇地域医療係数◇後発医薬品係数◇重症度係数の8項目がある。厚労省は、「後発医薬品係数」について、「多くの施設が上限値に達し一定の役割を終えた」と判断。機能評価係数Ⅰでの評価を提案した。委員から反対はなかった。

調整係数の目的と内容を検証

調整係数は段階的な廃止の過程であり、機能評価係数Ⅱへの置換えが進ん



でいる。2016年度改定で当初の25%となり、2018年度改定で全廃する予定だ。ただ従前の収入を保障する調整係数が縮小すると、医療機関の経営に影響が及ぶことも考えられる。激変緩和措置も講じているが、2016年度改定では、別途、重症度係数を設けた。

重症度係数に対しては、「公平な評価とするためには、効率化が働く仕組みにする必要がある」との意見が相次いだ。厚労省は、「係数設定の目的とその内容を検証した上で、名称変更や他の係数との整理等を検討すること」を論点とした。

同日の議論では、現行の調整係数を予定通り2018年度に廃止することに、異論は出なかった。激変緩和措置についても、内容の検証を進める。また、診断群分類で患者の重症度を評価するため、2016年度改定で部分的に導入したCCPマトリックスの拡大とあわせて検討が必要との意見も出た。

オプジーボなどの最適使用推進ガイドラインを承認

中医協総会・薬価専門部会

中医協・総会(田辺国昭会長)は2月8日、抗がん剤のオプジーボ(小野薬品工業)とキイトルーダ(MSD)の最適使用推進ガイドラインを承認した。厚生労働省は同日、保険収載を承認したキイトルーダの収載日(2月15日)にあわせて、ガイドラインを踏まえた留意事項通知を发出している。同日付けで、非小細胞肺癌に対するコンパニオン診断薬「ダコ」も承認した。また、薬価専門部会(西村万里子部会長)は、薬価調査をテーマに議論した。

オプジーボとキイトルーダの留意事項通知示す

留意事項通知は、ガイドラインを踏まえ、経済性の観点などを含め、保険適用上の留意事項を通知するものだ。

今回は、オプジーボの一般名であるニボルマブ(遺伝子組換え)の悪性黒色腫と非小細胞肺癌の適用、キイトルーダの一般名であるペムプロリズマブ(遺伝子組換え)の悪性黒色腫の適用のガイドラインの3つを了承した。内容は、ガイドラインに従った使用を求めるとともに、レセプトの摘要欄に

PD-L1発現率1%未満では投与理由記載

①医療施設の該当要件②治療する責任者の該当要件の記載を求めた。

さらに、オプジーボについては、「非扁平上皮がん患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与する場合は、PD-L1発現率を確認した検査の年月日および検査結果。PD-L1発現率が1%未満の場合は、投与の理由」を記載する必要がある。キイトルーダについては、PD-L1陽性が要件であるので、「コンパニオン診断薬でPD-L1陽性であることを確認した年月日および検査結果」を記載しなければならない。

PD-L1は人の免疫反応を制御する働きを持つ受容体と特異的に結合する物質で、がん細胞を攻撃する免疫機能を抑えてしまう。オプジーボやキイトルーダはPD-L1と受容体の結合を阻害する作用を持つ。オプジーボでは、非小細胞肺癌の非扁平上皮がんの臨床試験において、PD-L1発現率が1%未満の場合、対照薬(ドセタキセル)と比べ、効果に変化がなかった。

これを受け、支払側の委員は、「PD-L1発現率が1%未満で使用した理由に、『患者が希望したから』と書いたら、

審査支払機関は査定するのか」と質問。厚生労働省は「考え方としては、留意事項通知のとおりで、ガイドラインに明確に反するのであれば、査定の対象になると考えられる。ただし個別の査定については、審査支払機関の判断」と述べた。診療側や患者代表の委員からは、「ドセタキセルが使えない患者もいる」と配慮を求める意見が出た。

施設要件と医師の責任者要件は、ほぼこれまでに示された通りで、施設についてはがん診療連携拠点病院や特定機能病院など。医師については、がんの化学療法に十分な知識と経験を持つ医師が治療の責任者として配置されていることを求める。なお、オプジーボの施設要件に、「抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設」が追加された。

また、同日の中医協総会でキイトルーダの保険収載を承認した。オプジーボを比較薬とした類似薬効比較方式で算定。1日薬価は3万9,099円と同額とし、100mg 4mL 1瓶で41万541円となった。ピーク時売上高は544億円と患者数は7万3千人としている。

中間年の薬価調査を議論

8日の薬価専門部会は、薬価制度の抜本改革に向け、診療報酬改定がない年度の薬価調査の方法を議論した。「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」では、「大手企業等を対象」に改定がない年度も全品を対象とした薬価調査を行い、薬価との乖離の大きな品目の改定を行うこととした。このため、薬価調査の正確性や調査手法などを検討し、薬価調査自体の見直しを行う。

しかし今回、厚生労働省は、「特定の卸売販売業者のみを調査対象とした場合、調査客体を事前に公表することで、公正な取引に影響を及ぼす可能性があることや、価格を把握できない品目がある」と問題提起した。あわせて、「可能な限り、簡易な調査とするなど負担軽減を図るべき」との考えを示した。

これに対し診療側は、「以前示された資料では、四大卸の売上高は全体の75%。大手企業等に限れば、負担は軽減される」と指摘した。厚生労働省は、「全品調査とする必要があり、もれが生じる可能性がある」と答えた。一方で、2018年度に診療報酬改定、2019年度に消費税引上げへの対応があることを踏まえると、初の中間年の調査は2021年度になるので、「議論を急ぐ必要はない」との指摘も出た。

費用対効果評価の仕組みの制度化を議論

中医協・費用対効果評価専門部会

夏に一定の結論まとめる

中医協の費用対効果評価専門部会(荒井耕部会長)は2月8日、医薬品・医療機器の費用対効果評価の仕組みの制度化について、夏をめどに一定の結論を得ることを了承した。

費用対効果評価は、高額な医療技術が医療保険財政に与える影響を懸念し、議論が始まったもの。ただ「薬価の抜本改革の基本方針」では、費用対効果の高い医薬品の価格引上げも求めている。

費用対効果評価を医薬品などの価格に反映させる仕組みは、今年度から試行的に実施。抗がん剤のオプジーボやC型肝炎治療薬のハーボニーなど医薬品7種類、医療機器6種類の計13品目を選び、現在、非公開の会議でデータ分析を進めている。2018年度の価格改定に反映させる方針だ。また、高額な医療機器を用いた医療技術の選定作業も進めている。

