全日病ニュース NEWS
2019.5.1
No.939
ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION　http://www.ajha.or.jp / mail:info@ajha.or.jp

2020年度改定に向け第1ラウンドの議論を開始

中医協総会　「乳幼児期～学童期・思春期」と「周産期」をテーマ

中医協総会（田辺国昭会長）は４月10日、2020年度診療報酬改定に向けた第１ラウンドの議論を開始した。年代別・世代別の課題をとり上げ、この日は、「乳幼児期～学童期・思春期」と「周産期」をテーマとした。０～19歳の受診理由でアレルギー関連疾患が多いことや、発達障害を中心とした精神疾患の受診の急増を踏まえ、かかりつけ医機能の評価を検討することに、多くの委員が賛同した。周産期では、１月に凍結された「妊婦加算」に関して議論があった。

「乳幼児期～学童期・思春期」の年齢ごとに最多の受診理由（2017年調査）をみると、０歳で予防接種（12.4万人）、１～４歳で喘息（20.7万人）、５～９歳で喘息（15.0万人）、10～14歳でアレルギー性鼻炎（8.1万人）、15～19歳でざ瘡（アクネ）（4.8万人）となっている。

上位はアレルギー関連疾患が多い。０歳は４位にアトピー性皮膚炎、１～４歳は１位の喘息、５位のアトピー性皮膚炎、５～９歳は１位の喘息、６位のアトピー性皮膚炎、10～14歳は１位のアレルギー性鼻炎、３位の喘息、15～19歳は５位のアレルギー性鼻炎、６位のアトピー性皮膚炎が登場する。

乳児期のアトピー性皮膚炎が原因で、皮膚によるバリア機能が低下し、後年、食物アレルギーや気管支喘息などを発症するリスクが増加する考え方をアレルギーマーチという。進行を予防するには、早期から介入し、乳児期から幼児・学童期に至るまでの継続的な管理が重要になる。診療報酬では、小児かかりつけ診療料で、アトピー性皮膚炎など慢性疾患のかかりつけ医による継続的な管理を評価しているが、対象は未就学児である。

20歳未満の疾患では、精神疾患患者の動向も示された。統合失調症やてんかんなど従来からの疾患の患者数の増減は大きくないのに対し、発達障害を中心に「その他の精神および行動の障害」の受診が最近６年間（2011～2017年）で倍増している。小児の精神疾患に関連する診療報酬の算定回数も増加傾向にあり、年齢が上がるに従い、通院・在宅精神療法の算定回数が急増する。

厚生労働省はこれらを踏まえ、特定の疾患が入院から外来を主体とした医療に変化する中で、継続的な管理が必要な疾患の入院・外来のあり方を論点とした。小児期から成人期への移行が円滑に行われる体制も課題とした。医療的ケア児の学校との連携、障害福祉サービスとの関係の整理なども、引続きの課題としている。

全日病会長の猪口雄二委員は、「小児期からの患者は、成人期になっても小児期からのかかりつけ医がずっと診ている場合がある」と述べ、円滑な移行を支援する必要性を強調した。また、「その他の精神および行動の障害」が最近５年程で倍増したことに対し、詳細な資料を求めるとともに、「その後は中高年までうつ病が１番多くなる。小児期だけでなく、その後の年代との関連も示してほしい」と求めた。

他の委員からも、小児期のかかりつけ医によるアレルギー関連疾患の早期介入と継続的な管理、成人期への円滑な移行、発達障害を中心とした「その他の精神および行動の障害」への対応を必要とする意見が多かった。ただ、支払側の委員は、「診療報酬の評価は、補助金など他の制度で対応できることとの関係を整理し、メリハリをつける必要がある」と釘をさした。

妊婦加算に関し診療・支払側が意見

周産期については、妊産婦の高齢化により、糖尿病など妊娠していなくても発症する偶発合併症が増えていることを踏まえた対応が課題とされた。その際に、精神疾患との合併も少なくないことが指摘された。近年の改定では、入院医療におけるハイリスクな妊婦を対象とした診療報酬の充実を図ってきた経緯がある。

今回、厚労省は、ハイリスクな妊婦とともに、外来での対応が中心となる基礎疾患のある患者への対応、歯科健診や薬の相談など、妊婦を取り巻く健康上の不安などの問題を支援する体制整備を論点とした。

一方、2018年度改定で、妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点で新設した妊婦加算は今年１月、SNSなどで広がった批判を受け、政治決断により１月から凍結されている。

これを受け、現在、厚労省の「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」が、妊産婦が安心できる医療提供体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制を検討している。検討会は６月頃に検討結果をまとめ、中医協に報告。中医協で改めて診療報酬での評価を検討することになっている。

妊婦加算に関しては、支払側委員が「患者の視点が欠けていたために、凍結された。このことを重く受け止め、自動的に加算されるのではなく、患者の納得感のあるものにしなければならない」と述べた。診療側の委員からは、「妊婦加算の評価の方向性は間違っていない。凍結されたことは重く受け止めなければならないが、診療報酬で医療技術を評価する以上、患者側に負担が生じることに変わりはない」との意見が出た。

在宅自己注射の対象薬剤を追加

在宅自己注射の対象薬剤として、「ヒドロモルフォン塩酸塩製剤」（販売名：ナルベイン注２㎎、ナルベイン注20㎎）と「デュピルマブ（遺伝子組換え）製剤」（販売名：デュピクセント皮下注300㎎シリンジ）の追加を了承した。「ヒドロモルフォン塩酸塩製剤」は、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料と在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の対象薬剤、「デュピルマブ（遺伝子組換え）製剤」は、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤となっている。

「ヒドロモルフォン塩酸塩製剤」の効能・効果は、中等度から高度の疼痛を伴う各がんにおける鎮痛。「デュピルマブ（遺伝子組換え）製剤」の効能・効果は、既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎と気管支喘息（既存治療によっても喘息症状をコントロールできない重症または難治の患者に限る）である。

また、2018年１月に薬事承認された完全ヒト型可溶性TNFα/LTαレセプター製剤である「エタネルセプト（遺伝子組換え）［エタネルセプト後続２］」は、先行バイオ医薬品「エタネルセプト（遺伝子組換え）」が在宅自己注射指導管理料の対象薬剤となっている。特段の問題はないと考えられるため、［エタネルセプト後続２］についても、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤とすることを了承した。

改正健保法が与党などの賛成多数で衆院通過

改正健保法案国会審議　12項目の附帯決議を採択

「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案」が４月16日、衆議院本会議で自民党・公明党・立憲民主党・国民民主党・日本維新の会などの賛成多数で可決され、参議院に送られた。共産党・社民党は反対した。

同法案には、①医療保険のオンライン資格確認の導入②医療情報化支援基金の創設③NDBや介護DB等の連結解析等を可能とすること④高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の枠組の構築⑤被扶養者等要件の見直しや国保の資格管理の適正化⑥審査支払機関の機能の強化―などが盛り込まれている。施行は、一部を除き2020年４月１日。

これに先立つ12日の衆議院厚生労働委員会では法案の可決とあわせ、12項目の附帯決議を採択した。

附帯決議は、◇個人番号カードによるオンライン資格確認が導入されることを踏まえセキュリティ対策の充実に取り組む、◇高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施で市町村が配置する保健師等の医療専門職について適切な人数および処遇が確保されるよう必要な支援を行う、◇健康保険の被扶養者等の国内居住要件の規定で国籍による取扱いを差別的なものにしない―ことなどを求めている。（厚生労働委員会での質疑内容を２面に掲載）

清話抄

働く環境のアメニティ

医療従事者の働き方が大きな話題になっている。焦点になっているのは、医師の長時間勤務だ。これについては厚労省の検討会が先日提言をまとめ、今後、労働法制が実際どのように運用されていくのか大きな注目を集めている。確かに労働時間の問題は重要だが、民間病院職員の働く環境のアメニティをもっと良くする必要があるのではないだろうか。

医局や管理棟は直接報酬につながらないバックヤードなので、多くの民間病院では狭く雑然としている。建物の片隅や別棟の狭隘なところに分散していることも多い。職員食堂も貧弱だ。病院機能評価では、患者中心の医療に向けた良質な医療の実践が評価される。これは当然ではあるが、医療を担う医師などの職員の働く環境の評価にももう少し踏み込んでもよいのではないだろうか。

病院は365日24時間休みなく稼働している。職員が安心して休憩をとり、研修し、食事し、仮眠するための生活環境については、病院機能評価では「安全衛生管理が適切に行われているか」という視点で、数項目の要素で評価されるのみである。診療報酬でも職員の配置状況は問われるが職員のアメニティ環境は直接評価されない。このほかにも最近はハラスメントや院内暴力の問題なども見過ごせなくなっている。

働き手が減少する中で医療を志す人材が増えるよう、今回の医師の働き方改革をめぐる論議が、病院職員にとってトータルの働く環境の改善につながるものになってほしいと願う。

（中村　毅）

主張　ACP：患者の思いを地域でつなぐ

医療と介護のニーズがますます複合化していく超高齢多死社会では、慢性疾患を抱える患者本人の生活・人生を地域全体でいかに支援し、その人が今後どのようになるかを想像できる形で次へ情報を届けていくことが医療機関・介護施設に求められている。

地域包括ケアシステムの構築が叫ばれている中で、地域の質を高めるには、地域における連携の指標や健康度の設定などわかりやすい情報の共有化が必要となるが、いま話題の“ACP”はその一つになり得ると考えている。

