

第 35 号

2016.9

年 6 回発行

日本病院会 愛知県支部ニュース

発行所 日本病院会 愛知県支部

〒450-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館内

TEL (052)263-0800 FAX(052)242-4353 E-mail: jha-aichi@byouin-k.jp

発行人

支部長 松本 隆利

目次

○巻頭言

日本の医療費の国際比較

1

○日本病院会理事会報告

2

○支部理事会議事録（抄）

6

愛知県支部ニュースへの

ご寄稿のお願い

愛知県支部ニュースは、会員の皆様の意見交換の場として会員の皆様からの情報発信をお待ちしております。テーマ、字数の制限は特にありませんので、ご寄稿よろしくお願いいたします。

巻頭言

日本の医療費の国際比較

理事 梶田 正文

今年 8 月 21 日付の日本経済新聞の記事には驚いた。「日本の医療費は高額 新基準で世界 3 位 対 GDP、OECD まとめ」という見出しの記事である。もともとは週刊ダイヤモンドオンラインが 8 月 10 日にほぼ同じ内容を載せていた。2014 年の日本の保健医療支出の対 GDP 比率は新基準では 11.4% であり、世界 3 位に急上昇しているというものである。その理由について記事では、日本では高齢化に伴い医療費が伸びているだけではなく、OECD が求める最新基準に合わせて介護関係の費用の一部を含めた影響が大きいとしている。さらに、日本総合研究所の西沢和彦主席研究員は「多くの主要国は既に介護関係の費用を数字に含めていた可能性が高い」と指摘し、「精緻でない統計を根拠に日本の医療費の効率の良さを主張してきたのは問題だ」とまで述べている。もしこの主張が正しければ、わたくしも含めて日本の医療関係者の多くが OECD の報告をもとにして日本の医療は他の先進国と比較して低コストで質が高いと信じてきたが、その根拠が根こそぎ揺らいだことになる。

日本経済新聞の記事で言及された資料の出典は記載されていないが、医療経済研究機構（IHEP）が 8 月 4 日に発表した「OECD 基準による日本の医療保険支出について」と題するレポートである。これによると、2014 年度の保健医療支出は、旧基準では 49 兆 2059 億円で、

一人当たり保健医療支出は、38 万円余（3,691 ドル）で OECD35 カ国中 14 位、保健医療支出の対 GDP 比は 10.1%（同 10 位）であった。一方、新基準でみると、2014 年度の一人当たり保健医療支出は、43 万円余で同 15 位、保健医療支出の対 GDP 比は 11.4%（同 3 位）となったのである。

これに対して日本医師会の横倉会長は 9 月 7 日の定例記者会見で、この記事の元になった本年 6 月に OECD から公表された「Health Statistics 2016」の内容に対する日医の見解を次のように説明した。「保健医療支出の範囲の定義」については、保健医療は国によって制度が異なり、全ての国が同じ手法で保健医療支出等を推計しているわけではないことを説明した上で、日本の対 GDP 保健医療支出が上昇していることに関しては、「日本では確かに GDP が伸び悩む中で社会保障支出が伸び続けているが、今回の調査から統計に訪問・通所介護、介護老人福祉施設（特養）等を加えたことがその主因である」と強調した。

しかし、確かに対 GDP 比では 3 位となったが、一人あたりの保健医療支出は 15 位で旧基準よりも順位を一つ下げたのである。

権丈善一慶応大学教授は今年 5 月の日本病院会総会の特別講演で、日本のように「人口が減少している国の経済成長の目標は一人当たり GDP を用いること、その一人当たり GDP の伸び率は欧米と比べても見劣りせず、しかも雇用面は良好。したがって、日本の経済は別に大病を患っているわけではない。」と話されている。保健医療支出についても一人当たりの値で議論すべきではないか。日本経済新聞のセンセーショナルな見出しに驚くことはなく、堂々と、一人あたりの保健医療支出はまだ OECD の平均をわずかに超えているに過ぎないことを主張していく必要があるであろう。

