

厚労相に武見氏就任、 「医療団体の代弁者ではない」

第2次岸田再改造内閣の厚生労働相に13日、自民党の武見敬三参院議員が就任した。翌14日の就任会見で、武見厚労相は「医療関係団体の代弁者ではない」とした上で、医療や介護のさまざまな課題に国民目線で、全力で取り組んでいくと述べた。また2024年度に控える診療報酬や介護報酬などの同時改定について、賃上げや物価高騰などを踏まえて患者や利用者が必要なサービスを受けられるように対応する必要があるとの考えを示した。

武見厚労相は、団塊の世代の全員が75歳以上になる25年以降や、高齢者の人口がピークを迎える40年ごろを見据えて医療と介護の連携も含めさまざまな視点での検討が必要になると述べた。その上で、24年度の同時改定ではこれらの課題に加え、物価高騰や賃金の上昇、医療機関や介護施設などの経営の状況、人材確保の必要性、患者・利用者負担や保険料負担への影響を踏まえて必要な対応を行うべきだと強調した。

マイナ保険証に関しては、情報のひも付けの誤りといった問題を1つずつ解決し、「メリットを丁寧に国民に伝えることを通じて、安心してマイナ保険証を利用していただける環境（整備）を一刻も早く実現していく努力をする」と明言した。

日本医師会との関係をどう取っていくのかとの質問には、「私は医療関係団体の代弁者ではない」と強調。国民目線でどのような施策を実現すべきかという考え方を従来から一貫して持ってきたとし、厚労相としてもそのスタンスで職務を遂行していくと答えた。

武見厚労相の父は、元日医会長の武見太郎氏。

大学病院医師の自己犠牲に頼る 教育、適切に評価を

文部科学省の「今後の医学教育の在り方に関する検討会」（座長＝永井良三・自治医科大学長）は11日、これまでの議論の中間取りまとめを行った。教育への評価が不十分で、大学病院に勤務する医師の自己犠牲に頼っている現状を踏まえ、教育に関して「適切に評価される仕組み」を作る重要性を明記。また、地域医療を守るため、「大学病院に対する継続的な支援を適切に行うことが不可欠」との考えを示している。今後、必要に応じて調査を実施し、2024年春ごろに最終取りまとめを行う見通しだ。

検討会はこの日、文科省が示した中間取りまとめ案を基に議論を行った。中間取りまとめ案には、大学病院の課題などに関して、▽診療の規模拡大と経常利益率の低減▽教育・研究時間の減少▽医師の時間外・休日労働の上限規制の適用一があると指摘。医師の勤務環境の改善や

医学部・大学院の教育・研究の充実などに向けた方策を示している。

例えば、勤務環境改善については、若手医師の処遇改善に加え、ワークシェアが可能となるように教育・研究・診療の体制を整備し、「医師のクオリティオブライフ」が高まるような取り組みが必要としている。また、地域を支える大学病院の機能を維持するため、「大学病院の勤務医が憧れの存在として輝けるような環境づくり」が重要との考えを示している。

こうした課題や今後の方策について、検言寸会の委員から提案や指摘があった。宮地由佳委員（名古屋大大学院医学系研究科総合医学研究センター研究員）は、教育の負担をアウトソースされる側の医師以外の職員に対する配慮やインセンティブについても明記することを求めた。

また、横手幸太郎委員（千葉大医学部附属病院長）は、大学病院が行っている高度医療の割に「そこで働く医師たち、特に若い医師の対価が海外に比べてあまりにも低過ぎる」と指摘。根本的な問題は、外勤をして生活を成り立たせるような「日本の医療全体の構造にある」との考えを示した。

医療情報③

厚労省医道審

特別地域連携プログラム、 24年度もシーリング枠外

厚生労働省は11日、医道審議会の医師分科会医師専門研修部会で、2024年度の専攻医募集のシーリング案について、都道府県などからの意見を踏まえた方向性を示した。医師少数区域などにある施設を1年以上連携先とする「特別地域連携プログラム」を23年度と同様にシーリングの枠外とする方向「生に賛成する委員が多く、今後の扱いは座長一任となった。シーリング案については、早ければ9月下旬にも厚労相が専門医機構に意見・要請を出す見通し。