費用対効果の高い医薬品は引上げ

昨年12月の4大臣会合で決定した「薬価制度の抜本改革の基本方針」では、「費用対効果の高い薬の薬価を引き上げることを含め、費用対効果評価を本格的に導入する」と明記した。高額な医療技術が医療保険財政に与える影響を懸念し、検討が始まったため、価格引下げの議論が中心だったが、引上げと引下げの両方が検討される。

費用対効果の「よい」「悪い」は、増分費用対効果比(ICER)の考え方をを用いる方向だ。効果は、質調整生存年(QALY)で算出。例えば、1QALY当たり500~600万円を基準に「よい」「悪い」を判断するという研究結果がある。ただしICERをそのまま使うのではなく、倫理的、社会的影響を勘案した総合的評価(アプレイザル)を行う。試行的導入では、ICERの値は算出しない。

今後の検討事項として厚生労働省は、①対象品目、医療技術の選定②総合的評価のあり方③費用対効果評価の反映方法—を示した。また、新規収載品の費用対効果評価の評価体制やデータ整備、制度化に十分に対応するための組織・体制を課題にあげた。通常の価格算定を行った上で、費用対効果評価に基づく再算定を行うには、一定の時間がかかるが、新規収載品に対しても実施を検討する考えだ。

対象品目、医療技術の選定に関し、全日病副会長の猪口雄二委員は、「本格的な導入では、選定数はどのくらいになるのか」と質問。厚生労働省は「現段階での回答は困難」と述べるにとどめた。なお、試行的導入では、財政影響、革新性・有用性が大きい品目として、13品目が選ばれた。ただし薬理作用類似薬、同一機能区分の品目が多い。

総合的評価については、諸外国の取



組みを参考にしつつ、日本でのあり方を検討する。基本的には、倫理的、社会的影響等に関する観点と分析結果の妥当性を科学的に検証する観点がある。諸外国では、◇致死的な疾患での延命治療◇関係者からの意見◇疾患の重症度◇社会的不公平◇保険予算全体へのインパクト—などを考慮すべき要素にあげている。

専門部会が総合的評価を行った上で、価格算定案は薬価算定組織、保険医療材料専門組織が作成する。このため今後の検討でも、専門部会が評価の仕組みの考え方を示した上で、具体的な価格への反映方法は、薬価専門部会、保険医療材料専門部会が議論する。

第2例目は植込み型補助人工心臓による長期在宅治療

患者申出療養評価会議

大阪大学医学部附属病院が実施

厚生労働省の患者申出療養評価会議(福井次次座長)は2月6日、制度発足後2例目となる患者申出療養を了承した。技術名は「耳介後部コネクタを用いた植込み型補助人工心臓による療法」。心臓移植が必要な重症心不全患者であるにも関わらず、心機能以外の理由で基準を満たせない患者が対象になる。

大阪大学医学部附属病院が実施。体内から伸びる配線であるドライブレイン感染の有無などを評価しつつ、6例を想定し5年間の臨床試験を実施する。将来的に保険収載を目指す。

患者申出療養は、患者の申し出を起点に、保険外併用療養を受けられる新たな仕組みで、昨年4月に始まった。先進医療などと同様に、保険診療と保険外診療を併用できる。

2例目は、植込み型補助人工心臓に

よる療法となった。重症心不全に対しては、心臓移植が最終的な治療手段になる。しかし、国内ではドナー不足が深刻で、ほとんどの患者が植込み型補助人工心臓(LVAD)の補助を受け、待機している。一方、海外では心臓移植に関係なく、重症心不全患者に有効な治療として、LVADが普及している。このような治療を長期在宅治療(DT)と呼ぶ。

DTは、国内では保険が認められていないが、昨年治験が開始された。しかしDTも心臓移植の基準をほぼ踏襲しており、多くの患者が心臓移植を希望しても治験に参加できないのが現状。今回の患者申出療養は、重症心不全だが基準を満たせず、治験を受けられない20歳以上の患者に、植込み型補助人工心臓による治療法を可能とするものだ。

重症心不全患者に対し、全身麻酔下で人工心臓植込み術を実施する。米国Jarvic Heart社の「Jarvic2000植込み型補助人工心臓システム耳介後部モデル」を用いる。最低月1回の外来受診で、術後を管理し、観察期間は6カ月。5年間で6例を予定する。単施設(大阪大学医学部附属病院)による非対照探索的臨床研究で、主要評価項目は「ドライブレイン感染の有無」、副次的評価項目は「脳合併症、全生存率、QOL」となっている。

心臓移植・DT治験の除外基準としては、◇65歳以上◇肝臓・腎臓の(不可逆的)機能障害◇他の疾患による予後が5年以上(悪性腫瘍等)◇HIV◇インスリン依存症糖尿病◇重度の呼吸器疾患—などがある。最初の患者は、腎機能障害に該当したため、患者申出療養を利用することになった。



費用は、60日間の入院で、保険外が1,613万7千円、保険診療が982万3千円、患者負担が419万6千円と見込んでいる。患者負担は高額療養費などにより、軽減される。

3月6日までに告示され、大阪大学医学部附属病院が実施する予定だ。委員からは、1例目の抗がん剤の併用療法と同様に、先進医療や治験の基準を緩めた臨床研究であるため、先進医療と患者申出医療との違いを整理すべきとの意見が出た。また、保険収載された場合の医療費への影響を懸念する意見もあった。

地域医療連携推進法人制度の内容・運用を示す

厚生労働省が通知

参加法人間の転院は入院期間の「特別の関係」に該当せず

厚生労働省は、4月2日から施行される地域医療連携推進法人制度の内容や運用を示した医政局長名の通知を2月17日付けで、都道府県知事宛に送付した(地域医療連携推進法人制度について、医政発0217第16号)。

地域医療連携推進法人は、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域の医療機関相互間の機能の分担・連携を推進し、質の高い医療を効率的に提供することをねらいとして、2015年の医療法改正により創設された。

医療機関の機能の分担及び業務の連携を推進するための方針を定め、当該方針に沿って、参加する法人の医療機関の機能の分担及び業務の連携を推進することを目的とする一般社団法人を、都道府県知事が地域医療連携推進法人として認定する仕組みである。

通知は、地域医療連携推進法人の社員、医療連携推進業務の内容、および留意事項を示している。

留意事項によると、地域医療連携推進法人の参加法人同士で、病床過剰地域においても病床融通を実施できることとしている。また、地域医療連携推進法人の参加法人において、患者を転院させる場合は、入院期間の計算における「特別の関係」には該当しない取扱いを示している。

