



全日病 ニュース

2018.6.15

No.919

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

2040年でも医療・介護費用は持続可能な水準

社保審・医療部会

医療福祉分野の人材確保は大きな課題

厚生労働省は6月6日の社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)に、2040年を見据えた社会保障の将来見通しの結果を報告した。厚労省は、高齢者人口の増大などにより医療・介護の給付費は伸び続けるが、対GDP比で見ると、2040年度で12%程度であり、持続可能な水準であるとの認識を示した。一方、医療福祉分野の就業者の確保は大きな課題で、特に介護分野の人材確保に対する懸念が相次いだ。

社会保障の将来見通しでは、高齢化がピークに達する2040年までの給付費を推計した。医療・介護費用は、2018年度で約50兆円。それが2040年になると社会保障・税一体改革による医療機能の分化・連携などによる1.6兆円程

度の適正化を織り込んだ上で、92.5兆～94.3兆円と2倍近くの増加となる。しかし対GDP比で見れば、2018年度の8.8%から、現状投影ベースでも改革実現ベースでも11.7～12%にとどまる。

厚労省は、社会保障の充実した欧州の国々と比べても、「どの国も経験したことのない大変な数字というわけではない」と説明した。経済が期待通りに成長することを前提としつつも、給付費の増大は対応可能な範囲に収まることを示した形だ。委員からは同調する意見が出る一方で、現状の医療・介護費用が国債で賄われていることを強調し、負担と給付の見直しが不可欠との意見が出た。

同時に推計結果が示された医療・介護の就業者数の見込みに対しては、危機感を表明する発言が相次いだ。特に、介護分野の人手不足への懸念が多かった。さらに、「東南アジアも少子高齢化が進んでおり、日本に来てくれるとは限らない」など、外国人労働者に過度な期待はできないとの指摘があった。

推計ではICTなどの活用で労働生産性を上げれば、一定程度必要数を減らすことが可能であることを示している。委員からは「日本の産業構造全体に与える影響も大きい。見方を変えれば、それだけニーズのある成長産業だ」、「他の産業を考えると、医療福祉分野にそれだけ人を投入するのは難し



い」といった意見があった。

また、同日の医療部会に医療放射線の適正管理に関する検討会の検討状況が報告された。

日本の医療被ばくの線量は世界の中で高いことから、「合理的に達成可能な限り被ばく線量を最適化」する必要があるとした。具体的には、被ばく線量の高い検査の線量の記録や医療従事者の研修の義務化などを検討している。全日病会長の猪口雄二委員は、「有害性だけを強調すると適切な検査が妨げられるおそれがある。正確なデータを基に、検討を進めてほしい」と要請した。

社会保障費の将来推計をめぐり議論

社保審・医療保険部会

医療・介護費用の伸びには疑念も

社会保障審議会の医療保険部会(遠藤久夫部会長)は5月25日、2040年を見据えた社会保障の将来見通しと政策課題を議論した。政府が5月21日の経済財政諮問会議に提出した「2040年度の医療・介護給付費の見通し」の説明を受けるとともに、厚生労働省が今後の医療保険制度の検討方針を示した。

厚労省は「2040年度の医療・介護給付費」を説明。地域医療構想や介護保険事業計画などの施策を反映した「計画ベース」では、92.5兆～94.3兆円と推計した。このうち、医療給付費は66.7兆～68.5兆円になると見込んだ。

また、2040年を展望した社会保障改革の政策課題については、①社会保障の持続可能性の確保②現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上③労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保をあげた。

その上で、今後の医療保険制度の検討について、「健康寿命の延伸と医療・

介護サービスの生産性の向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手し、可能なものから予算措置や制度改正を検討していくことが必要。あわせて、医療保険制度の持続可能性の確保のため、不断の改革を進め、総合的な社会保障改革に取り組んでいくことが必要」との考えを示した。

医療保険制度の検討課題では、制度の持続可能性を図るため、「負担能力に応じた負担のあり方(世代間・世代内)」、「保険給付のあり方」、「医療保険制度の基盤・保険者機能の強化」、「高齢者医療制度のあり方」一をあげている。現役世代の人口が急減する中での社会の活力の維持向上に向けては、「介護予防と保健事業の一体的実施など健康寿命の延伸」「被用者保険の適用拡大」を課題とした。

将来見通しに対し被用者保険代表の委員は、「今のままでは現役世代の拠出金や保険料の負担が増え、現行制度

の枠組みでは国民皆保険の維持は極めて困難。医療費の負担構造改革は待ったなしだ」と訴えた。しかし医療関係団体の委員からは、医療・介護給付費は改定の影響や患者数の減少などで大きく伸びないとの疑念が示され、「シミュレーションをやり直したほうがいいのではないか」との声があがった。

オンライン資格確認2020年度に導入

同日の部会で厚労省は、オンライン資格確認や被保険者番号の個人単位での履歴管理について説明した。マイナンバーカードを含めた受診時のオンライン資格確認は、2020年度中に運用を開始する予定になっている。