厚労相は、医師法に基づき、各都道府県知事から聴取した意見を踏まえ、専門研修プログラムなどに対する意見や要請を行っている。

24年度のシーリング案について、都道府県からは、地域への従事要件のある医師は「地域医療の観点から重要であるため、今後もシーリングの対象とすべき」だとの意見があったほか、特別地域連携プログラムについて事前に連携先を明確に設定し、「連携先での研修を確実に履行する仕組み」とすることを求める意見が出ていた。

こうした意見を踏まえ、厚労省は11日の部会で、特別地域連携プログラムについて、日本専門医機構と対象の基本領域学会が都道府県と協力し、医師少数区域の一覧や、地域医療確保暫定特例水準の適用を予定している施設の一覧を活用し、連携施設の候補一覧を作成したり、公表したりして「研修プログラム基幹施設が特別地域連携プログラムの連携先を検討、設定しやすいように配慮すること」といった方向「生を提示。また、特別地域連携プログラムに認定された連携先施設で1年間以上の研修が実際に行われているか定期的に確認する必要性を挙げた。

委員からは、連携先が地方に及ぶことに配慮を求める意見が出た。

医療情報④
厚生労働省
WG

電子カルテ情報共有サービスに 健診結果の実装を目指す

厚生労働省は 11 日に開かれたワーキンググループで、本人と事業者、医療保険者などに送られる「健康診断結果報告書」について、「電子カルテ情報共有サービス」（仮称）の稼働時から実装させる案を示した。

電子カルテ情報共有サービス（仮称）は、文書情報を医療機関が電子上で送受信できるサービス。政府が 6 月に作った医療 DX の工程表によると、電子カルテ情報の標準化に対応できた医療機関や薬局から、2024 年度中に順次、サービスの運用を始めることを目指している。

この日開かれた「健康・医療・介護情報利活用検討会・医療等情報利活用ワーキンググループ」で、健康診断結果報告書の実装を検討する提案が行われた。

厚労省は、対象となる健診として、

- ▼ 特定健診
- ▼ 後期高齢者健診事業者健診
- ▼ 人間ドック

などを挙げ、今後、ワーキンググループの場などで検討・調整していくことを求めた。

このほか、電子カルテ情報共有サービスに掲載する情報として新たに「患者サマリー」を追加する案も示した。現在、既に検討が進められている 6 情報（「傷病名」「アレルギー」「感染症」「薬剤禁忌」「検査」「処方」）をマイナポータル上で閲覧可能とする仕組みに合わせて、外来受診の記録なども踏まえ「青報を整理し、患者にとって分かりやすく示すことが目的。

活用シーンの想定として、かかりつけ医による次回の受診情報や療養上の計画・アドバイスを盛り込むことで患者が自分の病態を把握したり、他院を受診する際に医師らに情報共有したり、救急搬送時に医療機関に情報提供したりすることを挙げた。

また、24 年 1 月をめどにシステムベンダー向けに技術解説書を公開する予定。厚労省は、現時点で検討されている内容をたたき台として示した。

具体的には、処方情報は診療情報提供書に含まれる情報のみを共有すること、健診結果報告書は医療機関から本人や保険者が取得できるように構築することなどを盛り込んだ。

また、診療情報提供書の受け取り方法について、紹介元の医療機関がアクセスコードを発行して紹介先に伝えることとしていたが、提供書を作成する際に相手先の医療機関を選択して自動取得することにした。

技術解説書の案は、今後の検討次第で内容が更新されることもあるという。

重点支援に阿蘇構想区域を追加選定

地域医療構想を実現するため国が助言や集中的な支援を行う「重点支援区域」として、厚生労働省は熊本県の阿蘇構想区域を追加で選定した。これにより、全国の支援区域は計 20 区域になった。重点支援区域は、都道府県からの申請を受け付け、今後も複数回に分けて選定する。

追加の選定は 8 日付。阿蘇構想地域（阿蘇市、南小国超、小国町、産山村、高森町、南阿蘇村、西原村）では、小国効率病院と阿蘇医療センターが医療機能の分担などを相互に図る。

県の地域医療構想によると、阿蘇構想地域では 2015 年に 6 万 5,051 人だった人口が 25 年には 5 万 8,808 人（9.6%減）、40 年には 4 万 9,126 人（24.5%減）に落ち込む見込み。

25 年の入院患者数（1 日当たり）は推計 389 人で、医療機能別の内訳は、高度急性期が 15 人、急性期が 93 人、回復期が 99 人、慢性期が 182 人。

