



全日病 NEWS 2016.10.15 No.881

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

震災乗り越え、熊本学会を開催。約3,200人参加、演題は576に

第58回 全日本病院学会 in 熊本 災害時における医療機関の役割を確認

「第58回全日本病院学会 in 熊本」(山田一隆学会長)が10月8日・9日、熊本県支部の担当で、「地域医療大改革～豊かな未来への取り組みをくまもとから～」をテーマに熊本市で開催された。4月に起きた熊本地震を乗り越えて学会の開催を決めた熊本県支部に対し、全日病は組織をあげて支援。発表演題数は576にのぼり、全国の会員病院をはじめ、約3,200人が参加した。各会場は立ち見が出るほどの盛況で、熊本学会は大きな成功を収めた。

開会式には、来賓として、神田裕二厚生労働省医政局長、横倉義武日本医師会会長、蒲島郁夫熊本県知事、植松浩二熊本市副市長、福田稠熊本県医師会長ほかが列席、それぞれ祝辞を述べた。

開会の挨拶をした山田学会長は、「今年は地域医療構想策定の年であり、医療改革は重要な時期を迎える」と述べて「地域医療大改革」をテーマに選んだ理由を説明。さらに医療事故調査制度や在宅医療、認知症への対応、療養病床や地域包括ケア病棟の今後のあり方など重要課題が山積しているとし、「地域医療の厳しい状況と課題を考慮しつつ、深く議論していただきたい」と呼びかけた。

また、4月の熊本地震では、県内の医療機関が連携し、地域医療を確保したことを報告。熊本復興に向けて地域の病院の重要性が確認されたとして、

「災害時の医療提供について討論してほしい」と要請した。

一致団結して熊本学会を支援

続いて挨拶した西澤寛俊会長は、熊本地震で犠牲になられた方々に哀悼の意を表すとともに、被災された皆様にお見舞いの言葉を述べた。また、震災後の困難を乗り越えて学会を開催した熊本県支部の関係者に対し感謝の意を表した。

西澤会長は、全国の会員から寄せられた支援が学会開催の大きな力となったと強調。「一致団結して力を発揮できることが我々全日病の誇りだ」と述べるとともに、「復興にける熊本県支部の力をいただき、これからの改革に向かっていきたい。この学会が大きな契機になる」と述べた。

来賓として挨拶した厚労省の神田医



政局長は、熊本地震の際の医療確保の努力に謝意を述べるとともに、被災地の医療ニーズにきめ細かく対応するため来年度に災害医療コーディネーターの養成に取り組む考えを示した。

日本医師会の横倉会長は、震災後の苦労の中で学会を開催した関係者の努力に敬意を表すとともに、「東日本大震災の経験が熊本地震で役に立ったのか、どんな反省点があるのか、議論を楽しみにしている」と述べて、学会での討論に期待を表明。「貴重な研修の機会である全日病学会を成功させてほ

しい」と述べた。

開会式に続いて横倉会長と神田局長による特別講演が行われた後、各会場にわかれて、シンポジウムや演題発表が行われた。

会場となった熊本市市民会館と熊本市国際交流会館、熊本ホテルキャッスルでは、医療改革の最新情報や先進的な取り組み事例を知ろうとする熱心な参加者があふれ、いずれの会場も盛況だった。

(熊本学会の報告は11月1日号、15日号、12月1日号に掲載します)



開会式で挨拶する山田学会長、西澤会長、神田医政局長、横倉日本医師会会長(左から)

基準病床数と地域医療構想の関係で「意見の整理」

厚労省・地域医療構想 WG

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9月23日に取りまとめの議論を行い、一部を除いて「意見の整理」を大筋で了承した。地域医療構想調整会議の議論の進め方に関しては、前回の議論を受け、公的医療機関等が担う医療機能を「優先的に検討を進める」との文言を削除した。基準病床数の算定において、医療資源投入量が低い患者の早期退院を見込むことに関する文言の取扱いをめぐる、同日の議論では合意できず、調整が必要になった。

WGは2018年度からの第7次医療計画に向け、基準病床数と地域医療構想の関係を整理するために設置された。同日は3回目の会合で、一部の文言で合意が得られない箇所があったが、WGとしては終了し、持回りで調整した上で、「医療計画の見直し等に関する検討会」に報告する。

