



# 全日病 ニュース 2016.12.15

## No.885

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

## 療養病床の受け皿の新施設類型で議論の整理を了承

厚労省・療養病床特別部会

法案を来年の通常国会に提出 経過措置は「3年」と「6年」を併記

社会保障審議会・療養病床の在り方等に関する特別部会(遠藤久夫部会長)は12月7日、介護療養病床や医療療養病床25対1の受け皿となる新たな施設類型に関する「議論の整理」を了承した。転換に向けた経過措置期間については「3年」と「6年」とする意見が併記された。

### 経過措置期間は3年、6年を併記

特別部会では、厚生労働省が提示した療養病床の転換先となる新類型の施設基準や面積の具体案をもとに、議論を行った。療養病床の受け皿は、「医療機能を内包した施設系サービス」と「居住スペースと医療機関の併記」の2通り。前者の医療機能内包型については、法改正により新たな施設類型をつくる。新類型は「要介護高齢者の長期療養・生活施設」の性格をもち、さらに2類型に分かれる。施設基準は、I「介護療養病床相当」とII「老健施設相当以上」とされた。

委員からは、「介護療養病床の廃止に反対」(吉岡充委員・全国抑制廃止研究会理事長)との意見を含め、様々な意見が出され、議論の整理に反映されたが、基本的には、厚労省案を認める形で了承。今後、医療部会や介護保険部会、医療保険部会に報告した上で、

法案化作業を進め、来年の通常国会に改正法案を提出する予定だ。

介護療養病床の設置期限は2017年度末までだが、新たな施設類型の人員配置や施設基準、報酬等が社保審・介護給付費分科会で具体的に決まるのは2017年度末になる見込みだ。そのため、介護療養病床を新類型に転換する準備ができるよう、経過措置期間を法律に定める。その長さについて、「議論の整理」では、「3年」と「6年」を併記した。「2018年度から一定の期間内に転換の意向を示してもらおう仕組みにすべき」との意見も記載した。

この経過措置期間については、医療提供側の複数の委員が6年を主張したが、保険者の委員など、3年を主張する委員も複数おり、意見が分かれた。

### 新規参入は介護保険計画で抑制

厚労省は、法改正により、新類型を恒久措置として法律の本則に規定する方針だ。本則に位置づける以上は、新設を制限することはできず、一般病床など、療養病床以外の病床からの新類型への移行も認めることになる。厚労省は「議論の整理」で、「転換を優先させるべき」と明記した上で、優先期限として「3年」と「6年」を併記した。

さらに、「急性期の大病院からの転

換は原則、認めるべきではない」、「病院からの転換を優先させる観点から、介護療養病床および医療療養病床に次いで、一般病床を優先させるべき」との意見があったことを明記した。

なお、厚労省は、経過措置期間の設定と新規参入の制限は別の論点である、との考えを示した。その上で、「新規参入の制限を法律に規定するのは難しい。介護保険事業計画の総量規制に関する現行のスキームを使った新規参入の抑制を考えている」と説明した。

全日病会長の西澤寛俊委員は11月30日の会合で、「新規参入の抑制期間を6年間にすることは可能か」と質問。厚労省は、「法的には、3年が限度という意見もあるが、運用で6年にすることも可能と考えている」と回答した。

「議論の整理」では、大都市部で今後、慢性期の医療・介護ニーズが増大すると見込まれるとともに、施設増設のための土地確保が難しいことから、「要件緩和を認めるべき」との意見があった」と明記した。

具体的には、「サテライト型を認めて、同一建物と同様に扱えるようにするなどの特例を認める」、「大規模改修の後でも、1室当たり定員4人以下かつ1人当たり面積6.4m<sup>2</sup>以上を特例的に認める」ことをあげた。ただ、一部



の委員からは、「大規模改修後の6.4m<sup>2</sup>は認めるべきではない」などと反対意見も出たため、その意見も併記された。

新類型の名称について、「議論の整理」では、病院が一部を新類型に転換する場合にも、全体で「病院」の名称を維持できるようにすると記載した。日本医療法人協会会長の加納繁照委員は11月30日の会合で、「療養病床単独の施設でも、『医院』など、医療の名称を使えるようにしてほしい」と要望した。

