



全日病 ニュース

2019.6.15

No.942

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

働き方改革への診療報酬での対応を議論

中医協総会

猪口会長が要件緩和や人件費増の手当て求める

中医協総会(田辺国昭会長)は5月29日、2020年度診療報酬改定に向け、働き方改革への対応を中心に議論を行った。全日病会長の猪口雄二委員は、人手不足と医師・医療従事者の働き方改革が病院に与える影響の大きさを強調。診療報酬改定で、各病院が効率化や合理化の取組みを進められるよう、施設基準や算定要件の緩和とともに、人件費が増加する分の診療報酬での手当てを求めた。これに対し、診療側からは同調する意見が相次いだ。支払側の委員からは、「働き方改革への対応で入院基本料や加算を引き上げるのはおかしい」との反発があった。

医師の働き方改革では、医師に対する時間外労働規制が2024年度から適用される。それまでに医師の時間外労働を年間960時間以内とする必要がある。救急医療を担っているなど特例が認められる病院でも、年間1,860時間を超えることはできず、連続勤務時間制限やインターバルの導入など追加的な健康確保措置も義務化される。今後、労務管理の徹底や医師以外の職種へのタスクシェア・シフト、業務の効率化、医療機関間の連携・機能分化などを進めることで、医師の労働時間の短縮を目指す。これらを行う原資を確保する上で、診療報酬での対応が重要になる。

診療報酬改定では、これまでも勤務医の負担軽減の取組みや多様な働き方に対応する改定を行ってきた。特に、前回改定では、施設基準や算定要件の緩和を含め様々な見直しがあった。

厚生労働省はこれらの取組みを進めている中で、今回医師の働き方改革が明確に定まったことを踏まえ、今後の議論の参考となる資料を示した。基本的には、医療機関内での取組みと地域全体での取組みに分けて、課題や論点を提示した。

医療機関内での取組みは、「院内での労務管理や労働環境のマネジメントシステムを機能させる必要がある」とし、例えば、前回改定では総合入院体制加算において、医療従事者の負担軽減・処遇改善に資する体制の整備を要件に加えたことを示した。また、個別の取組みでは、◇タスク・シフティングの推進◇人員配置の合理化◇チーム

医療・複数主治医制等の推進◇書類作成・研修要件等の合理化—をあげた。

地域全体の取組みでは、働き方改革の影響が特に懸念される救急医療、小児・周産期領域の体制を課題とした。救急医療については、「第三次救急医療の中でもより質の高い医療を提供する医療機関への重点的な評価」、「診療所における救急患者への診療の評価」を行っているとした。小児・周産期領域については、「再編統合を含む集約化・重点化が必要とされている。診療報酬においては、手厚い人員配置等に対する評価を行っている」と説明した。

猪口委員が病院の効率化・合理化で報酬引上げ含め様々な見直しを要望

厚生労働省の説明を受け、猪口委員が発言した。まず、医師の働き方改革により、医師の増員など人件費の増加は明らかであるとして、「入院基本料の引上げを求めてほしい」と述べた。次に、医師事務作業補助体制加算について、医師の負担軽減策に効果があると評価した上で、99床以下の病院の67%が届出をしていないことを指摘。「年間の緊急入院患者数や手術件数の要件が厳しい」と述べ、要件緩和を要望した。

様々な診療報酬項目で「専従」の医師・看護師の配置が要件となっている。このことに対しては、「『専従』は100%その仕事に従事していなければならない。もう少し弾力的に見直してほしい」と述べた。また、常勤薬剤師2人以上の配置を求める病棟薬剤業務実加算は、一人配置の場合の評価を設けるべきとした。事務の効率化・合理化では、ICTの活用を含め、「書類作成・研修要件等の合理化」などを前回改定に引き続き、進めていくことを求めた。

最後に、救急医療管理加算の見直しなどを念頭に、救急医療体制の評価について、「二次救急医療機関を都道府県がどのような考え方で指定しているかを踏まえ、全国一律の救急医療の評価をどう設定すべきかを決められたい」と指摘。厚生労働省に実態把握を求めた。

これらの意見に対し、他の診療側の委員も「これまでの勤務環境改善策で設けた加算等は中小病院にとっては取りにくい面があった」と指摘し、改善

を求めた。また、介護保険に関わる問題として、「要介護認定の際の主治医意見書が大学病院の先生にとって負担で、認定が遅れがちであるとも聞いている。介護の必要性を記述するものなので、大学病院の医師が書くよりも、かかりつけ医が書いたほうがよいのではないかと。かかりつけ医に連絡し、書いてもらうことを診療報酬で評価すれば、急性期の大病院の勤務医負担軽減につながる」との意見も出た。