オンライン資格確認のメリットとしては、◇資格喪失後の受診に伴う事務コスト等の解消◇高額療養費限度額適用認定証の発行業務等の削減◇特定健診結果や薬剤情報を照会できる仕組みの整備◇保健医療データの分析の向上



一があがっている。

被保険者番号の個人単位での履歴管理については、マイナンバーのインフラを活用して、保険者の委託を受けて支払基金と国保中央会が資格履歴を一元的に管理する仕組みを整備する。個人単位の被保険者番号については、高額療養費の世帯合算等で世帯単位の番号を引続き使うため、現在の世帯単位の被保険者番号に2桁の個人を識別する番号を付する方向で調整している。

導入スケジュールとしては、◇2020年4月以降、各保険者で個人単位の2桁番号を発行開始◇2020年秋から年内にかけて保険者のオンライン資格確認システムに個人単位の2桁番号を登録◇2020年度中にオンライン資格確認を開始◇2021年5月から世帯単位の番号に2桁番号を付してレセプト請求(4月診療分から)一を示した。

医学部定員の取扱いで第3次中間取りまとめを了承

厚労省・医師需給合同会議

2021年度まで医学部入学定員を維持

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会と医師需給分科会の合同会議は5月28日、2020年度以降2年間は現状の医学部入学定員を維持するなどの内容を盛り込んだ第3次中間取りまとめを了承した。分科会の今後の課題は、2022年度以降の医学部入学定員の取扱いだが、そのためには医師偏在対策や医師の働き方改革の影響などを見極め、改めて医師需給推計を行う必要がある。

第3次中間取りまとめは、5月28日に医師需給分科会が了承したもの。第1次中間取りまとめは2016年6月、第2次中間取りまとめは2017年12月に出した。第1次中間取りまとめでは、医師の需給推計を実施し、医師偏在対策の項目を示すとともに、2017年度で期限を迎える医学部入学定員の臨時増員

を2019年度まで延長することを決めた。第2次中間取りまとめでは、現在国会で審議されている医療法等改正案の医師偏在対策を了承した。

今回の第3次取りまとめでは、前回よりも精緻な医師需給推計を行い、将来のある時点で、医師需給は均衡し、それ以降は医師が全国的には過剰になることを示した上で、2020年度以降の2年間は現状の医学部入学定員の臨時増員を維持することにした。1人の医師がどれだけの時間働くかという医師の働き方改革の影響が、医師需給が均衡する時期を左右するほか、医師偏在対策の効果がなければ、マクロで医師は過剰でもミクロでの医師不足は改善しないためだ。

2022年度以降の医学部入学定員の取扱いは、医師偏在対策と医師の働き方

改革の影響を見極めつつ、再度医師需給推計を行った上で、分科会で議論することになる。第3次中間取りまとめでは、その議論の際に「将来的な医学部定員の減員に向けた議論としていく必要がある」とした。今回の医師需給推計でも2028年頃に約35万人で医師需給が均衡し、2040年には約3.5万人過剰になるとの結果が示されたからだ(医師の労働時間を週60時間に制限するケース2の場合)。

これに関しては、同日の合同会議でも議論があった。日本医師会の委員が「若年労働者が減少する中で、就労者に占める医師の割合を増やし続けるのは難しいということを議論の基本とし、医学部入学定員を減員する必要がある」と主張した。これに対し、日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「ミ



クロでは、医師はまだまだ足りない。マクロで過剰になることを強調すると間違った議論になる可能性がある。減員が前提ではない」と述べた。

また、日本医師会の委員は、「英国のGP(ジェネラル・プラクティショナー)を創設する案については、専門医ではないGPの医行為が制限されることになるので反対だ」と発言した。これに対して他の委員から、「医師偏在を改善するためには、効率的な医師の配置を考えなければならない。臓器別専門医とGPを設けることの議論は必要だ」との意見が出た。

今後3年間の社会保障抑制、数値目標明記せず

経済財政諮問会議 骨太方針2018原案を提示

政府は6月5日の経済財政諮問会議に、経済財政運営と改革の骨太方針2018の原案を提示した。2016～2018年度は3年間で1.5兆円の社会保障の抑制方針を定めたが、2019～2021年度の3年間は数値目標を盛り込まない方向だ。ただ高齢化による社会保障給付の伸びが低下するため、自然増の伸びを過去3年よりも低い金額しか認めない可能性がある。

原案では、社会保障関係費について、「2020年度に向けてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされて

いること、経済・物価動向等を踏まえ、2019年度以降、その方針を2021年度まで継続する」と、数値目標を明記しなかった。過去3年間では、高齢化等による自然増の伸びが毎年度5千億円程度であることから、そこまでの伸びは認め、それ以上は認めないとの考え方で、3年間で1.5兆円程度の伸びという数値目標を置いていた。