「議論の整理」を了承した12月7日の議論では、新たな施設類型の施設基準や面積、経過措置など重要な事項の多くが、社保審・介護給付費分科会の議論に委ねられることに不満の声があった。特に、社保審・介護給付費分科会には四病院団体協議会の委員が参加していない。加納委員および西澤委員は、「病院団体はみな参画すべきだ」と強調した。

## 医療計画の見直しで検討会が報告書まとめる

厚労省・医療計画検討会

基準病床数の算定式など変更

「医療計画の見直し等に関する検討会」(遠藤久夫座長)は12月7日、これまでの議論を踏まえた報告書をまとめた。あわせて、「医療提供体制の確保に関する基本方針」も了承。パブリックコメントを経た上で、告示する。厚労省は年度内に、告示と報告書の内容を盛り込んだ通知を都道府県に発出。都道府県は来年度中に第7次医療計画を策定し、2018年度から開始する。

今回の医療計画の見直しでは、地域医療構想との関係をどう整理するかが焦点の一つとなった。特に、医療計画の基準病床数と地域医療構想の医療機能別の病床の必要量(病床必要数)の関係が問題になるが、両者は目的や性格が異なることから、併存させることとし、病床必要数に基準病床数を合わせることは行わない。

基準病床数は、地域ごとに病床利用率や平均在院日数を用いて、基準となる病床数を決めている。最近では病床利用率が下がり、平均在院日数は短くなる傾向がある。病床利用率が下がると、基準病床数は増える関係にあるため、今回、下限値を設けることにした。下限値は、一般病床76%、療養病床90%とし、直近の値がこれを上回る場合は、その値を上限として都道府県が定める。

一方、平均在院日数の設定は、地域差を是正する観点から見直しを行うこ

ととした。

平均在院日数の設定では、一部、地域医療構想の考え方を反映させる。例えば、一般病床の医療資源投入量の低い患者(1日当たり175点未満)は慢性期・在宅医療等への移行を想定しているが、患者像を精査した上で、一定程度、平均在院日数の設定に織り込むこととした。また、療養病床数の算定式の「介護施設対応可能数」は「在宅医療等対応可能数」に変更し、介護療養病床などの受け皿施設の検討状況を踏まえ、見直すこととしている。

東京や大阪など大都市の構想区域で、将来的に必要な病床数が基準病床数を超えることが確実な地域については、基準病床数の特例である医療法第30条の4第7項の規定を活用できることを明確化した。高齢化の進展などに伴う医療需要の増加を毎年評価し、基準病床数を確認。特例により、柔軟な取扱いを可能とする。

放射線治療室は、既存病床数として算定しない取扱いを継続する。一方、集中強化治療室(ICU)等については、「定義等も含めた見直し」を行った上で、既存病床数に含めることを明記した。これまでは既存病床数に含めないことを原則としてきたが、都道府県ごとに取扱いが異なっていた経緯がある。また、厚労省はICU等のほかに、多様な治療室があることから、整理す

る必要があるとした。

### 公的医療機関優先の文言を変更

地域医療構想調整会議の議論の進め方に関しては、厚労省が「地域医療構想に関するワーキンググループ」に示した文言を大幅に変更した。当初案では、調整会議で医療機能の役割を議論する際に、公的医療機関の役割を優先的に議論するという表現になっていたが、民間医療機関と公的医療機関に差別を設けるような表現に対し、委員から修正要求が相次ぎ、修正された。

その結果、将来の医療提供体制の方向性を共有化するため、◇構想区域の救急医療や災害医療等の中心的な医療機関が担う医療機能◇公的医療機関等及び国立病院機構の各医療機関が担う医療機能◇地域医療支援病院及び特定機能病院が担う医療機能一の明確化を調整会議で議論することとされた。

5疾病・5事業の項目はこれまでと同じとする。ただし、それぞれの疾病・事業の内容は、方向性を明確にし、より実効性のある指標を設定する。

がんに関しては、「一部の放射線治療やゲノム医療、希少がん、小児がん等の分野について、それぞれの拠点病院が担う機能の分化・連携を進める」とした。脳卒中に関しては、「脳血管内治療の実施件数」や「嚥下機能評価の実施件数」などの指標を例示した。