当協会では、あり方委員会が中心となって会員に向けたACPの手引書を作成し、全日病ホームページで案内したところである。同委員会では、「人生会議」そのものを行う時間的余裕が急性期病院にはたしてあるのかどうか、が課題の一つとしてあげられた。

ご存知のように、昨年４月の診療報酬改定時に地域包括ケア病棟・病床「入院料1・３」の算定要件としてACPの開催が位置づけられたが、入院期限が60日と時間的余裕のある病棟・病床から点数が付いたことは結果的によかったのではないかと思っている。

一方、今後急性期領域にも算定要件が拡大するのであれば、今からの備えとして、患者自身が主役となる在宅時にACPを積極的に開催することが望まれる。ケアマネージャー、民生委員、親しい友人などが集い、本人・家族の同意のもとにその情報を地域で共有・見える化しておくことは、急性期側にとっても有益なことと考える。

余談ではあるが、私どもが行った人生会議の中には、牧師やご近所の方々などが登場している。互助の姿も垣間見え、終末期とはまた違った景色が見え始めている。

在宅でのACPは、“もしものとき”に患者の普段の思いを急性期側でも共有できると同時に、「元気なとき」と「臥せたとき」の考え方の違いをより分かりやすくするのではないだろうか。

そのためには、地域でどのようにACPを迅速かつ正確に共有できるか、その基盤となるICTネットワークの活用方法・効果について、患者中心のPHR（Personal Health Record）を取り入れることも含め、地域全体で再考すべき時期と考えている。

（高橋　肇）

妊産婦への気配りで「説明文書の手渡しが大切」が81％

厚労省・妊産婦保健医療体制検討会　「気配り不十分の経験ない」は88％

厚生労働省の「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」（五十嵐隆座長）は４月17日、妊産婦の医療や健康管理等に関する調査結果を報告した。産婦人科以外を受診した妊産婦の回答で、「気配りが不十分と感じた経験はない」は88％で大多数だった。一方で、回答者の81％が妊娠に気を配った診察・薬の内容で、「説明文書を手渡して説明を行うことが大切」と答えている。

今年３月下旬に、分娩を取り扱う病院250施設と有床診療所250施設の合計500施設において、◇妊娠28週以降◇産後８日以内の入院中の褥婦◇産後２週間・１カ月後に外来受診した褥婦を対象に、1,916件の回答を得た。調査を概観すると以下のような結果が明らかになった。

◇63％が「かかりつけ医はいない」と回答した◇妊娠中の産婦人科への受診回数は妊婦健診を除いて、平均３回だった◇妊娠中の産婦人科以外の診療科への受診回数は平均３回だった◇産婦人科以外の受診先は、内科、歯科・歯科口腔外科、耳鼻咽喉科の順だった◇産婦人科の受診に当たり、約60％が妊娠前からのかかりつけ医を受診した。

そのほか、産婦人科以外の診療科の受診における情報提供の状況を詳しく調べた。産婦人科以外の診療科を受診した回答者の58.0％が、「産婦人科以外の医師から産婦人科の主治医に対する情報提供はなかった」と答えている。情報を文書で伝えられたとの回答は9.8％、口頭で伝えられたとの回答は10.1％となっている。

回答者の81％が、妊娠に配慮した診察・薬の内容について、「説明文書を手渡して説明を行うことが大切」と答えた。ただ、88％は「気配りが不十分と感じた経験はない」との回答だった。出産後１年以内の産婦人科以外の診療科の受診でも、「気配りが不十分と感じた経験はない」が85％と大多数であり、説明文書による説明を76％が「大切」と考えている。

2018年度改定で導入され、今年１月から凍結されている「妊婦加算」は、妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点で、新設された。「配慮」が感じられないのに、加算が算定された事例がSNSなどで広がり、批判を受けた。

今回の調査をみると、妊産婦の多くは配慮が不十分だとは感じていない。また、配慮を文書で示すことが大事であることをうかがわせる結果になった。厚労省はこれらの結果を踏まえ、引き続き議論を進める方針を示した。

また、妊娠中の保健指導については、約50％が「指導を受けて満足している」と回答している。満足の内容では「出産・産後の準備についての指導」が最も多くなっている。

電子カルテの「リプレイス」も補助の対象の方向

衆議院・改正健保法案審議　医療情報化支援基金で安藤副会長が質問

健康保険法等の一部改正法案の審議が４月10日の衆議院厚生労働委員会で行われ、自民党の安藤高夫衆院議員（全日病副会長）が「医療情報化支援基金」などに関して、政府に質問した。

安藤議員は、電子カルテの標準化に向けた初期導入費用の補助の範囲について、「電子カルテ導入にあたっては、まずは「医療情報として標準化」されており、「互換性」をもっていることを条件としていほしい」、加えて「新規導入だけでなく、標準規定にそろえていくために、いわゆる『リプレイス』も対象になるのか」と尋ねた。

厚労省の吉田学医政局長は、「医療情報化支援基金」の電子カルテの補助事業の趣旨として、「国の指定する標準規格を用いて、相互に連携可能な電子カルテシステムなどを導入する医療機関にその初期導入費用を補助するもの」と説明。その上で、「国の指定する標準規格は現時点で、たとえば、医薬品や病名等の標準コードや医療情報の出力形式などを想定しているが、相互に連携可能な点も念頭において、具体的な要件を今後、関係有識者の意見も踏まえて検討していく」と述べた。

電子カルテの「リプレイス」の費用については、「国の指定する標準規格を実装しない電子カルテから、実装する電子カルテに更新する場合は、その導入経費を補助対象とする方向で検討する」と回答した。

また、安藤議員の「国保と社保は同じ物差しで審査する必要があるのではないか」「審査の基準が決まったら医療機関にもソフトを配り使用できるような形で合理化をお願いしたい」という質問を受け樽見英樹保険局長が、医療機関が適切にレセプトを提出するための審査支払機関による支援の内容を説明した。

その中で、樽見局長は、「2021年秋頃から支払基金の新たな審査支払システムを稼働させる。医療機関のオンライン請求のシステムに、コンピューターチェックルールを搭載し、支払基金が正式にレセプトを受け付ける前に、チェックができるようにする。チェックに引っかかった請求は、医療機関に知らされる」と述べた。さらに国保連でも活用が考えられるとした。

また、根本匠厚生労働大臣は、「医療情報化基金」について「医療機関・薬局の合計21万施設のうち、およそ６割がレセプトオンライン請求を実施している。この３分の１の４万施設程度に所要額の半分を補助する」と述べた。

介護職員の給与が30万円を超える

社保審・介護給付分科会　2018年度介護従事者処遇状況等調査結果

厚生労働省は４月10日、2018年度介護従事者処遇状況等調査結果を社会保障審議会介護給付費分科会（田中滋分科会長）に示した。調査から、介護職員処遇改善加算を取得した施設事業所では、月給・常勤の介護職員の平均給与額が30万円を超えるなど、介護職員の処遇改善が着実に進んでいることが明らかになった。

引上げの背景について、分科会に先立ち開催された介護事業経営調査委員会では、2018年度介護報酬改定が0.54％のプラス改定であったことの影響や、人手不足で厳しい労働市場への対応などが背景にあると分析された。

調査は、特別養護老人ホームや老健施設、介護療養型医療施設、訪問介護、通所介護、認知症グループホーム、居宅介護支援事業所など７サービスの１万670施設・事業所を対象に実施した（有効回答率74.1％）。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅳ）を取得した施設・事業所の介護職員（月給・常勤）の2018年９月の平均給与額は、前年同月よりも１万850円（3.7％）増加し30万970円となった（平均勤続年数は7.6年）。特に、勤続１年（１年～１年11カ月）では増加額が大きく、２万8,590円増加し、27万740円となった。また、時給・非常勤でも月額平均で1,730円増加し、10万5,030円となった。

他職種をみても全般的に増加傾向だ。例えば、看護職員（月給・常勤）では7,190円増加し37万2,070円。時給・非常勤では月額平均で170円減少し、12万2,450円となったが、厚労省は「実労働時間数の減少が影響している」と説明した。

加算を取得している施設・事業所は全体では91.1％。このうち取得している加算の種類では加算（Ⅰ）が69.3％と最多。一方、取得していない施設・事業所も8.9％と１割弱存在する。

介護療養型医療施設では取得しているのが70.0％で、このうち加算（Ⅰ）が37.6％となっている。取得していない施設は30.0％に上る。老健施設では取得しているが94.6％と、全体の平均を上回る。加算（Ⅰ）の取得も75.2％となっている。取得していない施設は5.4％にとどまる。

加算を取得していない理由としては、全体で「事務作業が煩雑」が最も多く53.2％。施設・事業所別にみると、介護療養型医療施設では「対象の制約のため困難」が48.7％と最も多い。老健施設でも同様で39.3％。介護職員のみを加算の対象としていることから、職種間のバランスが取れなくなることが主な理由である。

給与等の引上げの実施方法については（複数回答）、全体で「定期昇給を実施（予定）」が最も多く69.9％。介護療養型医療施設では83.6％、老健施設では86.4％であり、全体を上回った。

給与等の引上げ以外の処遇改善状況をみると、資質の向上では、「介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修の受講支援等」の実施率が69.3％と最も多い。また労働環境・処遇の改善では、「事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化」が84.5％に上った。

勤務医負担軽減や大病院受診の定額負担などの調査結果示す

中医協総会　2018年度診療報酬改定の結果検証

厚生労働省は３月27日の中医協総会（田辺国昭会長）に、2018年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の結果を報告した。2018年度改定の附帯意見で、診療報酬改定結果検証部会に委ねられた結果検証調査９項目のうち、今回は４項目の結果が示された。