一方、支払側の委員からは反発があった。健康保険組合連合会の委員は、「働き方改革への対応で生じる費用は、診療報酬を上げて患者が負担するのではなく、ICTも活用した病院のマネジメントの向上や職員の意識改革で対応すべきもの。そのような効率化の取組みを阻害しているものを取り除くための見直しは必要と理解する。だが、入院基本料や加算を引き上げるのはおかしい。地域全体の取組みでは、地域医療構想を推進し、医療機能の分化・連携などで効率化するとともに、大病院の定額負担対象病院拡大などで患者の行動変容を起し、外来の機能分化を進めて、大病院の外来受診を減らすことが必要になる」との趣旨の意見を述べた。

これに対し猪口委員は、「今の診療報酬は様々な要件でがんじがらめにされているので、それを実態に合うよう現代化して、病院がマネジメントの向上に取り組める診療報酬にする必要がある」と返した。日本医師会の委員は、「加算の引上げなどで対応するのはおかしいとの意見には、明確に反対する」と述べた。

がん遺伝子パネル検査2品目を了承 既存点数を準用し5万6千点

中医協総会は同日、がん遺伝子パネル検査の2品目を了承した。がん患者の遺伝子を網羅的に調べて、遺伝子異常変異をみつけ、診断や治療方針決定に役立てる。これまでにない先進的な検査で、複雑なプロセスを要するため、全国11カ所のがんゲノム拠点病院と156カ所の連携病院に限定されるが、将来的には、全国どこでもがんゲノム医療を受けられる体制を目指す。新たな治療法につながるため、患者の遺伝



子情報はがんゲノム情報管理センター(C-CAT)に提出する。

了承されたのは「NCCオンコパネル」(シスメックス)と「FoundationOne CDx」(中外製薬)。特定保険医療材料ではなく、新規技術料で評価するが、設定は診療報酬改定時となるため、既存点数を準用する。準用するのは、「遺伝学的検査「3」処理が極めて難しいもの」(8千点)、悪性腫瘍組織検査(6千点)、粒子線治療(1万点)で、検体提出からエキスパートパネルを経て、レポートを作成し、患者への説明までの一連のプロセスを合算して、5万6千点とした。特定の遺伝子を対象としたコンパニオン検査として行われた場合は、その点数を算定する。

がん遺伝子パネル検査の結果、治療薬が選択された場合は、その治療を受けることになるが、保険収載されていない治療薬も想定され、その場合は治験や先進医療、患者申出療養が選択肢となる。

対象患者は①標準治療のない固形がん患者②標準治療が終了となった固形がん患者。「NCCオンコパネル」の患者数はピーク時で1万3,127人、市場規模は年間73億円、「FoundationOne CDx」の患者数は同1万3,532人、市場規模は年間75億円となっている。

検査を実施する医療機関は、原則C-CATにデータを提出することを要件としている。現段階でがん遺伝子パネル検査により、治療に直接つながる遺伝子は限定的である。今後、検査で得られる遺伝子情報・臨床情報がC-CATに集められ、解析されることで、新しい治療法や予後の情報などが患者に提供されることが期待される。

一方、遺伝子情報を提供することには懸念もある。このため、個人情報等の取扱いについては、個人情報保護等関連法令等を遵守するとともに、患者の求めに応じて検査結果を患者に返却できる体制を整備することも要件とした。また、データの二次利用については、患者の同意を得る必要がある。

臨床研修病院への実地調査を第三者機関に代替

医道審・臨床研修部会

JCEPを第三者機関に想定

医道審議会の医師分科会・医師臨床研修部会(桐野高明部会長)は5月29日、臨床研修病院の指定継続を都道府県が判断する際の病院への実地調査について、第三者機関が実施できることを了承した。第三者機関は、国がこれまで実施してきた訪問調査による評価や、研修医へのインタビューを行う。同日は、卒後臨床研修評価機構(JCEP)からヒアリングを行い、これらを実施できることを確認した。

昨年度の医療法等改正により、臨床

研修病院の指定権限が国から都道府県に移管される。これに伴い、これまで厚生局が実施してきた臨床研修病院への実地調査も都道府県が実施する。ただ、都道府県の判断には、評価にばらつきが生じる懸念が指摘されており、第三者評価を導入する必要があるとの意見が同部会から出ている。一方で、臨床研修病院は1,000施設以上あり、2020年度以降に第三者評価を一律に設けるのは難しい状況にある。

厚生労働省は今回、「臨床研修病院

の指定の継続の可否を判断するために都道府県が行う実地調査については、第三者機関による評価に代替できること」を提案。委員から了承を得た。

ただし、第三者機関に代替できるのは、①国がこれまで訪問調査で実施してきた評価項目を評価し、研修医へのインタビューを行う②研修部会報告書に基づき、総合評価をこれまでの3段階評価から4段階評価で行う一場合に限り、決めた。

