



埼玉医FAXニュース

編集・発行

埼玉県医師会広報担当 松山 眞記子

https://www.saitama.med.or.jp/kaiin/kaiin_7.html

県医師会理事会速報<5月9日>

金井会長挨拶

先日、春の叙勲褒章等の受章者の発表がありました。これについては先生方も新聞などでご覧になっているかと思いますが、当会に関わる先生方を紹介させていただきます。まず初めに、旭日双光章(保健衛生功労)を受章されたのが、本日の理事会に出席いただいている高橋茂雄先生です。おめでとうございます。そして瑞宝双光章(学校保健功労)を時田信博先生が受章されています。藍綬褒章(保健衛生功績)を、東入間医師会長の井上達夫先生が受章されています。瑞宝双光章(警察協力功労)を、栗原平先生が受章されています。瑞宝小綬章(教育研究功労)を、自治医科大学名誉教授の櫻林郁之介先生が受章されています。瑞宝双光章(保健衛生功労)を、元埼玉県立小児医療センター病院長の中村譲先生が受章されています。以上の先生方が受章されました。心からお祝いを申し上げます。

上田元埼玉県知事が、埼玉県は日本一早いスピードで高齢化が進むということを、挨拶等の中でよくお話しされていました。上田元知事がそういったお話をされていた頃から少し経つかと思いますが、先月の4月12日に、総務省が「人口推計(令和5年10月1日現在)」を発表しました。埼玉県においては75歳以上人口の対前年増加率が4.7%で、全国で最も高い増加率でした(全国平均は3.7%)。やはりこのスピードは速いのかなと感じるところです。一方、埼玉県の65歳以上人口の割合は27.4%ということで、こちらはまだ全国平均(29.1%)と比較して少し低いのかなと考えています。75歳以上の高齢者の増加率が高かった理由ですが、この年代の方々はいわゆる団塊の世代にあたり、東京都に勤める上で埼玉県に住所を置く場合が多かった。これは県の見解ですけれども、そういうことによって、75歳以上人口が多いという結果になったようです。

また、人口について、埼玉県では長い間増加が続いていました。埼玉県だけが人口減少はない県ということすら言われていたわけですが、ここ3年間は減少が続いたというような状況です。しかしながら、減少率は、人口が減少した道府県の中で三番目に低かったという状況です。

この人口の増減について、社会増減という言葉があります。これは転入と転出による人口の増減を意味しますが、これについては前年比0.47%増でした。転入者が多いという埼玉県の特性を表していると思っています。また、自然増減という言葉もあります。これは出生者と死亡者の差による人口増減を意味しますが、これについては、前年比0.55%減でした。社会増減率と自然増減率を合わせると、やはり人口は減少してしまったという状況です。

埼玉県の高齢化が進むスピードは速いと言っても、全国的に見れば若い県であると言ってもいいのかなと思います。

地方では、より高齢化率の高い県はたくさんあり、そこでは過疎化に対してどのように対応しようかと考えているところだと思います。この過疎化を食い止めようということは、しっかりと我々も考えねばならず、埼玉県庁ともお話しはさせていただいています。過疎化を抑えるためには医療がしっかりと支えなければなりません。例えば、医療が無くなったという状況になれば、その地域には人間は住まなくなると言っても過言ではないと思っています。

本日の理事会冒頭で県立病院機構理事長の岩中先生からお話しいただきましたが、医師連携をとるということ、それから医師を派遣するという体制づくりが重要です。順天堂大学附属病院が浦和美園に開院する件についても、県北部地域に医師を派遣するということから話が進みました。そういうことから考えても、人をいかに送るかというのは重要なので、新たな枠組みということで、副会長の丸木先生中心にやっけていただいているところです。難しい問題なので簡単に解決できるとは思っていません。しかし、医学部地域枠や寄付講座といったものがあり、これらを活用するというのも有効な手段だと考えています。いずれにしても過疎化を止める、そして地域格差を起こさないということをしっかりと考え、医療の立場から頑張っていきたいと思っています。先生方にもご協力をいただきたいと思います。本日もよろしくお願い申し上げます。