「意見の整理」では、基準病床数の算定式は概ね従来と同様の方法とすることで整理した。地域医療構想との整

公的医療機関等「優先」の文言は削除

合性が課題とされたが、両者は性格が異なるもので、地域医療構想策定ガイドラインで示された医療機能別の病床数に合わせる考えはとらない。

議論が紛糾したのは地域医療構想調整会議における議論の進め方だった。前回会合で、厚労省が地域の医療機能の役割分担を議論する上で、公的医療機関等の役割の明確化を「優先的に」行う方針を示したためだ。これに対し、全日病副会長の織田正道構成員をはじめ複数の委員から、民間医療機関の役割が軽視されているとの指摘が相次ぎ、文言を修正することになった。

「優先的に」との文言は削除。民間・公的を問わずに、地域で救急医療や災害医療を担う一定規模の医療機関の機能を明確化する議論を調整会議で行うとの表現に変更した。ただ、削除後に「構想区域における中心医療機関」が挿入された。この「中心医療機関」という文言にも、「必要ない」との意見が複数出たため、削除することになった。医療資源投入量の低い患者の早期退



院を基準病床数の算定で見込むことを「今後整理する」とした文言に対して、削除を求める意見が相次いだ。地域医療構想策定ガイドラインでは、一般病床の175点未満の患者は、慢性期・在宅等の患者として推計するとしている。175点未満を一般病床の患者から除くと、平均在院日数が短縮し、その分基準病床数は少なく計算されることになる。

織田委員は「175点未満の患者の取扱いは地域に地域包括ケアが整備されることが前提で、現状では難しい」と発言した。厚労省は「患者の実態が把握できていないため、WGでは結論を出

さず、親検討会で議論してもらいたい」と理解を求めたが、他の委員からも文言を削除すべきとの意見があり、会議終了後に持回りで調整することになった。

また、前回の会合で、ICU(集中治療室)などを基準病床の算定式から除く取扱いについて明確化を求める意見があり、厚労省が回答した。患者が利用する他の病床が同一病院内に確保されていれば、既存病床数として算定しないという。ただ都道府県により対応が異なるという指摘もあり、厚労省は運用状況の実態を把握して、再度調整した上で確認を求めるとした。

薬剤費の伸びが医療費に与える懸念を共有する

中医協総会

2015年度の伸びの主因は高額薬剤

厚生労働省は9月28日の中医協総会(田辺国昭会長)に、2015年度概算医療費の結果を報告した。対前年度伸び率は3.8%となり、最近の水準に比べて高い伸びとなっているが、その原因は主にC型肝炎治療薬のハーボニー(ギリアド・サイエンシズ)とソバルディ(同)と分析している。中医協は薬剤費の伸びに対する懸念を共有。薬価制度見直しの必要性を確認した。

2015年度の概算医療費は41.5兆円で伸び率は対前年度比で3.8%。最近の伸び率は診療報酬改定のない年度でも、2011年度は3.1%、2013年度は2.2%と落ち着きをみせていた。診療種別では調剤が9.4%と高く、入院は1.9%で低い。入院外は3.3%でやや高い。調剤のうち、薬剤料の伸びが11.3%と高く、薬効分類別では、抗ウイルス剤が249%と格段に高い伸び率となった。ハーボニーとソバルディの影響と考えられる。

3.8%の医療費の伸び率を分解すると、高齢化の影響が1.2%、人口減の影響が▲0.1%で、それ以外の2.7%が「医療の高度化等」とされる。そのうち、

薬剤料の影響が1.4%で、抗ウイルス剤を含む化学療法剤の影響が0.77%だった。

一方、後発医薬品の使用促進の効果も示した。2014年度の結果を推計したところ、後発品の数量シェア56.4%の時点で、医療費に与える影響は▲0.5%で約2,000億円となった。平均在院日数減少による影響(▲0.4%)よりも大きい。

