



# 医療提供体制の「三位一体」改革

慶應義塾大学法科大学院・医学部外科

TMI総合法律事務所

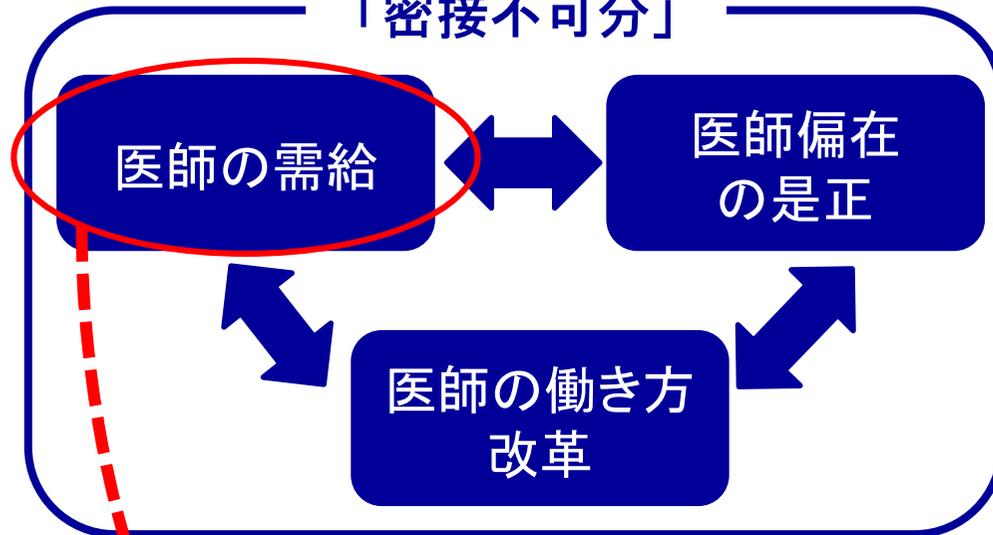
参議院議員

古川俊治

# 「医師の働き方改革」への対応と総合的な医療提供体制改革

2017年秋～2018年

「密接不可分」



「医師の需給」改善は重要だが、直ぐに医療提供体制に効いてこない  
＝ 2024年に間に合わない？

医師の需給  
＝ 医療機関が分散、病床数が過剰なままでは、医師の需要は過剰になる  
＝ 医療機関の再編・統合無しには、医師偏在是正は困難？

2019年秋

「三位一体」

I. 医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現: 2025年まで)

II. 医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する  
上限規制: 2024年～)

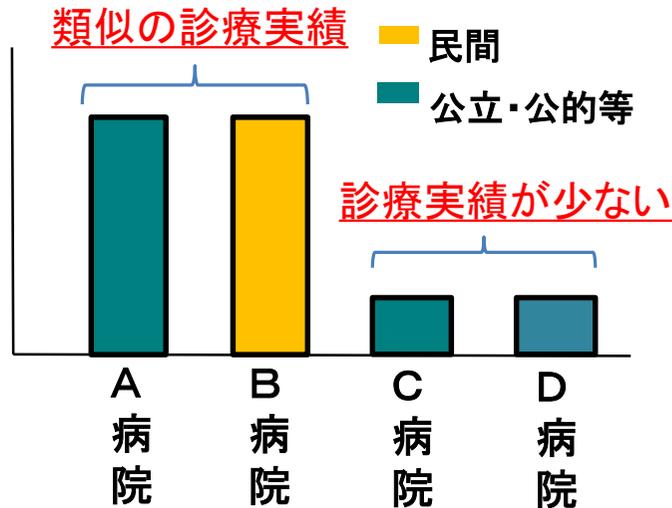
III. 実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年: 2036年)

# 「再編統合要請病院424病院」の衝撃

## ①診療実績のデータ分析

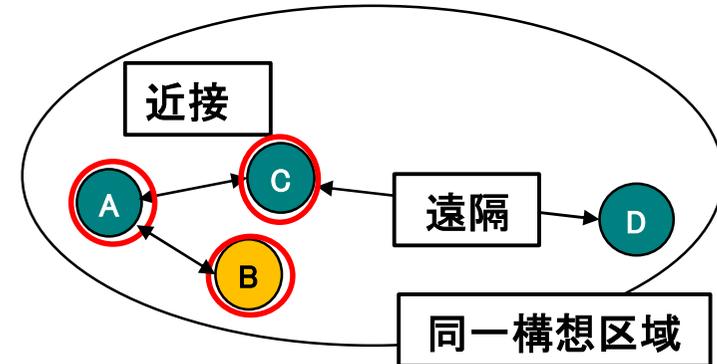
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



## 分析のイメージ

## ②地理的条件の確認

類似の診療実績がある場合のうち、近接している場合を確認



①及び②により「代替可能性あり」とされた公立・公的医療機関等

## ③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における検証

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、医師の働き方改革の方向性も加味して、

- 代替可能性のある機能の他の医療機関への統合
- 病院の再編統合

について具体的な協議・再度の合意を要請



人口減少地域の評価が甘い。  
構想区域を超えた患者の現実の動きを考慮していない。  
特殊機能に優れた医療機関の特徴を考慮していない。  
がんと救急を同列に扱っている。

しかし、医療機関の集約化は不可避  
(特に人口減少地域)

## 経済財政運営と改革の基本方針2019(令和元年6月21日閣議決定)

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき**医療機能の再編、病床数等の適正化**に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中(医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで)に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても**病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。**