心筋梗塞に関しても、「来院後90分以内の冠動脈再開通達成率」や「心臓リハビリテーション実施件数」などを例示した。

在宅医療については特に、在宅医療に必要な医療機能を確実に確保するための実績に着目した指標を設定することを求めた。具体的には、「在宅患者訪問診療料、往診料を算定している診療所、病院数」、「24時間体制をとる訪問看護ステーションの数」、「ターミナルケア加算を算定している診療所、病院数」などを例示した。

7日の検討会の議論では、全日病会長の西澤寛俊委員や日本医療法人協会会長の加納繁照委員が、CT・MRIなど医療機器の配置状況に関する項目が複数個所に記載されていることから、整理を求めた。報告書では、「限られた医療資源を有効活用する」との観点から、「研究を行うことが必要」とも明記している。また、西澤委員は、医療計画作成の際に意見をきく団体として、病院団体を明示するよう要望した。

# オプジーボの薬価を半額に

中医協総会

緊急的対応として来年2月1日から適用

中医協総会(田辺国昭会長)は11月16日、抗がん剤のオプジーボ(小野薬品工業)の薬価を半額に下げたことを了承した。オプジーボ点滴静注100mgで、72万9,849円から36万4,925円に下がる。2年に1度の通常の薬価改定と異なる緊急的な対応と位置づけ、24日に告示した。来年2月1日から適用する。「医療保険財政への影響が極めて大きい」と判断された結果だ。

薬価引下げには、市場拡大再算定の考え方をういた。市場拡大再算定とは、医薬品の年間販売額が予想を超えて大幅に拡大した場合に、薬価を引き下げる仕組み。今回の対応では、◇2015年10月から2016年3月までに効能・

効果または用法・用量の一部変更がある◇2016年度の企業予想年間販売額(薬価ベース)が1,000億円を超え、かつ薬価収載時の予想年間販売額の10倍以上を満たす医薬品が対象となった。該当したのは、オプジーボだけだった。

市場拡大再算定には、薬価を最大25%下げる計算方法と最大50%下げる計算方法がある。前者は年間販売額が1,000~1,500億円で予想の1.5倍以上、後者は1,500億円以上で予想の1.3倍以上の場合だ。今回の対応では、薬価調査は行わないため、販売額は小野薬品工業が公表する仕切価格(出荷価格)を用い、それを薬価ベースにした。

オプジーボの2016年度の仕切価格(出荷価格)の年間予想販売額は1,260億円。薬価ベースにするため、これに流通経費7%、消費税8%を乗じて、薬価と市場実勢価格の差であるかい離率3.45%で除した。かい離率は、2015年薬価調査での「腫瘍用薬(注射薬)」の平均かい離率6.9%の半分にした。新薬創出等加算対象品目であることを考慮した。

その結果、年間販売額は1,500億円を超える1,516億円となり、市場拡大再算定の手法を用いて、薬価を半額にすることになった。具体的には、オプジーボ点滴静注20mgが15万200円から7万5,100円、オプジーボ点滴静注



100mgが72万9,849円から36万4,925円となる。

オプジーボについては別途、最適使用推進ガイドラインを策定し、臨床での使用を適正化する。さらに、2018年度の薬価制度の抜本改革とあわせ、費用対効果評価の仕組みを使った価格設定を行う方針が示されている。

# 年内に薬価の抜本改革を集中的に議論

中医協・薬価専門部会

諮問会議主導の進め方に違和感も

中医協の薬価専門部会(西村万里子部会長)は11月30日に会合を開き、25日に開かれた経済財政諮問会議で安倍晋三首相が「薬価制度の抜本改革に向け、諮問会議で議論し、年内に基本方針をまとめる」と発言したことを受け、12月中旬に薬価専門部会で集中的な議論を行うことを決めた。ただ、中医協委員からは、通常とは異なる議論の進め方に違和感が表明された。また、薬価の毎年改定に対しては、反対意見が相次いだ。

中医協は今年度に入って以降、高額薬剤への対応を議論している。その結

果、①オプジーボの特例的な薬価引下げ②最適使用推進ガイドラインの策定③薬価制度の抜本改革—を講じることを決めた。2018年度診療報酬改定に向け、年度内に一定の方向性をまとめる予定だった。首相の突然の「指示」と、基本方針を策定する舞台が諮問会議になったことに対し、中医協委員からはとまどいと違和感が示された。