概算医療費の結果を受け、委員からは「医療費の伸びの大半が何であるかがわかり、我々がやるべきことが明らかになった」といった意見が出た。

ただハーボニーとソバルディに関しては、2016年度改定で市場拡大による特例再算定を実施し、薬価が大幅に下がり、売上げ数量も減っている。今年度に入ってから売上げ金額は落ちており、「ピークは過ぎた」との指摘もある。高額薬剤の売上げに関し、状況を的確に把握し、慎重に対応すべきとの意見が出た。中医協は次回以降、来年度のオプジーボの薬価引下げを含めた高額薬剤への対応の議論を行う。



エチゾラムの投薬上限を30日に

中医協は同日の総会で、精神安定剤のエチゾラムと睡眠障害改善剤のゾピクロンの投薬期間の上限を30日とすることを決めた。これまで上限はなかった。2剤が「麻薬、麻薬原料植物、向精神薬及び麻薬抗精神薬原料を指定する政令の一部を改正する政令」で向精神薬に指定されたことに伴う対応。向精神薬では、不安や睡眠障害に対し、処方する頻度の高いものは上限を30日に設定しており、それになった。政令は10月24日に施行されるが、

2剤の上限設定は11月1日から適用する。

そのほか、DPC制度に関し、2016年度定例報告があり、機能評価係数Ⅱ・保険診療指数で「病院情報の公表」を評価することが説明された。10月1日時点で公表していれば、来年度から加点ができる。全日病副会長の猪口雄二委員は、「10月1日の公表に関して配慮を求める」と発言。厚労省から「10月1日は土曜日でもあり、(決済が間に合わないなどの理由であれば)柔軟に対応したい」との回答を得た。

2割を超える病院が7対1入院基本料を変更、病棟群単位の利用は1割に満たず

日病協が7対1入院基本料の動向調査を発表

日本病院団体協議会は9月23日に代表者会議を開き、7対1入院基本料を届け出ている病院の動向を把握するために実施した調査について診療報酬実務者会議から報告を受けるとともに、同日、調査結果を記者発表した。

調査に回答した894病院のうち7対1入院基本料から変更した(予定を含む)と答えた病院は193病院(21.59%)

で、2割を超える病院が7対1からの変更を余儀なくされていることがわかった。また、病棟群単位の届出を利用した病院は15病院にとどまった。使い勝手の悪さから、病棟単位の届出はひろがりを見せていない。

●894病院が回答

調査は、日病協に加盟する13団体

を通じて7対1入院基本料を届け出ている病院の意向を確認する目的で7月に実施。診療報酬実務者会議(委員長=原澤茂・日病協副議長)が集計した。「一般病棟7対1入院基本料」を届け出ていることが把握できた病院で、2016年4月から2018年4月までの間に、一部または全部の7対1病床を他の入院料等に変更(予定を含む)する、または変更しない、のいずれかの意向を確認できたのは894病院だった。

そのうち、「変更した(する予定)」と回答したのは193病院(21.59%)だった。

2015年4月時点で厚労省が把握していた7対1入院基本料算定病院は約1,530病院だったので、今回の調査に回答した894病院はその6割に当たり、傾向を知る上で十分な回答数といえる。ただし、今回の調査は7月段階における病院の意向をきいたもので、9月末に経過措置が切れた際に実際にどのような選択をするかを把握するものではない。また、病床数についての質問はないので、調査結果から7対1病床の動向を判断することはできない。

棟入院料」に(8病院)だった(表1)。

●変更先を選んだ理由

7対1の変更先として「地域包括ケア入院基本料」と回答した病院が最も多かったが、その理由は、①「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たせなくなったから」が一番多く56病院だった。次いで、「地域医療計画により」が24病院、「患者数の減少により」が10病院などとなっている(表2)。

●病棟群単位の届出をしない理由

病棟群単位の届出を利用した(する予定)と答えた病院は15病院で、利用しなかったと回答したのは182病院だった。その理由としては、7対1から10対1に変更した場合に再び7対1に戻ることができない制度であることをあげた病院が多かった(表3)。病棟群単位の届出は1回に限られ、その後すべての病棟で同じ入院基本料を届出した場合、再び病棟群単位の届出を行うことはできない規定になっている。