**病床機能の再編 ≠ 医療機関の再編・統合**

**病床機能の再編 = 医療費抑制の観点から重要**

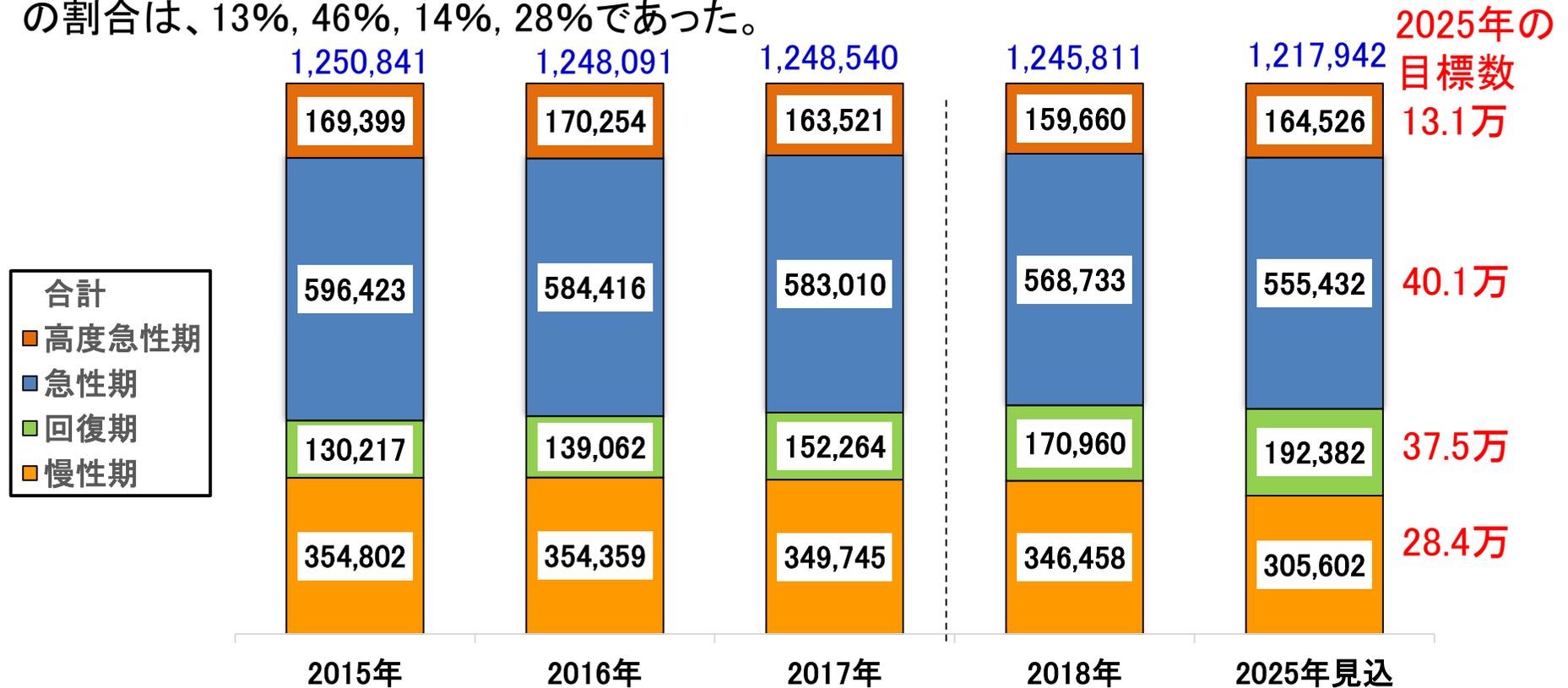
**医療機関の再編・統合**

**= 医師の働き方改革、医師の偏在対策を進める上で重要**

**既に知事には法律上の強い権限あり。知事に地町村長を裏切るような政治的に困難な決断を期待できるか？**

## 病床機能ごとの病床数について(2018年速報値)

○ 2018年度の病床機能報告では、病床数ベースで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の割合は、13%、46%、14%、28%であった。



| (病院、診療所) | (参考)2015年<br>(※確定値) |       | (参考)2016年<br>(※確定値) |       | (参考)2017年<br>(※確定値) |       | 2018年<br>(※速報値) |       | 2025年見込<br>(※2018年度報告速報値) |       |
|----------|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|-----------------|-------|---------------------------|-------|
|          | 病床数                 | 割合    | 病床数                 | 割合    | 病床数                 | 割合    | 病床数             | 割合    | 病床数                       | 割合    |
| 高度急性期    | 169,399             | 13.5% | 170,254             | 13.6% | 163,521             | 13.1% | 159,660         | 12.8% | 164,526                   | 13.5% |
| 急性期      | 596,423             | 47.7% | 584,416             | 46.8% | 583,010             | 46.7% | 568,733         | 45.7% | 555,432                   | 45.6% |
| 回復期      | 130,217             | 10.4% | 139,062             | 11.1% | 152,264             | 12.2% | 170,960         | 13.7% | 192,382                   | 15.8% |
| 慢性期      | 354,802             | 28.4% | 354,359             | 28.4% | 349,745             | 28.0% | 346,458         | 27.8% | 305,602                   | 25.1% |
| 合計       | 1,250,841           |       | 1,248,091           |       | 1,248,540           |       | 1,245,811       |       | 1,217,942                 |       |

※2025年見込に関しては2018年データ。報告医療機関は毎年異なっており、2015年から2017年について単純に比較はできないため参考としている。

2018年度病床機能報告医政局地域医療計画課調べ  
(2019年5月時点・精査中)

## 地域医療構想に関する誤解

### ●医療法上の病床機能と診療報酬上の入院基本料・特定入院料等との関係の混乱

(本来無関係なはずだが、病院関係者や行政では関連性が強く意識されている。病床機能報告マニュアル<基本編>での太字記載「病床機能報告においていずれの医療機能を選択されても、診療報酬上の入院料等の選択等に影響を与えるものではありません。」・・・**本当?**)

[高度急性期⇔7対1、急性期⇔10対1？

回復期⇔回復期リハビリテーション病棟入院料？]

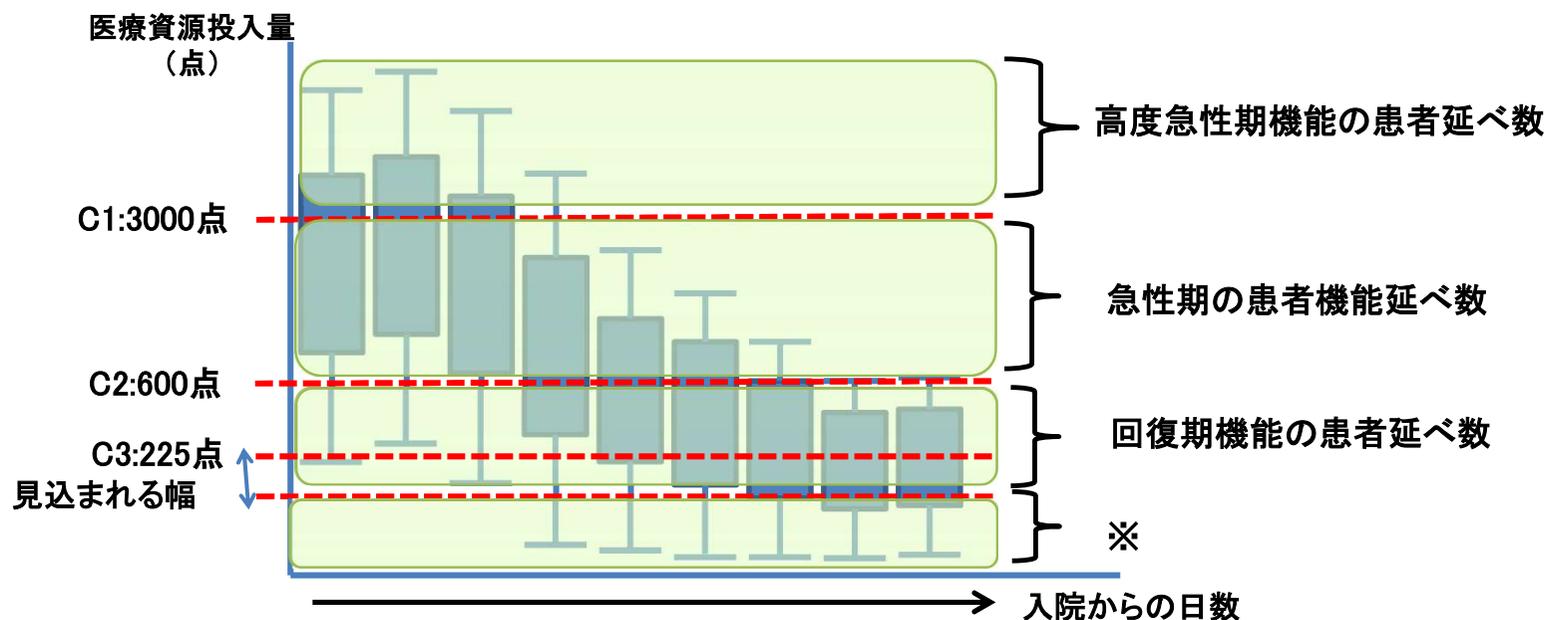
医療機関が疑心暗鬼になり、自院の素直な機能の報告を躊躇する。

### ●医療法上の病床機能概念と推計量の考え方の齟齬

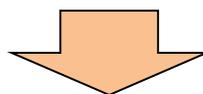
必要量推計では、「回復期病床」とは医療資源投入量が低い病床のことであり、回復期治療のための病床を含むが、主体は急性期の軽症疾患治療のための病床である。