４項目は、①かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その１）②在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施調査③医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査（その１）④後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査―。病院との関連が深い項目の結果をみていく。

①かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その１）

2018年度改定では、大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある病院を拡大した。具体的には、「特定機能病院および一般病床500床以上の地域医療支援病院」が「特定機能病院および許可病床400床以上の地域医療支援病院」となった。

新たに定額負担の仕組みの対象となった病院（一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院）のうち、2018年度以前から定額負担を導入していた病院は98.9％。初診の定額負担の平均額は2017年10月で3,131円だったが、改定後の2018年10月には、5,000円が最低金額であることから、5,352円となった。

2018年度改定以前から定額負担が義務化されている対象病院（特定機能病院および一般病床500床以上の地域医療支援病院）の初診の定額負担の分布をみると、2018年10月時点で、「5,000円以上6,000円未満」が96.6％、「6,000円以上」が3.4％となっている。

かかりつけ医機能については、「専門医療機関への受診の要否の判断を含めた、初診時における診療機能」を評価する観点で、機能強化加算（80点）を2018年度改定で導入した。地域包括診療加算・地域包括診療料等、在宅時医学総合管理料等を届出・算定している医療機関が対象である。

回答した72病院のうち、機能強化加算の施設基準を届け出ている病院は77.8％。届け出ていない病院に、満たすことが困難な要件をきくと、「地域包括診療加算・地域包括診療料等、在宅時医学総合管理料等の届出」との回答が53.8％で最も多く、次いで「夜間・休日の問い合わせへの対応」が38.5％となっている（複数回答）。

②在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施調査

2018年度改定では、24時間体制の在宅医療や多様化・高度化するニーズに対応する改定を行った。具体的には、複数の医療機関で24時間の往診体制を確保する評価や２カ所目の医療機関による訪問診療の評価、在宅療養支援診療所（在支診）以外の医療機関による医学管理の評価などを設けた。

2018年４月～９月に、自施設が主治医で訪問診療を提供している患者について、他の医療機関に訪問診療を依頼した場合の診療科は、病院では「内科」が30.8％で最も多く、次いで「精神科」、「皮膚科」、「歯科」がともに15.4％。診療所では、「内科」が31.2％で最も多く、次いで「皮膚科」（19.5％）だった。

他の医療機関に訪問診療を依頼した患者の対象病名で最も多いのは、病院では「循環器疾患（高血圧症、心不全など）」、「認知症」、「皮膚疾患（褥瘡等）」、「歯科・口腔疾患」がともに、15.4％で最も多かった。診療所では「皮膚疾患（褥瘡等）」（19.5％）で最も多い。

③医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査（その１）

病院勤務医の負担軽減策として、一定の効果があることが確認されている医師事務作業補助体制加算の届出状況を調べた。2018年度改定では、すべての配置割合で、医師事務作業補助体制加算１・２の評価を引き上げた。あわせて、病院勤務医の負担軽減策を複数盛り込んだ計画を立てることを医師事務作業補助体制加算の算定要件としている。

医師事務作業補助体制加算の届出状況をみると、2017年10月１日と2018年10月１日を比べ、加算１の算定は全体（500病院）の35.5％から37.3％に上がった。病床規模別では、99床以下で2.0ポイント、100～200床では3.6ポイント、200～399床では1.1ポイントの上昇となっている。

医師事務作業補助体制加算を算定していない理由は、「施設基準を満たすことが難しいため」が44.7％で最も多く、次いで「加算の要件に沿った医師事務作業補助者の配置のメリットが少ない」が40.7％となっている（複数回答）。

病院が実施している医師の負担軽減策は、「医師事務作業補助者の外来への配置」が52.2％で最も高く、次いで「医師の増員」が42.5％、「医師業務の薬剤師との分担」が42.5％で、同じ割合だった（複数回答）。「特に医師の負担軽減効果がある取組み」をきくと、「医師事務作業補助者の外来への配置」が31.9％で最も多く、次いで「医師の増員」が30.0％、「医師業務の看護師（特定行為研修修了者を除く）との分担」が17.9％との回答だった（複数回答）（下の図表参照）。

医師への質問で、総合的な勤務状況の変化をきくと、「改善した」と「どちらかというと改善した」をあわせた回答は18.1％であるのに対し、「悪化した」「どちらかというと悪化した」をあわせた割合は19.0％となっている。「変わらない」との回答は60.1％である。

各業務のうち、「負担が非常に大きい」「負担が大きい」との合計で、負担が最も大きいとされる業務は、「主治医意見書の記載」が59.1％で最も多い。次いで「診断書、診療記録および処方箋の記載」（58.7％）、「検査、治療、入院に関する患者の家族への説明」（47.5％）となっている（複数回答）。

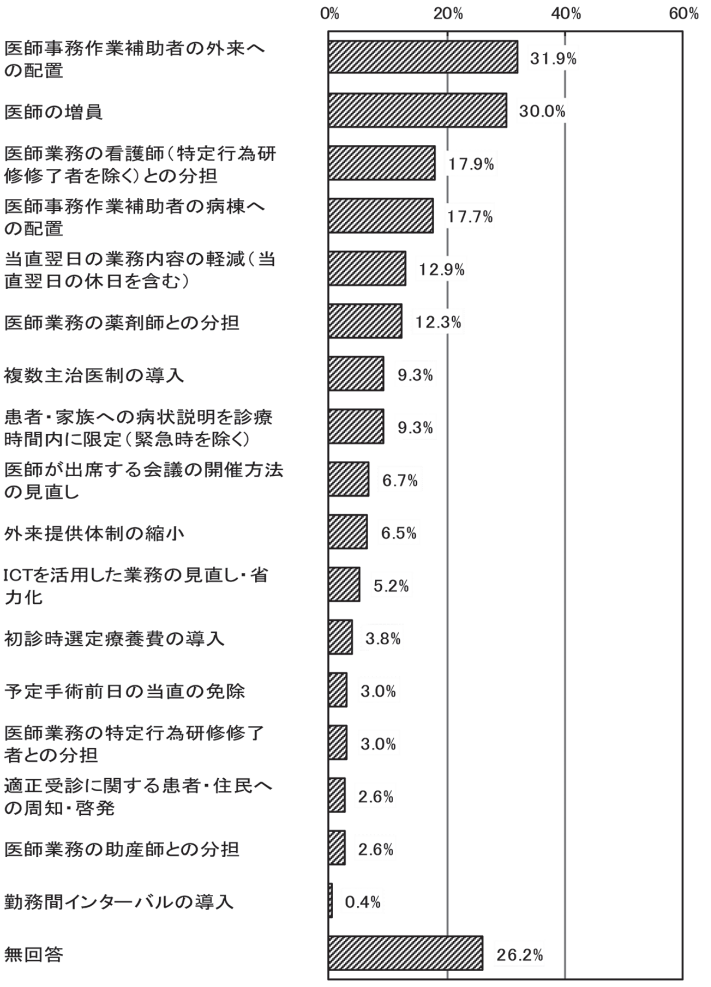
医師のみが実施している業務で、他業種に実施・補助してほしいものをきくと、「診察や検査等の予約オーダリングシステム入力」が57.6％で最も多く、次いで「主治医意見書の記載」が57.3％で多くなっている（複数回答）。

一方、看護師長調査で、2018年度改定前後の総合的な勤務状況の変化をきくと、「改善した」「どちらかというと改善した」の合計が23.6％、「悪化した」「どちらかというと悪化した」の合計が21.5％だった。医師とは異なり、改善したとの回答が多かった。

④後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

2017年10月と2018年10月を比べ、病院における後発医薬品の使用割合は74.6％から78.5％に3.9ポイント増加した。現在の加算対象の下限である60％以上の病院の割合は84.3％から85.3％まで1.0ポイント増加。「75％以上～80％未満」、「80％以上～85％未満」はそれぞれ2.2ポイント、12.2ポイント高くなった。後発品の備蓄品目数は、平均205.3品目から平均225.2品目に増加した。

特に医師の負担軽減効果がある取組（複数回答、３つまで）



※　医師事務作業補助体制加算を算定している病院（届出病院）、算定していない病院（未届病院）からそれぞれ750施設を無作為抽出した合計1,500施設のうち、回答が有効だった504施設の結果（有効回答率33.6％）

一般社団法人　全日病厚生会の
病院総合補償制度
全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ
従業員向け団体保険制度
勤務医師賠償責任保険
産業医等活動保険
看護職賠償責任保険
薬剤師賠償責任保険
病院向け団体保険制度
病院賠償責任保険（医師賠償責任保険）
医療事故調査費用保険
医療施設機械補償保険
介護サービス事業者賠償責任保険
マネーフレンド運送保険
医療廃棄物排出事業者責任保険
個人情報漏えい保険
医療法人向けD&O　保険（役員賠償責任保険）
経営ダブルアシスト・業務災害補償制度
●お問合せ　（株）全日病福祉センター（取扱幹事代理店）　〒101-0064　東京都千代田区神田猿楽町2-8-8　住友不動産猿楽町ビル7F　TEL. 03-5283-8066

【資料】医師の働き方改革に関する検討会報告書の概要（3月28日了承）

□　医師の働き方改革に関する検討会（座長：岩村正彦東京大学大学院法学政治学研究科教授）において、医師の時間外労働規制の具体的なあり方、労働時間の短縮策等についてとりまとめを行った（2019年３月28日）。