●重症度、医療・看護必要度の対応

2016年度改定では、「重症度、医療・看護必要度」の項目を拡大する一方で、該当患者割合の基準を15%から25%に引き上げた(200床未満の病院は2018年3月31日まで23%)。調査結果から、「重症度、医療・看護必要度」の対応状況を見ると、回答のあった892病院のうち、「改定前から基準をクリアしていた。その後も対策は不要」と回答した病院が307、「改定前から基準をクリアしていた。ただし対策を講じた」と回答した病院が334で、7割を超える病院が改定前から基準をクリアしていたことがわかった(表4)。

診療報酬実務者会議の原澤委員長は、調査結果を受けて「2年ごとの診療報酬改定で基準が変わることにより、長期的な計画をたてることが難しくなっている。一度、方針を変更するとともに戻れなくなる規定があるために、自ら変革することに慎重になっていることがうかがえる」とコメントしている。

●7対1からの変更先

「変更した(変更する予定)」と回答した193病院のうち、「7対1入院基本料」の変更先として多かったのは、①一部の病棟を「地域包括ケア病棟入院料」に(112病院)だった。次いで、②病棟群単位の届出を利用(15病院)、③全ての病棟を「10対1入院基本料」に(14病院)、④一部の病棟を「回復期リハビリテーション病棟入院料」に(8病院)、⑤一部の病棟を「緩和ケア病

表1 変更先(多かったもの)；病院数

	20～199床	200～399床	400床以上	合計
①一部の病棟を「地域包括ケア病棟入院料」に	21	64	27	112
②病棟群単位の届出を利用して	3	9	3	15
③全ての病棟を「一般病棟10対1入院基本料」に	7	7	—	14
④一部の病棟を「回復期リハビリテーション病棟入院料」に	1	5	2	8
⑤一部の病棟を「緩和ケア病棟入院料」に	—	2	6	8

表2 「地域包括ケア病棟入院料」に変更した(する予定)理由(複数選択可)；病院数

	20～199床	200～399床	400床以上	合計
①「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たせなくなった	10	36	10	56
②「在宅復帰率」の基準を満たせなくなった	—	—	—	—
③平均在院日数の基準を満たせなくなった	—	7	—	7
④医師不足により	—	4	—	4
⑤看護師不足により	—	8	—	8
⑥患者数の減少により	4	5	1	10
⑦地域医療構想により	5	15	4	24
⑧より高度な医療を提供するため、上位の基準に変更した	1	1	—	2

表3 病棟群単位の届出を利用しなかった理由(複数選択可)；病院数

	20～199床	200～399床	400床以上	合計
①再々変更が不可のため	19	43	30	92
②変更が2病棟ずつのため	5	21	15	41
③7対1入院基本料が6割以下のため	4	15	12	31
④加算の扱いがクリアできないため	—	1	1	2
⑤転棟した場合10対1入院基本料を算定するため	10	22	9	41

表4 「重症度、医療・看護必要度」の新基準への対応；病院数

	20～199床	200～399床	400床以上	合計
①改定前から基準をクリア、その後も対策は不要	60	75	172	307
②改定前から基準をクリア、ただし対策を講じた	68	118	148	334
③改定による基準をクリアするために対策を講じた	43	104	72	219
④改定による基準をクリアできなかった	11	16	5	32

厚労省が医療費適正化計画の計算式示す

厚労省・医療保険部会

厚生労働省は9月29日に開かれた社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)に、第3期医療費適正化計画(計画終期は2023年度)に用いる医療費推計式の案を報告した。また、「高額療養費の見直し」や「後期高齢者の保険料軽減特例の見直し」について論点を示し、議論した。

推計式は、第3期医療費適正化計画において医療費の見込みの推計に用いるもので、政府の社会保障制度改革推進本部に付設された「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」の医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループで議論してきた。

各都道府県の医療費適正化計画は、現在第2期計画(2013～2017年度)の期間中だが、2015年5月の医療保険制度改革法によって、計画期間が5年から6年に変更されたほか、計画を早期

入院医療費は病床機能の分化・連携を踏まえて推計

に策定した都道府県は2017年度から第3期計画の施行が可能となった。このため、厚労省は今年3月に医療費適正化基本方針を告示したが、適正化計画に盛り込む医療費目標については、地域医療構想などの取組みを踏まえた計算式を示すこととしていた。