なお、厚労省は17日付で連携法人のモデル定款を示した医政局医療経営支援課長通知(医政支発0217第1号)、事業報告書の様式を示した同課長通知(医政支発0217第3号)も発出した。

以下、局長通知から、関連部分を抜粋する。

○地域医療連携推進法人の認定

病院等に係る業務の連携を推進するための方針(以下「医療連携推進方針」という。)を定め、医療連携推進業務を行うことを目的とする一般社団法人は、当該連携を推進する区域(以下「医療連携推進区域」という。)の属する都道府県知事の認定(以下「医療連携推進認定」という。)を受けることができる。

○地域医療連携推進法人の社員

・病院等を開設する法人
・介護事業その他の地域包括ケアシステムの構築に資する事業(以下「介護事業等」という。)に係る施設又は事業所を開設し、又は管理する法人を参加法人(営利を目的とする法人を除く)とし、加えて、地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供するために必要な者を社員とする。

「病院等を開設する法人」としては、医療法人、社会福祉法人、公益法人、NPO法人、学校法人、国立大学法人、独立行政法人、地方独立行政法人、地方自治体等が該当する。また、株式会社立の病院等を開設する法人についても、機能の分担及び業務の連携の推進を目的とする場合はこれに該当する。

「介護事業等」としては、介護事業だけでなく、薬局、見守り等の生活支援事業等が該当する。「地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供するために必要な者」としては、個人開

業医、介護事業等を行う個人、参加法人になることを希望しない法人、大学等の医療従事者の養成機関の開設者、地方自治体、医師会、歯科医師会等が該当する。

○医療連携推進業務

医療連携推進業務は、医療連携推進方針に沿った連携の推進を図ることを目的として行う業務であり、
・医療従事者の資質の向上を図るための研修
・医薬品、医療機器等の供給
・参加法人への資金の貸付け、債務の保証及び基金の引受け
・医療機関の開設(医療機関相互間の連携の推進に資するものに限る。)等の業務である。

(留意事項)

・上記の各業務事項については、医療連携推進方針に記載する。
・医薬品、医療機器に係る調整を行う場合には、地域医療連携推進法人が一括購入を調整し、個別の購入契約については参加法人(社員)がそれぞれ締結する。
・地域医療連携推進法人の参加法人において、医療機能の分担・業務の連携を図るために、患者を転院等させることも考えられるが、地域医療連携推進法人の参加法人であることをもって、「入院期間の計算」における「特別の関係」に該当することにはならない。地域医療連携推進法人の参加法人であることと関係なく、代表者が同一の場合等には「特別の関係」に該当する。

・医師、看護師等の人事交流は労働法に則って実施する必要がある。一つのパターンとしては在籍型出向があり、これは、出向元事業主との間に雇用契約関係があるだけでなく、出向元事業主と出向先事業主との間の出向契約により、出向労働者を出向先事業主に雇用させることを約して行われていることから、労働者派遣には該当しない。
・地域医療連携推進法人の参加法人同士又は同一参加法人内で、病床過剰地域においても病床融通を実施できる。都道府県は、参加法人から病院の開設の許可の申請、病院の病床数の増加等の申請があった場合において、地域医療構想の達成を推進するために必要なものであり、病床数の合計が増加しておらず、地域医療連携推進法人の地域医療連携推進評議会の意見を聴いて行われる場合には、基準病床数に、都道府県知事が地域医療構想の達成の推進に必要と認める数を加えて、当該申請に対する許可に係る事務を行うことができる。

なお、都道府県は必要な病床数を認めるに当たって、構想区域における地域医療構想調整会議の協議の方向性に沿ったものであることを確認するとともに、都道府県医療審議会に諮ること。

○医療連携推進方針

医療連携推進方針には、
・医療連携推進区域
・参加法人が当該区域において開設する病院等(参加病院等)の機能分担及び業務連携に関する事項
・当該事項の目標に関する事項
・運営方針・参加法人に関する事項を記載しなければならない。

第2回 NDB オープンデータを6月以降に公表

レセプト情報に関する有識者会議

オンサイトセンターの第三者利用も準備

厚生労働省の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」(山本隆一座長)は2月8日、第2回NDBオープンデータの作成や、オンサイトリサーチセンターの第三者利用の考え方を概ね了承した。第2回NDBオープンデータおよびオンサイトリサーチセンターの第三者利用はいずれも6月以降の開始に向けて準備を進めていく。

NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)は、すべての電子レセプトと特定健診等情報を集めたデータベースで、医療動向を知る上で有用な情報である。医療費適正化計画に役立てるために収集しているが、厳しいセキュリティを課した上で、研究者などにデータ提供を行っている。

一方で、必ずしも詳細な個票データを必要としない場合も多いことから、あらかじめ定式化した集計データを幅広く利用できるようにするため、昨年10月にNDBオープンデータを公表した。NDBオープンデータでは、主要な診療報酬項目や特定健診項目の集計票を、「都道府県別」「性・年齢階級別」に作成している。

厚労省は、第2回NDBオープンデータの公表を6月以降に予定しているが、第1回公表の際に厚労省のホームページに寄せられた要望のうち、実現できるものに対応する考えだ。

具体的には、◇解説編の英訳◇医科の診療報酬の加算の一定の項目を集計◇歯科の診療行為の一定の項目を集計

◇特定健診は質問票の22項目を集計◇薬価収載の基準単位に基づき、薬効別に処方数の上位100位までの公表を検討している。

オンサイトセンターの準備を進める

オンサイトリサーチセンターの第三者利用については、オンサイト利用の申し出の際の審査内容や罰則規定に関する諸規定を今後、整備する。センターは東京大学と京都大学に設置。十分なセキュリティ環境を整えることが困難なためにデータ提供を受けることができない場合でも、オンサイトリサーチセンターでデータが利用できるよう現在、試行的な運用を行っている。

第三者によるオンサイトリサーチセ



ンターの利用では、公表物を作成するまでの場合と途中までの場合、調査目的の場合の3つが考えられる。これらの違いに応じて、利用期間や審査内容を変更する。

例えば、利用期間は調査目的では3カ月、それ以外では6カ月としている。また、業務委託業者のオンサイト内での作業は認めない。オンサイト内で器物を破損した場合は、原則利用者に弁済を求めることとした。

一般社団法人 全日病厚生会の

全日病ベネフィット

病院で働く皆様の毎日を応援！
約50万のサービスを優待価格で使い放題

多岐にわたるジャンルのサービス(専門ステーション)を数多く揃えております。宿泊施設、レジャー、スポーツといった分野はもちろん、グルメ、ショッピング、育児、健康、介護まで会員特典サービスをご用意しております。