１．医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

医師の働き方改革を進める基本認識

□　我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており危機的な状況。昼夜を問わず患者への対応を求められうる仕事で、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態にある。

□　健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、女性医師割合の上昇等も踏まえ、改革を進める必要がある。

□　医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、国民の医療のかかり方等の様々な課題が存在する。

これらに関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきであり、規制内容を遵守できる条件整備の観点からも推進する必要がある。

医師の診療業務の特殊性

（応召義務について）

□　医療機関としては労働基準法等の関係法令を遵守した上で医師等が適切に業務遂行できる体制・環境整備を行う必要。応召義務を理由に、違法な診療指示等に従うなど、際限のない長時間労働を求められていると解することは正当ではない。

（医師の診療業務の特殊性）

□　公共性

（国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質等の確保が必要）

□　不確実性

（疾病発生が予見不可能である等）

□　高度の専門性

（業務独占、養成に約10年要する）

□　技術革新と水準向上

（新しい診断・治療法の追求と活用・普及の両方が必要）

２．働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿

□　労働時間管理の適正化が必要。その際、宿日直許可基準における夜間に従事する業務の例示等の現代化、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方等を示す必要がある。

□　医師の労働時間短縮のために、医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進（特定行為研修制度のパッケージ化等）、ICT等による効率化）、地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組んでいく必要がある。また、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備が重要になる。

□　個々の医療機関に対するノウハウ提供も含めた実効的な支援策、第三者の立場からの助言等が重要になる。

□　上手な医療のかかり方を広めるための懇談会でとりまとめた方策を国が速やかに具体的施策として実行する。

３．医師の働き方に関する制度上の論点

時間外労働の上限規制の構成

※具体的な内容は５頁の図表参照

診療従事勤務医の時間外労働の上限水準として、脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮した（A）水準を設定。このほかに、２つの水準を設定する。

□　地域医療提供体制の確保の観点（①2024年時点ではまだ約１万人の需給ギャップが存在し、さらに医師偏在解消の目標は2036年、②医療計画に基づき改革に取り組む必要性、③医療ニーズへの影響に配慮した段階的改革の必要性）から、やむを得ず（A）水準を超えざるを得ない場合を想定し、地域医療確保暫定特例水準（（B）水準）を設定する。

※「臨時的な必要がある場合」の１年あたり延長することができる時間数の上限（1,860時間）については、過重労働を懸念する声があがっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとの意見があった。

□　地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなく長時間労働となる医療機関として、その機能については、具体的に以下のとおり。

◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「５疾病・５事業」」双方の観点から、

ⅰ 三次救急医療機関

ⅱ 二次救急医療機関 かつ「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」かつ「医療計画において５疾病５事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」

ⅲ 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

ⅳ 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関

（例）精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関

以上について、時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約1,500程度と見込まれる。

◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関

（例）高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

□　①臨床研修医・専門研修中の医師の研鑽意欲に応えて一定期間集中的に知識・手技を身につけられるようにすること、

②高度な技能を有する医師を育成する必要がある分野において新しい診断・治療法の活用・普及等が図られるようにすること、

が必要であり、集中的技能向上水準（（C）－１水準）、（C）－２水準）を設定する。

B・C水準の適用の対象、手順等

（B水準）

医療機関機能、労働時間短縮の取組等の国が定める客観的要件を踏まえ都道府県が対象医療機関を特定⇒特定された機能にかかる業務につき（A）水準超での36協定が可能に。新たに設ける「評価機能」が医療機関ごとの長時間労働の実態や取組状況の分析・評価を実施。結果を医療機関・都道府県に通知・住民に公表し、当該医療機関と地域医療提供体制の双方から労働時間短縮に向けて取り組む。

（C）－１水準（研修医）

臨床研修・専門研修プログラムにおいて想定最大時間外労働（実績）を明示。これが（A）水準を超える医療機関を都道府県が特定（※超えない場合は（A）水準の適用）⇒「臨床研修・専門研修に係る業務」につき（A）水準超での36協定が可能に。医師は明示時間数を踏まえ自らプログラムを選択・応募する。

（C）－２水準（高度特定技能）

高度技能育成を要する分野を審査組織（※高度な医学的見地からの審査を行う）が特定。必要な設備・体制を整備している医療機関を都道府県が特定⇒「高度特定技能育成に係る業務」につき（A）水準超での36協定が可能に。医師が自由な意欲により計画を作成し、審査組織の個別承認を経たのちに実際の適用となる。

※現在、一般労働者の副業・兼業に係る労働時間管理の取扱いについては「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」において検討されている。このため、兼業（複数勤務）を行う医師に対する労働時間管理等の在り方については、改めて検討する。

B・C水準の将来のあり方

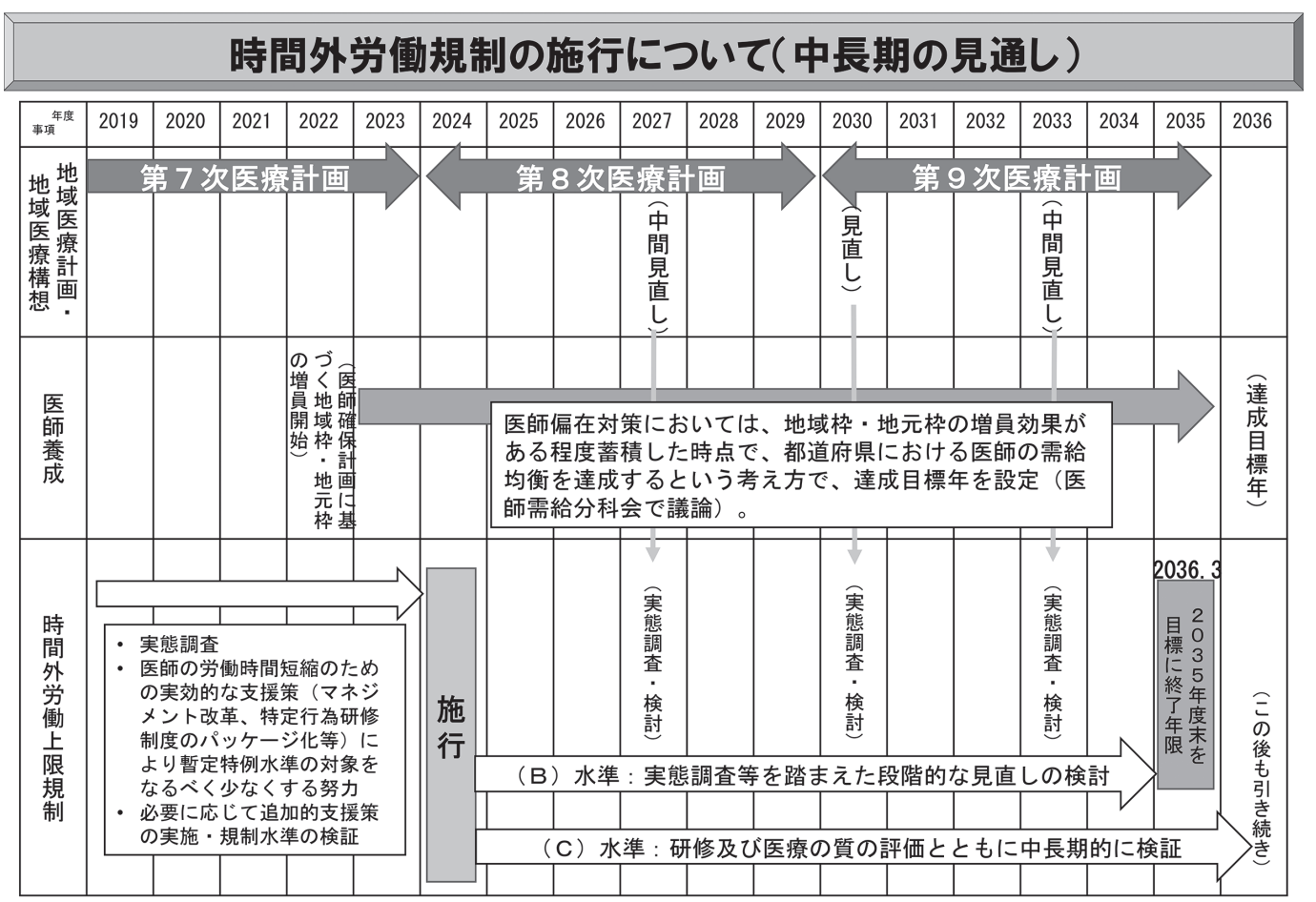
※下表を参照

４．おわりに

□　とりまとめ内容の制度化・実施の際には、追加的健康確保措置が実効性をもって運用され、医師の健康を確実に担保するとともに、（B）水準の解消等に向けて労働時間短縮を着実に推進することが最重要となる。

□　個々の医療機関が労働時間短縮・医師の健康確保を進めた上で、労使で十分に話し合い、時間外労働について36協定を締結することが重要。さらに、地域医療確保のためにも、医療機関に対する実効的な支援等について確実に実行に移していけるよう、厚生労働省を始めとした行政の速やかな具体的対応を強く求める。

