

日医FAX ニュース



日医FAXニュース
編集・発行：日本医師会 (03-3946-2121)

■ 「管理者要件拡大」に疑問の声

— 医師偏在対策 医療部会で相次ぐ —

厚生労働省は9月5日に開いた社会保障審議会医療部会（座長＝遠藤久夫・学習院大学長）で、医師偏在対策の総合的なパッケージの骨子案を報告した。管理者要件の拡大について、構成員からは、効果を疑問視する声が相次いだ。

厚生労働省は骨子案で、医師少数区域などでの勤務経験を求める管理者要件を、地域医療支援病院以外にも拡大する方針を盛り込んだ。日医も、公的・公立病院に拡大すべきだと提言している。

● 「逆のインセンティブ」になりかねない

楠岡英雄構成員（国立病院機構名誉理事長）は「若手医師の中には、院長になりたくない人もけっこういる。（少数区域での経験の）認定を受けると、院長を押し付けられるかもしれないから、受けないという逆のインセンティブにもなりかねない」と述べた。

若手医師の意向を調査した上で、適正なインセンティブを検討すべきだと主張。認定制度の運用で、「何人が認定され、何人が管理

者になった」といった具体的な数字を開示するよう、厚労省に求めた。

望月泉構成員（全国自治体病院協議会長）は「地域の中小病院の医師たちは、『院長になるなら開業する』という感じだ」と説明。管理者要件を拡大する場合、対象を全医療機関などに広げなければ「効果がない」とした。

加納繁照構成員（日本医療法人協会会長）は、「民間病院でも後継者確保に苦労している」と話した。少数区域での勤務が要件に入れば、「運営ができなくなる」と訴えた。

泉並木構成員（日本病院会副会長）は、病院長として求められる能力を満たす人材は、極めて限られるとの認識を示した。少数区域での勤務を要件にすると、優秀な人材が病院長になれない可能性がある、と懸念を示した。

● 経済的な誘因、保険者負担に「反対」

厚生労働省は、骨子案に関する論点も提示。経済的インセンティブで偏在是正を進めていくに当たって、保険者の協力も検討すべきではないかとした。

これに対し、河本滋史構成員（健保連専務理事）や佐保昌一構成員（連合総合政策推進局長）は、偏在是正のための財源を被保険者が負担することになるとして、反対姿勢を明確にした。

松田晋哉構成員（産業医科大教授）や勝又浜子構成員（日本看護協会副会長）は、看護職の偏在も踏まえて、対策を検討すべきだと主張した。

この日の医療部会で、厚生労働省は、新たな地域医療構想の検討状況や、かかりつけ医機能報告制度に向けた準備状況なども報告した。

【メディファクス】

■ 医師偏在のままで「皆保険維持できず」

— 武見厚労相 —

厚生労働省は9月5日、医師偏在対策推進本部の初会合を開いた。本部長を務める武見敬三厚生労働相は冒頭、「医師偏在の課題解消なしには、国民皆保険制度を維持することはできない、という切迫感を持っている」と述べた。

「医師の偏在対策はもはや、待ったなしの課題」だと強調。8月末に発表した、総合的な対策のパッケージの骨子（近未来健康活躍社会戦略の一部）を検討・推進していくには、「関係部局が一丸となって横断的かつ戦略的に取り組むことが重要」とした。

省内の担当者には、「偏在をなんとかして解消する、という強い覚悟と決意を」と呼びかけた。

●今が「重要な局面」

初会合には、事務次官、医務技監、医政局長、保険局長らも出席した。今は、医師偏在の見直しを図るための重要な局面だ、という認識を出席者間で共有したという。

厚労省はパッケージを年内にまとめるため、関係する部会・検討会と並行して、推進本部も開く方針だ。推進本部の次回以降のスケジュールは未定としている。【メディファクス】

■ 「高齢者救急」「在宅医療」「救急医療」

— 医療機関機能の新構想 —

厚生労働省は9月6日に開いた「新たな地域医療構想等に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大学長）で、病床機能とは別に

設定する医療機関機能の素案を示した。地域ごとに必要な機能として、高齢者救急、在宅医療、救急医療への対応を挙げた。

2040年を見据えた構想を検討する中で、従来の病床機能報告だけでは、▽機能ごとの違いが分かりにくい▽医療機関ごとの役割分担や連携につながりにくい—との課題が浮上している。このため、病床機能とともに、医療機関機能を報告することになった。