1 約500,000の福利厚生優待
2 年間400%を超える利用率！

●サービスの詳細はホームページをご参照ください。

ベネフィット・ステーション

※ 入会申し込みは随時受け付けています。

福利厚生サービス導入のメリット！！

職員の
定着率向上

採用活動
強化

損金算入
可能

育児・介護
支援制度

福利厚生サービス「全日病ベネフィット」特別価格

項目	職員数	通常料金	特別価格
入会金	人数を問わず無料		
月会費	1～ 10名	4,500円/社	300円/名 (ガイドブック料金を除く)
	11～ 100名	400円/名	
	101～1,000名	390円/名	
	1,001～	380円/名	

●問合せ (一社)全日病厚生会 〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

介護保険法等の一部を改正する法律案を国会に提出

厚生労働省

介護療養病床の受け皿として「介護医療院」を創設

厚生労働省は2月7日、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」を国会に提出した。介護療養病床の受け皿として、「介護医療院」を創設するとともに、現行の介護療養病床の経過措置期間を6年間延長し、2023年度末までとする。

介護保険法等一部改正案は、①「介護医療院」の創設、②保険者機能の強化、③地域共生社会の実現への取組み、④利用者負担3割の導入、⑤介護納付金への総報酬割の導入一などが柱。施行期日は一部を除いて2018年4月から。

同法案は、利用者負担の引上げを含み、重要法案の一つとされる。同法案を閣議決定した後の記者会見で塩崎恭久厚生労働大臣は、利用者負担の引上げについて「様々な配慮を行いながら実施しようと考えている」と述べ、負担増に理解を求めた。

新施設は医療法にも位置づけ

2017年度末で設置期限が切れる介護療養病床等の受け皿になる新たな介護保険施設として「介護医療院」を創設する。

介護医療院は、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話(介護)」を一体的に提供する。介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。病院または診療所から転換した場合は転換前の名称を継続して使用できることになった。開設主体は地方自治体・医療法人・社会福祉法人などの非営利法人等。介護療養病床の経過措置は6年間延長し、2023年度末までとする。

保険者機能を強化

全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みを制度化する。具体的には、市町村が、データに基づき地域の課題を分析し介護保険事業計画を策定する

(都道府県は介護保険事業支援計画を策定)。計画には介護予防・重度化防止等の取組みと目標を記載する。さらに要介護状態の維持・改善の度合など指標による実績評価を行うとともに、財政面でインセンティブを付与することとする。

地域共生社会の実現に向けて

地域共生社会の実現に向け、地域福祉を推進する理念を規定するとともに、市町村が地域住民の福祉活動や関係機関の連絡調整を支援する体制づくりに努めることを規定。市町村の地域福祉計画の策定を努力義務とするとともに、介護や障害などの計画の上位計画に位置付ける。

また高齢者と障害児・者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度の「共生型サービス」を新たに位置付ける。ホームヘルプやデイサービス、ショートステイを想定している。そのほか、悪質な

事業を続ける有料老人ホームへの指導監督の仕組みを強化するため、事業停止命令措置を新設する。未届けの有料老人ホームも対象にする。

3割負担の対象者は約12万人

利用者負担で2割負担の人のうち特に所得が高い層の負担を3割にする。3割負担の導入は2018年8月の予定。

対象は、◇給与収入等から給与所得控除等を行った「合計所得金額」で220万円以上、かつ◇年金収入と、年金を除く収入の合計所得金額の合計で340万円以上(単身のケース、夫婦世帯の場合は463万円以上)とする。年金収入のみの場合344万円以上に相当する。

対象者数は、2016年4月時点の受給者496万人の3%に当たる約12万人となる見込み。

40～64歳の第2号被保険者が納める介護納付金について、総報酬割を段階的に導入する。2017年8月分から2分の1とし、2019年度から4分の3、2020年度から全面的に導入する。

【資料】地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案の概要

1 新たな介護保険施設の創設

○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

○病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

<新たな介護保険施設の概要>

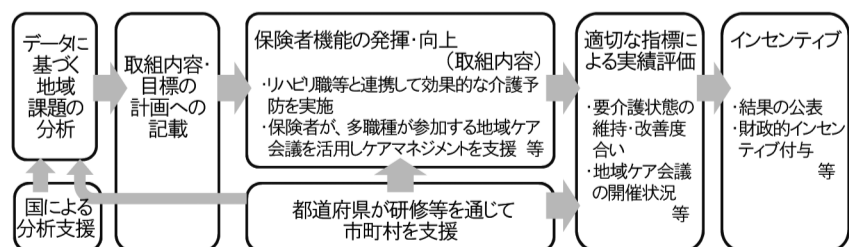
名称	介護医療院 ※ただし、病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
機能	要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話(介護)」を一体的に提供する。(介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。)
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。
※具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

2 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組みの推進

○高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組みを進めることが必要。
○全市町村が保険者機能を発揮して、

自立支援・重度化防止に取り組むよう、
①データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
②適切な指標による実績評価
③インセンティブの付与を法律により制度化。



3 地域共生社会の実現に向けた取組みの推進

○「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民(世帯)が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

○地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備

○住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制

○主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解

決するための体制

3. 地域福祉計画の充実

○市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。(都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。)

○新たに共生型サービスを位置づけ

高齢者と障害児・者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置付ける。(指定基準等は、2018年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定時に検討)

(その他)

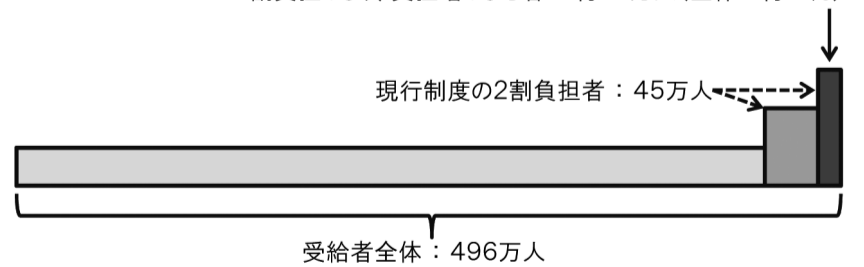
- ・有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化(事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等)
- ・障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し(障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。)

4 現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い

層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【2018年8月施行】

<対象者数> 3割負担となり、負担増となる者：約12万人(全体の約3%)



5 介護納付金における総報酬割の導入

○第2号被保険者(40～64歳)の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課しており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。

○各医療保険者は、介護納付金を、2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする。(激変緩和の観点から段階的に導入)【2017年8月分より実施】