この日の医療保険部会に示された計算式によると、入院外医療費については、自然体の医療費見込みをたてた上で、①後発医薬品の普及(80%)による効果、②特定健診・保健指導の実施率の達成(70%・45%)による効果、③外来医療費の1人当たり医療費の地域差縮減を目指す取組みの成果を見込んだ推計とすることとしている。③は、糖尿病の重症化予防や重複投薬の適正化による効果をあげている。

一方、入院医療費に関しては、病床機能の分化および連携の推進の成果を

踏まえて2023年度の推計額を医療費として見込むことになる。すなわち、2025年の患者数推計に従って、病床機能4区分と在宅医療の別に医療費の見直しを出すわけだが、在宅医療等の増加分については、現時点で入院から在宅に移行する患者の状態像が不明であるとして、推計式から除外している。

厚労省の報告に対して、栃木県知事の福田富一委員(発言は参考人)は、「地域医療構想が病床や医療費の削減を目的としていると受け止められないよう十分留意すること。また、都道府県が地域医療構想や適正化計画を策定する前に医療費見込みの数字を独り歩きさせ、策定に向けた議論の妨げになったり、策定後において関係者に対して義務づけを強化することがないよう強く要請する」と注文した。また、日本医師会副会長の松原謙二委員は「推



計式は机上の空論でしかない。もっと現場の声を聞いていただきたい」と批判した。

70歳以上の高齢者の負担が論点に

「高額療養費の見直し」や「後期高齢者の保険料軽減特例の見直し」は、骨太方針や経済・財政再生計画で検討が求められているもの。

厚労省は世代間の公平や負担能力に応じた負担の観点から、70歳以上の高額療養費の自己負担限度額を引き上げる方向で見直すことを提案した。これに対し、健保連の委員が賛意を示し、具体案の提示を求めた。

一方、日本医師会の松原委員は「弱い立場の高齢者の負担を増やすことには反対だ」と発言した。

厚労省が「特養の医療ニーズにより対応できる仕組み」提起

厚労省・介護保険部会

社会保障審議会・介護保険部会(遠藤久夫部会長)は9月23日と30日に会合を開き、来年に法案提出を予定している介護保険制度の改正に向けて、保険者機能やサービス提供のあり方について議論した。

23日は、(1)保険者等による地域分析と対応、(2)介護保険総合データベースの活用、(3)サービス供給への関与のあり方、(4)ケアマネジメントのあり方が議題になった。

厚生労働省は、(1)保険者等による地域分析と対応に関して、「実態把握・課題分析を通じて地域における共通の目標を設定し、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行」してPDCAを回していく「地域マネジメント」を保険者機能に位置づける必要を提起。そのために必要なデータを収集するために、市町村が国に介護給付費や要介護認定等のデータを提出することを法律上位置づけるとともに、国はそれらのデータを集計・分析して地域分析に資するデータの提供やガイドラインの策

次期介護報酬改定での対応を検討

定等の支援を行うことを提案した。さらに、市町村が策定する介護保険事業計画に、高齢者の自立支援と介護の重度化防止に向けた具体的な取組みとその目標を記載することを義務づけるとともに、都道府県が実施に努めるべき支援を法律上明確化。その上で、取組みのアウトカム指標やアウトプット指標(プロセス指標)を国が設定し、市町村と都道府県で自己評価し、その結果を国に報告する仕組みを構築していく方向性を示した。

その上で「財政面においても、市町村や都道府県に対するインセンティブづけについて検討していくべきではないか」とした。

(2)ではデータベースの第三者提供を可能にすること、(3)では在宅サービスの供給に関わる事業者指定に対する市町村の関与の強化、(4)では、①ケアマネジメント手法の標準化、②居宅介護支援事業所の運営基準等の見直し、③ケアマネジメントの利用者負担導入の是非の検討を提起した。

このうち、ケアマネジメントの利用者負担の導入に関しては賛否が相半ばした。

特養の看取りの対応が論点に

9月30日の介護保険部会は、(1)介護予防の推進、(2)地域支援事業の推進、(3)ニーズに応じたサービス内容の見直しについて議論。厚労省は、(3)において、①通所リハにおけるリハ専門職配置の促進、②通所・訪問リハ等を含む退院後早期のリハ介入の促進、③特養における医療ニーズや看取りにより対応できる仕組みの導入を提起、次期改定で検討する必要があるとした。