最近のトピックス

■特定健診 58.1%、保健指導 26.5%

22年度実施率、厚労省■

厚生労働省は5月10日、2022年度の特定健康診査・特定保健指導の実施状況を公表した。特定健診の実施率は全体で58.1%で、前年度から1.6ポイント増加。特定保健指導の実施率は全体で26.5%で、1.9ポイント増えた。

特定健診の保険者別の実施率は、以下の通り。▽市町村国保=37.5%(前年度比1.1ポイント増)▽国保組合=51.0%(2.0ポイント増)▽全国健康保険協会=57.1%(1.2ポイント増)▽船員保険=52.2%(0.2ポイント増)▽健保組合=82.0%(1.5ポイント増)▽共済組合=81.4%(0.6ポイント増)―。

特定保健指導の保険者別の実施率は以下の通り▽市町村国保=28.8%(0.9ポイント増)▽国保組合=13.5%(0.3ポイント増)▽全国健康保険協会=17.5%(1.0ポイント増)▽船員保険=14.3%(0.9ポイント増)▽健保組合=34.0%(2.9ポイント増)▽共済組合=34.5%(3.1ポイント増)―。

※1

損害保険・生命保険のお問い合わせ・ご相談は

(有)埼玉メディカル

〒330-0062 さいたま市浦和区仲町3-5-1

TEL 048-823-9230 / FAX 048-823-9260

■医師偏在対策、「インセンティブ」「規制的手法で」 端本主計官■

財務省主計局の端本秀夫主計官（厚生労働係、社会保障総括担当）は本紙の取材で、医師偏在対策について、全世代型社会保障の改革工程に沿って、診療報酬などの「経済的インセンティブ」と、「規制的手法」を組み合わせるべきだとの見解を示した。

いずれかの手法だけで目的を達成しようとする、「弊害」が大きくなると説明。強力な対策が必要というコンセンサスはあるのではないかとし、「どう組み合わせていくのが現実的に機能するのかそういう視点からの検討が必要だ」と述べた。

4月の財政制度等審議会に財務省が示した資料によると、人口10万人当たりの無床診療所数（2021年）は、全国平均で78.2施設。東京23区は112.5施設で、平均を4割以上、上回っている。端本氏は、都市部では人口が集中する以上に、医師・診療所が集中している、との認識を示した。

都市部で、新規開業規制などの規制的手法を取れば、新規参入を阻むことになるため、今後開業しようとする医師にとって機会均等の観点から不平等が生じる。都市部に診療所が集中するのは、経済的インセンティブの大きさが一因との指摘もある。

端本氏は「規制的手法は必要だが、偏在の一因となっている経済的インセンティブも同時に是正しなければならない。そうでなければ不平等な状態が長期間継続してしまう」と話した。このため、財務省としては、改革工程に沿って「幅広いオプション」を提案していると説明。▽病院勤務医から開業医へのシフトを促すことがないような診療報酬体系の適正化▽地域別診療報酬体系の導入▽医師過剰地域での新規開業規制一などを挙げた。

端本氏は、診療所の偏在是正に向けた地域別診療報酬体系の導入について、まずは不足地域の報酬単価を維持した上で、過剰地域の単価の引き下げのみを行うべきではないか、との考えを示した。引き下げで生じた財源を、不足地域に充てる仕組みが重要だとした。 ※2

■若手医師の「挑戦」を紹介、日医シンポ 勤務医・地域医療■

日本医師会は11日、若手医師の活躍を紹介するシンポジウム「未来ビジョン 若手医師の挑戦」を開いた。病院に勤務しながら栃木県医師会常任理事を務める滝田純子氏や、佐賀県の過疎地域で七山診療所長を務める阿部智介氏らが登壇し、自らの活動と医師会の役割について講演した。

●医師会の活動、「一般の人たちには見えない」

滝田氏は「勤務医だけで医療が行われているわけではない。医療保険制度も、DPC病院に勤務していると、全く気にならなくなってしまう」と説明。栃木県医の役員に就き、医師会活動によって視野が広がったとした。