同日は、第三者評価の実施機関とし



て想定されるJCEPからヒアリングを行った。

全日病副会長の神野正博委員は、これまでの評価項目の評価や研修医へのインタビューなどとあわせ、第三者評価の機能を果たせるかを岩崎榮専務理事に質問。「可能」との回答を得た。また、神野委員は、「実地調査の代替」の部分と「改善を目的とする機能」を切り分け、「改善」の部分は病院が費用負担するなど、整理が必要と指摘した。

全地域医療支援病院に医師派遣機能を求めることに異論

厚労省・特定機能及び地域医療支援病院検討会 議論の整理案示される

厚生労働省は6月6日、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」(遠藤久夫座長)に、議論の整理案を示した。しかし、特定機能病院についても地域医療支援病院についても整理案には様々な異論があり、まとまらなかった。特に、すべての地域医療支援病院に医師派遣機能を求めることに反対が相次いだ。医師少数区域などで勤務した医師だけが管理者になれる地域医療支援病院を一部とするか、全部とするかで意見が分かれている。

2018年に成立した改正医療法等で、医師少数区域などで勤務した医師を厚労大臣が認定し、この認定を受けた医師であることを一定の管理者の要件にすることを決めた。管理者要件の対象となる病院は、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、「地域医療支援病院のうち医師派遣・環境整備機能を有する病院」としていた。しかし、厚労省は地域医療支援病院の要件を変更し、すべての地域医療支援病院を対象病院とすることを提案している。

地域医療支援病院の要件見直しは、医師需給分科会の第2次中間取りまとめで、地域医療支援病院に医師少数区域などを支援する機能が求められていると整理したことを踏まえている。

現状でも、7割程度の地域医療支援

病院が医師派遣などを実施しているという。具体的には、73.7%が「巡回診療の実施」、「医師派遣機能(代診医の派遣を含む)の実施」、「総合診療の部門を持つ」のいずれかを満たしていた。

また、医師派遣を支える医療機関に対する経済的インセンティブとして、「医師を送り出す医療機関等、認定医師によって質の高いプライマリ・ケア等が提供される医療機関等、認定制度の実効性を高める医療機関」については、税制・補助金・診療報酬上の評価を検討すべきとの考えも示していた。

現在、地域医療支援病院は診療報酬で患者の入院初日に1,000点を加算できる。その代わりに様々な機能が求められるが、認定要件がより厳しくなれば、補助金等の優遇がある公立・公的病院より民間病院が厳しくなる。地域医療支援病院の認定要件を変更すれば、認定病院の数が増減すると想定され、診療報酬にも大きな影響を与える。

このため、委員からは、「地域医療支援病院が4機能(①紹介患者への医療提供②医療機器の共同利用③救急医療④医療従事者への研修)をすべて満たす必要があるのか疑問。地域医療支援病院は一定の役割を終えたので、廃止し、4つの機能は個別に診療報酬で評価したほうがよい」との意見も出た。

厚労省は今回、地域医療支援病院の新たな要件として次の3つを示した。

◇医師少数区域等における巡回診療の実施◇医師少数区域等の医療機関への医師派遣機能(代診医の派遣を含む)の実施◇総合診療の部門を持ち、プライマリ・ケアの研修・指導機能を持つ一である。

この提案に対して、委員から異論が出た。すべての地域医療支援病院に医師派遣機能などを追加することについては、「二桁に近い地域医療支援病院のある医師多数区域がある一方で、地域医療支援病院がひとつもない医師少数区域がある。また、地域医療支援病院でない病院が医師派遣機能を担っている地域もある。地域によって事情が異なり、一律に要件を追加することには反対」といった意見が出た。

一律に要件を設ければ、その地域が医師少数区域でない場合に、他の地域に医師を派遣しなければならない。全日病副会長の中村康彦委員は、「民間の一般社団法人の地域医療支援病院の立場としては、地域を越えて医師を派遣しなければならないというのは、厳しい」と訴えた。これに対し厚労省は、3つの要件について、地域の実情に応じて、要件を変更できるようにする選択肢があるとの見方を示した。

地域医療支援病院に対しては、かかりつけ医などを支援する要件も加える方針が示されている。都道府県知事により、地域の実情に応じて追加できる



要件との位置づけだ。具体的には、地域医療構想調整会議で地域医療支援病院の機能を協議し、都道府県医療審議会を経て、その機能の実施を求める。

特定機能病院の第三者評価でも異論

特定機能病院に対する第三者の評価のあり方についても、厚労省が、方向性を示した。しかし、様々な意見が出て、まとまらなかった。

特定機能病院の要件見直しの議論では、ガバナンスや医療安全に関し、第三者機関の評価を受けることを必須とする方針。だが、「受審すること」を要件とするか、「(第三者評価の)認定を受けること」を要件とするかで意見が分かれている。今回、厚労省は「受審すること」を要件とすることを提案した。