厚労省の迫井正深医療課長は、「唐突感は認める。だが、高額薬剤が経済財政に大きな影響を与える状況で、経済財政諮問会議で議論するのは必要だ。ただ、2018年度改定に向けた具体的な

議論の進め方は、従来のプロセスと変わりはない」と述べ、理解を求めた。

一方、安倍首相は、諮問会議における民間議員の提案を踏まえた議論を求めている。民間議員は、「医薬品の流通価格の下落実勢を毎年度予算に適切に反映する毎年改定」を主張している。同日の議論では、診療側と専門委員(製薬企業、医薬品卸売業)が、毎年改定に反対を表明。一方、支払側の委員は、「薬価と市場実勢価格がかい離するメカニズムをみて、是非を判断したい」として、厚労省に実態把握を求めた。

医療経済実態調査で回答率向上策調査実施小委員会

厚生労働省は同日の中医協の調査実施小委員会(野口晴子小委員長)に、2018年度診療報酬改定の参考資料とする医療経済実態調査の有効回答率向上策を示した。項目の簡素化や無効回答を防ぐ対応策を提示した。

改善策では、◇わかりやすい資産・負債等の按分例の記載(具体的な按分方法と計算式)◇自動的に施設単位で算出する電子調査票の機能追加◇相談機会の拡大◇関係団体への協力依頼、発送用封筒の工夫—などを提案した。これらの提案に異論は出なかった。また、「未活用」の調査項目の削除・統合なども行う。

# 現役並み所得者への3割負担導入の提案に賛否分かれる

厚労省・介護保険部会

とりまとめに向けて大詰め議論に入る

介護保険制度の改正を検討している社会保障審議会・介護保険部会(遠藤久夫部会長)は11月25日、意見とりまとめに向けて、(1)利用者負担および(2)費用負担(総報酬割)に関する最終ラウンドの議論を行った。

(1)利用者負担に関して厚生労働省は、①1号被保険者のうち現役並みの所得を有する者の利用者負担割合を3割とする、②高額介護サービス費は現在の一般区分の負担上限額(世帯・月額)を37,200円から44,400円に引き上げる案を示した。

利用者負担が3割となる1号被保険者は、世帯内に課税所得145万円以上の第1号被保険者がいる場合であって、世帯内の第1号被保険者の収入合計が520万円以上のケース(単身世帯であれば383万円以上)。

利用者負担に関する厚労省の提案に対し、日本医師会常任理事の鈴木邦彦委員は、「医療保険との整合性を図るべきであり、3割負担もやむを得ない」と支持したほか、全老健や被用者保険、経団連など少なからぬ委員が、介護保険財政の窮状などを理由に、「応能負担の原則から、所得のある者により多く負担してもらうのはやむを得ない」と賛成した。

一方、連合など労組の委員や利用者団体、日本介護福祉士会、全老協などの委員は、反対もしくは消極的な意見を述べた。全国町村会の委員も「さらに十分な議論をお願いしたい」として慎重な姿勢を示し、賛否は相半ばした。

(2)費用負担について厚労省は、介護納付金の被用者保険者間の負担方法

を、段階的に人数割から総報酬割に変更することを提案した。これに対し、被用者保険等の一部の委員を除いて多くの委員が賛同した。

意見書素案を示す

厚労省はこの日の部会に、利用者負担と費用負担の検討課題を除いて、これまでの議論をまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」の素案を示した。

この中で、①「軽度者に対する生活援助サービス等の総合事業への移行」は現在進められている介護予防訪問介護・通所介護の移行の把握・検証後に検討すること②生活援助を中心としたサービスを提供する場合の人員基準等の緩和は、2018年度介護報酬改定の際に改めて検討すること③要支援・要介



護度に応じて利用者負担に違いを設けることには賛否があったこと④療養病床の見直しについては、特別部会の審議結果に基づいて対応するのが適当であること—などの方針を打ち出している。

介護保険部会は、次回から、この日の議論を織り込んだ意見書案を示し、大詰め議論に入る。

# 臨床研修の到達目標の中間報告を議論

厚労省・臨床研修部会

医師のプロフェッショナリズムが課題

厚生労働省の医道審議会・医師分科会・医師臨床研修部会(桐野高明部会長)は11月24日、「医師臨床研修制度の到達目標・評価のあり方に関するワーキンググループ」から中間報告の説明を受けた。また、研修病院群ごとの協力型病院数の資料が示されたほか、研修医へのアンケートで、「4分の3が臨床研修地での勤務を希望する」ことなどがわかった。