在宅医療専門診療所のモデル化に反対

厚労省・在宅医療 WG 地域の取組みをヒアリング

厚生労働省の「全国在宅医療会議ワーキンググループ」(新田國夫座長)は2月16日、在宅医療に関するエビデンスや医療連携、普及啓発モデルの蓄積に向け、議論を行った。医師4名以上の診療所で、重症患者の在宅医療や看取りを24時間体制で実施する事例の紹介があったが、在宅医療専門の診療所は、あくまでかかりつけ医が提供する在宅医療の補完的役割との観点から、「全国的に普及させる在宅医療の姿ではない」との意見が委員から出た。

同WGは、全国在宅医療会議に報告するため、在宅医療に関するエビデンスの蓄積、在宅医療に関する医療連携、普及啓発モデルの蓄積について議論している。前回の議論では、「在宅医療が入院や外来医療と対立しないことを前提に置くべき」、「医師の行動を変えていくエビデンス作りを学術団体が行うべき」といった意見が出ている。

在宅医療に関し、厚労省は、「医療の選択肢の一つとして、自ら主体的に

考え、選択できるような環境を整備することが重要」と指摘。選択に資する情報を客観的なデータに基づいて示すことが必要とした。具体的には、疾病の進行や治療等、患者がたどるプロセス等、在宅医療に適した患者の状態、環境条件等、在宅サービスの有効性、手法の標準化一をあげた。

これらのエビデンスの蓄積とともに、在宅医療の提供体制を着実に進めるため、「医療機関間の連携モデルや構築に至るプロセス等を整理、収集する」、「国民の視点に立った、わかりやすい普及啓発を実施するため、地域の取組み事例を整理、収集する」としている。

四日市市と福井市の事例を紹介

こうした観点から、同日は三重県四日市市の「いしが在宅ケアクリニック」と福井県福井市の「オレンジホームケアクリニック」の事例が紹介された。

「いしが在宅ケアクリニック」の石賀丈士理事長は、「年間100名以上看取るクリニックは全国に3,200カ所必要

なのに、現在50カ所しかない」と指摘。年間100名以上看取り、重症患者を含めた24時間対応の在宅医療を提供するには、医師4名以上の在宅特化型が必要と主張した。

「オレンジホームケアクリニック」の紅谷浩之院長は、生活を軸にした在宅医療を強調。在宅での治療方針を相談する「アドバンスケアプランニング」により、患者の価値観を整理することで「入院回避」ができるとした。

これらの発表に対し、個別の取組みとして評価する声が出る一方で、全国的に広げるモデルケースとして位置づけることには、慎重な意見が出た。特に、地域の在宅医療はかかりつけ医が中心的に担い、在宅医療専門の診療所はそれを補完するとの観点から、反対意見があった。しかし石賀理事長は、「このような取組みを広げ、在宅医を増やす必要がある」と述べた。

全日病会長の西澤寛俊委員は、在宅医療専門の診療所が多数の在宅医を抱え、交代制で訪問診療などを行うこと



は医師と患者の関係を希薄にする可能性があることに懸念。「病院・診療所などの複数の医師が患者情報を共有し、どのように連携し、関わるかが課題」とした。また、在宅医療における介護職の役割の重要性を強調した。

厚労省が関係者の役割を整理

また、厚労省は在宅医療を推進するための関係者の役割を位置づけた。学会、研究機関、関係団体、行政、国民に分けて役割を整理し、在宅医療の手法を標準化し、医療従事者を教育する学会の役割や研究実践する研究機関の役割を強調した。委員からは、関係団体の役割を強調すべきとの意見があったほか、関係団体を中心になるとしても、行政の支援が不可欠との意見が相次いだ。これらの意見を踏まえ、報告の文案修正を行うこととした。

健康日本21(第二次)の中間評価の方法を議論

厚労省・推進専門委員会 2018年夏を目途に53項目の目標の達成状況を評価

厚生労働省の健康日本21(第二次)推進専門委員会(辻一郎委員長)は2月17日、健康日本21(第二次)の中間評価の進め方と方法について協議した。設定している53項目の目標について来夏を目途に評価を行うため、地域保健健康増進栄養部会と連携して検討を進めることを確認した。

健康日本21(第二次)は、生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善に関する課題について目標を設定し、国民が主体的に取り組む健康づくり対策として2013年4月にスタートした。10年間の計画であり、5年後の2018年夏に53項目のすべての目標について中間評価を行う予定となっている。

このため、厚生科学審議会・地域保健健康増進栄養部会の下に推進専門委員会を設置し、同部会と連携して検討

作業を進めることになっている。今後、検討状況に応じて専門委員を追加する予定だ。健康格差縮小に関する目標項目である都道府県別健康寿命の算定値が来夏5～6月に公表される予定であり、それを受けて6～7月に中間評価の報告書案をまとめることとした。

中間評価では、53項目の指標について計画策定時の値と直近の値を比較し、分析上の課題や関連する調査・研究のデータを踏まえ、目標に対する数値の動きを分析・評価する。2011年10月にまとめた健康日本21(第一次)の最終評価と同様に、53項目の指標について、(a)改善している、(b)変わらない、(c)悪化している、(d)設定した指標または把握方法が2013年の設定時と異なるために評価が困難-の4段階で評価することで合意した。

分析・評価の結果については、指標ごとに「評価シート」に作成する。目標値の動きを予測して設定している場合には、予測値と実績値の動きが分かるように示す。

国や自治体の活動も評価

国、自治体、企業や団体の取組みで、特徴的なものを整理して評価を行う方針だ。健康寿命の延伸や健康格差の縮小に関し、政府全体の動きとしては、日本再興戦略(2013年6月閣議決定)、健康・医療戦略(2014年7月閣議決定)、ニッポン総活躍プラン(2016年6月閣議決定)があるほか、厚労省の動きでは保健医療2035提言書(2015年6月)、「地域共生社会の実現に向けて」(2017年2月)がある。また、民間の活動では、2015年7月に発足した日



本健康会議がある。こうした健康格差の縮小に向けた取組みや社会環境の整備は、複合的な取組みが一体的に進んでいるため、主要な対策について取組み全体が理解できるように整理することとした。社会環境整備の取組みの例としては、①健やかなこころを支える社会づくりの推進②企業活動を通じた減塩しやすい社会環境づくりの推進③地域格差の解消を目指したう蝕予防対策の推進-があり、取組み全体の構造がわかるように工夫して整理する。

がん対策など重点事項を説明

厚生労働省が健康関係課長会議を開く

厚生労働省は2月9日、全国健康関係主管課長会議を開き、2017年度の重点施策や予算案について説明した。福島靖正健康局長は、重点事項としてたばこ対策やがん対策、感染症対策、難病対策をあげた。