仮に、「認定」を要件にすると、第三者評価の有無が承認要件の可否に直接影響する。国は実施機関を定め、厳しく監督する必要がある。厚労省は、病院が医療の質向上のため、独自に第三者評価に取り組むことが望ましいとの観点を含め、「受審」を要件とし、複数の実施機関から、病院が主体的に選択することが望ましいとの考えを示した。

第三者評価で基準を満たないと指摘された事項は、改善することを「努力義務」にする。しかし、「努力義務」では不十分とする意見が相次いだ。

緊急避妊薬は原則対面診療。オンラインは例外

厚労省・オンライン診療指針見直し検討会 対人恐怖がある場合等に限る

厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」(山本隆一座長)は5月31日、オンライン診療で緊急避妊を行う場合の要件などを大筋で了承した。対面診療を基本とし、オンライン診療は「地理的な要因のほか、性犯罪による対人恐怖がある場合」に限る。まずは地域の産婦人科を受診することを求めることにした。安易な緊急避妊薬の入手につながるよう体制を整える。ただ、対象を広げるべきとの意見もあり、調整する。

同検討会は、政府の規制改革推進会議などから寄せられるオンライン診療の様々な要件緩和の要望を検討するなど、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを検討している。

オンライン診療は初診対面診療が原則だが、オンライン診療だけで完結できる事例の要望が出ている。具体的には、◇男性型脱毛症(AGA)◇勃起不全症(ED)◇季節性アレルギー性鼻炎

◇感染症◇緊急避妊薬が検討対象となった。これまでの議論で、緊急避妊薬以外は初診対面原則の例外とは認められず、見送りが決まっている。

一方、緊急避妊薬は認める方向で議論が進んだ。予期せぬ妊娠を防ぎたい女性に対応することと、安易な避妊薬の入手につながる体制整備を図るため、その条件を詰めていた。

今回、厚労省はこれまでの議論を踏まえ、緊急避妊薬の適切な服用に向けた体制を整理するとともに、オンライン診療における対応を整理した。

緊急避妊薬の入手については、まずは「地域の産婦人科医を受診すること」を基本とした。インターネットや自治体を通じて、対面診療可能な医療機関を紹介し、受診では産婦人科医や研修を受けたかかりつけ医などが対応する。

例外として、オンライン診療の対象となるのは、「近くに受診可能な医療機関がない場合(地理的な要件のほか、性犯罪による対人恐怖がある場合)」

とした。その場合でも、様々な要件を設ける。また、内服後3週間後には産婦人科を受診してもらい、オンライン診療で完結させない。受診しない事例も想定されるが、その事例を含め、医療機関には当面数年間の全例のフォローアップを求める。

具体的な要件・取組みでは、◇処方する医師を産婦人科医師と研修受講医師に限定◇研修受講者を厚労省ホームページで公表◇薬剤師の前での一錠のみの内服等ルール整備◇インターネットパトロール等を通じた不適切広告への指導◇薬剤師に対する産婦人科研修強化◇臨床研修医の研修項目に追加一を明示した。

厚労省の提案に対し、NPO法人COMLの山口育子委員は、「例外とする条件に、精神的な負担がある場合を入れて、もう少しハードルを下げてほしい。対面受診に抵抗感のある場合の対応が必要」と述べた。

ただ、ハードルを下げることに



では、慎重な意見が多かった。オンライン診療を実施している医師は、「診療であることに変わりはなく、オンライン診療であれば、精神的負担が軽減するということはないと思う」と指摘。その上で、「オンライン診療が有効なのはアクセスの容易さであるが、処方箋を郵送し、在庫がある薬局に行くまでの時間を考えれば、対面診療と比べ、時間が短縮されるとはいえない」と説明した。

日本産婦人科医会の参考人は、「産婦人科は最近女性医師が増えている。特に、お産ではなく、緊急避妊薬に対応する婦人科で増加傾向にある。同じ女性であれば、精神的な負担も軽減されるのではないかと述べた。また、「オンライン診療だから、24時間夜中でもアクセスできるというのは幻想」と産科医療の現状を訴えた。

3月末時点の介護医療院は150施設・1万28床

社保審・介護保険部会 介護医療院の開設状況を報告

厚生労働省は5月23日の社会保障審議会・介護保険部会(遠藤久夫部会長)に、今年3月末時点での介護医療院の開設状況を報告した。3月末時点で「150施設・1万28床」であることがわかった。委員からは、移行支援策が「不十分」との意見や、市町村が介護保険料への影響を懸念し、医療療養病床からの意向に消極的になることへの対応を求める意見が出た。