# 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
  - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



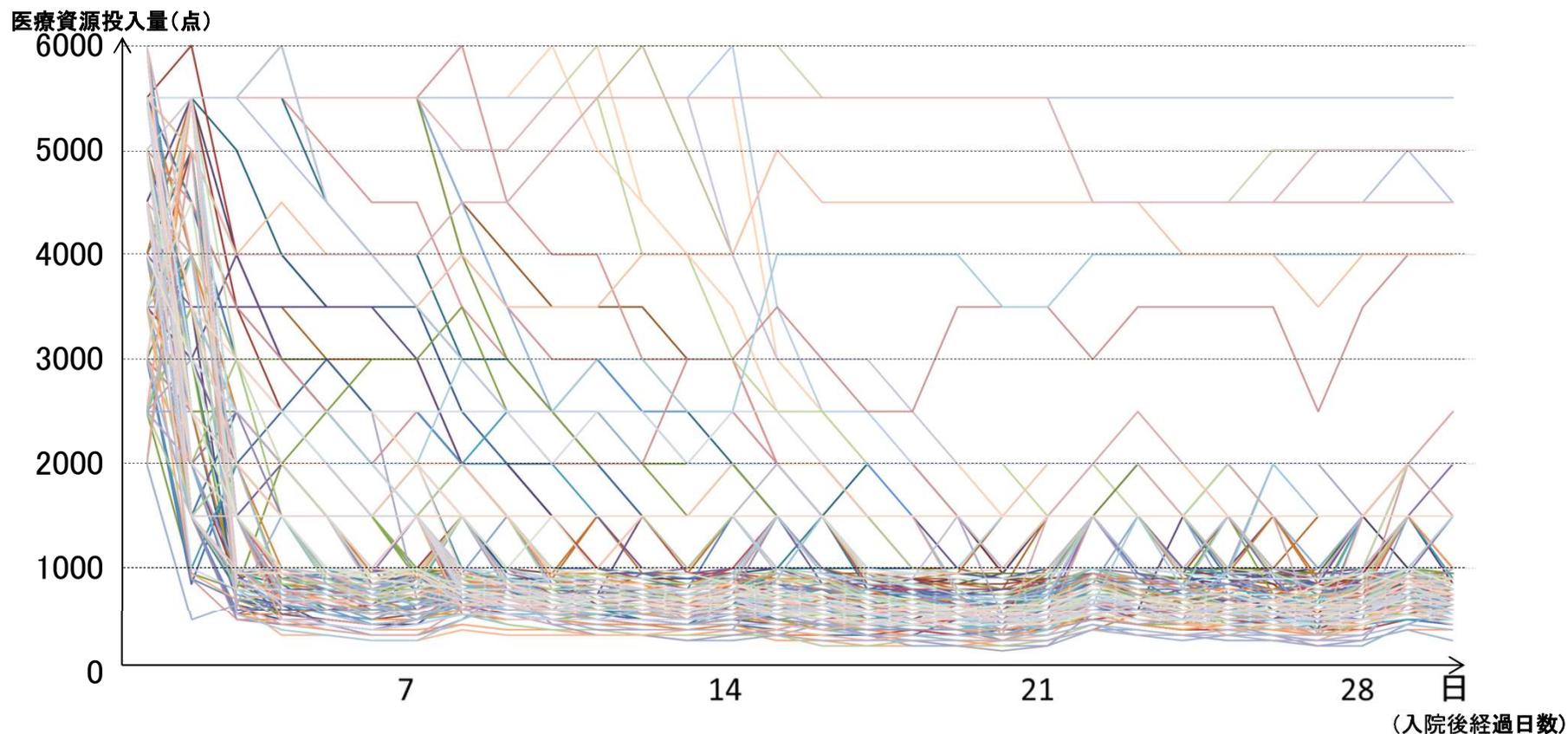
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



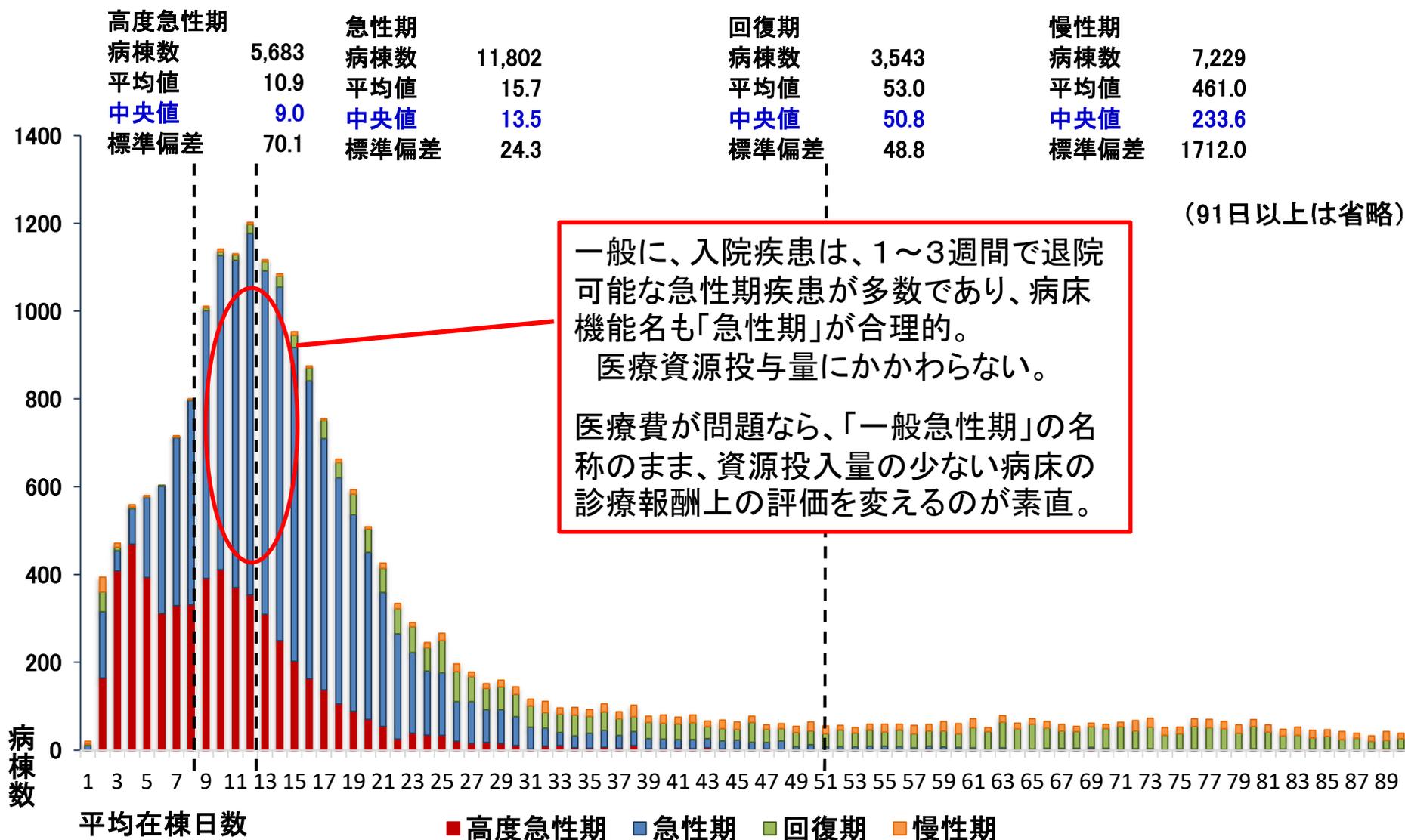
全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