受動喫煙防止対策を強化

たばこ対策については、2020年の東京オリンピック・パラリンピックに向けて、受動喫煙防止対策を強化するために政府の「受動喫煙防止対策強化検討チーム」で議論を進めている。昨年10月には厚労省が考え方のたたき台を示し、関係団体からヒアリングを実施した。ヒアリングでの意見を踏まえ、通常国会に健康増進法の改正案を提出する準備を進めていることを報告した。

予防接種については、昨年10月からB型肝炎ワクチンが定期接種化した。HPVワクチンでは、接種後の多様な症状に関する相談窓口を昨年度から都道府県にも設置しており、協力を要請した。MRワクチンは現時点で全国的

な不足は生じない見込みを示し、関係者と連携しワクチンの偏在解消に努めるように求めた。

がん対策では、昨年12月にがん対策基本法が改正され、希少がんや難治性がんの研究促進、がん患者の雇用継続の配慮など様々な施策が実施に移される予定だ。がん対策基本法の改正を踏まえ、現在第3期がん対策推進基本計画策定に向けて議論を進めており、2017年夏頃の策定を目指している。第3期基本計画の策定を受け、各都道府県のがん対策推進計画の見直しも必要となることを指摘した。

がん診療提供体制のあり方や小児がんの医療・支援については、第3期基本計画策定後に、がん診療連携拠点病院や小児がん拠点病院の連携体制を想定し、指定要件等について検討する予定であるとした。

がん登録については、2016年1月からがん登録推進法が施行されたことを踏まえ、都道府県に対して、医療機関からの届出の準備やがん罹患患者の突

合・整理・提出など法律の円滑な実施に引き続き協力を求めた。また、情報漏洩の防止や都道府県・医療機関の事務負担軽減のため、医療機関と都道府県をネットワークでつなぎ、オンラインで情報を送ることのできる「がん登録オンラインシステム」を今年4月から開始する予定であるとした。

AMR対策で手引きを作成

感染症対策では、薬剤耐性(AMR)対策が重要とした。AMRは世界中で問題になっているが、昨年4月にわが国のアクションプランを策定。2020年までにヒトへの抗微生物薬使用量を3分の2にすることを目標としている。

厚労省では抗微生物薬の適正使用推進のための有識者による作業部会を設け、外来で診療に携わる医療従事者を対象にした「抗微生物薬適正使用の手引き(仮称)」の作成に向けて今年度末を目途に作業を進めており、完成次第、自治体を通じて医療機関に配布して周知を図ることとしている。



難病対策については、医療費助成の対象となる疾病が2017年4月より新たに24疾病が追加され、計330疾病になる予定だ。難病の医療提供体制のあり方については、難病対策委員会の報告書を踏まえ、今年度中に具体的なモデルケースを示した通知を发出する。都道府県には2018年度から難病に対する医療提供体制の整備を目指して、2017年度に通知を踏まえた検討を求めた。また、難病対策では都道府県から指定都市への権限移譲を2018年度に予定しており、円滑な事務移譲に向けた協力を要請した。小児慢性特定疾病の医療費助成の対象となる疾病も拡大し、2017年4月より新たに18疾病が追加され、計722疾病となる予定である。

医師の働き方めぐり構成員が意見発表

厚生省・働き方ビジョン検討会 尾身構成員が医師偏在対策に理解求める

厚生労働省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」(渋谷健司座長)は2月6日と20日、構成員の意見発表を行った。同検討会は、年度末の最終報告に向けて検討を進めているが、構成員がそれぞれの意見を述べる会合が続き、議論が深まっている印象はない。

社会保障審議会・医療部会では、同検討会の最終報告を待つため、医師偏在対策に関する議論を中断している状

態。このため、最終報告の早期とりまとめを求める意見がある。また、医師の働き方に関する10万人規模の実態調査の集計作業が進められており、近く同検討会に報告される予定だ。

20日には、地域医療機能推進機構理事長の尾身茂構成員が医師偏在解消策について発表した。尾身構成員は、保険医療機関の責任者になる条件に、医師不足地域での勤務実績を設ける考えを示して、理解を求めた。

尾身構成員は昨年12月5日の会合でも、同様の医師偏在対策を提案しているが、構成員から「強制配置という印象を与える」などの意見があった。

このため、20日の会合では一部修正して提案に対する理解を求めた。尾身構成員は、◇医師偏在解消のためには、地域における主体的な取組みが極めて重要だが、同時に都道府県の枠を越えた仕組みも必要◇医療界には様々な利害関係者がいるが、オールジャパンで

の連携、協力が求められる」と発言し、強制力を伴う偏在対策の必要性を訴えた。

6日と20日の会合では、そのほかの構成員も意見を発表した。

6日は、医療法人ゆうの森理事長の永井康徳構成員、訪問看護ステーション愛美園所長の中島由美子構成員、国際医療福祉大学大学院教授の堀田聡子構成員、聖路加国際病院乳腺外科部長の山内英子構成員が担当した。

20日の会合では、尾身構成員のほか、三重県知事の鈴木英敬構成員、ハイズ株式会社代表取締役社長の斐英洙構成員らが意見を述べた。

時間外労働に年間720時間の上限規制を検討

働き方改革実現会議

政府は2月14日に働き方改革実現会議を開き、時間外労働に上限規制を設ける政府案を示した。上限は最大で年720時間(月平均60時間)以内とし、違反した場合は罰則を科す。労使とも上限規制を設ける方針には賛同しており、政府は3月末を目途にとりまとめる働き方改革実行計画に、労働基準法改正に向けた具体案を盛り込む意向だ。

しかし、一般の労働者と同様の労働規制を医療機関に一律に適用すると、

医療現場に深刻な影響が出る恐れ

救急医療の提供が困難になるなどの混乱が予想される。四病院団体協議会では、医師については別枠で検討するよう求める考えだ。

現行の労働基準法は1日8時間、1週40時間を超えて労働させることを禁じている。特例として、36協定(時間外・休日労働に関する労使協定)を締結することで、協定で定めた時間まで時間外労働をさせることが可能になる。

36協定による時間外労働の上限は、

原則として月45時間以内、かつ年360時間以内とされているが、厚生労働大臣告示による規定のため罰則はなく、法的強制力もない。臨時的な特別な事情がある場合として特別条項を結んでおけば、上限なく時間外労働させることも可能だ。