医療需要に基づく 25 年の病床数の必要量（同）は、機能別で高度急性期 20 床、急性期 119 床、回復期 110 床、慢性期 198 床の計 447 床。一方、25 年の在宅医療などの必要量は 1 日当たり 1,094 人となる見通し。

県は、医療提供体制上の課題として、各病院の特性を生かしつつ、5 疾病・5 事業の拠点病院との連携体制の強化や充実を図る必要があるとしている。

在宅医療に関しては、看取りまでを見据え、自宅を基本とする療養生活への対応を進める。

厚労省は重点支援地域の医療機関に対して、地域の医療提供体制の再編を検討するためのデータ分析などの「技術的支援」や、地域医療介護総合確保基金の優先配分といった「財政的支援」を行う。

重点支援区域は、地域医療構想調整会議での合意を得た上で、都道府県が厚労省に申請する。

ただ、申請や選定自体について、厚労省は医療機能の再編や病床数などの適正化の方向性を決めるものではないとし、選定後も、あくまで地域医療構想調整会議の自主的な議論で結論を出すことに留意すべきだと説明している。

介護処遇改善 3 種類の加算、 一本化への声相次ぐ

介護現場で働く人たちの処遇を改善するための議論が 8 日、社会保障審議会・介護給付費分科会で行われ、処遇改善加算などをできるだけ多くの事業所に活用してもらうための方策が論点となった。現在、処遇改善関係の加算は 3 種類あるが、事務手続きが煩雑だとの指摘が以前からあり、この日も委員からは一本化を進めてほしいとの声相次いだ。

3種類の加算は、「介護職員処遇改善加算」「介護職員等特定処遇改善加算」「介護職員等ベースアップ等支援加算」。それぞれの加算の取得状況は、4月サービス提供分の集計で、介護職員処遇改善加算が93.8%、介護職員等特定処遇改善加算が77.0%、介護職員等ベースアップ等支援加算が92.1%となっている。こうした加算のうち、介護職員等ベースアップ等支援加算を取得している施設・事業所の介護職員（月給・常勤の者）の基本給等は、取得前と取得後を比べると1万60円（4.4%）増加していた。

その一方で、22年の賃金（賞与込み給与）は、全産業平均の36.1万円に比べて介護職員は29.3万円と、6万8,000円の差があった。賃金水準の低さなどを背景に、介護分野の有効求人倍率は全職業より高い水準を推移している。

こうした現状について、江澤和彦委員（日本医師会常任理事）は、22年の「医療、福祉」の入職超過率が統計を取り始めて以来初のマイナスになったことに言及。「物価高騰にはさらなる緊急の支援が喫緊の課題だ」とし、基本報酬を引き上げるよう求めた。介護職員等特定処遇改善加算の取得率が70%台にとどまっている点にも触れ、さらなる精査を行って課題を分析する必要があるとした。

また分科会では、介護職員等ベースアップ等支援加算の届け出を行わなかった事業所に理由を尋ねた調査結果も示された。「賃金改善の仕組みを設けるための事務作業が煩雑」だとする回答の割合が最も高かった。

このような状況を踏まえ、複数の委員から、3つの加算を一本化して事務手続きを簡素化し、事業所の負担を軽減すべきとの意見が出た。

医療情報⑦
健康保険組合
連合会

機能強化加算「効果乏しい」と指摘、健保連

健康保険組合連合会は7日、政策立案の提言に役立てるために行ったレセプト分析の結果を公表した。「かかりつけ医機能」への評価とされる「機能強化加算」を届け出ている医療機関では、ほかに比べて幅広い疾患をカバーしているものの、時間外の診療や多剤服用の調整などへの対応に明らかな差はないなどとする内容。

分析結果を踏まえて健保連では、機能強化加算の現在の算定要件には、医療機関の「かかりつけ医機能」の十分な発揮を促す効果が乏しいと指摘した。

健保連では、医療に関する政策立案を提言するため、レセプト分析の調査研究を2012年から2年ごとに実施している。

今回は、118の健保組合の協力を得てレセプト約3.2億件（20年10月～22年9月）のデータを集め、

▼「かかりつけ医機能」の実態に関する医療機関の傾向

▼コロナ禍の経験を踏まえた効率的な医療の推進

▼糖尿病治療薬の不適切な使用の是正

に関する分析を行った。

それらのうち、「かかりつけ医機能」に関する分析は、常勤医師 3 人以下の内科系診療所が対象。機能強化加算を届け出ている診療所と届け出していない診療所（いずれも 4,074 力所）とで、カバーしている疾患の種類数や、多剤(6 種類以上)を服用している患者（いずれも 75 歳未満）の割合などに差があるかを分析した。