新たな3年間は、財政健全化に向け、社会保障改革を軸とする「基盤強化期間」と位置づける。「2020、2021年度は75歳に達する高齢者の伸びは鈍化するが、2022年からは団塊世代が75歳に入

り始め、社会保障関係費の急増が見込まれる」と指摘。75歳に入る高齢者の伸びの鈍化で、自然増の伸びを低く見積もることを示唆した。このため概算要求基準では、自然増5千億円が認められない可能性がある。

茂木敏充経済再生担当大臣はこれに関し会見で、「基盤強化期間の3年間は、これまでの3年間と違った要素が出てくる。その一つが75歳以上の人口の伸びで、これまでの3年間の伸びの半分以下に減少する。いずれにしろ、毎年度の予算編成の過程の中で数値を明示する。歳出改革の取組みが緩むこ

とはないと思う」と発言した。

社会保障の個別の取組みでは、医療・介護提供体制の適正化など、「再生計画の改革工程表の全44項目を着実に推進する」。地域医療構想は、個別の病院名や転換する病床数などの具体的方針の今年度中の策定を促進する。自主的な取組みが進まない場合は、都道府県知事の権限のあり方を検討するとともに、地域医療介護総合確保基金を活用。「病床のダウンサイジング支援の追加の方策を検討する」ことも明記した。

医療費適正化計画等関連では、1人当たり医療費と介護費の地域差縮減に向けた、さらなる対応を検討する。「高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策のあり方も検討する」とした。

ドクターヘリの安全運航に向けた取組みを了承

厚労省・救急・災害医療検討会 厚労省が運用手順書の標準例示す

厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」(遠藤久夫座長)は5月30日、厚労省が提案した救急医療用ヘリコプター(ドクターヘリ)の安全運航に向けた取組み案を了承した。これを受けて厚労省は、ドクターヘリの運航経費等を国と都道府県とが補助する「ドクターヘリ導入促進事業」の実施要綱に、安全運航のための取組みを明記する。

ドクターヘリは現在、42道府県で52機が配備されている。近年、ドクターヘリ運航の安全管理が必要であると指摘されていたが、2016年には実際に神奈川県でドクターヘリが到着する事故が発生した。これを踏まえ、厚労省は2016～2017年度に厚生労働科学研究「ドクターヘリの適正配置・利用に関する研究」を実施し、報告書において「ドクターヘリの安全な運用・運航のための基準」をとりまとめた。

厚労省はこの基準をもとに、今回、安全運航のための取組み案を示した。安全運航のための取組みとして具体的

に、従来からドクターヘリ導入促進事業の事業者が設置することになっていた「運航調整委員会」の下に、必要に応じて「安全管理部会」を設置するよう求めた。安全管理部会の構成員は、主にドクターヘリの基地病院、ドクターヘリ運航会社、消防機関などである。

運航調整委員会は、安全運航に関する事柄も含め、ドクターヘリの運用・運航に関する基本事項を定めた「ドクターヘリ運航要領」を作成するとした。安全管理部会は、ドクターヘリに関連する業務に従事する医師や看護師らを取り組むべき内容について「運用手順書」を作成し、運航調整委員会の承認を得ることとした。この運用手順書について、厚労省は「標準例」を示している。

そのほか、事業者には基地病院やドクターヘリ運航会社等と協力し、ドクターヘリに搭乗する医師や看護師ら医療クルーに対し、ドクターヘリの運用・運行に必要な知識や技術を習得させるための教育体制を整備するよう求めた。

また、基地病院において、ドクターヘリの待機開始時と待機終了時に、多職種によるミーティングを実施することとした。

さらに、インシデント・アクシデント情報の収集・分析・管理についての取組み内容も示した。安全管理部会が、基地病院における全インシデント・アクシデント情報の収集・分析・管理を行い、必要に応じて事業者は、厚労省等にインシデント・アクシデント情報を報告する。報告された情報の緊急性に応じて、厚労省や学会等は、各基地病院に情報共有を行うこととした。

検討会では、厚労省の提案に異論はなかったが、運用手順書の標準例における表記に対して意見が出された。

ドクターカーなどの課題を議論

検討会では病院前医療の提供手段についても議論を行い、参考人3名から、ドクターヘリ、ドクターカー(診療を行う医師を派遣するための、緊急走行が可能な車両)、メディカルジェット



(へき地患者輸送航空機)の現状と課題についてヒアリングした。

厚労省は、病院前医療の提供手段が多様化していることを指摘した上で、「医師派遣や患者搬送手段の選択や効率的な運用方法等について、地域の関係者間で十分に協議されていないのではないかと」、問題意識を示した。