政府の上限規制案は、36協定による時間外労働の上限を月45時間以内、かつ年360時間以内と労働基準法に明記し、上限を上回る時間外労働をさせた

場合は罰則を課す。その上で、繁忙期などの臨時的かつ特別な事情がある場合は、別途労使協定の締結を条件に上限を年720時間(月平均60時間)まで延ばす特例を設ける。

年間上限を超えなければ月60時間を超えることは容認されるが、過労死等の労災認定基準に該当する働き方にならないよう別に上限を設ける。具体的な上限時間は未定だが、1月で100時間を超えたり、2～6カ月平均で月80時間を超えることがない上限になる見通しだ。

【資料】介護報酬の臨時改定で新たな処遇改善加算を新設

社会保障審議会の介護給付費分科会(田中滋分科会長)は既報の通り、介護人材の処遇改善に限定した臨時の介護報酬改定について1月18日に答申した。これにより介護職員の給与を1万円相当引き上げる介護報酬改定が4月から実施される。改定率は1.14%(在宅分0.72%、施設分0.42%)で、影響は給付費ベースで1,048億円(11カ月分)である。

新たな加算を新設

介護の現場は、深刻な人手不足が続いている。今回の介護報酬改定は、政府が一億総活躍プランで打ち出した介護離職ゼロを実現するための施策である。

改定内容は、処遇改善加算の見直しのみとなる。現行で最も高い加算は月額2万7,000円相当だが、それよりも1万円高い月額3万7,000円相当の加

算を新設する。これまでの処遇改善加算は、図のようにⅠからⅣの四段階となっているが、新たな要件を設定した加算Ⅰを新設し、従来の加算Ⅰ～ⅣはそれぞれⅡ～Ⅴに変更する。

新設の加算Ⅰを算定するには、新たなキャリアパス要件として「Ⅲ 経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること」が求められる。

これまでの加算のキャリアパス要件は、「Ⅰ 職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること」、「Ⅱ 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること」の二つだったが、新たな加算要件を満たすと、合計で3万7,000円相当の加算となる。介護サービス事業者は、加算として得た額以上の賃金改善を実施することが求められ

る。

新加算Ⅰを取得すると、サービスごとに加算された報酬を受け取れる(表)。加算率が最大の訪問介護をみると、現行の加算Ⅰの8.6%から13.7%の加算率となる。認知症対応型共同生活介護は8.3%→11.1%、小規模多機能型居宅介護と看護小規模多機能型居宅介護は7.6%→10.2%となる。施設系サービスでは、介護老人福祉施設が5.9%→8.3%、介護老人保健施設が2.7%→3.9%、介護療養型医療施設が2.0%→2.6%の加算率になる。

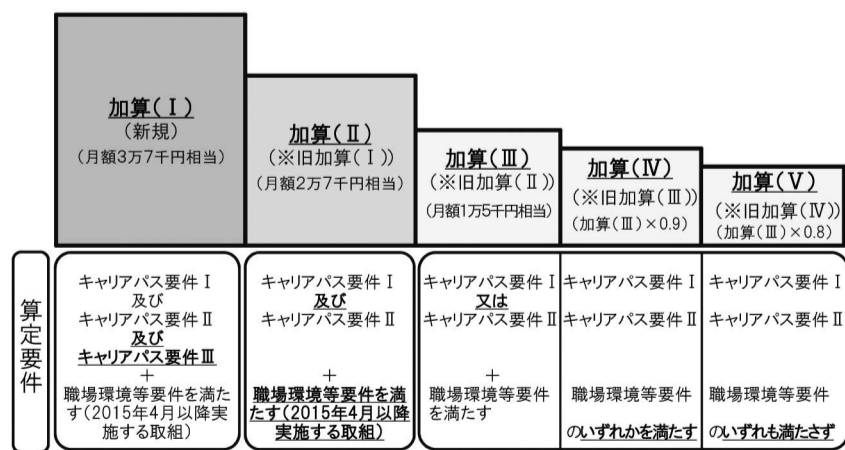
また、新設の加算Ⅰを取得しない場合でも一定の処遇改善になるように、

表 介護職員処遇改善加算に係る加算率(%)

サービス区分	加算Ⅰ(新設)	加算Ⅱ(旧Ⅰ)	加算Ⅲ(旧Ⅱ)
・(介護予防)訪問介護 ・夜間対応型訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	13.7	8.6 →10.0	4.8 →5.5
・(介護予防)訪問入浴介護	5.8	3.4 →4.2	1.9 →2.3
・(介護予防)通所介護 ・地域密着型通所介護	5.9	4.0 →4.3	2.2 →2.3
・(介護予防)通所リハビリテーション	4.7	3.4	1.9
・(介護予防)特定施設入居者生活介護 ・地域密着型特定施設入居者生活介護	8.2	6.1 →6.0	3.4 →3.3
・(介護予防)認知症対応型通所介護	10.4	6.8 →7.6	3.8 →4.2
・(介護予防)小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護	10.2	7.6 →7.4	4.2 →4.1
・(介護予防)認知症対応型共同生活介護	11.1	8.3 →8.1	4.6 →4.5
・介護老人福祉施設 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・(介護予防)短期入所生活介護	8.3	5.9 →6.0	3.3
・介護老人保健施設 ・(介護予防)短期入所療養介護(老健)	3.9	2.7 →2.9	1.5 →1.6
・介護療養型医療施設 ・(介護予防)短期入所療養介護(病院等)	2.6	2.0 →1.9	1.1 →1.0

(注) 加算算定非対象サービス(加算率0%)は掲載略
加算ⅣとⅤの加算率は、従前と同様に、Ⅳは加算Ⅲ(旧Ⅱ)×0.9、Ⅴは加算Ⅲ(旧Ⅱ)×0.8となる

図 介護職員処遇改善加算の区分



キャリアパス要件

- Ⅰ 職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること、
 - Ⅱ 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること
 - Ⅲ 経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること
- 職場環境等要件 賃金改善以外の処遇改善を実施すること
※就業規則等の明確な書面での整備・すべての介護職員への周知を含む

東京など5都府県の専攻医の募集定員に上限を設定

日本専門医機構 運用細則の決定に向け議論進む

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は2月17日、新たな専門医の仕組みの2018年度の開始に向け、専門医制度新整備指針の運用細則を議論した。都市部への医師偏在を防ぐための定員の上限や専門研修基幹施設の設定、総合診療専門医の研修について、一定の方向性を固めた。医師偏在対策では、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県の5都府県の専攻医募集で過去3年の実績平均を超えないように上限を設定する。