その結果、診療所がカバーしている疾患の種類数は、加算の届け出なしが 65.1 種類だったのに対し、届け出ありでは 72.3 種類と多かった。在宅診療を行った 1 カ月当たりの患者の延べ人数は、届け出なしが 0.1 人、届け出ありは 0.7 人だった。一方、土日・祝日に診察した外来患者の延べ人数(1 カ月当たり)は、加算の届け出なし 15.1 人、届け出あり 15.8 人と大きな差がなかった。さらに、医療連携の状況を明らかにするため、多剤服用がある患者の割合を分析すると、加算の届け出なしと届け出ありで共に 23.3%だった。

今回、分析を行った 13 の指標のうち 8 つでは、届け出なしと届け出ありに統計的な有意差が認められず、健保連では、機能強化加算は「(医療機関の)十分な機能の発揮を促す効果が乏しい」と指摘した。その上で、プライマリーケアに関連する基本的な診療行為への報酬を包括化し、医療機関の体制や診療実績に応じて包括点数にめりはりを付けることなどを提言している。

機能強化加算は、専門の医療機関を受診する必要があるかの判断を含め、「かかりつけ医機能」を持つ医療機関が行う初診への評価。18 年度の診療報酬改定で新設された。

医療情報⑧
社保審
医療保険部会

出産費用「内訳の"見える化"を」、 意見相次ぐ

厚生労働省は 7 日、出産費用を「見える化」するため 2024 年 4 月に運用を始めるウェブサイトのイメージを社会保障審議会の医療保険部会に報告した。正常分娩の「妊婦」が負担する費用や、立ち合い出産などのサービスの実施状況を全国の分娩施設ごとに「見える化」する。ただ、野用に関しては、食事代やサービスごとの詳しい内訳は掲載されないため、内容の充実を求める意見が委員から相次いだ。

厚労省は、この日示したイメージの見直しは行わず、24 年 4 月のウェブサイトの運用開始後に「見える化」の効果を検証し、見直しの検討につなげる方針を説明した。

出産費用の「見える化」は、「妊婦」が分娩施設を適切に選択できるように支援するため、出産育児一時金の直接支払制度を利用している全国の医療機関や助産所約 2,300 施設を対象に始める。分娩の取り扱いが年 20 件以下の医療機関・助産所は情報の掲載を任意にする。

分娩施設ごとの出産費用を「見える化」するウェブサイトのイメージは、厚労省が 8 月 23 に公表し、それへの意見募集を 9 月 3 日まで行った。

ウェブサイトは、

- ▼産科医師や助産師の人数、出産の年間取扱件数など医療機関や助産所の概要
- ▼院内助産、退院後の産後ケアを実施しているかなど助産ケア
- ▼立ち合い出産や無痛分娩を行っているか、個室があるかなど付帯サービス
- ▼差額ベッド代など出産費用の公表方法
- ▼直接支払制度の利用データから集計する出産費用

の大きく 5 本立てで、都道府県や市町村を選択して施設ごとのデータを見られるようにする。

助産ケアや立ち合い出産などの実施状況は分娩施設に提出を求め、費用に関しては、出産育児一時金の直接支払制度の利用データから割り出す。

厚労省は、分娩施設からの情報の受け付けは 10 月に始め、年明け以降、ウェブサイトの作成を進める方針。

7 日の医療保険部会では、直接支払制度の請求書の内訳ごとに費用を掲載するなど、ウェブサイトの内容の充実を求める意見が委員から相次いだ。

健康保険組合連合会の佐野雅宏副会長は、厚労省が示したウェブサイトのイメージは「極めて不十分だと言わざるを得ない」と述べた。日本医師会の猪口雄二副会長は、これに対し、費用の詳しい内訳を掲載すると、情報が複雑になり過ぎて「かえって分かりにくいものになりかねない」という認識を示した。

厚労省保険局の山下護保険課長は、「ウェブサイトを開設して終わりではない」と述べ、「見える化」の運用開始後に効果を検証して充実の検討につなげる考えを示した。