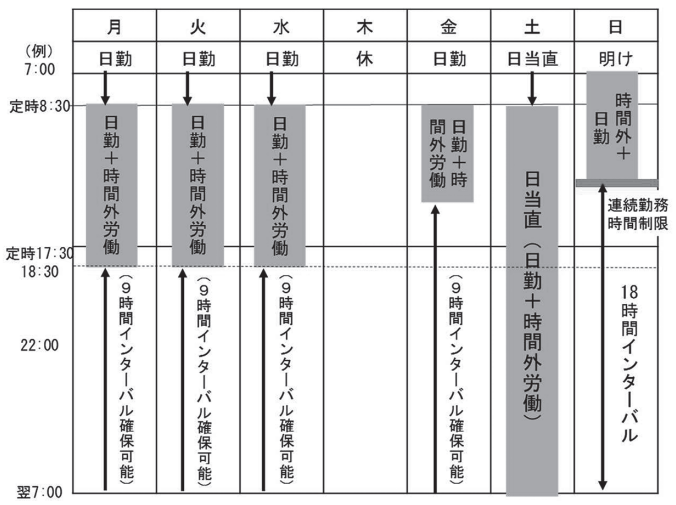
□　医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくと強く決意する。



【資料】医師の時間外労働規制の見取り図

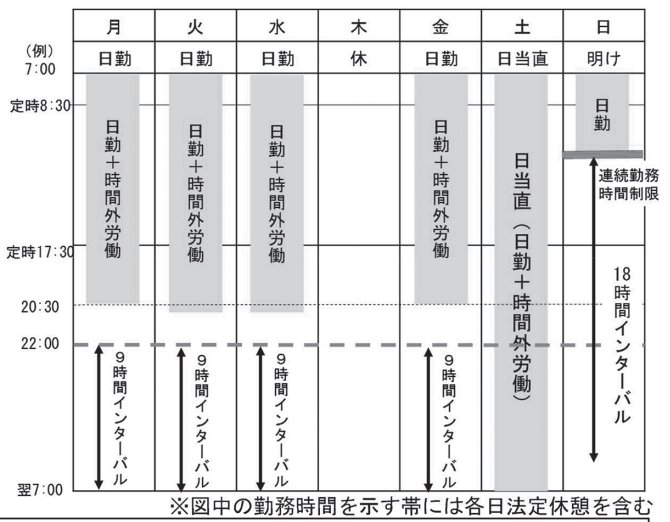
（A）・（B）の上限水準に極めて近い働き方のイメージ

（A）時間外労働年960時間程度≒週20時間 の働き方（例）



- □ 概ね週１回の当直（宿日直許可なし）を含む週６日勤務
- □ 当直日とその翌日を除く４日間のうち１日は半日勤務で、各日は１時間程度の時間外労働（早出又は残業）
- □ 当直明けは昼まで
- □ 年間80日程度の休日（概ね４週６休に相当）

（B）時間外労働年1,800時間程度≒週38時間の働き方（例）

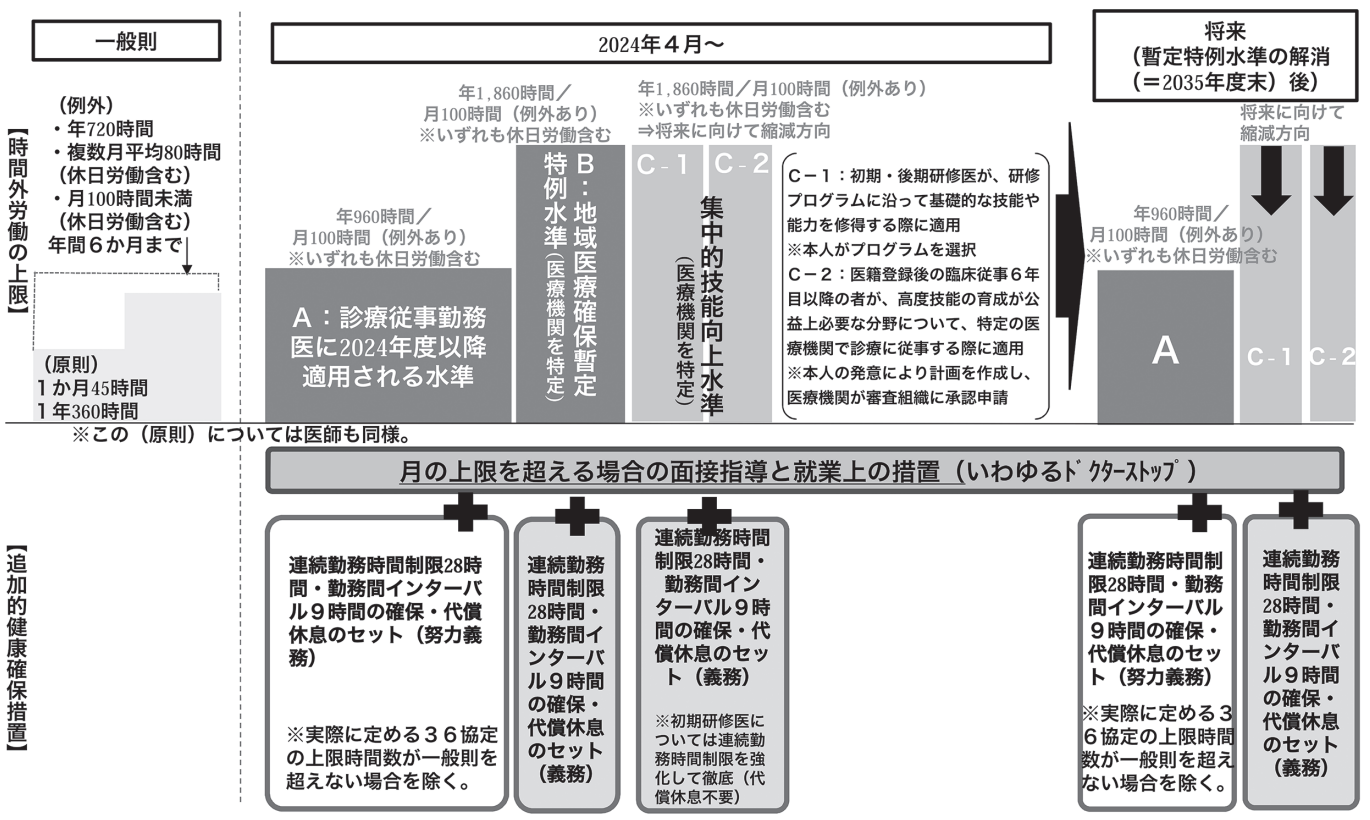


※図中の勤務時間を示す帯には各日法定休憩を含む

- □ 概ね週１回の当直（宿日直許可なし）を含む週６日勤務
- □ 当直日とその翌日を除く４日間は早出又は残業を含め平均14時間弱の勤務
- □ 当直明けは昼まで
- □ 年間80日程度の休日（概ね４週６休に相当）

※勤務間インターバル９時間、連続勤務時間制限28時間等を遵守して最大まで勤務する場合の年間時間外労働は、法定休日年間52日のみ見込むと2,300時間程度、（A）・（B）と同様に80日程度の休日を見込むと年2,100時間程度となる。

医師の時間外労働規制



※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

		（A）水準	（B）水準	（C）水準
36協定で締結できる時間数の上限	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下		
	②「臨時的な必要がある場合」（休日労働を含む）	月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）		月100時間未満（例外につき同上）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
適正な労務管理（労働時間管理等）		一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）		
医師労働時間短縮計画の作成によるＰＤＣＡの実施		現行どおり（勤務環境改善の努力義務）	義務	
追加的健康確保措置	連続勤務時間制限28時間※１（宿日直許可なしの場合）※２	努力義務（②が年720時間等を超える場合のみ）	義務	
	勤務間インターバル９時間※２			
	面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務（月100時間以上となる前に実施※３）		

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

□ 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（３６協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※１　（C）－１水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく１日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間ｲﾝﾀｰﾊﾞﾙ９時間）又は24時間（同24時間）とする。
※２　長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能（（C）－１水準が適用される初期研修医を除く）。
※３　時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、（A）水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、（B）・（C）水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

「緊急的な取組」の徹底に向けて

□　医師の労働時間短縮に関する当面今後５年間の改革を着実に進めるためには、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の確実な実施が不可欠。特に、労働基準法等に基づく基本的な労働時間管理は、現状でも使用者の責務であるが、昨年９～10月に実施したフォローアップ調査においては、検討に着手していない医療機関が一定程度あり、義務の未実施が疑われる。
□　「緊急的な取組」で求めた項目が未実施の病院については、2019年度中に都道府県医療勤務環境改善支援センターが全件、個別に状況確認を行い、必要な対応を求めていくこととする。
※「緊急的な取組」の実施状況も踏まえて、医師の労働時間短縮に向けたさらなる行政の支援策を検討する。

勤務医を雇用する医療機関における取組項目

１　医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

□　まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。
□　ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。

２　36協定等の自己点検

□　36協定の定めなく、または定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。
□　医師を含む自医療機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。

３　産業保健の仕組みの活用

□　労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。

４　タスク・シフティング（業務の移管）の推進

□　点滴に係る業務、診断書等の代行入力の業務等については、平成19年通知等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。
□　特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。

５　女性医師等の支援

□　短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

６　医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

□　すべての医療機関において取り組むことを基本とする１～５のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。

行政の支援等

□　厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実　等

シリーズ●病院事務長が考えるこれからの病院経営③

医療法人財団寿康会　寿康会病院　事務長　今井　信雄

患者目線で経営基盤をリストラクチャリング

―ニーズに寄り添った医療で地域に不可欠な存在に

医療政策が大きく変わりつつある中で、経営の一翼を担う病院事務長の役割はますます大きくなっています。シリーズの第３回は、寿康会病院の今井信雄事務長にご寄稿いただきました。