## 医療資源投入量(中央値)の推移(入院患者数上位255の疾患の推移を重ね合わせたもの)

- 推計入院患者数の多い傷病小分類上位255の疾患を選び、DPCデータにおける各疾患の医療資源投入量※を入院後経過日数ごとに分析し、中央値を示した。(当該255疾患の入院患者の合計入院数(人・日)が、全疾患の入院患者の合計入院数(人・日)に対して占める割合は63.1%であった。)
  - 255の疾患の医療資源投入量の推移を1つのグラフにプロットした下図を見ると、異なる動きをする疾患がいくつかあるものの、以下のことが分かる。
    - ・ 入院初日から2~3日は、医療資源投入量が特に高い状態がある。
    - ・ その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定している。
- ※患者に対して行われた1日あたりの診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値。ただし、入院基本料相当分は除く。



# 病床機能ごとの平均在棟日数の病棟分布(2018年度速報値)



2018年度病床機能報告データに基づき、2017年7月1日から2018年6月30日の間の新規入棟患者数、退棟患者数及び在棟患者延べ数を用いて病棟ごとに平均在棟日数を算出して、医療機能ごとに平均在棟日数の病棟分布を示したもの。

(平均在棟日数) = (在棟患者延べ数) ÷ ((新規入院患者数) + (退棟患者数)) ÷ 2 ※2017年7月1日～2018年6月30日の1年間の患者数

# 「医師の働き方改革」問題

## ●「医師の自己研鑽」も労働時間とする判例の妥当性

上司の黙示の指示有り → 労働時間に該当  
上司が奨励 but 黙示の指示無し → 「労働時間」に該当せず。  
(令和元年7月1日・基発0701第9号)

不明確な基準で、解釈によって労働時間は、いくらでも増える。

## ●ダブルワーク、トリプルワークへの対応の超困難性

## ●「医師の働き方改革」VS「医師偏在の是正」の緊張関係

派遣先病院から大学病院への医師の一斉引き上げ

(「地域医療確保暫定特例水準」を超える医師の居る大学病院は諸類型最多の88%)

→ 「地域医療崩壊」の新たな火種??

→ 個人の力量に相当に依存する医療機関の実績  
病床再編・統合の前提が崩壊?

## ●「応招義務」の裁判例を無視した解釈(令和元年12月25日・医政発 1225 第4号)

「医師」の職業倫理に関する原則が労基署の圧力により変容?

●診療報酬改定は、患者に施療された医療内容を評価するもの。勤務医の残業代支払いに充てられるのは理解できるが、本来、医師の「働き方改革」という労働政策目的を実現する手段として用いられるべきではない。

# 医療・介護関連技術の進歩

## ● AIの実装(技術革新の融合: digital x bio)

ex. Apple Watchで心房細動の84%を診断し得た。

(*The New England Journal of Medicine*, 381;20,1909 Nov.14,2019)

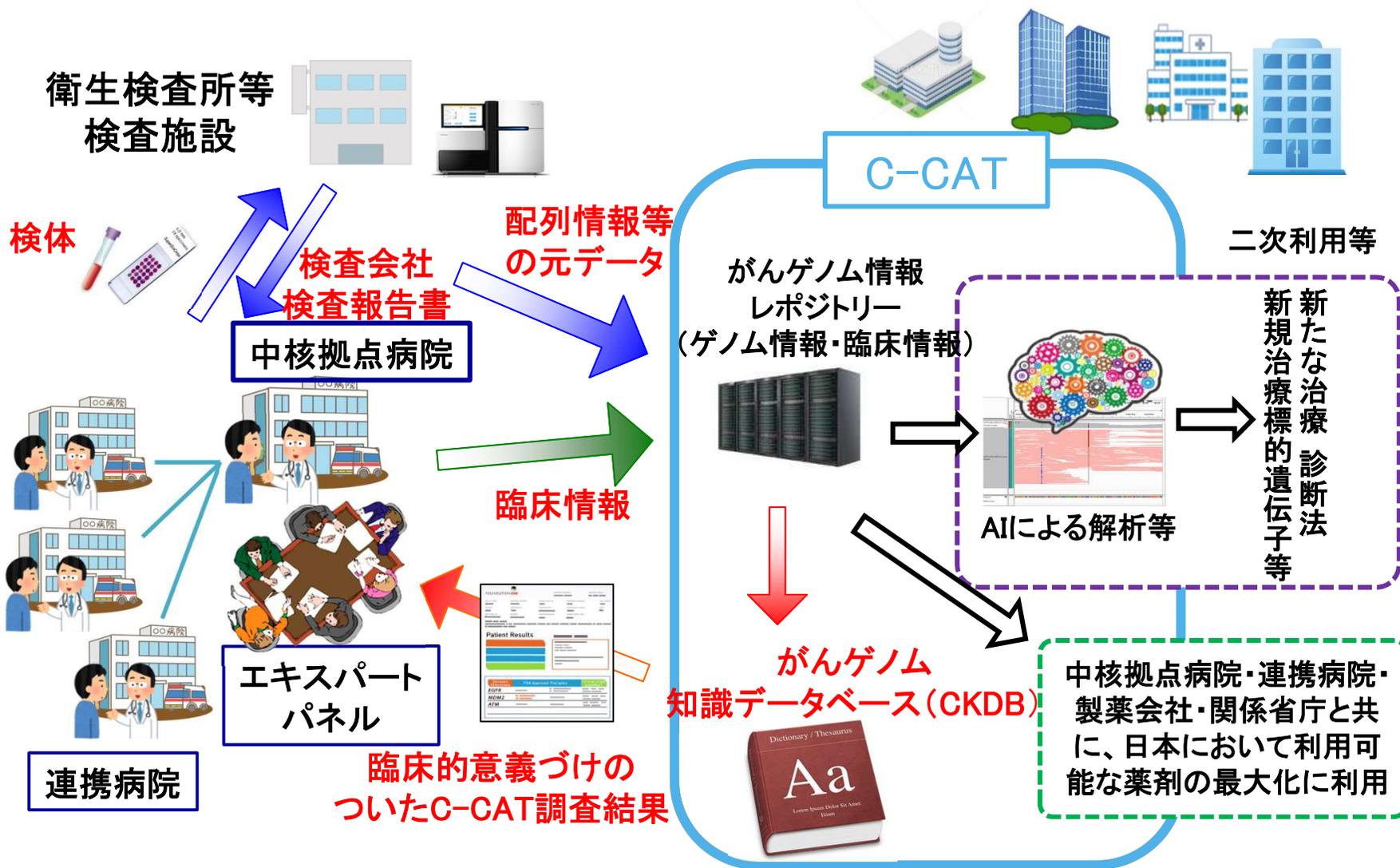
心房細動:70歳以上の20~30人に1人、脳梗塞の主要な原因、2時間以内に治療開始すれば後遺症無く回復可能