さらに論点として、◇医療資源の有効活用と救急医療の質の向上のため、医師派遣および患者搬送手段の選択や、効率的な運用方法等について協議すべき◇効率的な運用のために、PDCAサイクルを機能させ、地域で一体となり協議すべき◇効率的な運用について協議する場としてメディカルコントロール協議会を活用すべきの3点をあげた。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、都市部でドクターカーを運用する必要があるかについて問題提起を行い、活発に意見交換がなされた。

NDBと介護DBの連結を協議

厚労省・医療介護データ解析基盤会議 データの利用目的や第三者提供で論点

厚生労働省の「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」(遠藤久夫座長)は5月30日、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)と介護保険総合データベース(介護DB)の連結について協議した。厚労省がデータの収集や利用目的、第三者提供等の論点を提示した。

論点では、データの収集・利用目的で、NDBと介護DBの法的位置づけ等を整理する必要があると指摘された。

NDBも介護DBも法律で収集・利用目的が決まっている。NDBは医療費適正化計画の作成等と限定的に規定さ

れているが、ガイドラインに基づき、公益目的のために第三者提供を行っている。一方、介護DBは介護保険事業計画の作成等も含め幅広く利用できることが規定されており、両者の規定に差異がある。

こうした点を踏まえ、現在NDBのガイドラインに基づいて行われている第三者提供などについて、法定・運用のそれぞれの関係主体のメリット・課題を考慮して検討することや、法定の収集・利用目的の範囲をどう考えるかを検討の視点にあげた。両データベースの情報連結をどのように整理するか

も論点だ。

個人の特定可能性への対応では、連結に当たっても匿名性を前提とし、セキュリティ要件や個別審査等の利用の仕組みは現行のNDBの運用をベースに検討すべきと提案した。

第三者提供では、公益目的による利用の迅速な提供に向け、NDBにおける利用申出者へのサポートやオンサイトリサーチセンターの取組みの活用等の方策の検討を求めた。また、将来の利用ニーズの増大に対応するため、オープンデータとの役割分担への対応とあわせた検討が必要とした。



一方、有識者のヒアリングでは、奈良県立医科大の今村知明教授がNDBと介護DB連結のメリットを説明した。

NDBでは「何をしたか」(提供された医療サービス)、介護DBでは「アウトカム」(要介護度やADL/IADL、認知症高齢者の日常生活自立度等)がわかることから、「両者を組み合わせ、追跡することで健康寿命の延伸に向けた分析が可能になる」と指摘した。

また、医療・介護サービスを組み合わせさせた利用量、医療・介護費用の総和がわかることをあげた。

消費税問題では早急な意見の一本化が必要

日病協・代表者会議 診療報酬での補てんは限界に

日本病院団体協議会は5月25日の代表者会議で医療機関の控除対象外消費税の問題を議論した。様々な意見が出たものの、医療界が早急にこの問題で意見を一本化させる必要があるとの認識で一致した。消費税が上がるたびに繰り返してきた診療報酬で補てんする手法には無理があり、限界に来ているとの考えも共有した。

山本修一議長(千葉大学医学部附属病院長)は会見で、「消費税引上げに伴う控除対象外消費税問題に対する対応の経緯を振り返った。今後どういう対応があり得るかを議論したが結論は出していない。ただ診療報酬で補てんする従来の手法は不完全・不合理・不適切で限界に来ているとの認識で一致した。今後、医療界が早急に意見を一本化さ

せて対応する必要がある」と述べた。

財務省などが都道府県別の診療報酬を導入することを議論していることに対しては、「県内格差も大きく、『これは無理』との意見が大半だった」とした。一方で、東京など大都市で医療機関を運営する際の費用が高くなる問題には、診療報酬ではなく、補助金など別の手段で対応すべきとの意見が出

たという。

中医協でDPC評価分科会を「入院医療等の調査・評価分科会」に統合することが決まったことに対しても議論があった。今後、入院医療等分科会に置かれる「診療情報・指標等ワーキンググループ」において、2018年度診療報酬改定で導入された急性期一般入院基本料の要件である「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を含め、医療の必要度を把握する指標の作成など重要な議論が行われる見込みであることから、状況を注視していく必要があるとの認識が示された。

診療報酬改定シリーズ 2018年度改定への対応②

急性期一般入院基本料

医療保険・診療報酬委員会 委員 西本育夫

第1回の稿でもお伝えしているとおり、限られた財源の中、現在の診療報酬制度を維持していく上で、とりわけ重要課題となっているのが、一般病棟の3分の1以上の病床数を占めている7対1病床の削減である。

7対1病床に対する財政当局の認識

国の財政全般のあり方を検討する、財務大臣の諮問機関である財政制度等審議会が、2017年11月29日に示した「平成30年度予算編成に関する建議」では、「急性期病床の適正化」として、次のように述べられている。