WGは、臨床研修の「到達目標・方略・評価」を検討している。中間報告では、

医師のプロフェッショナリズムを身につけるための項目を整理した。例えば、「医師としての基本的価値観」に関しては、「社会的使命と公正性」、「人間性の尊重」、「自らを高める姿勢」などの項目を設けている。これらの内容に、委員から特に異論は出なかった。

しかし、委員から「プロフェッショナリズムに欠ける医師がいる。いくら言葉で整理しても、やはり医局で面と向かって、毎日のパフォーマンスの中で叩き込むしかない」との意見が出た。

WG座長の福井次矢参考人は、「今まで、プロフェッショナリズムについてのコンセンサスがなかった。今回それを整理した」と述べた。

また、厚労省が研修病院群ごとの協力型病院数を示した。大学病院を中心に多くの協力型病院があることがわかった。最も多いのは東北大学病院で協力型病院数は81、次いで岡山大学病院72、熊本大学医学部附属病院71となっている。ただ、どのような「協力」を実施しているかは把握できておらず、



医師の派遣がない協力型病院も少なくないと考えられる。

2016年度臨床研修修了者のアンケート調査結果からは、研修医の出身地とキャリアパスの関係が示された。例えば、全体の51.8%が医学部所在地(都道府県)での勤務を希望し、74.9%が臨床研修地での勤務を希望していた。

# 医療区分Ⅱ・Ⅲ患者にも光熱水費負担。医療系委員は強く反発

## 厚労省・医療保険部会 かかりつけ医以外受診の定額負担「引き続き検討」

厚生労働省は11月30日の社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)に、経済・財政再生計画改革工程表で指摘された医療保険制度の具体的な見直し案を示した。入院時の居住費の患者負担の見直しでは、医療療養病床に入院する65歳以上の全患者に、光熱水費相当額として1日370円の負担を求め、医療区分Ⅱ・Ⅲの患者は段階的に施行するとした。

厚労省は見直し項目として、(1)高額療養費(2)後期高齢者の保険料の軽減特例(3)入院時光熱水費相当額の患者負担(4)子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置(5)金融資産等保有状況を考慮した負担のあり方(6)かかりつけ医を受診した場合の外来時の定額負担(7)スイッチOTCの保険償還率一の7項目の方向性を示した(後出参照)。このうち、(1)(2)(4)については複数の案を提案して選択の余地を残す一方、(5)～(7)は引き続き検討課題としている。

議論では、高額療養費の見直しについて、保険者代表などの委員は給付費削減額が約3,640億円となる「案1」を支持。一方、医療系の委員は削減額が

約2,390億円となり、住民税非課税区分の外来特例の負担限度額を据え置く「案2」を支持した。入院時の居住費の患者負担見直しでは、医療療養病床の医療区分Ⅱ・Ⅲの患者にも光熱水費相当額を求める案に対し、医療系の委員などが強い反対意見を示した。

### 「経済・財政再生計画改革工程表等の指摘事項」の見直しの方向性

#### (1) 高額療養費制度の見直し

- 70歳以上の高額療養費(世帯単位)
  - ・現役並みの区分は、70歳未満と同様に細分化した上で負担限度額を設定。
  - ・一般区分は、70歳未満と同額に負担限度額を引き上げ、多数回該当を設ける。
  - ・住民税非課税の区分は負担限度額を据え置く。
- 70歳以上の外来上限特例(個人単位)
  - ・現役並みと一般区分は特例を撤廃する(案1)。または、一般区分については特例を維持した上で上限額を引き上げる(案2)。
  - ・住民税非課税の区分については特例

を残した上で、負担限度額を引き上げる(案1)。または、負担限度額を据え置く(案2)。

○施行は2段階に分けて行い、1段階目は2017年8月、2段階目は2018年8月とする。

#### (2) 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

- 現行の加入者に対する適用
  - ・均等割の軽減特例は段階的に本則に戻す(案1)。または、介護保険料の軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給と合わせて本則に戻す(案2)。
  - ・所得割の軽減特例は2017年度から本則に戻す。
  - ・元被扶養者への特例は段階的に解消する。