運用細則は3月の理事会で決定する予定。吉村理事長は同日の会見で、「大枠は煮詰まったが、まだ議論が必要な事項がある。次回の理事会で最終決定したい」と述べた。

大都市部への医師集中を防ぐ

大都市部への医師集中を防ぐ対策と

しては、5都府県の募集定員に上限を設ける。「医籍登録後3～5年」の医師のうち5%以上の医師が集まっているという基準を設定し、これに5都府県が該当した。なお、医師臨床研修制度では、5都府県に加えて京都府でも募集定員の上限を設定しているが、上記の基準により、専門医制度では京都府は対象から除外された(京都は2.7%)。

5都府県における募集定員上限は「過去3年間の募集定員の実績の平均値」とした。ただこの基準では、前年の実績を下回る場合があり、配慮が必要となる可能性がある。

また、医師数が過去と比べ減少している基本診療領域である外科、産婦人科、病理、臨床検査は対象外とする。

山下英俊副理事長は、「都市部の大学病院などは、地域に医師を派遣している。厳しい上限にすると、その機能

が損なわれる。その結果、困るのは医師不足地域だ」と述べた。

専門研修基幹施設は、専攻医をある程度集められる基本診療領域であれば、大学病院以外の複数の基幹施設を都道府県内に設けることを原則とする。過去5年間の採用実績が平均350人以上の基本診療領域を対象とする。現時点で、内科、外科、救急科、小児科、整形外科、産婦人科、精神科、麻酔科の8基本診療領域が想定されている。

総合診療専門医の議論の遅れに危機感

総合診療専門医については、全国国民健康保険診療施設協議会、日本病院総合診療医学会、日本プライマリ・ケア連合学会による共同提案が日本専門医機構に提出されている。共同提案は、「3年間の研修のうち、内科を1年、救急と小児科を3カ月、総合診療を1

年半」とするなど、具体的な研修プログラムを示しており、総合診療医に関係する団体が合意して共通の提案をまとめた意味は大きい。

17日の理事会には、「総合診療専門医の養成に関する提案」が提出された。提案は、◇総合診療専門医の養成を2018年度から開始する◇研修プログラムが大都市の研修施設に偏らないようにする一など共同提案をふまえたものになっている。ただし研修プログラムに関する具体的な記載がなかった。

これに対し全日病副会長の神野正博理事は、現時点で総合診療専門医の養成案が決まらないことに危機感を表明。「タイムリミットであり、早く決めないと総合診療専門医は動かない」と述べ、次回の理事会までに四病院団体協議会の意見もきいて、共同提案を軸に議論を進めるよう働きかける方針だ。

多くの都道府県で研修医の募集定員が減少

厚生省・臨床研修部会 東京は21人、大阪は8人減、実績からの減少はなし

厚生労働省は2月15日の「医道審議会医師分科会・医師臨床研修部会」(桐野高明部会長)に、2018年度の医師臨床研修の都道府県別募集定員を示した。都道府県別に募集定員の上限を設定し、大都市への医師偏在を是正しているため、東京で▲21人、大阪で▲8人など対前年度比で募集定員が減る見込みだ。臨床研修制度では全国的に研修医に対する募集定員の比率を下げる過程にある。ただし過去の実績値と比べて募集定員が減少する都道府県はない。

2018年度は大都市のある6都府県の募集定員が東京都▲21人、神奈川県▲3人、大阪府▲8人、愛知県▲9人、京都府▲5人、福岡県▲7人となる見込み。そのほか、北海道▲3人、青森県▲6人、群馬県▲6人など、約半数の24都道府県で募集人数が減り、合計で▲58人となる。医学部入学定員は増加しているが、研修医に対する全国の

臨床研修の募集定員の比率は引き下げているためだ。

2018年度は研修医9,940人に対し、募集定員は1.14倍の1万1,332人。一定数で研修医と病院のマッチングが成立しないことを想定した調整分を含めると、1万1,769人を募集する。現在、研修医に対する募集定員の比率を1.1倍に下げる過程にあり、2015年度から1.22倍、1.17倍、1.16倍と下げてきた。実際の上限は都道府県ごとに、人口や医学部入学定員、地理的条件に応じて設定している。大都市であるなど他の理由で、医師が集中する都府県は、希望に対する募集定員が相対的に少なくなる仕組みだ。

また、千葉県で来年度、国際医療福祉大学の医学部新設があり、入学定員が140名増える。このため、2016年度の上限から2021年度までの6年間、毎年24名ずつ漸増させて、募集定員の上

限を設定する。ただし千葉県は、人口に対する研修医総数が相対的に少ないため、現行の上限設定の計算方法により、入学定員の増加は、千葉県の募集定員に影響しない。

医師臨床研修制度の研修目標を報告

「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ」の中間報告を福井次矢座長が説明した。同WGは2020年適用の医師臨床研修制度の到達目標とその評価の見直しの通知改正に向けて、議論している。今回、到達目標(研修目標)について、WGで一定の考えをまとめたため、報告を行った。

項目は、◇医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)◇資質・能力◇基本的診療業務に分かれる。

基本的価値観では、医師としての社会的使命や利他的な態度を保持し、人

間性を尊重し、自らを高めるため資質・能力の向上に努めることを医師のプロフェッショナリズムとしている。

「資質・能力」は9項目ある。全日病副会長の神野正博委員は、「資質・能力」の中に、「チーム医療の実践」「医療の質と安全の管理」の項目があるにも関わらず、研修の具体的な内容を示す「方略・評価案」の「特定の医療現場の経験」の中に、外科系の事項が少ないことを指摘。「外科系の考え方をもう少し入れることを検討してほしい」と要望した。

これに対し、福井座長は「方略・評価案」は「今後1年かけて議論する予定で、まだ精緻なものになっていない」とした上で、「今後、ローテーションする診療科や分野を提示する予定だが、微妙な問題を含んでおり、WGで議論を尽くす必要がある」と答えた。

■ 現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
第20回 機能評価受審支援セミナー(岡山会場) (診療・看護領域 80名/80名) (事務管理領域 75名)	2017年3月19日(日) 【岡山商工会議所】	5,400円(7,560円)(税込)	診療・看護領域では、ケアプロセスの実践を診療・看護の合同チームで学び、事務管理領域では、機能評価受審に向けた事務管理部門の役割と受審対策について学びます。
2025年に生き残るための経営セミナー 第15弾 「持分なし医療法人への移行計画の認定制度」 (100名)	2017年3月14日(火) 【全日病会議室】	8,640円(16,200円)(税込)	「持分あり医療法人」から「持分なし医療法人」への移行計画認定制度が3年間延長され、役員数、親族要件等が緩和される。本制度の概要や税制措置、申請手続きを解説する。

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

一般社団法人 全日病厚生会の 病院総合補償制度

■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

■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

たしかな安心
大切なあなたを守ります...

一般社団法人 全日病厚生会

●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