高齢化の進展や人口の減少に伴い、急性期や高度急性期病床のニーズは客観的に見ても減少していくことが想定される。「7対1入院基本料」を算定する病床は、これまでの要件見直しにもかかわらず、ごく穏やかな減少にとどまっており、今後転換するとの意向も医療機関からは殆ど示されていない。7対1入院基本料には、「重症度、医療・看護必要度」を満たす患者が25%以上の要件はあるものの、残り75%の患者の状態については問われておらず、評価項目に当てはまらない患者も相当割合存在している。地域医療構想において、急性期から回復期への転換が求められていることも踏まえ、7対1入院基本料について、今後どの程度病床数を適正化していくかを見通しを示した上で、これに向けて「重症度、医療・看護必要度」などの算定要件の一層の厳格化を行うべきである(一部の内容を省略)。

これに加えて建議に示されている資料には、「平成26年度改定において7対1病床を他の病床等へ9万床転換させると見込んでいたのに実現に至っていない」ということを意味するような図も掲載されている(右図参照)。

真摯に急性期医療の提供に取り組んでいる身からすると「何をか言わんや」であるが、現時点では、①重症度、医療・看護必要度の厳格化、②7対1病床から10対1病床や回復期等への転換、③看護職員配置に重点を置かない診療報酬体系、などがさらに推し進められることを想定しておいた方が良さそうである。

この建議の内容のとおり、という訳ではないが、今回の診療報酬改定では、

実際に「重症度、医療・看護必要度」が厳格化されている。社会保障費等の財源の配分を行う立場からすると、この厳格化で7対1病床を意図する病床数まで削減したいところであるが、果たして思惑どおりに事が運ぶかは疑問である。今回の改定で7対1病床の大幅な削減が実現すれば厳格化は一服するであろうが、削減が叶わなかった場合は、今後、第2、第3の厳格化策が実施される可能性は極めて高い。しかしながら、仮にでも7対1病床の削減を急ぐあまり、今後、矢継ぎ早に厳格化ルールが示されて、急性期医療そのものが崩壊に至るようなことは絶対にあってはならない。

入院基本料再編の影響

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)は、従来の5段階制から7対1の直下に2つの基準が追加されて合計7段階になった。

厚生労働省医療課の改定説明資料では、従来のルールでは7対1から10対

1に転換した場合は200床の病院として年間約1.2億円の減収が見込まれ、経営に与える影響が大きいため、その間を埋め合わせる基準を設定したとのことである。入院料1(7対1)は1,591点、入院料2(10対1)は1,561点、施設基準だけを見ると看護配置数は大幅に緩和されるが、点数差は30点(300円)である。

では、入院料1(7対1)と入院料2(10対1)がどの程度、経営に与える影響があるのかと言うと、上記に示された200床の医療機関をモデル(※)とした場合、入院料1(7対1)に対して入院料2(10対1)の看護職員の配置はすべて常勤として40名程度は少なくなくて済む。年間500万円/人の人件費が必要だと仮定すると約2億円/年の人件費が削減できる。診療報酬の減収は2,200万円/年程度なので、差し引き年間1億7千万円以上の増益が見込める。もちろん、これは机上の計算なので、どこの医療機関でも同じ増益が期待できるという訳ではないが、現