二つ目の視点は、国際比較ではドルが基準通貨として用いられることである。日本の GDP の推移をみると、2013 年は 479 兆円であったものが 2014 年には 499 兆円と微増している。これを国際比較のためにドルに換算してみると、2013 年には 4 兆 9080 億ドルであったが、2014 年には 4 兆 5960 億ドルと 7% 近く減少したことになる。もちろんこれは、2013 年には 1 ドル 97 円台の円高であったものが、安倍政権になって円安誘導が進んで 2014 年には 1 ドル 105 円となったことによるものである。保健医療支出の対 GDP 比率を計算するとき、分母となるドル換算の GDP 減少の影響も考慮して議論すべきであることは言うまでもない。

三つ目の視点は、新基準に各国がどのような対応を取ったのかまだ明確になっていないことである。医療経済研究機構 (IHEP) のレポートでも、OECD 各国の医療・介護保険制度については各国の制度がきわめて多様であるため、各国の数値の比較については慎重に行う必要があると強調されている。このレポートの限界について理解したうえで議論をすべきである。

しかしながら、厚生労働省は 9 月 13 日、2015 年度の医療費 (概算) は 41 兆円を超え、過去最高額を更新したと発表した。前年度と比べ 1 兆 5 千億円の増加で、伸び率は 3.8% であった。今回の日本経済新聞などの記事と合わせて医療費削減の圧力が強まるのは間違いないと思われる。医療界は一致団結してこの難局を乗り越えなければならないが、はたして船は前に進むだろうか？

(碧南市民病院 病院長)

日本病院会報告 (平成 28 年度第 3 回定期常任理事会報告 (平成 28 年 8 月 27 日))

副支部長 末 永 裕 之

1. 報告事項

(1) 災害医療対策委員会

熊本地震における DPAT 活動：複数の本部の存在により意思決定に遅れが生じた。「全体的には緩やかな調整に止め、現場に権限を持たすべき」「行政の人たちへの支援が必要」等の意見

病院相互の災害支援について：一般の会員病院では日赤が示すような体制はハードルが高く、目指すことはできないとして、グループ内の取り組みを参考に今後の支援を考えたい。

四病協「災害医療を国家として統合するための提言について」委員会で取りまとめ日医と議論を進めたい。

(2) 医療制度委員会

①医療養病床の在り方等について

松本理事より社保審療養病床の在り方等に関する特別部会報告

・療養病床に関して再延長を希望するが、できない場合は現状を激変させないような移行策にしてほしい。医療区分の見直しも必要ではないかとの意見も。

②医療計画、地域医療構想について

基準病床数と必要病床数に関する説明。

・都道府県ごとの4つの医療機能に関して医療機関所在地ベースと患者住居地ベースの表を次回の地域医療構想に関するWGに提示するよう厚労省に求める。

③医療基本法について

・H28.6に日医医事法関係検討委員会が「医療基本法(仮称)に基づく医事法制の整備について」を横倉日医会長に答申した。

・第2条(定義)に「生殖補助技術や遺伝子を扱う医術を含む」と追加。医療の不確実性、裁判規範性の否定などについては前文を設け記述する。応召義務などについては、具体的な改正案を示すには至らなかった。日病が主張していた医療の不確実性などについては前文に盛り込まれたことになる。医師法21条について罰則規定を削除する案が提言された。

④医師受給について

厚労省への質問に対する回答：医療機能ごとの医師数について病床機能報告を用いた推計方法(病床あたり医師数) 高度急性期：急性期：回復期：慢性期 4.8：2.7：1.5：1.0