病院事務長に求められる役割やスキル

事務長の主な役割と業務とは何でしょうか。その役割は、病院の規模や機能、経営主体の違いにより異なると思います。しかし、医療の質と経営の質は車の両輪であり、経営の一翼を事務長が担う責任は、必然的に重くなります。

私が考える事務長に必要な素養は、「穏やかに感情を抑え、全体を見回すことができる広い視野」、そして「フットワークを常に軽く維持できる、行動力」です。なかでも行動力が一番重要だと考えています。

他方、病院経営のデータ管理も重要です。医師がエビデンスにこだわるように、事務長は経営データに強くなければなりません。点数を確保し経営を維持する上でも、地域医療圏において経営戦略を立てる上でも、データを無視した経営は有り得ません。データを作る能力も、探す能力も、読む能力も、いずれも要求されるようになっています。それらデータを分析し、ベンチマーク（比較可能な重要参考指標および基準対象）から病院の現在の立ち位置、今後の方向性を導くことは事務長の役割だと考えます。

周知の通り診療報酬改定によって、病院経営は大きく左右されます。病院は、医療制度の制約を大きく受けています。事務長は、常に日頃からネットワークを維持しながら国の誘導政策には敏感な対応が求められるので、それなりの準備が必要です。医療政策の動向を正確にフォローし、データを作り、ベンチマークを設定して、組織全体を導く能力が事務長に求められます。そうした行動のプロセスと結果を、「医療マネジメント能力」と言うのかもしれません。

事務長の仕事には、トップの理事長から意向を引き出し、その考えをイメージに起こし、言葉できちんと伝えられる表現力も求められます。そして、その言葉を使ってスタッフを動かす。医療に関する知識はもちろん必要ですが、トップの考えを汲み取りつつ、現場目線にも立って「ビジョンとリスクを如何に言語化するか」という能力が決定的に必要だと思います。

医療政策の方向と当院の対応

社会保障費の抑制を目的とした財政政策により、病院を取り巻く経営環境は厳しさを増してきています。また、地域における少人数世帯、独居世帯の増加に応じて社会問題が構造化してきた現在、これらを反映して、病床機能の役割分担、地域包括ケアの拡充、在宅医療や介護の充実等の政策が、加速度的に進められています。また、少子高齢化が急速に進む中で2025年には、いわゆる団塊の世代がすべて75歳以上となる超高齢社会を迎えます。団塊世代が後期高齢者化する時代には、患者・利用者の視点に立ち、切れ目のない医療・介護の提供体制の構築が、地域の医療機関の大きな役割となっていきます。

このような環境変化（社会保障費の政策的抑制、地域における少人数世帯や独居世帯等の増加など社会問題等）に適切に対応していくためには、計画の根拠となる基本的な考え方を理解しつつ、「対象（患者）に向き合う」という原点に立ち返り、患者様中心の医療の提供に無骨に邁進することが重要である、と日々考えています。患者様目線で経営基盤をリストラクチャリング（再構築）して行くことこそ、私たち中小規模病院の唯一生き残る手段である。そう考えています。

医療を取り巻く諸政策等の激動時代だからこそ、「原点に戻り、患者様目線での対応を心掛け、患者様を家族のように、大事にケアしよう」。これをテーマに掲げ、現場に届く言葉に換え、患者さんのニーズに寄り添った医療を提供する。患者さん中心の医療・介護、地域に必要となる病院のあり方を職員全員で考え、同様に言葉にして地域住民に伝え、地域の皆さんが安心して過ごせるように気を配る。その積み重ねがあって初めて、その病院はその地域に不可欠な存在となります。患者様および家族と、そして地域住民にそうした思いが広まれば、働く職員にも間接的に思いが伝わり、結果として医療現場のモチベーションが引き上げられていく。病院は、地域の中で信頼されなければ生き残って行けません。これが病院の宿命なのです。

働き方改革、地域医療構想、地域包括ケアシステムへの対応

私たちのような中小規模病院が地域医療を支え続けていくためには、時代の流れに沿った経営戦略が必要となります。繰り返しますが、地域における自院の立場や役割、求められる機能を見つめ直し、愚直にこれに向き合って行けば、結果としておのずと「地域医療構想に対応したかたち」に変わっていきます。地域医療構想の中で自院のポジショニングを明確にして把握することや、そのポジションに応じてどの病院機能を選択するのか、自院の状況や地域の医療ニーズを把握して方向性を打ち出し、計画を立てて日々の行動を管理していく。これが病院事務長に与えられた役割です。

現代の日本の医療政策は、地域包括ケアシステムの構築に邁進しています。とはいえ、地域社会にそれが伝わっているでしょうか。地域への発信、広報やコンセプトの徹底など目配せが必要です。とりわけ地域の各医療機関や介護事業者との連携が重要です。それを「医療連携室の業務範囲」として矮小化することなく、院長、事務長、看護部長も管理職を全員動員して、直接的に法人の考え方、求める患者様に伝えていく機会をもっと設けなければなりません。事務長がどんどん外に出て、相手の「顔を見て」ネットワークを構築し、小さな一次情報を収集し発信していく活動が重要なのではないでしょうか。

地域包括ケアシステムの確立には、それを支える総合医の養成が重要となります。当院でも、全日病の総合医育成の研修制度に常勤医師を参加させ、病気を診て治すだけでなく、地域を診る医師、老化を診る医師として、必要に応じて専門医と連携する総合診療医が今後増えていくことを期待しています。

病院に求められる経営改革

病院を取り巻く環境が激変期にある中、病院経営は厳しさを増しています。そこにはマネジメントを担う人材が必要不可欠になります。

昨今の経済環境、制度改革の変化に対応できる組織体制と人材を育成することが重要となるため、職員の意識改革、育成システム化を至急進めるべきであると思っています。そのために、事業計画・予算書をしっかり作成してそれを基にして各科の目標を設定する。目標があれば職員は行動につながります。この差が病院の二極化につながってくるので、経営企画を考える人材の養成が不可欠となります。この部分の基盤を強化した幹部職員の確保と育成が、これから病院が生き残れるかどうかのカギになると思います。

病院内で、事務部門、看護部門、医療技術部門の志を持った幹部職員がマネジメントを担うようにするべきであると考えています。そこは、適任者を選ぶのでなく、育成する経営人の強い意志と協力が必要であり、それによって育成プランというプログラムができるのです。病院経営に参加させることであると思います。重要なポジションを特定し、志をもった人材を育てることが次世代のリーダーを育成する経営改革の基盤となります。

このように、転機を迎える病院経営は人材育成が不可欠であるため、国家資格者である職員を組織に帰属させることにより、マネジメント力を発揮して各部門職の職員満足度を高めれば、患者満足度も高くなり、医療の質も上がり、経営改善に繋がるのではないかと考えています。

病院組織に必要な人材の育成と確保

これからは「病院が選ばれる」時代に入って行きます。職員の質を高めていくことは当然として、地域医療を掲げて取り組んでいるわれわれ病院の理念とビジョンを地域社会に理解してもらい、その理解を超えていく業務の遂行を心掛けていく。それが遂行できなかった病院が淘汰されていく。そう考えています。

人事管理には、「公平性の担保」が不可欠です。医療機関を組織的に運営していくためには、スタッフの昇進・昇格・異動を公平に行うことが何よりも重要です。その意味で、昇格規定制度を作り、運用の中で随時修正していくことこそ、事務長の重要な仕事だと考えています。この点で中小規模病院は、人事機能が未熟なまま現在に至っています。民間企業にように、異動と昇進のシステムを早急に構築するべきだと焦りを感じています。

最低限の知識スキル、例えば医事と医事法規、また病院経営を左右する医療制度や診療報酬、介護報酬等の動向の知識をベースに、人事管理能力を適確に評価して昇進人事を進めることに加え、財務指標をもとに病院経営の柱となる事業計画や経営戦略の策定・実行・コスト削減および業務改善など、収入確保のための集患・増患対策の作戦があるかどうかであると思います。

しかしながら事務職に関して、特に医事課スタッフについてはスペシャリストとしての育成が重要と考えています。病院全体の動きを診療報酬といった指標データ（エビデンス）によって把握が可能になっているからです。病院全体のパフォーマンスとコストが見えるデータの宝庫を活用し、運営に提案するぐらいに積極的に関与する姿勢が求められます。そのためには、医事課スタッフの位置づけを特化し、専門教育することが重要となるのではないでしょうか。

最後に

日々、私自身が心がけている事としては、医療を取り巻く制度の変化に細心の注意を払いつつ、常に好奇心をもつこと、そして常に内省し自問自答する癖をつけることでしょうか。トヨタ生産方式のノウハウ「５つのWhy？（いわゆる『なぜなぜ分析』：問題の原因・要因を、なぜ、なぜを繰り返して追求していく）」を、日々の私自身の基本姿勢と位置づけています。

地域で求められていることは何か、なぜそれが求められるのか、なぜ自院がそれを徹底できないのか？…。事務長として、自問自答を繰り返す毎日を過ごしています。

2040年のPT・OT供給は需要の1.5倍

厚労省・理学療法士・作業療法士需給分科会

厚生労働省は４月５日の「医療従事者の需給に関する検討会・理学療法士・作業療法士需給分科会」（水間正澄座長）に、理学療法士（PT）と作業療法士（OT）の需給推計を示した。推計によると、PT・OTの供給数は現時点ですでに需要数を上回っていて、2040年ごろの供給数は需要数の約1.5倍となる見通しだ。