論点ではこのほかに、(1)～(3)を通して、④市町村が行う介護予防事業に都道府県や医療機関等からの人材派遣や情報提供等の協力を得やすい体制を整えていく、⑤同事業で高齢者個人に対するインセンティブを付与する仕組みを実施できることを明確にする、⑥地域包括支援センターによるケアマネジメント支援等の評価指標を国が定



める、⑦地域ケア会議の業務を具体化・明確化する、⑧地域包括支援センターの評価指標を国が定め、それにもとづく評価を市町村と地域包括支援センターに義務づけることが提案された。

委員からは、地域包括支援センターの業務と評価を強化する考え方に対して、「人的・財務的体制を強化すべき」との意見があったほか、重度者が増えた特養について「(配置医や看護師のあり方を含む)医療提供のあり方を外付けも含めて全体的に検討すべき」との意見があった。また、退院後早期のリハ提供の促進に関しては「訪問介護とリハ専門職との連携を所属機関にかかわらずもっと評価すべき」といった意見が示された。

2015年度介護報酬改定の効果検証に向けて調査内容を検討

介護報酬改定検証・研究委員会

社会保障審議会・介護給付費分科会の下に設置されている介護報酬改定検証・研究委員会(松田晋哉委員長)は9月23日、2015年度介護報酬改定の効果を検証するための調査の実施に向けて、調査内容を検討した。2018年度の診療報酬・介護報酬の同時改定や介護保険制度の改正を意識した、医療と介護の連携や地域づくりに関する項目が目立つ。新たに病院・診療所からの訪問看護の提供状況も調べることにした。

この日の意見を踏まえて調査票を修正し、介護給付費分科会に報告する予定。分科会の決定を踏まえ、厚生労働省は10月中旬に調査を実施する意向で、来年2月以降に調査結果をまとめて介護給付費分科会に報告する。

病院からの訪問看護を新たに調査

今年度を実施する調査は右表の7本。①の中重度者へのリハビリテーションの実態調査では、通所リハビリ・訪問リハビリの事業所各1,000カ所程度

に調査票を送るほか、理学療法士の訪問を実施している訪問看護ステーション1,000カ所程度も今回初めて調査する。それぞれリハビリの実施状況以外に、地域との交流や連携なども質問する。

②の病院・診療所が行う中重度者の医療ニーズに関する調査では、介護療養型医療施設に対し悉皆調査を行う(1,400カ所程度)。また、医療療養病床を有する医療機関2,000カ所程度を無作為抽出する。医療および看護、介護などの提供状況などに加え、退院支援や地域貢献活動の状況も聞く。

さらに病院・診療所が行う訪問看護の状況を初めて調べる。対象は600カ所程度の見込み。この中で「地域の訪問看護ステーションの支援のためにできること」や「地域の訪問看護ステーションに担ってほしい役割」などについても尋ねる。

また、訪問看護ステーションを400カ所程度無作為抽出して調べる。訪問

看護ステーションには「病院・診療所からの訪問看護や医療機関併設型の訪問看護ステーションに期待すること」についても聞く。

そのほか、⑤の居宅介護支援事業所および介護支援専門員の調査では、制度改正をにらんで、ケアマネジメントのあり方を検討する上で必要な項目が追加された。

居宅介護支援事業所を対象とした事業所調査では、利用するサービスについて最も紹介件数の多い法人の割合や特定事業所集中減算の状況、ケアマネジャーの育成の仕組み、管理者の役割、地域づくりなどを詳細に聞く。

ケアマネジャー調査では、インフォーマル・サポートをケアプランに位置づけているケースについて調べる。



表 介護報酬改定の効果検証の調査項目

- ①通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等へのリハビリテーション内容等の実態把握調査事業
- ②病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業
- ③介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業
- ④介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業
- ⑤居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業
- ⑥認知症高齢者への介護保険サービス提供におけるケアマネジメント等に関する調査研究事業
- ⑦介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