在の入院料を再検討する医療機関は多いかも知れない。

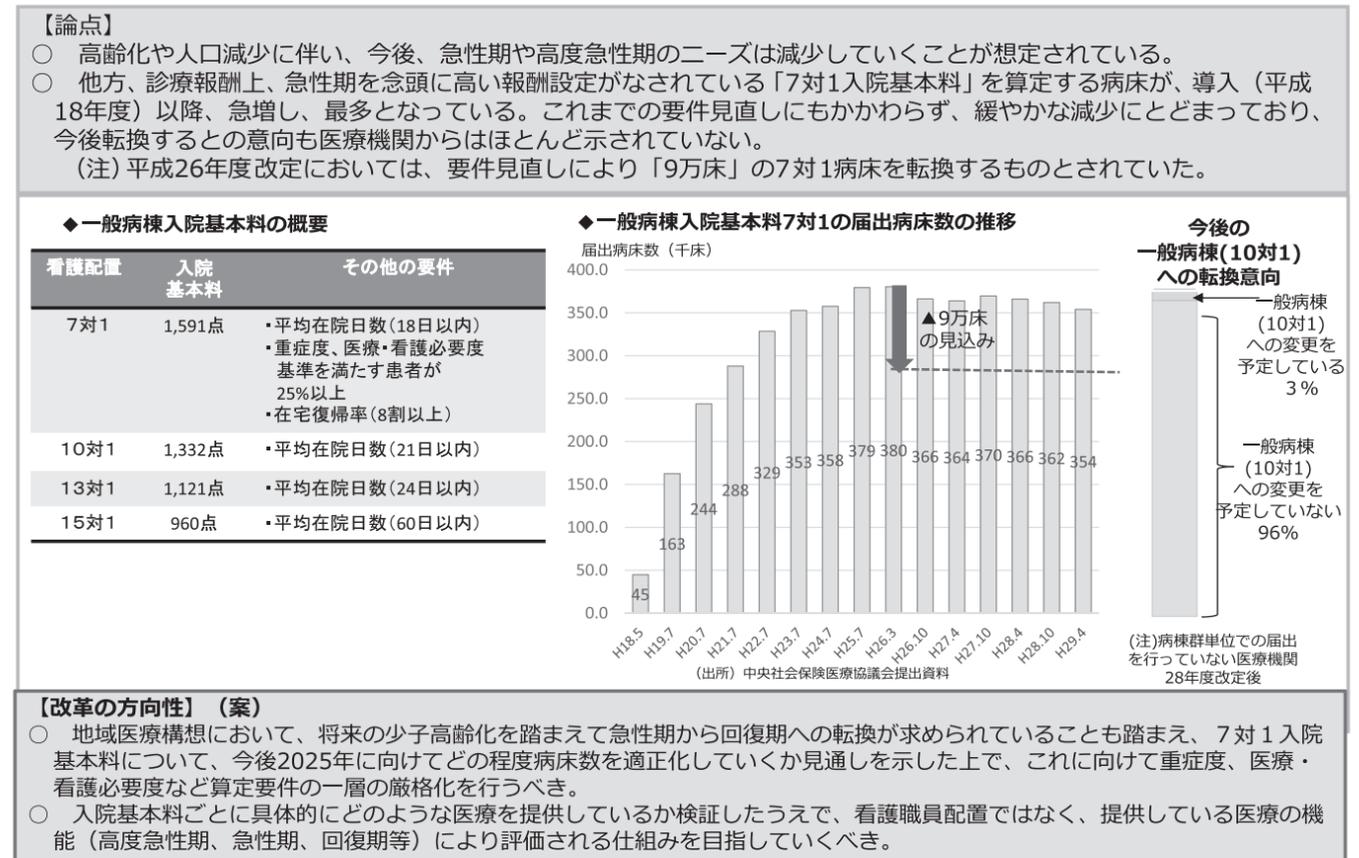
地域の連携体制も変化

このことに加えて、7対1病床は今回の改定で在宅復帰先の位置づけが見直された。7対1病床に対しては要件が緩和されたわけであるが、平成26年度の診療報酬改定以降、7対1病床の在宅等復帰先病床として位置づけられていた、回復期リハ病床、地域包括ケア病床、在宅復帰機能強化加算を算定する療養病床、在宅支援加算型や在宅復帰強化型老健などは大きな影響を受ける可能性がある。

この詳細については紙面の関係で後の稿に譲るが、7対1病床の転換先の選択によっては地域の中の連携体制が大幅に崩れてしまうことも念頭に置く必要がある。

(※)看護職員の1人当たりの月労働時間を150時間として40床を5病棟として仮定。

急性期病床の適正化(7対1入院基本料)



財政制度等審議会「平成30年度予算編成に関する建議」参考資料Ⅱ-1-4(2017年11月29日)

ケアマネジャーと病院職員の多職種協働で報告書

高齢者医療介護委員会

「入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との多職種協働のあり方に関する調査研究事業」の報告書がこのほどまとまった。ケアマネジャーと病院等職員の連携方策を検討するためのモデル事業を実施し、課題を抽出。入退院時における適切なケアマネジメントの検討に資する基礎資料を整備した。高齢者医療介護委員会が、2017年度老人保健事業推進費等補助金による調査研究事業として実施した。

入院中の要介護者等が退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時における医療機関等の職員(看護職員、医療ソーシャルワーカー)と居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)との円滑な連携が重要だ。ただし、医

モデル事業で情報共有の課題を抽出

療従事者と介護従事者では扱う情報の性質が異なるものも多い。情報共有の仕組みを構築するに当たっては、共有すべき情報の内容、情報共有すべき医療・介護関係者の範囲、情報共有の仕組みを具体的に検討する必要がある。

そこで、入退院時における連携方策を検討するためのモデル事業を実施し、連携に向けた課題を抽出することとした。全日病の会員病院から協力施設として4病院を選定してモデル事業を実施。居宅介護支援事業所と入退院患者についての情報共有を行った。

モデル事業に参加したのは、◇医療法人慈黎会付属土屋病院(福島県郡山市)◇公益財団法人脳血管研究所美原記念病院(群馬県伊勢崎市)◇医療法

人愛の会光風園病院(山口県下関市)◇医療法人弘生会本庄内科病院(熊本県熊本市)の4病院で、計21名の患者を対象に実施した。

モデル事業の主な特徴は、次の通り。

- 患者の入院時に、病院の地域連携室のスタッフが患者の入院前の担当ケアマネジャーと対面で情報収集すること
- 院内スタッフをはじめとして、患者本人や家族、ケアマネジャー等外部事業者をまじえた退院前カンファレンスを開催すること
- 退院前カンファレンスに先立ち、基本的な伝達事項を記載した資料を参加者に配布するとともに、当日の検討内容の議事抄録を後日配布すること