供給は、現在の養成定員数（2011～2017年の養成定員数の中央値）を維持するものとして推計（PT １万3,629人、OT 7,285人）。2040年時点でPT・OTの総数は47万人程度となる。

需要は、医療や介護、在宅医療、その他分野の推計を合計し、年間の時間外労働時間を◇０時間◇360時間◇720時間―の３パターンで推計。中位推計の場合は、2040年時点で約31万人となった。

こうした推計結果を踏まえて厚労省は、将来の需給バランスを見据えると、学校養成施設に対する養成の質の評価や適切な指導を行うことを通じて、計画的な人員養成を行うことが必要とする考え方を示した。

看護師特定行為研修のモデルチェンジに対応

全日病研修セミナー　判断力のある看護師を病院は求める

全日病は４月10日、看護師特定行為研修セミナー「じっくり語ろう」―指定研修機関以外も知っておくべきモデルチェンジへの対応―を開催した。看護師特定研修委員会委員長の神野正博・全日病副会長は、医師の働き方改革などを背景に、特定行為研修を修了した判断力のある看護師が病院に求められていることを強調。厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室の習田由美子室長は、パッケージ研修の修了者を2023年度末までに１万人とする目標を示した。

神野委員長は、医師の働き方改革や医師偏在対策、地域医療構想という現状の医療を取り巻く状況を取り上げ、医師から看護師へのタスク・シェアリングをはじめ、多職種協働の取組みがこれまで以上に病院に求められていることを強調した。「今後の社会で、どんな看護師を病院は望むか」と問いかけ、「療養上の世話」や「診療の補助」がある中で、「判断すること」の重要性が高まると指摘。判断ができる看護師の能力の「底上げ」が急務であり、その一つとして、今回の看護師特定行為研修を位置付けた。

さらに、地域包括ケアシステムの中で、生活の場である住まいを中心に、医療、介護、生活支援・介護予防などの各事業者がメディカル・ネイバーフッドを形成し、患者・家族を支える姿を提示した。その上で、そこで活躍できる看護師が求められているとした。

働き方改革の影響を特に、強調した。2024年度から適用される年間1,860時間の医師の労働時間の特例水準を2036年度までに解消するためには、医師の業務見直しが不可欠とされている。厚労省が示す医師の労働時間短縮の緊急的な取組みでも、タスク・シフティングの推進で、特定行為研修の受講が掲げられていることなどを示した。

神野委員長はその際に、仕事を委譲するタスク・シフティングより、仕事を分かち合うタスク・シェアリングが病院全体で多職種が協働する上で、大事だと述べ、各病院の取組みを促した。

研修内容の精錬化とパッケージ化

厚労省医政局看護課看護サービス推進室の習田由美子室長が、指定研修施設ではない病院参加者もいることから、従来からの特定行為研修制度の内容とあわせ、今回のモデルチェンジの概要を説明した。

特定行為研修制度は、2014年６月に成立した、いわゆる医療介護総合確保法で制度化された。目的は、医師の判断を待たずに、手順書により、内容を標準化し、一定の診療の補助を行う看護師を養成することである。

特定行為として38行為、特定行為区分として21区分を定めた。看護師が手順書によって行う特定行為は、「実践的な理解力、思考力および判断力ならびに高度かつ専門的な知識および技術が特に必要なもの」。これらを学ぶための研修は、すべての特定行為区分に共通する「共通科目」が315時間、特定行為ごとに異なる「区分別科目」として15～72時間が課される。

研修は、厚生労働大臣が指定する病院や学校など研修機関が実施。複数の病院と協力して研修を実施する協力型もある。一部事務は当該機関の所属する団体や組織の本部等に委託できる。

習田室長は、「2025年に向け約10万人以上の特定行為看護師の養成を目指している」と述べ、多くの看護師が受講できるよう、身近な場所で研修を受けられる体制整備の必要性を強調した。

今回のモデルチェンジでは、より多くの研修修了者を養成することなどを狙い、「研修内容の精錬化による研修時間数の短縮」と「３つの領域別パッケージ研修の設定」が行われた。共通科目が315時間から250時間に、21％短縮され、区分別科目も総じて、短縮される。３つのパッケージは「在宅・慢性期領域」、「外科術後病棟管理領域」、「術中麻酔管理領域」がある。

習田室長は、パッケージ化の効果として、「特定行為ごとに個別に分かれていると、活用しにくい面があったが、一定の領域で同じことができる看護師をそろえることができる」と述べた。

日本大学病院の木澤晃代・看護部長は、パッケージの想定利用法をシミュレーションした。「在宅・慢性期領域」の活動場所は、訪問看護ステーションや療養施設等で、役割は慢性期・終末期の症状マネジメントとした。「外科術後病棟管理領域」の活動場所は、ICU・SICU・外科病棟等、「術中麻酔管理領域」の活動場所は、手術室や病棟等で、役割は両方とも、周術期患者の症状マネジメントとした。

S-QUE研究会の兼久隆史・事業本部長は、従来の共通科目と区分別科目の配信も継続するとした上で、モデルチェンジに順次、適切に対応していく準備を進めていることを説明した。

最後に、質疑応答の時間では、近くモデルチェンジの省令が公布・施行されるのを踏まえ、指定研修機関の移行手続きなどが確認された。

全世代型社会保障における予防・健康インセンティブを検討

未来投資会議　夏に「健康寿命延伸プラン」を策定

政府の未来投資会議は３月20日、「全世代型社会保障における疾病・介護の予防・健康インセンティブ」について議論した。安倍晋三首相は、「人生100年時代を迎えて病気予防や介護予防の役割が増えている」と述べるとともに、個人の努力に加えて自治体や健保組合など保険者の予防の取り組みが重要であると強調。根本匠厚生労働大臣に対し、今夏に取りまとめる成長戦略の実行計画に向け、「保険者のインセンティブ強化策の具体的な検討を進めていただきたい」と要請した。

この日の未来投資会議では、日本経済再生総合事務局が予防・健康づくりの方向性を示した。70歳までの就業機会の確保などと併せ、予防・健康インセンティブについて国保の保険者努力支援制度や介護インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金）の強化を検討する必要があると提案した。

保険者のインセンティブ制度は、健康・予防の取組みに関する評価指標を設定し、指標による評価結果を交付金などに反映させて保険者の取組みを促すもの。

事務局は、国保の保険者努力支援制度について、①生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診の受診率向上などの配点割合を高める、②予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高めることを提案した。

健保組合の後期高齢者支援金の加減算制度については、①加減算の幅を2020年度までに最大10％まで引上げる、②予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する方針を示した。

また、介護予防の促進案については、①介護インセンティブ交付金の強化を図る、②介護予防に資する取組みを評価し、交付金の配分基準のメリハリを強化することを提案した。

そのほか、民間予防・健康サービスの促進案として、企業の健康経営・健康投資の促進やヘルスケアサービスの品質向上、ウェアラブル等を活用した実証事業を進める考えを示した。

根本厚生労働大臣は、今年夏をめどに「健康寿命延伸プラン」を策定し、2040年の健康寿命延伸に向けた目標や2025年までの工程表を示す考えを説明した。さらに①健康無関心層も含めた予防・健康づくりを推進するとともに、②地域・保険者間の格差の解消に向けて、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」などの新たな手法も活用して取組みを進めると述べた。

議論を踏まえ、安倍首相は「今年は全世代型社会保障元年である」とした上で、根本厚労大臣に対して、茂木敏充経済再生担当大臣、世耕弘成経済産業大臣と協力して、この夏取りまとめる成長戦略の実行計画に向けて、予防や健康づくりに関する保険者のインセンティブ強化策の検討を進めることを求めた。

重点分野ごとのAI開発の課題を整理

保健医療分野AI開発加速コンソーシアム

厚生労働省の「保健医療分野AI開発加速コンソーシアム」（座長＝北野宏明・ソニーコンピュータサイエンス研究所所長）は、４月17日に会合を開き、医療安全におけるAIの活用についてヒアリングしたほか、AI開発を進めるための課題の整理に向けて意見を交わした。

同コンソーシアムは、急速にAI開発を進める諸外国に遅れをとらずに、産学官が一丸となってAI開発に取り組むための課題や対応策を検討するために、昨年７月に設置された。これまで画像診断支援の領域について議論し、今年１月に「迅速に対応すべき事項」を整理。その後、AI開発の取り組みについてヒアリングを重ね、AIの開発・利活用が期待できる分野／領域ごとにAI開発を促進するために必要な施策や企業、アカデミア、行政に期待される役割について議論を進めていて、６月の取りまとめを目指している。

この日は厚労省が、これまでの議論の概要を重点分野ごとに整理して提出。①がんゲノム②画像診断③診断・治療支援④医薬品開発⑤介護・認知症⑥手術支援⑦AIホスピタルの各分野について論点を示した。

このうち診断・治療支援では、AIを用いた場合の責任の所在を論点にあげている。診療プロセスの中で効率を上げる支援ツールとしてAIを評価する一方、「医師が最終的な判断の責任を負うことが原則」としているほか、医師に対して診断支援AIの教育が必要になると指摘している。

介護・認知症の分野では、カメラやセンサーの導入で夜間ケアの負担軽減が期待できるとし、開発を促進するためにAIを活用した機器を入れた場合の人員配置の緩和が必要としている。

医療安全におけるAIの活用について発表したのは、聖路加国際大学公衆衛生大学院のウォン・スイー准教授。インシデントレポートを収集してビッグデータとして分析することで有害事象を防ぎ、医療安全を促進するための研究を進めている。AIを活用することで、インシデントレポートから根本原因分析につなげることなどが期待できる。