## ● 全ゲノム解析等に基づく医療

「がん・難病等のゲノム医療を推進する。がんについては、その克服を目指した全ゲノム医療の実現に向け、質の高い全ゲノム情報と臨床情報を、患者同意及び十分な情報管理体制の下、国内のがんゲノム情報管理センターに集積し、当該データを、関係者が幅広く創薬などの革新的治療法や診断技術の開発等に分析・活用できる体制を整備し、個別化医療を推進する。難病等については、より早期の診断の実現に向けた遺伝学的検査の実施体制の整備や、遺伝子治療を含む全ゲノム情報等を活用した治療法の開発を推進する。」

(成長戦略フォローアップ計画 2019年6月21日閣議決定)

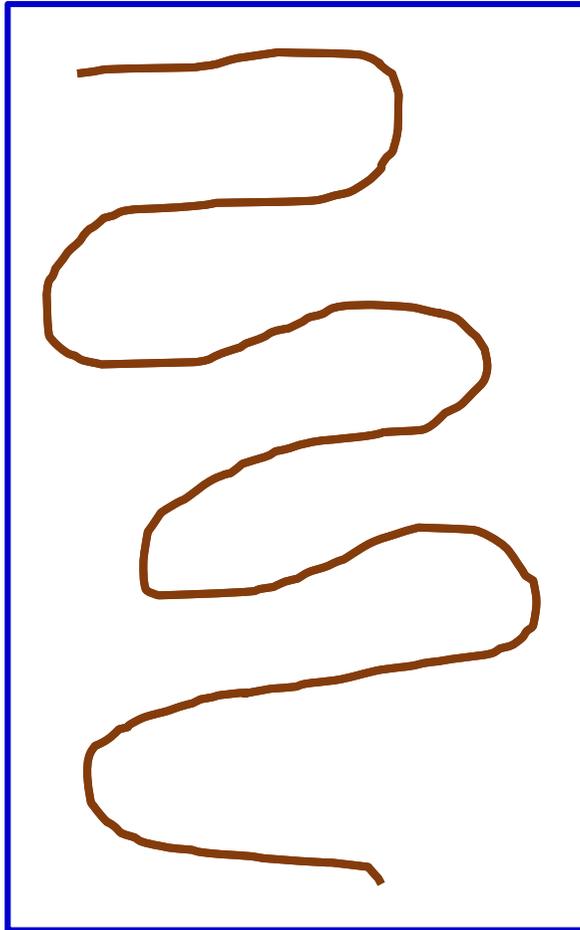
# がんパネル検査(2019年6月から保険適用)



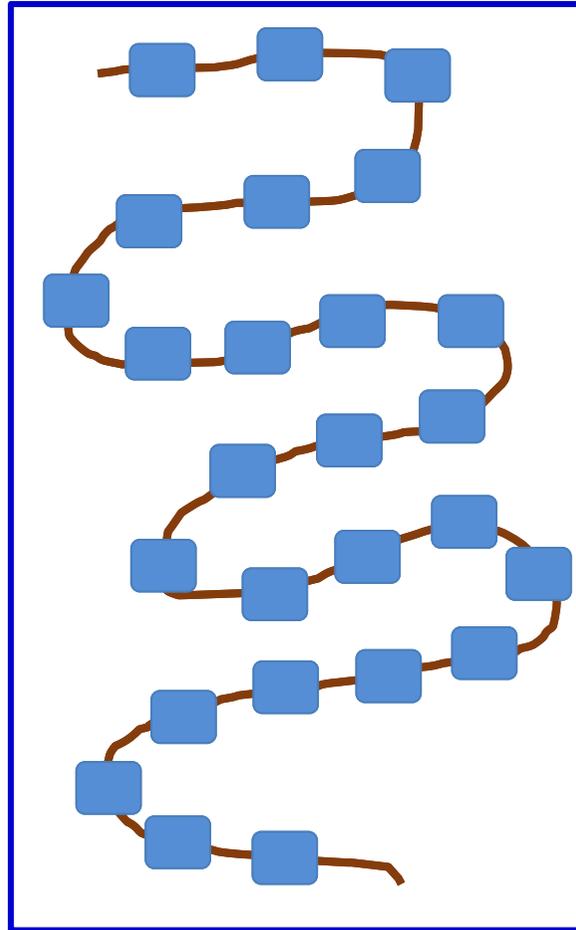
パネル検査後、適合薬剤等による治療を受けられる患者の割合は、現時点では10~20%

# 全ゲノム・全エクソン解析と遺伝子パネル

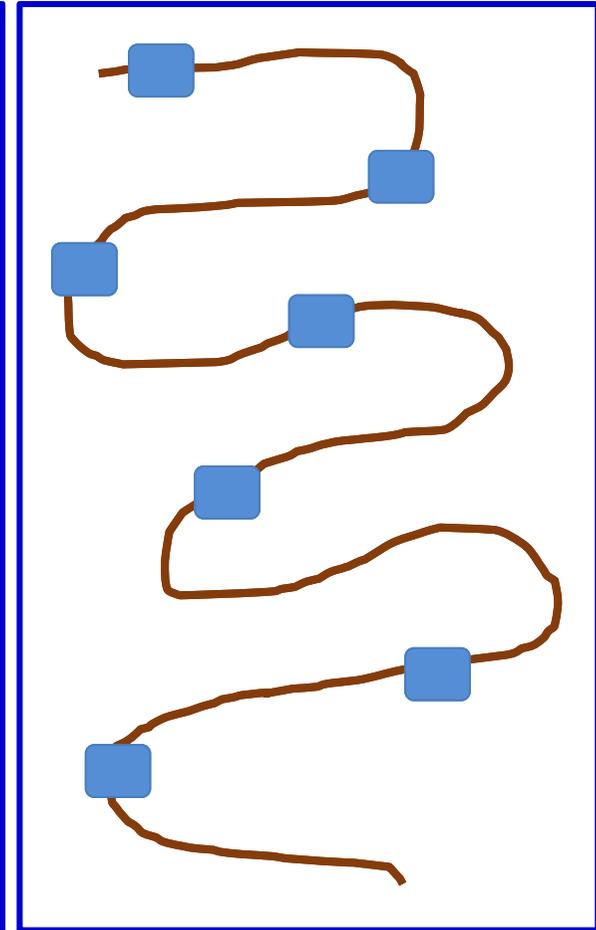
全ゲノム  
30億塩基



全エクソン  
6000万塩基 (2%)