モデル事業を通じて、病院が患者の

ケアマネジャーを迅速に特定できる仕組みや病院側の連携窓口の必要性などが明らかになった。報告書は、効果的な連携に関する課題を次のようにまとめている。

○入院時の面接や退院時のカンファレンスにおいて病院職員とケアマネジャーが「顔の見える」関係を構築することが重要。

○ケアマネジャーは家族や介護サービス事業者から網羅的に情報を収集・集約して病院に伝える役割があり、地域連携室の担当者は、ケアマネジャーから提供される情報を院内スタッフに効果的・効率的に展開し、退院支援の取り組みを進める役割があり、両者は情報の結節点として大きな役割がある。

○各専門職が他職種にもわかる言語を用いて情報共有を行い、視点をそろえる必要がある。各専門職が職能発揮のために期待する情報ニーズについて意識合わせをすることも重要である。

医療機能情報提供制度を10年ぶりに見直し

厚労省・医療情報提供あり方検討会 オンライン診療実施の有無など追加

厚生労働省の医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会(桐野高明座長)は5月31日、医療機能情報提供制度の見直しの議論を開始した。同制度の見直しについて厚労省は、2018年度診療報酬改定等に対応した報告事項の見直しや、利用者の利便性や自治体・医療機関等の負担を考慮した対応の必要性を示した。

医療機能情報提供制度は、病院や診療所などに対して医療機能に関する情報を都道府県に報告することを義務づけ、報告を受けた都道府県が住民・患者にわかりやすい形でその情報を提供することにより、住民・患者の病院等の適切な選択を支援することを目的に2007年度にスタートした。

医療機関の管理者は省令・告示で定める事項を、都道府県に年1回以上の頻度で報告する。内容はインターネットを通じて公表。診療科目や診療日などの基本的情報のほか、提供サービス

や医療連携体制、医療の実績や結果に関する事項を公表している。

厚労省は制度開始から10年以上が経過し、医療を取り巻く環境の変化に対応した見直しや、利用者の利便性や自治体・医療機関等の負担を考慮しつつ見直しを行う方針を示した。

報告事項の見直し項目としては、2018年度診療報酬改定に伴うものや、他の制度で収集している項目との整理、海外の類似制度での項目をあげた。

2018年度診療報酬改定に対応した報告事項の案として、医科点数表の変更に基づき省令の変更を行うものでは、「オンライン診療実施の有無及びその内容」を新設することをあげた。

また、各都道府県で異なる運用状況も見直す方針を示した。パソコン以外のスマートフォン・タブレットなどの普及を踏まえた対応や、訪日外国人や在留外国人の増加に伴う外国語への対応もあがっている。

利用者の9割が役立つと回答

同日の検討会では、医療機能情報提供制度に関する「医療情報の適切な評価・提供及び公表等の推進に関する研究」の研究代表者である聖路加国際病院長の福井次矢氏が参考人として出席し、研究結果を発表した。

認知度調査では、同制度の医療機関検索サイトを知っているのは11%にとどまった。医療機関検索サイトを知っている人のうち、利用したことがある人は61.7%で、利用したことがある人のうち、医療機関の選択に役立つと答えた人は91.3%に達した。

また、利用した人に対し、がんの治癒率や患者満足度など医療機関診療の質指標(クオリティーインディケター=QI)を追加することについては、89.2%が役立つと思うと答えた。

こうした結果を踏まえ、福井氏は、医療機関検索サイトの積極的な周知活動が必要であることと、QI指標の普



及・公開は利用度・有用度を高める方向に作用するとの認識を示した。

ネットパトロール事業を報告

一方、同日の検討会で厚労省は、医療機関のウェブサイトが医療広告規制に違反していないかを監視するネットパトロール事業の2017年度事業の結果を報告した。

同事業は2017年8月から事業を開始。2018年3月31日時点で、審査件数は「一般からの通報」が494件、「キーワード検索」が109件で、合わせて603件を審査。そのうち、不適切な表示が見られたウェブサイトは、「一般からの通報」では74件、「キーワード検索」では86件の計160件となった。

また、2018年3月31日時点の一般からの通報状況をみると、医療広告関係は864件、柔道整復など医療広告以外は748件で総数1,612件となった。

医療用医薬品の流通改善の取組み状況を報告

厚労省・流改懇 妥結率や単品単価取引の割合が向上

厚生労働省の「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」(三村優美子座長)は5月30日、2017年度上期の流通改善の取組み状況や、4月から適用された「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」の今後のフォローアップを協議した。

厚労省は、医療機関・薬局の区分別の妥結率を報告した。

2017年12月の医療用医薬品の納入価の全体の妥結率は71.5%で、病院は54.9%だった。病院のうち200床以上

は49.5%、200床未満は81.4%、診療所は95.5%、薬局は75.4%。2017年9月の妥結率は97.7%で、病院は96.0%、病院のうち200床以上は97.1%、200床未満は90.6%、診療所は98.1%、薬局は98.6%だった。