(3) 社会保障診療報酬委員会

①28年度診療報酬改定要望結果

医科58項目、歯科13項目、計71項目中

○(要望が通ったもの)7項目 9.9%

△14項目 19.7%

×48項目 67.6%

－(診療報酬が廃止された)2項目 2.8%

②30年度の改定までのスケジュール

例年通り年内に方向性を検討し、29年3～5月に項目の検討、理事会承認を経て8月には厚労省に提出したい。

また、医療・介護同時改定になることから、在宅医療の評価、医療と介護の重複と連携、ケアマネの権限と医師の署名の必要性等意見交換。

(4) 中医協報告

*高額な薬剤への対応について

①薬価制度改革に向けた取組

ア. 効能追加等による大幅な市場規模拡大への対応

イ. 市場規模の極めて大きな薬剤への対応

②当面の対応

ア. 薬価に係る特例的な対応

H28年薬価改定における再算定の検討に間に合わなかった薬剤であって、効能・効果等の拡大により大幅に市場が拡大したもの(オブジーボ)に係る特例的な対応について検討する必要がある

イ. 最適使用推進のための取り扱い

(5) 日本専門医機構社員総会 (7月25日)

*機構のガバナンスについて

- ア. 理事構成でオールジャパンの体制にする
- イ. 意思決定の透明化を図る
- ウ. 情報公開の徹底

*機構の基本姿勢について

- ア. 機構と学会が連携して専門医制度を構築することを基本姿勢とする
- イ. 機構と学会の役割分担の明確化を図る
 - ・学会は学術的な観点から責任をもってプログラムを作成する
 - ・機構は専門医制度を学術的な観点から標準化を図る
 - 領域学会に対し、チェック機能、調整機能を発揮し、領域学会をサポートする
 - ・専門医を公の資格として認証する
 - ・専門医に関するデータベースを各領域学会と協働で作成する
- ウ. 地域医療の確保対策について
 - 各領域学会に対し、地域の医師偏在防止対策の現状についての意見を求め、また更なる具体的な対策案を検討する

(6) 日本専門医機構理事会

①第1回理事会 7月20日

新専門医、全19領域とも「1年延長」へ
「2018年度を目途に一斉にスタート」目指す

②第4回理事会 8月3日

*平成29年度の専門研修方針

- ・既存のプログラムで施行11学会(内科、皮膚科、精神科、外科、産婦人科、眼科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、臨床検査、リハビリテーション科)
- ・既存プログラムと暫定プログラム(いわゆる新プログラム)の両方で施行3学会(整形外科、救急、形成外科)
- ・暫定プログラムで施行3学会(小児科、耳鼻咽喉科、病理)
- ・総合診療は2018年一斉スタートを目指す
- ・泌尿器科は未定

*「一度立ち止まって見直す」から始まった様々な運動であったはずである。暫定プログラム3学会+旧・暫定プログラム両者の3学会で6学会が暫定プログラムを使用して2017年度から始めることになったことに対する説明が不足しているのではないか。今後は各学会の意向が強く反映されていくようにも感じられる。

(7) 地域医療構想に関するWG

*基準病床数と必要病床数の整理(厚労省説明)

- ①用いる人口の時点、②退院率、平均在院日数、③算定する圏域等、④患者の流出入、⑤病床稼働利用率、⑥医療資源投入量の少ない患者について、⑦入院受療率(療養)、⑧介護施設対応可能数

等(療養)、⑨病床の利用率(療養)

(8) 在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

①在宅医療と介護の整合性、②在宅医療に係る医療連携体制、③在宅医療の充実のための施策(厚労省説明)

在宅医療の目標設定をすることには異論はなかったが、在支診、在支病以外の医療機関でも実施している医療機関が多いこと、サ高住の実態の把握が必要と指摘する意見も。

(9) 医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会

①規制の範囲、あり方について、②執行体制の確保等について案が提示さる。

ア. 医療機関のウェブサイトは医療法上の公告としては取り扱わない。不適切な表示を禁止する規制を新たに設けるとしてはどうか。

イ. 新たな規制の内容をGL等で明確化する ネットパトロールによる監視体制を構築。都道府県においても監視体制強化に努めつつ、医療法に基づく報告徴収権限を活用 等。

(10) 心血管疾患に係るWG

施設間の相談・連携体制をどのように確立させていくか、情報共有・ICTの活用が大切
病院間転送の責任の明確化が必要等の意見

(11) 脳卒中に係るWG

tPA 療法を提供できる施設を増やすことが重要。高度専門医療施設より基準が緩い専門医療施設を増やすべきではないか。tPA 療法についても日本脳卒中学会と協議していきたい。