ただ、医師会の活動は「一般の人たちには見えない」と指摘し、情報発信を課題に挙げた。▽医師会のメリットや社会貢献を、医師以外の一般の人にも知らせる活動▽開業医と勤務医のつながりを深める活動一に取り組むたいと、意欲を示した。

●「持続可能な過疎地医療を」

阿部氏は、高齢化が進む地域での自身の取り組みを説明した上で、「地域の医療を医師1人で支えるには限界がある」と述べた。地元の唐津東松浦医師会理事として、他職種や行政とも連携しながら、「持続可能な過疎地医療に取り組むたい」とした。

丸の内の森レディースクリニック院長の宋美玄氏は、メディアを通じた発信をテーマに講演した。

京都医療センター総合内科診療科長の小山弘氏は、京都府医師会で取り組む、若手医師による臨床研修医への教育プログラムを紹介した。

シンポジウムは昨年度から開催。全国各地で活躍する若手医師の取り組みを取り上げ、国民の信頼に応える医療の未来ビジョンを探ることを目的としている。シンポの内容は近く、ユーチューブの日医公式チャンネルで公開する。 ※3

■回リハの報酬見直し、経営にマイナス影響

埼玉県・真正会■

埼玉県川越市で医療・介護事業を手がける医療法人真正会の斉藤正身理事長は、2024年度診療報酬改定について、回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しが経営に及ぼすマイナス影響が大きいと説明した。ケアミックス型の霞ヶ関南病院（同市、199床）で、123床を占める回リハ病棟だけを見ると、改定後は月250万円程度の減収になるとした。

回リハ病棟入院料は、点数は上がったものの、体制強化加算（80～200点）を廃止。要件も全体としては厳しくなった。斉藤氏は、加算廃止が「大きな驚きだった」と話す。

霞ヶ関南病院全体では、改定後の点数をそのまま反映すると、ベースアップ評価料を除き、診療収入が月50万円近く下がる。6月改定を見据え、院内に併設する歯科で、回リハ病棟における口腔管理をより充実させていく予定だ。これで月70万円程度の収入を確保する。

一方、介護報酬改定は経営に好影響を及ぼした。リハ職を手厚く配置してきた介護の通所リハは、月120万円程度の増収になる。大規模減算の見直しで、「ようやく報われた」とした。介護事業全体では160万円程度のプラスと見込む。

●リハ職の「アセスメント能力」、報酬評価を 斉藤氏

日本リハビリテーション病院・施設協会（リハ病協）の会長を務める斉藤氏は、今回の診療報酬改定を踏まえ、今後のリハの在り方にも言及した。急性期リハの土日対応など、患者のADLを低下させない取り組みを評価することに伴い、回リハ病棟の入院期間は短くなるとの予測を示した。回リハ病棟で、医師の「専従」を「専任」に緩和することも考慮すると、「（在宅医療など）地域に目を向けることが重要だ、という厚生労働省のメッセージではないか」とした。

地域に出て行くという方向性は、リハ病協の方針とも合致すると説明した。「患者さんがどんな疾患・状態でも、生活機能の向上に向けて関わるのがリハの基本」と強調。リハのあるべき姿を問い直し、2年後の改定に向けて発信していくことに意欲を示した。

回リハの資源投入量は、チームとして集中的に介入する入院直後に高まると指摘。しかし、現在の報酬は、入院から退院まで同じ単位数を算定できる体系になっていると問題意識を示した。患者の退院に向けて、「在宅の生活を想定し、リハ職が直接的に関わる必要がないところまで目指していくべき」と述べた。

リハ職については、適切なリハの計画を立てられる「アセスメント能力」を、報酬で評価すべきだと考えている。今後、リハ病協で検討を進め、リハ関連9団体が加盟する全国リハビリテーション医療関連団体協議会に提案する構えを見せた。 ※4

（記事は日医FAXニュース※1：R6.5.14

※2：R6.5.13 ※3※4：R6.5.14

各号より抜粋）

※次回のFAXニュース送信は、R6年6月8日の予定です。