遺伝子パネル  
150万塩基 (0.05%)

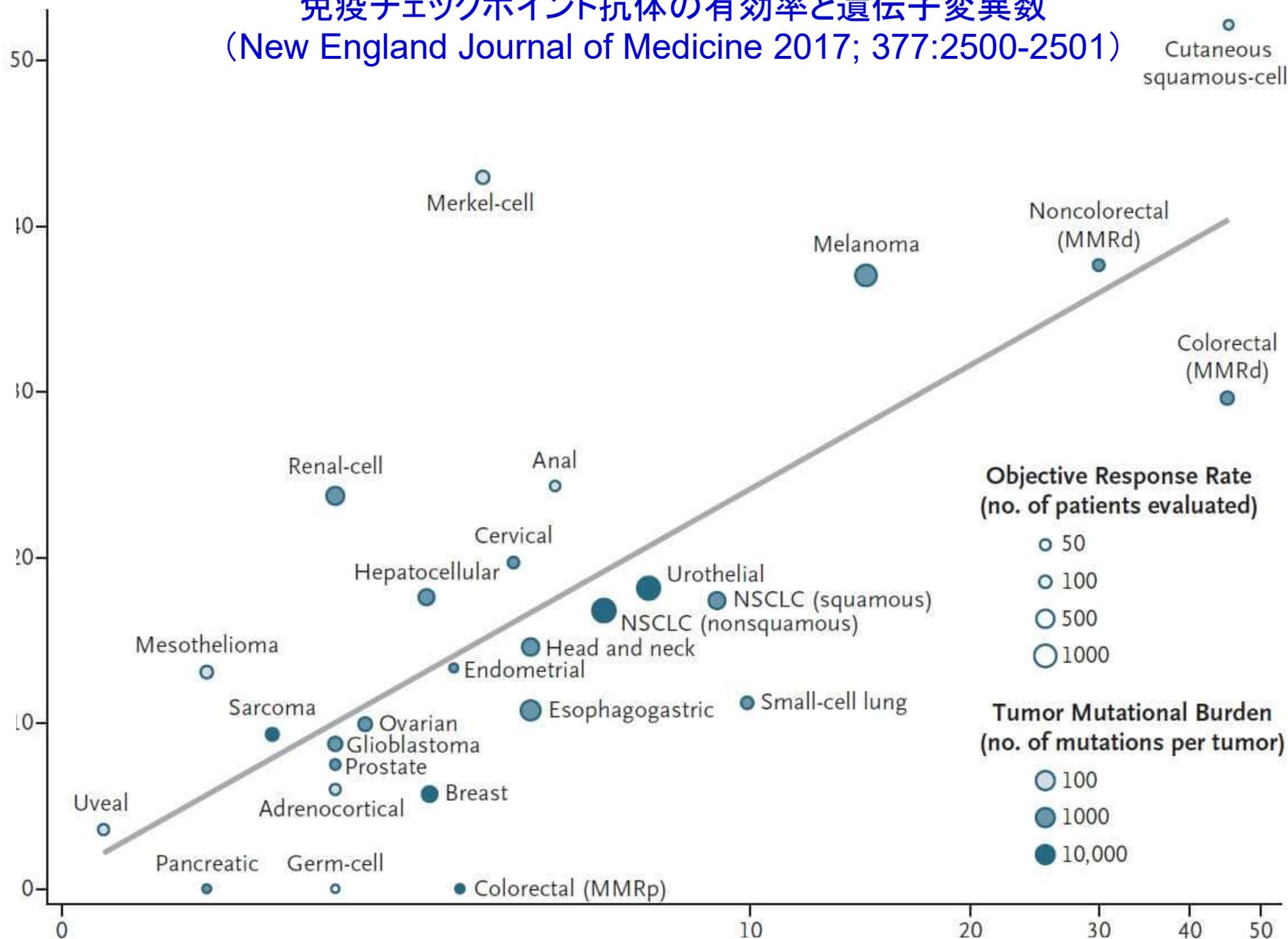


ゲノムには  
20,000~50,000遺伝子

全遺伝子1%前後

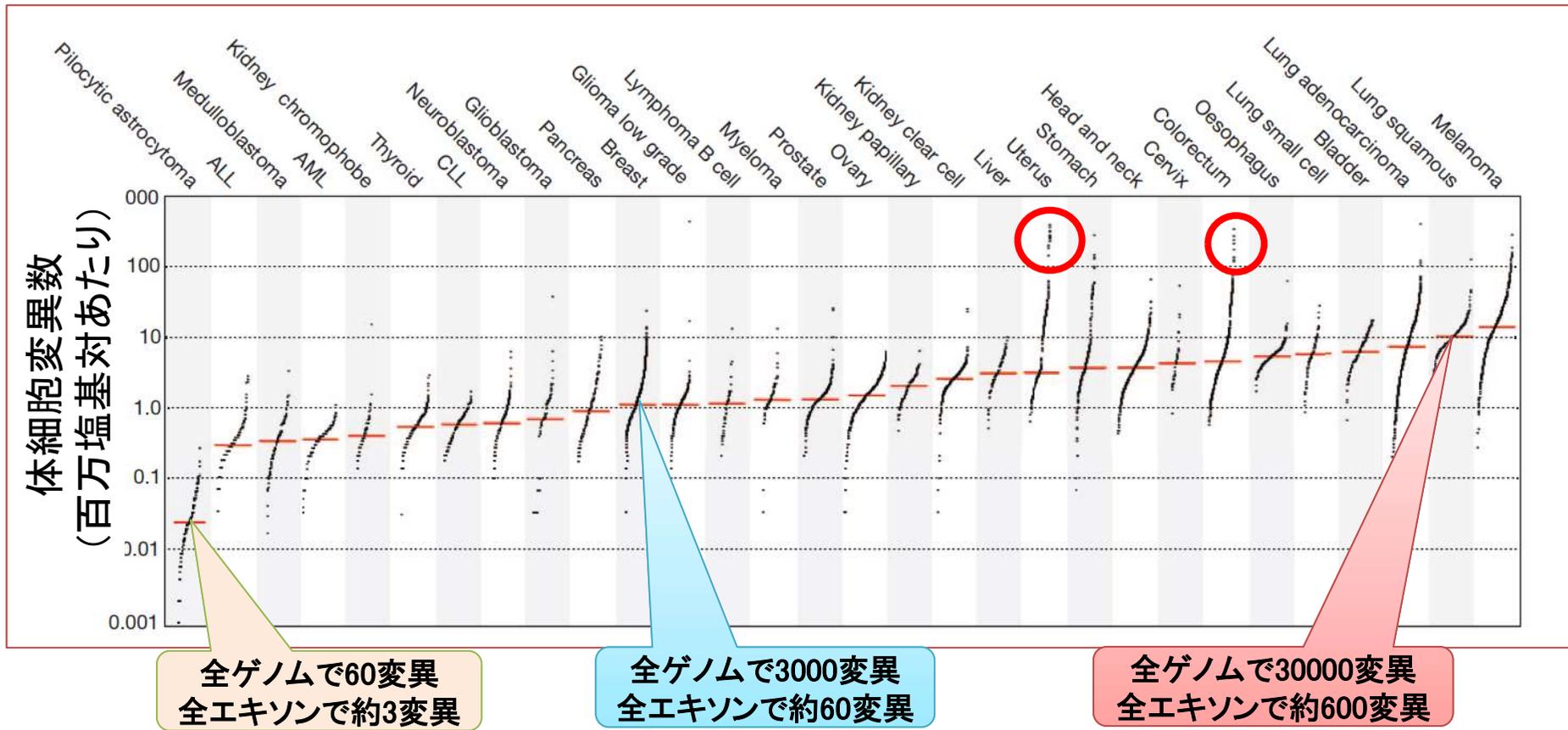
## 免疫チェックポイント抗体の有効率と遺伝子変異数 (New England Journal of Medicine 2017; 377:2500-2501)