転換元の施設は、介護療養病床が最も多く、65.8%(97施設・6,602床)、

次いで、介護療養型老健施設18.3%(31施設・1,833床)、医療療養病床15.8%(45施設・1,589床)となっている。

なお、介護療養病床は2019年1月末時点で981施設・4万968床あり、2023年度までに介護医療院をはじめとする他の施設に移行させることが法律で決まっている。

これらの結果に対し、委員からは、「医療療養病床からの移行が、市町村の介護保険財政にどう影響を及ぼしているのか。移行に支障が生じてい

るのであれば、国の支援を検討してほしい」との要望が出た。

また、2018年度介護報酬改定効果検証の調査で、転換等が未定の介護療養病床に対する質問で、「2021年度介護報酬改定の結果を見て判断する」が4割に上ったことに対し、「2018年度改定の移行定着支援加算は、あまり効果がなかったのではないか」との指摘もあった。

また、部会の下に、厚労省が「介護分野の文書に係る負担軽減に関する



ワーキンググループ」の設置を提案し、了承された。介護分野の文書に関し、負担軽減のため、共通化・簡素化を検討し、必要に応じて、様式などを見直す。

昨年6月に閣議決定された「未来投資戦略2018」で介護分野の文書の削減の方向性が掲げられていた。6月以降に開催し、2~3回議論を行い、12月に中間とりまとめを行う予定だ。

2040年に向けた医療・福祉サービス改革プランを決定

厚労省・2040年社会保障改革本部

医師のサービス提供量7%改善

根本厚生労働大臣が本部長を務める「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」は5月29日、取りまとめを行った。2040年に向けて医療のサービス改革を実施し、医師の単位時間サービス提供量を7%以上改善することを目指すとした。医療法人の経営統合等の際に必要な経営資金の優遇融資制度を今年度中に創設し、2020年度から実施することも示した。

今年10月に予定される消費税率10%への引上げにより、これまで政府が進めてきた2025年を目標とした社会保障・税の一体改革が一区切りを迎える。厚労省は、2025年の先として2040年に向けて社会保障のあり方を検討するため、「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」を昨年10月に設置した。2025年を目指した社会保障改革では、急増する高齢者人口にどう対応するかが課題だったが、2040年には、社会保障の支え手・医療等のサービスの担い手になりうる現役世代の人口が急減することが大きな課題となる。

改革本部は、総就業数を増やすとともに、より少ない人手で医療と福祉の現場が回るように生産性を向上させることが必要との考えを示し、「健康寿命延伸プラン」、「医療・福祉サービス改革プラン」、「就職氷河期世代活躍支援プラン」を決定した。2040年に向けた目標と具体的な施策を示している。

医療・福祉サービス改革プランでは、①ロボット・AI・ICT等の実用化推進、

データヘルス改革②タスクシフティング、シニア人材の活用推進③組織マネジメント改革④経営の大規模化・協働化—の4つの改革を実施して、医療・福祉分野の生産性向上を図る方針を示した。2040年時点で、医療・福祉分野の「単位時間サービス提供量」を5%、医師については7%以上、改善させることを目指すと明記した。

そのための施策の主なものをみると、ICTの実用化を推進し、保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みをつくる。医療的ケア児の緊急時に、医療関係者が迅速に必要な患者情報を共有できる仕組みを構築する。

介護分野へのICT導入を推進し、医療と介護の情報連携に向けた検討を行う。

オンラインによる服薬指導のあり方について、薬機法の改正状況やガイドラインの整備状況等を踏まえて、次期以降の診療報酬改定における評価を検討する。

オンライン診療についても、有効性・安全性に関するデータを踏まえ、次期以降の診療報酬改定における評価を検討する。

タスク・シフティングを推進するため、人材育成に取り組み、2023年度末までに外科等の領域の特定行為研修修了者を1万人にすることを目標とする。特定行為のパッケージ研修を実施する指定研修機関数は、2023年度末までに約400カ所に増やすことが目標だ。