2014年度診療報酬改定により、薬局と200床以上の病院で妥結率が50%以下の場合の未妥結減算制度が導入された。4月から9月を実績期間とするため、9月と年度末の3月の妥結率が高くなっている。

2017年度上期の単品単価取引の割合

は、200床以上の病院が65.2%、20店舗以上のチェーン薬局が61.3%となった。2016年度の割合は、200床以上の病院57.7%、20店舗以上のチェーン薬局60.6%だったが、単品単価取引は6割以上に向上してきた。

医療用医薬品の売上構成比をみると、2017年度上期で新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象品が34.9%、先発医薬品のうち特許期間品が31.7%、後発医薬品のある先発医薬品である長期収載品が22.8%、後発医薬品が10.5%となっている。後発医薬品が増加し、



長期収載品が減少する傾向にある。

厚労省は、流通改善ガイドラインに基づき、4月に相談窓口をウェブサイト内に設置したことを報告した。流通当事者間で交渉が行き詰まり、改善の見込みがない場合に相談を受け付ける。

相談窓口へ寄せられた相談件数は、5月29日までに15件となっている。厚労省は、「今後、卸企業と医療機関・薬局の価格交渉が本格化してくれば、件数は増えてくる」と見通した。

気管切開術後早期の死亡事故再発防止に向け提言

医療事故調査・支援センター 術後約2週間の患者のリスク認識を

日本医療安全調査機構(高久史磨理事長)は6月5日、医療事故の再発防止に向けた提言として、「気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事故の分析」を発表した。

日本医療安全調査機構は、2015年10

月に開始された医療事故調査制度にもとづき、医療事故調査・支援センターとして医療事故の再発防止に取り組んでいる。院内調査結果報告書を専門分析部会が分析し、再発防止策をこれまでに3度まとめており、4度目となる

今回は、気管切開術後早期(術後約2週間)の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事例の分析を行った。

制度開始から2018年2月末までに報告された死亡事故5事例から、◇術後早期は気管切開チューブの逸脱・迷入

により生命の危険に陥りやすいことを、すべての医療従事者が認識する◇術後早期に気管切開チューブの逸脱・迷入が生じた場合には、気管切開孔からの再挿入に固執せず、経口でのバッグバルブマスクによる換気や経口送管に切り替える一など7点を提言した。

医療機関に対しては、術後早期の患者が入院する部署の夜間看護師人員配置体制や応援体制の強化を検討することが望ましいと明記した。

■ 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
2025年に生き残るための経営セミナー第18弾 テーマ「今後の病院給食はどうなるのか!!」(100名)	2018年7月5日(木)【全日病会議室】	8,640円(16,200円)(税込)	委託業者の撤退や大幅な赤字等の多くの問題を抱える病院給食について、独自の取組みを実施している2病院の事例紹介と、病院給食が今後どうなるかの講演、公開ディスカッションを開催する。
病院管理士・看護管理士フォローアップ研修会(150名)	2018年7月16日(月・祝)【全日病会議室】	6,480円(税込)(昼食代含む)	2017年度の事務長研修と看護部門長研修の受講者が、研修の中で立案した病院の今日的課題の解決方法を発表し、参加者と討議する。病院管理士と看護管理士の継続要件に該当する。
災害時の病院管理者等の役割研修(60名)	2018年7月22日(日)【全日病会議室】	7,560円(10,800円)(税込)	災害時に病院管理者等が取るべき処置、役割等の留意点の説明、発災を想定したシミュレーションを実施する予定。全日病が認定するAMAT隊員更新のための研修(2単位)に該当する。
病院医療ソーシャルワーカー研修会(120名)	2018年7月28日(土)、29日(日)【全日病会議室】	21,600円(29,160円)(税込)(資料代、昼食代(2日目)含む)	「目指せ!「生き」活」きソーシャルワーク～組織と地域のチャンネルをひらけ!!～」がテーマのソーシャルワーカーを対象にした研修会。2日間の参加で「受講修了証」を発行する。日本医療社会福祉協会の認定する認定医療社会福祉士のポイント認定対象。
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(60名)	2018年8月18日(土)、19日(日)【全日病会議室】	27,000円(32,400円)(税込)(昼食代含む)	『院内医療事故調査の指針 第2版』を教材に、各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方や方法を演習で習得することを目的とする。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定の研修会に該当する。
医師事務作業補助者研修(200名)	2018年8月30日(木)、31日(金)【全日病会議室】	30,000円(税込)(テキスト代、昼食代含む)	「医師事務作業補助体制加算」は医師不足解消の一助として注目されている。集合研修を修了し、研修終了後レポートを提出した方に「修了証」を授与する。診療報酬の「医師事務作業補助体制加算」を算定するための研修要件を満たす。