免疫チェックポイント抗体の有効率



エクソン内の遺伝子変異数 (百万塩基対あたり)

# 種々のがんにおける遺伝子異常数(遺伝子変異数/百万塩基対)



(MITグループ Nature 2013)

## 免疫チェックポイント阻害薬（ICD）の奏効率

| がんの種類       | 縮小率(%)        |
|-------------|---------------|
| メラノーマ       | 20-32%        |
| 胃がん         | 31%           |
| 食道がん        | 30%           |
| <b>膀胱がん</b> | <b>25-26%</b> |
| <b>腎臓がん</b> | <b>25%</b>    |
| 小細胞肺がん      | 18-25%        |
| 頭頸部がん       | 12-25%        |
| 非小細胞肺がん     | 14-19%        |
| 乳がん         | 12-19%        |
| 卵巣がん        | 10-15%        |
| 子宮内膜がん      | 13%           |
| 子宮頸がん       | 13%           |
| 肝臓がん        | 9%            |

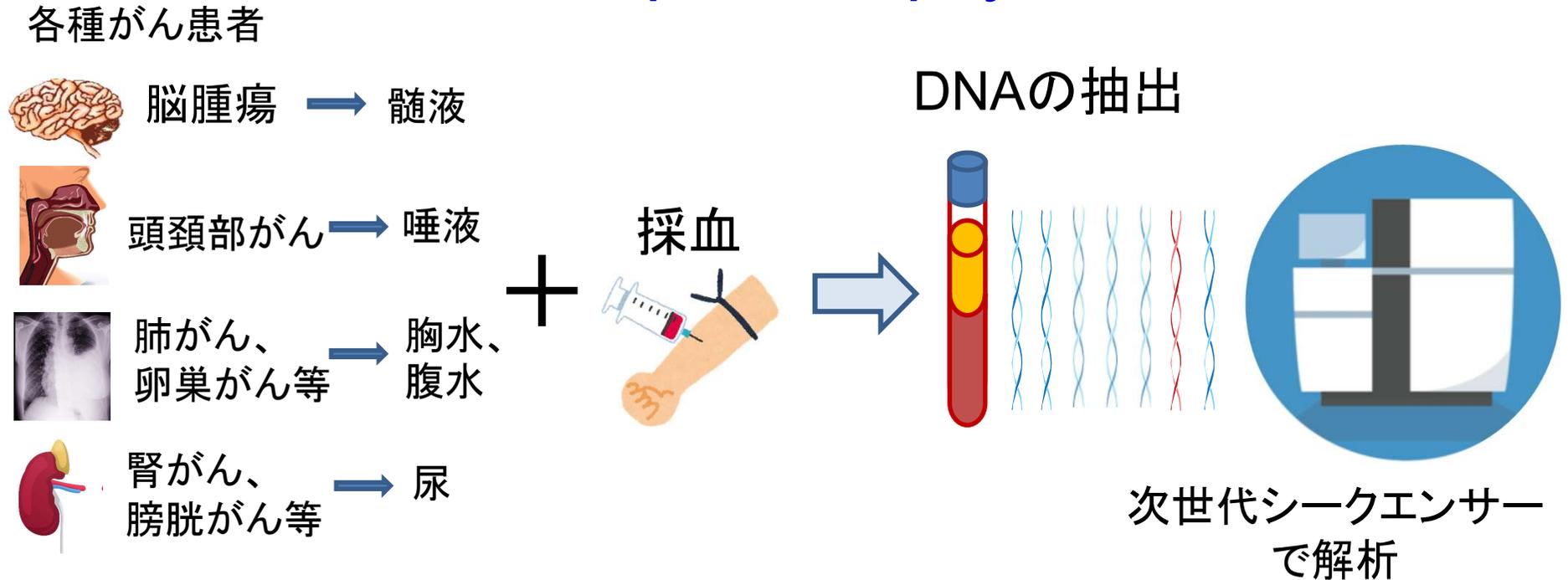
70-80%の患者には効果が無く、強い副作用が出るのみ。数千億円の無駄



遺伝子変異数等、各種がんの特性をデータベース化し、AIで解析すれば、膨大な無駄の削減につながる。

遺伝子変異数に基づいて、現在は保険適用外のがん患者に対しても、ICDの効果を期待できる患者を見つけることができる。

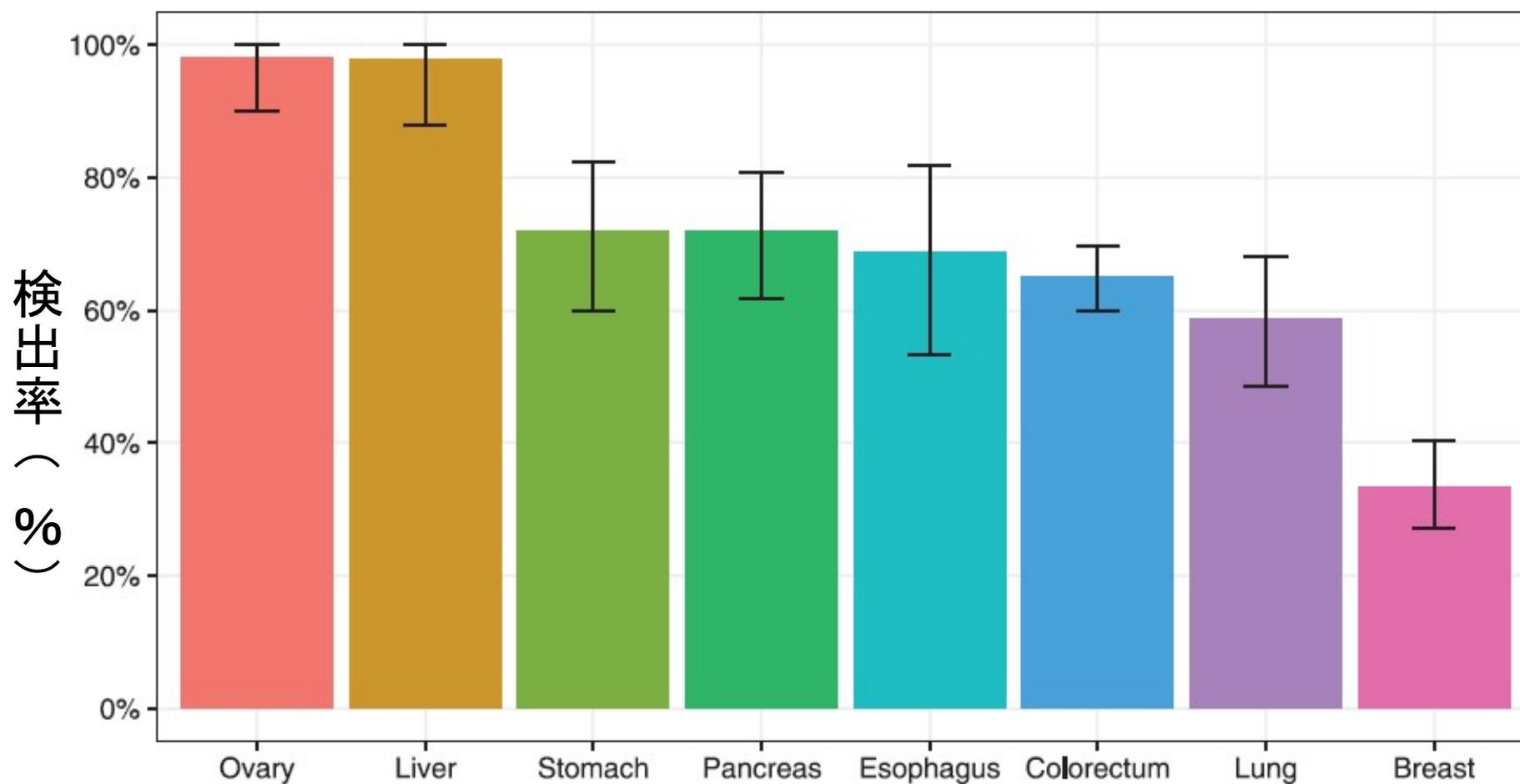
# Liquid Biopsy



組織を採取するよりも、侵襲性が低く、安全で、安価に検査ができる