病院に必要な総合診療専門医の議論求める

四病協 医師偏在対策は地域の実情に応じて

四病院団体協議会は9月28日の総合部会で、新専門医制度や医師偏在対策などをめぐって議論。終了後に会見を開いた。

新専門医制度では、日本専門医機構が検討している総合診療専門医の研修について、病院に必要な専門医の議論が機構で行われることを求める意見が出た。また、サブスペシャリティに関して、内科・外科以外は機構の新執行部で白紙に戻して議論する必要があるとの認識で一致した。医師偏在対策は効果のある対策が必要としつつも、地域の実情を踏まえた対応を求めることとした。

新専門医制度は、来年度の実施予定を1年延期し2018年度からの実施が決まった。総合診療専門医については、専門医機構が研修を実施するが、来年

度の暫定プログラムについては日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門研修プログラムを受けることを、専門医機構の吉村博邦理事長が推奨している。これについて四病協では、機構が2018年度から実施する研修に向け、機構の「総合診療専門医に関する委員会」において、病院に必要な総合診療専門医が議論されることを求めた。

会見で四病協の堺常雄議長(日本病院会会長)は、「2017年度の取扱いはすでに決まったことなので、(今から検討し直して)もとの戻ることはない。時間をかけて議論すれば、必ずよい総合診療専門医の仕組みになると思う」と述べた。

基本診療領域とサブスペシャリティとの関係では、内科関連13領域と外科関連4領域のサブスペシャリティは

基本診療領域との連動を認めることを決めた。しかし、他の基本診療領域のサブスペシャリティの取扱いは未定だ。

四病協は、専門医機構が現在の執行部体制になる前に、一定の承認を与えた29領域のサブスペシャリティを承認することはせず、白紙で議論すべきであることを確認した。

地域枠の厳格化は問題

医師偏在対策を検討している「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」に関して議論した。厚労省は医学部における医師養成の段階で、地域定着を図る対策を検討している。これに対し四病協では、一定の規制を伴う偏在対策は必要とした上で、地域定着に関しては、地域の実情を踏まえた対応が必要との認識を共有した。

厚労省は、地元の大学を卒業した医師が、その都道府県で勤務する割合が高いことをデータで示し、地元出身の医師に限らず受け入れている現状の医学部の地域枠を厳格化することを論点として示している。また、臨床研修についても、出身大学と同じ都道府県で研修を受けた場合に、地域定着率が高いことを踏まえ、同一都道府県の大学出身者を研修病院に呼び込む対策を検討している。

しかし、これらの対策を徹底するのは問題があるという認識で一致した。県内に必要な医師数を県内の大学出身者だけで確保しようとすれば、医学部増設が必要になることも考えられる。それは「現実的ではない」ことから、地域の特性の違いに配慮した対策が必要であるとした。

医療計画の見直しが重要課題に

日病協 情報を収集し、病院団体の議論を集約する

日本病院団体協議会は9月23日に代表者会議を開き、来年に予定されている医療制度改革の動きについて意見交換したほか、診療報酬実務者会議から7対1入院基本料動向調査の結果について報告を受けた。

終了後に会見した神野正博議長は、「医療制度は相当激しい動きをみせている。すべてが医療計画につながる感がある」と述べ、次期医療計画に向けた検討が重要な局面を迎えつつあるとの認識を示した。

現在、厚生労働省は、医療計画の見

直し等に関する検討会を設置し、2018年度からはじまる第7次医療計画に向けて、医療計画作成指針の検討を進めている。同検討会の下に2つのWGを設置し、地域医療構想と医療計画の関係について検討しているほか、在宅医療に関する医療サービスの評価指標について検討している。あわせて、◇医療従事者の需給に関する検討会、◇これからの精神保健福祉のあり方に関する検討会、◇周産期医療体制のあり方に関する検討会、◇がん診療提供体制のあり方に関する検討会などで検討を

続けており、いずれも今年中に検討結果をまとめ、医療計画に反映させる方向となっている。法改正が必要な内容は、社会保障審議会・医療部に諮り、次期通常国会に法案を提出する予定だ。

「医療計画に記載されている5疾病5事業や地域医療構想の見直しに加え、これまで医療計画にあまり関係ないと思われていたものも医療計画に結び付けている。医療計画の見直しが今まで以上に大きな意味を持つことになる」と神野議長は述べるとともに、各種委員会や検討会の情報を収集し、横串を刺