#### (3) 入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直し

- ・患者の居住費については、医療療養病床に入院する65歳以上のすべてに、光熱水費相当額の負担を求める。難病患者は、今回は引上げの対象外とする。
- ・見直しによる新たな負担額は1日370円とし、段階的に施行する。
- ・具体的には、2017年10月から医療区



分Ⅰは320円から370円へ引き上げ、医療区分Ⅱ・Ⅲは200円の負担とし、2018年4月から医療区分Ⅱ・Ⅲの負担額を370円に引き上げる。

#### (4) 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の見直し

#### (5) 金融資産等の保有状況を考慮した負担のあり方

#### (6) かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担

・かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入については、病院・診療所間の機能分化の観点から、病院への外来受診時の定額負担に関して、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、引き続き検討を進める。

#### (7) スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率

## 構成員によるプレゼンテーション続く

### 厚労省・働き方ビジョン検討会 次回に論点整理

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11月24日、第4回の会合を開いた。前回に

引き続き、構成員によるプレゼンテーションが行われた。厚労省は次回、これまでの議論を踏まえ、論点整理を提示。今月中に中間報告をまとめるため

の議論を行う予定だ。

働き方ビジョン検討会では、①地域で市民と患者の生活を支える②専門性の追求と人生の選択の両立③生産性と

質の向上④経済活力への貢献一からなるビジョンを設定し、それぞれのビジョンが目指すべき姿や課題を整理している。委員のプレゼンもこれらのビジョンに沿って行われた。ただ年内にまとめる中間報告で、それをどのように整理していくかについては、共通認識が得られていない模様だ。

## 医療計画と介護保険事業計画で整合性確保

### 厚労省・促進会議 年内に指針改定を告示

厚生労働省の医療介護総合確保促進会議(田中滋座長)は11月28日、総合確保方針改定の「議論の整理」をまとめた。同日の意見を受け、文言を修正、改定を年内に告示する。2025年を見据え、地域の医療・介護を総合的に確保するため、2018年度からの都道府県の医療計画や市町村の介護保険事業計画の整合性を図る。

2018年度は医療計画と介護保険事業計画のサイクルが一致し、新たな計画が同時に始まる。病床機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、両計画を整合性

をもって作成する必要がある。前回の促進会議で、改正案の内容は概ね合意を得ていたが、今回、委員の意見を反映させた修正版が示された。

今回の改正の特徴の1つは、計画作成の際に、「関係者による協議の場を設置する」と盛り込んだことだ。関係者としては、都道府県と市町村それぞれの担当職員が想定されるが、具体的な体制は、医療計画基本方針や介護保険事業計画基本指針に明記する。

また、二次医療圏と老人福祉圏域を、可能な限り一致させるよう努めるとの文言を加えた。在宅医療のサービス必

要量に関しては、病床の機能分化・連携に伴う増加分に対応するため、介護保険事業計画での介護の整備目標と、医療計画での在宅医療の整備目標との整合をとることを求めた。

そのほか、前回から変更された点は次の通り。

医療・介護サービス提供者等の役割は、「等」の中に「職能団体を含む関係団体」が入っていることを明確にした。また、介護サービス事業者に、「訪問看護を行う事業者を含む」と明示した。住宅施策については、ハードではない「地域での住まい方」の意味を込め

るため、「居住」という文言を追加した。だが「居住」では、町づくりに通じる「地域での住まい方」の意味が十分に伝わらないとの意見が出た。一方で、低所得の高齢者に住まいを確保する方策など、ハードに関わる「居住」を強調すべきとの意見もあった。

「認知症への対応」では、「早期からの適切な診断」の必要性などを加えた。医療・介護連携における「ICT(情報通信技術)の活用」では、「ICTの活用方法は多様化するとともに、互換性が必ずしも十分に確保されていない」との課題を指摘した。医療・介護を総合的に確保するために、連携を必要とする「疾病予防」に関しては、医療保険者が行う特定健康診査を含むことを明確化した。

## 全日病が終末期医療に関するガイドラインを改定

### 生前の意思表示(リビングウィル)の作成、代弁者の選定が重要

全日病はこのほど、「終末期医療に関するガイドライン」よりよい終末期を迎えるために」の改訂版を公表した。病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)がまとめた。