1. 低いがん検診率。症状が出てから、進行がんと診断されるケースが少ない。早期に診断されると治癒の可能性が高くなり、治療費の節減に役立ち得る。
2. 治療効果や再発の有無をより精度高く、早く判定できる。
3. 治療法を適切に判定できるため、無駄な抗がん剤の使用・副作用を回避できる。  
(ex. EGFR異常の約半数で、第1世代薬剤に抵抗性を示す遺伝子変異が検出された。)
4. 分子標的治療薬の選択にも応用できる。

リキッドバイオプシーは切除可能ながんの  
70-80%を検出できる  
(Science359, 926-930(2018) 23February 2018)



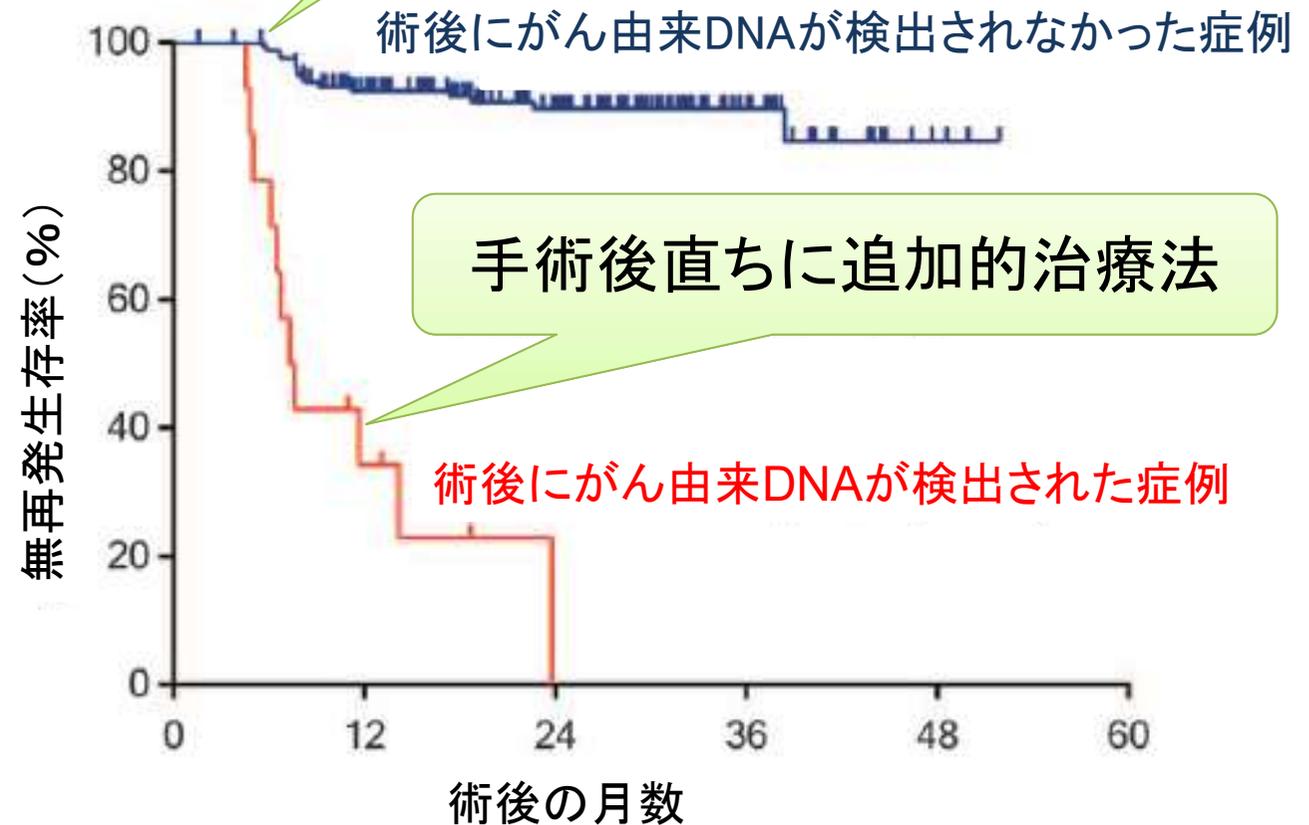
# Circulating tumor DNA analysis detects minimal residual disease and predicts recurrence in patients with stage II colon cancer

(*Science Translational Medicine* 2016

Jul 6;8(346):346ra92.)

リキッド・バイオプシーにより9割の無駄な抗がん剤治療を止められる可能性

リキッドバイオプシーにより経過観察。陽性になれば直ちに治療開始。



# 医療提供体制の「三位一体」改革を占う+α

- 2025年地域医療構想実現は困難  
「軽度急性期」の扱いを早急に明確化する必要。
- 医療機関の再編・統合は不可欠だが進まない。  
知事任せは無責任。国で一定の方針を明確化する必要。
- 働き方改革は非現実的な課題あり。地域医療への影響も甚大。  
現実を踏まえた、労基署の抑制的な運用が必要。
- 全ゲノム解析等導入の政策的課題
  - ・ 費用対効果：投資に見合う治療効率の向上、医療費削減に本当に役立つか？
  - ・ 患者のアクセス：最新研究の進化のスピードが速くなっており、新技術へのアクセスによって治療効果の差が開いてくる可能性  
経済的・情動的・地理的公平を、どのように実現するか？