●広域の視点での機能も

85歳以上の高齢者の入院は、若年層と比べて、手術が必要なケースが少ない。筋力低下を防ぐため、早期からの離床やリハビリが必要になる。そうした高齢者救急の受け皿となる機能を設定する。

救急医療などの急性期医療を、広く提供する機能も盛り込む。▽多くの急性期病院で病床利用率が低下している▽休日・夜間の緊急手術が、毎日発生しない医療圏も多くある▽時間外労働が多い診療科の医師の負担を考慮すべき—といった状況を考慮する。

在宅医療を手がけつつ、緊急時には患者を受け入れる機能も必要だとした。

さらに、広域の視点で医療提供体制を維持するため、▽医師の派遣機能▽医師養成機能▽三次救急など、より広域な観点で診療を担う機能—の3つも設定した。

地域に必要な病床数は、これまで同様に4区分（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）とし、診療実績データを踏まえて40年の数字を推計する方針だ。

●回復期、「名称・定義の見直しを」

医療機関機能について、構成員から大きな異論は出なかった。

玉川啓構成員(福島県保健福祉部次長)は、救急医療の機能について、すでに医療機関の輪番制などを整備している地域があると指摘。地域の事情を無視した医療機関の集約化にはつながらぬよう、念を押した。

病床機能報告を巡っては、懸念の声が相次いだ。

「病棟単位での報告は、実情を反映しにくい」「特に回復期は、名称や定義の見直しが必要」「報告の形式を工夫しないと、必要数に対して過不足が生じてしまう」といった趣旨の意見が出た。 【メディファクス】

■ 外在ベア評価料 (I) 届け出は2割

— 東京・大阪の診療所 —

医療従事者の賃上げに向け、厚生労働省が2024年度診療報酬改定で新設した「外来・在宅ベースアップ評価料 (I)」について、東京都と大阪府の状況を医師会が調べたところ、診療所の届け出割合はいずれも2割程度にとどまっていた。病院の届け出割合は8割前後だった。

● 「簡便な体系」に見直しを

9月1日時点で、東京の診療所数は1万2941施設、病院数は633施設。外在ベア評価料Iを届け出ているのは、診療所が2794施設(21.6%)、病院が489施設(77.3%)だった。

東京都医師会の庄司輝昭理事(医療保険担当)は、診療所の届け出が低調な背景について、「事務的負担がクローズアップされているが、都特有の事情も大きい」とした。

「診療所の看護師はパート職員をあえて選択するなど、雇用形態が多様で、一律にベア

評価料の対象にならない状況にある」と説明。税制上の扶養控除に関する年収上限にも言及し、ベア評価料を歓迎しにくい職員もいるとの認識を示した。

今後に向けては、診療所のベア評価料の仕組みを「簡便な体系」にすべきだとした。「事務的作業の簡素化も大事だが、診療所の職員の多様な働き方を踏まえた報酬体系に見直すよう、検討してほしい」と語った。

● 「届け出率」上昇へ、支援の意向

8月末時点で、大阪の無床診療所数は8227施設、有床診療所数は166施設で、計8393施設。病院数は501施設という状況だ。

外在ベア評価料Iを届け出ている無床診は1637施設(19.9%)、有床診は50施設(30.1%)。診療所全体で見ると、1687施設(20.1%)だった。病院は421施設(84.0%)に上った。

大阪府医師会の中尾正俊会長は、診療所の届け出状況について、「数字としては低い」との認識を示した。「今後、どうすれば届け出の手続きができるのか、その方法を教えられる人材を確保し、届け出率が上昇するよう、会員に丁寧に説明していく」と述べた。会員への支援についても、早急に検討する構えだ。

診療所の割合が低いのは、「届け出様式の記載内容が難解な点が多い」と分析。診療所によっては入退職が多く、賃金改善計画書を作成しにくいと説明した。

受診する患者が減った場合、ベア評価料による収入増よりも、賃上げ分の支出増の方が多くなる、との不安が医療機関にはあると指摘。支出増が上回る場合、補助金などで支援していく必要があると訴えた。

【メディファクス】