患者が助かる見込みがない「終末期」の状況における医療の選択では、患者自身の意識がなかったり、意識があっても判断力がない場合が多く、この場合、家族にその判断を任せるのが通常だ。

しかし、終末期に際しての医療を家族で話し合うことは多くない。また、家族が患者に代わって意思決定することは精神的な負担が大きく、患者の意思を実現できる仕組みが必ずしも保証されていないなど、終末期をめぐって

多くの課題がある。

医療現場では、患者・家族の意思を確認できないまま、治療の開始、継続、中止の判断をせざるを得ない場合がある一方、患者・家族の希望に沿って対応したことから警察に事情聴取され、逮捕されるなど、医療提供側にとって厳しい状況がある。

全日病は、終末期の問題に対応するため、2009年に「終末期医療に関するガイドライン」を策定したが、このほど、最近の動向を踏まえて改定を行った。患者の意思を尊重し、医療をいかに開始し、中止すべきかについての考え方を盛り込んでいる。代弁者の位置づけをよりわかりやすく記載し、フロ

ーチャートの見直しも行われた。

#### 生前の意思が不明確な場合の対応

終末期においては、人工呼吸器や経管栄養、補液、抗生物質などの薬剤の使用開始と継続が問題となるが、病気の状態に合わせて事前にどのような治療を受けるか、治療の継続と中止をどうするかなど、生前の意思を明確にして文書にしておくことが大切である。

また、自分で判断できない状態に陥った際の代弁者を決めておくことも重要となる。医療提供者は、生前の意思表示(リビングウィル)がない場合、患者の意思を推測できる家族がいる場合は、その家族から本人の意思をきく。

生前の意思表示が不確かで代弁者が決められていない場合には、「他の医師、看護師と家族を交えて相談し、治療を開始、あるいは治療を中止することを決めることができる」ようにすべきとしている。

医療提供者は、家族全員が状況を理解し、考えをまとめることを支援することが必要だ。しかし、支援しても合意が得られない場合は、第三者を含む倫理委員会で検討し、その結論に基づいて対応する必要がある。

治療方針を決定する際は、各施設で定める様式に従って、経緯や理由を記録しておくべきである。

ガイドラインには、終末期医療の治療方針決定に至るフローチャートおよび終末期の判断と、リビングウィルに関する書式が添付されている。

【ガイドラインについては当協会ホームページからダウンロード可能】

# がんの相談支援や予防体制を議論

## 厚労省・がん対策推進協議会

厚生労働省のがん対策推進協議会(門田守人会長)は11月24日、がん対策推進基本計画の見直しについて協議し、がんの相談体制や予防体制を検討した。次期基本計画は、2017年から第3期が始まる。

がんに関する相談支援と情報提供については、京都府の松村淳子委員が京都府がん相談支援センターの活動を紹介した。

京都府は2013年3月に、がん診療拠点・連携病院の窓口とは別に、総合相談窓口を設置。病院に相談しにくい

医療従事者への不満やセカンドオピニオン、経済的な問題や生活面の相談に当たっている。

相談支援センター設置の意義として、病院以外の第三者的な立場を活かして、がん患者の幅広い課題に総合的に相談できることをあげた。病院外に設置されているため、気軽に相談に立ち寄れる。

病院のがん相談支援センターでは、個別に対応しにくい案件や新規の課題に対して、行政が主導して解決が容易になるという利点もある。治療以外の

就労支援、収入、保険の課題を、適切な連携先につなげられるとした。

静岡がんセンターの山口建委員は、「拠点病院の相談支援センターでは、病院全体が協力しないと的確な体制がとれない」と指摘した。

がんの予防については、国立がん研究センター・社会と健康研究センターの津金昌一郎参考人が、予防対策の課題について報告した。

日本人のがん予防では、たばこ対策と肝炎ウイルスなどの感染対策が最優先課題で、アルコール対策が続くと指摘。欧米人と異なり、過体重・肥満や食事が寄与する割合は小さいと説明し