して考えなければならないと強調した。

また、「医療計画に載るということは、都道府県の仕事になることを意味している。都道府県の役割が大きくなっていく。国にしっかりした指針をつくってもらうことが大事だ」と指摘。情報を収集し、病院団体として議論を集約していくことを確認したと報告した。

このほか会見では、診療報酬実務者会議の委員長を務める原澤茂副議長が7対1入院基本料動向調査の概要を説明した。調査結果は2面に掲載。

アレルギー疾患医療の拠点病院を整備へ

アレルギー疾患対策協議会

厚生労働省のアレルギー疾患対策協議会(座長=斎藤博久・国立成育医療研究センター副所長)は9月15日、アレルギー疾患対策の基本的な指針について、厚労省が示したたたき台のもとに協議した。

国民の2人に1人が気管支ぜん息やアトピー性皮膚炎、花粉症などのアレルギー疾患に罹患しているといわれ、日常生活に支障を及ぼすケースも少なくない。一方、地域によっては適切な医療を受けられる体制が整わず、情報不足によって誤った民間療法により症状が悪化することもある。こうした状況を踏まえ、総合的なアレルギー疾患

基本指針に医療体制整備の考え方盛り込む

対策を進めるため、2014年6月に議員立法によりアレルギー疾患対策基本法が成立し、2015年12月から施行された。同法は、アレルギー疾患対策の推進に関する基本的指針(アレルギー疾患対策基本指針)を策定することとしており、同検討会が策定に向けて検討を進めている。

厚労省が示したたたき台は、アレルギー疾患対策の基本的な考え方として、重症化予防や症状軽減のための生活環境の改善やアレルギー疾患医療の提供体制整備、適切な情報提供、アレルギー疾患研究を示した上で、国や地方自治体、医療提供者の責務を示している。

アレルギー疾患医療の提供体制を確保するため、国立成育医療研究センター(東京都世田谷区)と国立病院機構相模原病院(神奈川県相模原市)を全国的な拠点病院に位置づけ、地域の拠点病院やかかりつけ医との連携協力体制を構築する方針を示した。

また、アレルギー疾患研究を進める上で今後必要な施策として、疫学調査や治療経過の調査による発症・重症化要因の解明、ガイドラインの有効性評価、アレルギー免疫療法をはじめとする根治療法の開発、世界に先駆けた革新的なアレルギー疾患の予防・診断・治療法の開発をあげた。



国は、関係学会と連携して、アレルギー疾患患者・家族が必要な情報に容易にアクセスできる総合情報提供ウェブサイトの充実を進めるほか、アレルギー疾患対策の予算を獲得するため施策の重点化を図りつつ、関係省庁間の連携を強化していく。

相模原病院臨床研究センターアレルギー性疾患研究部長の海老澤元宏委員は「アレルギー疾患の医療は不採算部門。アレルギー専門の医療機関は減少しており、危機感を持っている。拠点病院の指定が必要だ」と述べ、地域における拠点病院の必要性を訴えた。

■ 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
医師事務作業補助者 実践力向上セミナー (100名)	2016年11月3日(木・祝) 10:00~16:30 【全日病会議室】	7,000円(税込) ※資料代を含みます。	医師事務作業補助者研修の修了者を対象にした『実践力向上セミナー』。医師事務作業補助者にとって要の業務である医療文書作成の演習・解説だけでなく、「医師事務作業補助技能認定試験の模擬試験」による実践力向上を目的とする。
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会 (150名)	2016年11月22日(火) 13:00~16:00 【全日病会議室】	5,400円(税込) ※資料代を含みます。	医療安全推進週間における取組みとして、医療安全に関する医療関係者の意識向上、医療機関・関係団体における組織的取組みを促進することを目的とする講演会。全日病と日本医療法人協会の共催で、医療安全管理者養成課程講習会の講習(1単位)に該当。
第2回 院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会 (120名)	2016年12月10日(土) 13:00~18:30 12月11日(日) 9:00~17:00 【全日病会議室】	27,000円(32,400円)(税込) ※昼食代、資料代を含みます。	全日病は、厚生労働科学研究の受託により、『院内医療事故調査の指針』を出版した。この指針を教材に、院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法について演習を通して習得する。グループワークが中心となるので、1病院から複数名の参加が望ましい。