経営の大規模化・協働化を進めるため、医療法人と社会福祉法人それぞれの合併等の好事例を2019年度中に収集して分析し、2020年度に公表する。

医療法人の経営統合・運営の共同化に向けたインセンティブの付与を行うため、今年度中に優遇融資制度を創設し、2020年度から実施する。

医療機関の勤務環境改善に向けて、病院長を対象としたトップマネジメント研修を実施する。

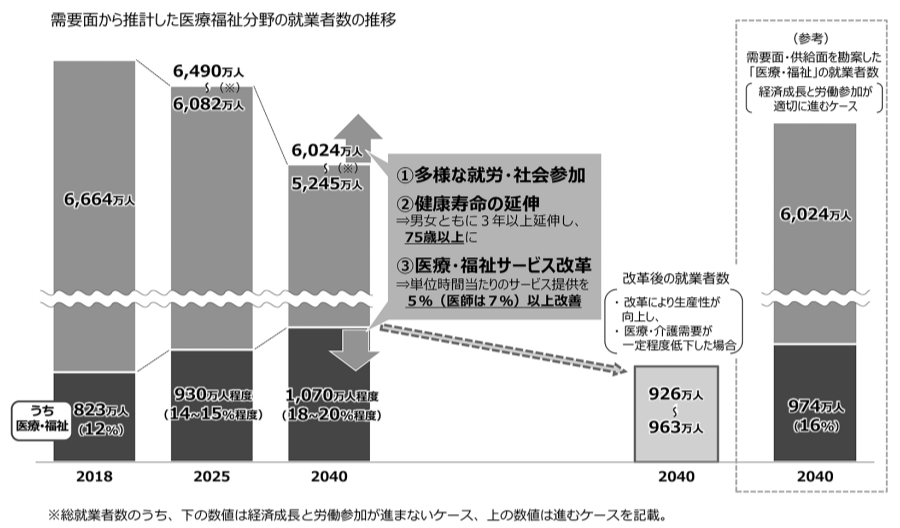
一方、「健康寿命延伸プラン」では、2016年時点で男性72.14年、女性74.79年である健康寿命を、2040年までに男女ともに3年以上のばすことを目指すと明記した。慢性腎臓病診療連携体制



の構築や先進事例の展開を通じて、2028年までに年間新規透析患者数を3万5,000人以下に減少させることも目指す。

根本厚労大臣は、「とりまとめを踏まえ、この夏の骨太の方針、未来投資戦略に必要な政策を盛り込むとともに、今後の制度改正や概算要求等により具体化を図りたい。社会保障の持続可能性を確保するために、給付と負担の見直しについても引き続き検討を進めたい」と述べた。

2040年に向けたマンパワーのシミュレーション(平成30年5月21日)の改定



特段の要件を求めない現行の妊婦加算は「適当ではない」

厚労省・妊産婦保健医療体制検討会

意見書をまとめ、中医協の議論に期待

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6月6日、意見書をまとめた。今年1月から凍結されている妊婦加算を含め、妊産婦への健康管理や妊産婦が安心してできる医療体制のあり方を示した。妊婦加算については、妊産婦への配慮で特段の要件を求めない現行のままでも再開することは、「適当でない」と指摘。妊産婦への診療を評価するのに必要な要件や新たな名称が中医協で議論されることを期待した。

2018年度診療報酬改定で導入した妊婦加算は、加算の趣旨に反するような事例や、妊婦の自己負担の増加に対する批判があり、2018年秋以降、SNSや新聞、ニュースなどで頻繁に取り上げられた。このため、同年12月に根本厚労大臣は当面の間、妊婦加算の算定を見合わせることを決めた。

意見書では、「妊産婦の診療については、通常よりも慎重な対応や胎児や

乳児への配慮が必要であり、妊婦に対する通常よりも丁寧な診療を評価する」という妊婦加算の趣旨を踏まえ、単に妊婦を診療したという事実のみで加算される現状の妊婦加算が、「そのままの形で再開されることは適当ではない」と明記した。

妊産婦への配慮としては、「診療・薬の内容について、文書を用いて説明を行ったり、産婦人科の主治医への情報提供を適切に行うことが重要である」と示した。

一方、同検討会の議論では、一部の医療機関は妊産婦の受診を敬遠することも明らかになった。すべての医療機関が妊産婦に配慮した診療を行えないことを踏まえ、「妊娠中・産後のコンプレックスに対応可能なかかりつけ医を持つことを妊産婦に勧める必要がある」として、具体的な配慮の形を例示している。

例示では、①妊娠に配慮した診察・

薬の内容について文書を用いて説明している②妊婦の診察に関する研修等を受けている③母子健康手帳を確認している④産婦人科の主治医と連携している—を示した。このような配慮の形を実施できる医療機関を「妊産婦の診療に積極的な医療機関」と位置づけ、子育て世代包括支援センターなどの自治体や分娩取扱い施設を通じて、妊産婦に周知することが必要とした。

今後、中医協が妊婦加算の評価のあり方を議論するに当たって、これらの配慮の形が参考になると考えられる。

また、検討会の議論では、母子健康手帳を医療関係者の情報共有の手段として積極的に活用すべきとの意見が出た。ただ、現行の母子健康手帳は感染症の罹患など機微な個人情報が記載されているなど、情報共有の手段としては想定されていないため、厚労省は改訂を行う場合の課題を整理するとの考えを示している。母子健康手帳の多言



語化などは進めていく。

妊婦加算に対しては、「配慮が感じられないのに加算された」といった不満以外に、余計に自己負担がかかるという点にも批判があった。このため委員からは、「各自治体が支援すべき」との意見が出た。ただ、意見書としては、「引き続き検討すべき」との文言にとどめた。一方で、妊産婦だと費用が増えることが「子どもをほしと思う人にとって、デイスインセンティブにならないようにする」対応は必要とした。

妊婦健診で自己負担が発生しないような工夫や、産婦健康審査の拡充は検討課題とした。現行の支援制度を情報提供する必要性も明記された。

減少する看護補助者の確保策を議論

看護職員需給分科会

実態調査も今後実施

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会の「看護職員需給分科会」(尾形裕也座長)は6月3日、看護職員確保について議論した。看護補助者が減少している実態が報告され、確保策を議論した。