た。一方、がんが死因にならない過剰診断の問題も紹介した。米国では、前立腺がんのPSA(前立腺特異抗原)検査を行わないことを推奨している。死亡率が減少しても不利益が大きいためだ。津金氏は、「がんリスクの高い人のがん予防と検診を徹底させ、リスクが低い人の検診の頻度を下げるという見直しが必要だ」と指摘した。

# 専門医制度の整備指針に改定案示す

## 四病協 専門医機構に地域医療への配慮を求める

四病院団体協議会は11月30日の総合部会で、日本専門医機構が12月中の改定を目指している専門医制度整備指針の改定案をまとめ、同機構に提案することを決めた。検討されている改定案では、地域医療への配慮が十分でないと判断。日本医師会横倉会長が提出した7項目の要望に沿った形で、改定案に反映させる。

整備指針は、専門医制度の基本的な

考え方を示すもの。機構は整備指針の改定を議論しているが、従来の整備指針と骨格が変わらないとの指摘がある。また、日医が機構の理事会に、地域医療への配慮を求める要望書を提出。四病協としては、日医の要望書の考えに賛同した上で、それを新たな整備指針に明記することを求める。

具体的には、「都道府県ごとに、大学病院以外の医療機関も含め複数の基

幹施設が認定される基準」、「都市部のプログラムは、原則として、募集定員が過去3年間の専攻医の採用実績平均を超えない」、「プログラムの認定で、各都道府県協議会において、医師会、大学病院団体等の地域医療関係者の了解を得る」などの文言を加える。

また、四病協は同日、受動喫煙防止対策への見解を確認した。厚労省が10月31日に実施した各団体からのヒアリングで、四病協が受動喫煙防止対策に「消極的」と受け取られたことか



ら、一致した見解を示した。医療機関は、原則として「敷地内禁煙」であることを確認。ただし、「医療ニーズには対応する必要がある」(堺常雄議長・日本病院会会長)とし、「緩和ケアを実施する施設や一部の精神科病棟」を例示した。

# 薬価の毎年改定に反対を表明

## 日病協 オプジーボ半額の議論は不透明との意見も

日本病院団体協議会は11月25日の代表者会議で、経済財政諮問会議の民間議員が薬価を毎年改定する仕組みを提案していることに、反対する方針を決めた。神野正博議長(日本社会医療法人協議会副会長)は「極めて由々しき問題」と述べた。抗がん剤のオプジーボ(小野薬品工業)の薬価を半額にすることに、日病協の中で、「(議論のプロセスが)不透明」との意見が出たことを紹介した。

同日の経済財政諮問会議で、安倍晋

三首相が「薬価制度の抜本改革の基本方針を年内にまとめる」と発言するなど、高額薬剤に対する政府をあげた取り組みが進んでいる。その中で、民間議員が薬価の毎年改定を提案。「流通価格の下落実勢を毎年度予算に適切に反映すべき」としている。しかし、日病協や四病協は、これまでも診療報酬本体の財源と薬価引下げで捻出される財源が完全に切り離されることなどを懸念し、反対を表明してきた。

同日の日病協では、「行政、医療機関、

企業に大変な事務の負担増が生じる」などの意見が出たという。一方で、「すでに政府は、薬価引下げで捻出される財源を診療報酬本体に充てるという考えはとっていない」との指摘もあった。

オプジーボの薬価引下げについては、緊急的な対応を講じる必要性を認識しつつも、「製薬企業の開発意欲を削いでしまう」、「(年間販売額が)1兆7千億円になると騒いで、結局その10分の1以下だった。危機感を煽られた」などの懸念が出た。また、オプジーボの薬価ベースの年間販売額が、25%ではなく50%引下げの対象とな



る1,500億円以上と計算されたことに対し、恣意的な対応が疑われるなど、議論のプロセスが「不透明」であることを問題とする発言もあったという。

### ■ 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2回 医療事故調査制度事例検討研修会 (60名)	2017年1月25日(水) 【全日病会議室】	12,960円(16,200円)(税込み) ※受講料、昼食代、テキスト代を含みます。	昨年10月に医療事故調査制度が施行されて1年が経過したが、報告すべき事例が報告されていないなどの問題が指摘されている。要因として、報告事例に関する判断の誤りがある。本研修会では、事故発生時に制度の対象事例か否かを迷った事例を中心にグループ討論を行い、制度に対する理解を深める。

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 (取扱幹事代理店)

〒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