一冊の本　book review

人生100年時代、「幸せな老後」を自分でデザインするためのデータブック

著者●大石佳能子
発行●Discover
定価●2,500円＋税

国では重度の要介護状態となってもできる限り住み慣れた地域で療養することができるよう在宅医療を推進しており、病院業務においても在宅医療を意識する機会が多くなっていることと思う。しかし、病院医療と在宅医療・在宅介護の間にはいまだ大きなギャップが存在している。

そこで、是非とも目を通してほしいのが本書である。超高齢社会の現状と、人生100年時代に関する様々なトピックスが、短い文章とカラフルな図表を用いて直感的にわかるように説明されており、医療と介護のために何ができるのか大きなヒントを得られるだろう。

PT・OT の開業は望ましくないとの認識で一致

四病協・総合部会　全体で供給過剰だが地域偏在もある

四病院団体病院協議会は４月17日に総合部会を開き、最近の医療行政などをめぐり、意見交換を行った。終了後の会見で、日本病院会の相澤孝夫会長は、理学療法士（PT）や作業療法士（OT）などリハビリ専門職が、医療保険によるリハビリテーションを提供するため、独立して開業するのは望ましくないとの認識で一致した。

PT・OT の供給数は現時点で、需要数を上回っており、2040年頃には供給数が需要数の約1.5倍になるとの需給推計の結果が、４月５日の医療従事者の需給に関する検討会・理学療法士・作業療法士需給分科会で示されている。

しかし、総合部会では、PT・OT にも地域偏在があり、回復期病棟などを担う病院で充足感はないとの意見が出たという。一方、2018年度診療報酬改定では、訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問看護は適正化が行われている。相澤会長は、「OT・PT の独立開業は由々しき問題」と述べた。

四病協としては、訪問リハビリは訪問看護ステーションで一定の対応が図られているとの認識にある。医師の指示の下で行う診療の補助としての PT・OT の開業権を求める声が一部で出ており、それをけん制した形だ。

医療機器の購入制限を警戒

昨年度末に厚生労働省の医政局の検討会などでまとまった報告書をめぐり、意見交換があった。

厚労省の医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会の第４次中間取りまとめでは、「医療機器の効率的な活用のための協議」が明記されたことで議論があった。第４次中間取りまとめでは、医療機関が医療機器を購入する場合に、共同利用計画を作成し、地域の協議の場に示すと明記された。これに関して厚労省は、「病院の医療機器購入を抑制する趣旨ではない」と説明している。しかし、総合部会では、将来的な医療機器の購入制限につながりかねないと警戒する意見が出た。

2022年度以降の医学部入学定員の臨時増員については、第４次中間取りまとめの考え方に従って、ゼロベースで見直すことになっている。これに対しても、改めて危機感が示された。新たな養成数の設定では、医師多数三次医療圏での養成数が削減される見通しであることから、今後、男性医師よりも労働時間が相対的に短い女性医師が増えることを含め、医師養成数が全体で抑制されることに異論があった。

相澤会長は「地域の実情に合わせて、医師養成の問題も議論される必要がある」と述べた。

医師の働き方改革も、年度末に報告書がまとまった。2024年度から適用される医師の時間外労働の上限規制など報告書の概要は、これまで四病協に報告された内容と同様だが、「研鑽」や「宿日直」の労働時間上の取扱いについては、近く通知が出る予定で、未確定の部分がある。

36協定の締結状況や宿日直の届出も改めて点検する必要があるが、今後の労働基準監督署の指導も、新たな通知の下で行われる。このため、現時点では、「あわてて動かない方がよい」との見解が示された。その上で、今後５年間で、医師の時間外労働時間を2024年度以降に適用される上限時間内に抑えるために、病院団体として取り組んでいく姿勢を確認した。

特定健診の実施率は53.1%、保健指導は19.5%

2023年度の目標値と依然としてかい離、全保険者の実施率を公表

厚生労働省は３月18日、2017年度の特定健診・特定保健指導の実施状況を公表した。特定健診は53.1%、特定保健指導は19.5%で、ともに前年度の実績を上回ったが、2023年度の目標値として設定している特定健診70%、特定保健指導45%と比べると「依然かい離があり、さらなる実施率向上に向けた取組みが必要」としている。

特定健診・特定保健指導は、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等の発症・重症化を予防するため、保険者が共通に取り組む保健事業として2008年度から始まり、10年が経過した。

特定健診は、対象者数約5,388万人に対し受診者数約2,858万人で、2017年度の実施率は53.1%（2016年度51.4%）となり、前年度より1.7ポイント上昇した。

保険制度別に実施率をみると、共済組合77.9%（同76.7%）、健保組合77.3%（同75.2%）が８割弱の水準となっている。そのほか、協会けんぽ49.3%（同47.4%）、国保組合48.7%（同47.5%）、市町村国保37.2%（同36.6%）、船員保険35.8%（同48.5%）の順で、船員保険を除いて前年度よりも上昇した。

特定保健指導は、対象者数約492万人に対し修了者数は約96万人で、2017年度の実施率は19.5%（同18.8%）となり、前年度より0.7ポイント上昇した。

保険制度別では、市町村国保25.6%（同24.7%）、共済組合25.5%（同23.2%）、健保組合21.4%（同19.2%）が２割を超え、協会けんぽ13.2%（同14.2%）、国保組合9.3%（同9.1%）、船員保険6.8%（同7.2%）の順となった。協会けんぽと船員保険を除いて前年度を上回った。

実施率最高は100%、最低は0%

保険者機能の責任を明確にする観点から、今回初めて全保険者の個別の実施率を公表した。特定健診・特定保健指導ともに最高は100%、最低は０%の保険者があることがわかった。

市町村国保について特定健診の実施率をみると、新潟県粟島浦村（81.5%）、宮崎県西米良村（79.7%）、熊本県五木村（78.4%）、宮崎県椎葉村（75.5%）、高知県梼原町（75.4%）が高い。

特定保健指導では、北海道初山別村、長野県平谷村、長野県売木村、徳島県佐那河内村、熊本県氷川町が100.0%の実施率となっている。

介護分野の特定技能で説明会

厚生労働省　国外での試験が始まる

厚生労働省は４月３日、さいたま新都心で介護分野における「特定技能」の受け入れに関する制度説明会を開催した。４月１日から改正入管法が施行され、新たな在留資格「特定技能」で外国人材の受け入れが始まることを受けてのもの。介護サービス事業者等が参加した。

介護分野では、今後５年間で最大６万人の外国人材の受け入れを見込んでいる。

利用者の心身の状況に応じた介護を一定程度実践できるレベルの技能と介護現場に従事する上で支障のない程度の日本語能力が求められ、試験は国外で概ね年６回実施する。１回目はフィリピンで４月に、２回目は６月に予定されている。国内の試験実施は未定だ。

求められる技能について厚労省は「技能実習２号相当レベル」と述べた。また第２号技能実習修了者・介護福祉士養成施設修了者については技能試験および日本語試験を免除することも説明した。

なお、EPA 介護福祉士候補者で４年の訪日後研修・就労を経て、介護福祉士試験に不合格になった者について「特定技能に移行できるようにすべき」という意見が多く寄せられているとし、「関係省庁と調整中」と説明した。

■ 現在募集中の研修会（詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください）

研修会名（定員）	日時【会場】	参加費 会員（会員以外）	備考
2019年度 第1回 災害時のBCP 研修（東京会場）（60名）	2019年6月5日（水） 【全日病会議室】	20,000円（21,600円）（税込）	災害時に自院の事業の継続、復旧を速やかに遂行するために作成する計画が BCP（事業継続計画）である。BCP/BCM（事業継続マネジメント）の説明、大規模地震発生を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応体制、対応方法の現状課題について「気付き」を得てもらう。災害拠点病院以外の病院が対象。
2019年度 個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコースの開催 東京会場（90名） 広島会場（84名）	2019年6月13日（木） 【東京会場、全日病会議室】 7月10日（水） 【広島会場、TKP ガーデンシティ PREMIUM 広島駅前】	12,960円（17,280円）（税込）（昼食代、書籍代含む）	改正個人情報保護法の全面施行を受け、個人情報保護委員会の講師による「医療・介護関係事業者における改正個人情報保護法」の講演を行う。グループワークで検討する課題については、全日病の個人情報相談窓口に実際に問い合わせ頂いた事例等を用いる。参加者には、「受講認定証」を発行する。
2019年度第1回「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会（100名）	2019年6月28日（金） 【全日病会議室】	10,800円（16,200円）（税込）	2015年度から毎年、開催しており2019年度も各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的に、研修会を開催する。「医療安全管理者養成講習会」（全日病・日本医療法人協会共催）の継続認定の研修会に該当する。
2019年度「特定保健指導専門研修（食生活改善指導担当者研修）」（40名）	2019年6月29日（土）、6月30日（日）、7月6日（土）、7月7日（日） 【全日病会議室】	54,000円（64,800円）（税込）（テキスト代、昼食代含む）	研修修了者（看護師・栄養士・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士）は、食生活に関する実践的指導における「食生活の改善指導に関する専門的知識および技術を有すると認められる者」に該当し、「動機付け支援」および「積極的支援」のうち、食生活の改善指導および３メッツ以下の運動についての支援を併せて実施することができる。

発行所：公益社団法人全日本病院協会／発行人：猪口雄二／〒101-8378 東京都千代田区神田猿楽町 2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F／ TEL（03）5283-7441 ／ FAX（03）5283-7444