厚労省は、看護職員確保に向けて、働き続けられる職場環境づくりの推進などを論点に示した。

看護職の夜勤負担について、病院に勤務する正規雇用の看護職員の19.1%

が夜勤を実施していないことを厚労省は報告した。一方、「夜勤免除者がどの程度だと勤務体制を維持するのに支障がないか」を病院の看護師長に聞いたアンケート調査結果では、「5~10%」との回答が最も多かった。

厚労省は、夜勤を含め、看護職員の業務の効率化・負担軽減を図るため、看護補助者を確保し、効果的に活用するための方策を議論するよう求めた。

看護補助者は、2013年までは増加し

て約20万人に達したが、2014年に減少に転じ、2016年時点では18万6,300人だ。看護補助者について「必要量を満たすだけ配置できていない」とする医療機関は37.3%だった。募集しても集まらないのが実態だ。報酬上では、2018年度診療報酬改定で、看護補助加算が引き上げられている。

日本医療法人協会副会長の太田圭洋委員は、「病院医療における看護補助者の位置づけを考えてほしい。国のマ

クロの需給推計の対象に、病院内の看護補助者を入れて、対策を立ててほしい」と主張した。他の委員から「職種としての位置づけを明確にすべき」との意見も出された。

看護補助者については、今年度の厚生労働科学特別研究事業で、実態調査を行う予定だ。

また、厚労省は、有料職業紹介事業者による看護師の紹介手数料を報告した。2017年度の1件当たり手数料は平均で60万5千円。紹介手数料全体では319億7千万円に上った。

委員からは、「本来は医療に使うべき原資がそちらに流れてしまっている」と改善を求める声があがった。

専攻医の都道府県診療科別シーリングを了承

日本専門医機構 データを検証する協議会も設置

日本専門医機構(寺本民生理事長)は5月27日の会見で、来年度の専門医研修で募集する専攻医数の都道府県診療科別のシーリング(上限設定)案を、理事会で了承したことを報告した。各学会は新たに導入する連携(地域研修)プログラムとあわせ、研修プログラムを9月中下旬までに作成。厚生労働省の医道審議会医師分科会医師専門研修部会の了承を得た上で、10月の募集開始を目指す考えだ。

現行では、東京をはじめ大都市のある5都府県のみでのシーリングだった。

診療科別に上限を設けることはこれまでにない試みで、大きな見直しといえる。一方で、激変を避ける観点から、上限数は基本的に、実績を下回らない数字とした。その代わりに、シーリング対象外の都道府県で半分以上の研修期間を設ける連携(地域研修)プログラムを一定数組み込むことで、地域偏在の拡大を避ける。

さらに、連携(地域研修)プログラムのうち、2016年時点のデータで、医師充足率が8割以下の都道府県での研修を「都道府県限定分」と位置づけ、

一定数加える。なお、基本診療領域の中で、外科・産婦人科・病理・臨床検査・救急科・総合診療は医師数自体が少ないことなどを理由に、シーリングの対象から外される。

寺本理事長はシーリングについて、「専門医制度により医師偏在を解決することはできないが、偏在の拡大は避けなければならない。2024年に規制が施行される医師の働き方改革にも対応する必要がある」と述べた。

また、シーリング案を了承した理事会では、各学会の委員から、募集人数



などを決める基になる厚生労働省のデータに対し、診療科や地域の特殊事情が反映されていないとの疑義が出たという。今回は、厚生労働省の示したデータをそのまま採用するものの、新たに協議会を設けて、データの検証を行う。協議会には、機構や学会関係者のほか、厚生労働省や社会統計の専門家も加わる予定だという。

入院中の転倒等の死亡事例を分析

日本医療安全調査機構 6テーマで8つの提言

日本医療安全調査機構(高久史磨理事長)は5月31日、「入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析」を発表した。入院中の転倒・転落で患者が死亡した11件の調査報告書を6テーマで分析。8つを提言した。明らかな異常を認めなくても、頭部CT撮影を行うことや、保護帽の使用など頭部外傷を防ぐ取組みを示した。リスクの高い患者が増え、現場が疲弊していることから、多職種が連携する体制整備なども提言している。

2015年10月から始まった医療事故調査制度では、院内で起きた医療事故を同機構が運営する医療事故調査・支援センターに報告し、医療機関が院内調査を実施する。調査報告書はセンターに集積され、それを分析し、公表することにより、再発防止を目指す。なお、医療機関や医療事故の遺族は、センターにも調査を依頼できる。