2. 協議事項

(1) 高額薬剤について

・適応拡大の際の再チェックが必要。そもそもオプジーボが悪性黒色腫で適応となった時は対象症例が 500 例ぐらいと想定され、それに応じた薬価が決まった。非小細胞肺癌は 10 万人とも想定され、その時に薬価を再検討すべきであった。今後も適応範囲の拡大、類似新薬も出てくる適応も考慮していく必要がある。

・費用対効果判定には QALY が使われる。癌では 1 年延命させるのにいくらかかったか (1QALY) 1Q いくらが妥当か、外国では 1~2 万ドル 日本ではいくらが妥当か。他に EQ5 等の指標も。

・期中改定にするか常時改定にするか。診療報酬の無い来年に期中改定すればその差額は当然召し上げられ、前例となる。(とはいえ既に 2 回の改定で薬価が下がった分は召し上げられている) また、薬価改定を毎年行う方向が生まれる。オプジーボは「特例」として期内改定とするか常時改定まで待つか。特例の要件を決める必要がある。

(2) 総合診療専門医に関して(開始は 2018 年)

・そもそも求められているのは病院総合診療医ではないのか

・総合診療専門医には今回のキャビネットでは日医の意見もあるよう。総合診療専門医委員会の委員長は吉村理事長が自ら努める。日病では総合診療専門医委員会で検討し意見を集約。

(3) 8月27日日経新聞より

・来年度予算案 医療・介護で 1400 億円圧縮

社会保障費伸び 5000 億円に抑制狙う

個人負担増を検討 高額療養費制度の見直し

・財務・厚労省が検討する社会保障費の伸び抑制策

ア. 医療

- 窓口負担 かかりつけ医以外の受診に定額負担
後期高齢者の自己負担引き上げ
- 高額療養費 所得の高い高齢者の月額上限を引き上げ
- 高額薬 オプジーボの薬価引き下げと使用の指針策定

イ. 介護

- 自己負担 2割負担の対象者を拡大
- 高額介護者 自己負担の月額上限を引き上げ
- サービス 要介護度の低い人向けサービスの保険外し
- 保険料 大企業社員の保険料引き上げ

(小牧市民病院 事業管理者)

第3回 日本病院会愛知県支部定例理事会議事録(抄)

日時：平成28年9月6日(火) 15:00~16:00

場所：愛知県医師会館 6階 研修室

出席理事：松本隆利、末永裕之、山本直人、梶田正文、渡邊有三、石川清、直江知樹、小谷勝祥、黒川剛、絹川常郎、今村康宏、岩瀬三紀、

出席監事：小林武彦、細井延行

(定数報告)

・理事15名のうち12名の出席より理事会は成立した。

(松本支部長あいさつ)

・認知症ケア講習会の開催については、名古屋会場、東京会場、合わせて3回703名の受講者があった。今年診療報酬の加算で新たな制度となり、9時間以上の講習を受講した看護師の配置が必要となった。

・介護療養病床の在り方検討については、8月、9月の会議の開催はありませんでした。介護療養病床が廃止されることは間違いないが、新たな制度の導入によって介護難民が出ることはないよう、また病院経営が困難となったりしないよう国への要望意見が出されている。

(日本病院会 第3回定期常任理事会(8月27日)の報告)

※詳細については、末永副支部長の報告を参照してください。

○愛知県からのお知らせ

平成28年9月21日(水)に愛知県と日本生命保険相互会社は「健康福祉分野における包括協定」を締結しました。主な取り組みとしては、①健康づくりに関すること、②がん対策に関すること、③子育て支援に関すること、④障害者の社会参加の推進に関すること、⑤高齢者支援に関することです。今後、県の健康づくりなどの活動に日生(職員)が協力していくこととなります。

日本病院会愛知県支部ホームページ

<http://www.byouin-k.jp/jha-aichi/>