常勤の脳神経外科医師がいない病院や時間帯では、脳神経外科手術が可能な病院に転送できる体制を構築すべきとした。

転倒・転落時に頭部への衝撃を和らげるための方法としては、衝撃吸収マットや低床ベッドの活用のほか、患者・家族の同意の上で、保護帽の使用の検討をあげた。

転倒・転落リスクについては、「リスクが高い場合には対策を講じている病院がほとんどであるが、ベッド周囲の環境整備、患者介助の仕方、睡眠薬などの薬物使用、人員配置に課題がある」と指摘している。

高齢者や認知症などのリスクの高い患者の増加に伴い、少ない看護人員体制の中で、ケアや転倒・転落予防対策を講じる必要があり、「現場の疲弊につながっている」とも明記した。その上で、看護師以外の看護助手や介護士の増員の検討を提案した。

循環器病の診療情報の収集でデータベース

厚生労働省・循環器病診療情報検討会 情報センターを設置

厚生労働省の「非感染症疾患対策に資する循環器病の診療情報の活用の在り方に関する検討会」(永井良三座長)は6月5日、大筋で報告書をまとめた。救急搬送の現場や診療提供体制の構築に役立てるため、脳卒中や心血管疾患など循環器病の実態を把握するデータベースを作成する。当面はモデル事業で実施。その後、全国規模のシステム構築を見込む。来年度予算の概算要求に盛り込む方向で調整している。

2018年12月に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が成立。基本的施策として情報の収集提供体制の整備を求めた。現状では、循環器病分野の政府統計や学会等のデータ収集は限定的で、公衆衛生施策に役立てるには不十分と指摘される。

このため、国立循環器病研究センターを念頭に、「循環器病情報セン

ター」を設置。三次救急から二次救急までを担う関連学会が認定する医療施設や救急救命センターなど、協力を得られる医療施設を対象に診療情報を収集する。施設数は1千施設程度を想定している。費用負担は今後検討する。

診療情報の収集は患者の同意を得た場合とする。収集した情報は個人が特定されないよう匿名化し、民間事業者の活用も見込み、広く活用できるようにする。NDBなど他のデータベースと連結できるシステム設計も委員から求められた。

過去に入院した患者と同一人であるかを把握するため、その判別をどう行うかも課題としている。また、データの偏りを防ぐため、死亡事例の情報も集める。

診療情報の登録項目案も、脳梗塞や脳出血、急性冠症候群、急性大動脈解離など疾患別に示している。

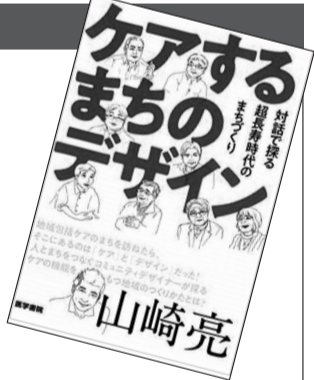
一冊の本 book review

ケアするまちのデザイン

著者●山崎亮
発行●医学書院
定価●2,000円+税

現在、国は地域医療構想と地域包括ケアシステムという二大政策を推し進めている。病院としては、地域住民の健康を守るセーフティーネットとして、雇用を通じた地域経済の中心地として、そして何よりも地域住民から信頼され選ばれる病院となるために、大きな責任感をもってこれらの政策に取り組んでいる。一方で、地域包括ケアシステムの構築がなかなかうまく進まないという声も少なくない。

本書では、コミュニティデザインという視点からまちづくりをされている山崎亮氏と、先進的な地域包括ケアの取り組みを行っている方々との鼎談をまとめたものであり、大きなヒントがたくさんちりばめられている。年月をかけて、じっくりと人と人の関係がつけられた結果の地域包括ケア(地域共生社会)であることは、非常に参考になることと思う。ぜひご一読いただき、参考にさせていただきたい。



■ 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
病院医療ソーシャルワーカー研修会 (100名)	2019年7月27日(土)、28日(日) 【AP市ヶ谷 Learning Space 7F A ルーム】	21,600円(29,160円) (税込) (昼食代、資料代含む)	日本医療社会福祉協会との共催。組織や地域における医療ソーシャルワーカーの機能や役割を学ぶことを目的に開催し、今回はワークショップ形式で実施。参加者には「受講修了証」を発行する。
医療ITの今後—特にFHIRの動向について—研修会 (100名)	2019年7月30日(火) 【全日病大会議室】	5,400円(8,640円) (税込)	医療ITの相互運用性、携帯性、2次利用を目的に標準化が検討されている。FHIRは、EHRやPHRの基盤としてss-MIX2とは異なる意義があり、医療情報の標準規格としての動向が急速に注目されている。
院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会 (70名)	2019年8月17日(土)、18日(日) 【全日病大会議室】	27,000円(32,400円) (税込) (昼食代、書籍代含む)	平成23・24年度厚生労働科学研究費補助金事業の「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」を受託し、その成果を「院内医療事故調査の指針第2版」として出版。同指針を教材に、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。