



全日病NEWS

2019.7.15 No.944

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

療養病棟の医療区分3で「中心静脈栄養」の該当が多い

中医協・入院医療分科会

入退院支援加算算定病院で平均在院日数短縮

中医協の入院医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は7月3日、入院医療に関する2018年度診療報酬改定の結果検証の調査を基に、療養病棟や入退院支援をテーマに議論を行った。療養病棟入院料の届出の基準である医療区分3の該当患者割合について、「中心静脈栄養」で該当患者を満たす病棟が多いという調査結果を厚生労働省が示すなど、今後の改定論議の論点を示唆する内容が示された。

療養病棟入院基本料では、医療が必要な状態・処置を医療区分2・3で列挙し、これに該当する患者割合で「療養病棟入院料1」と「2」を区別している。該当患者割合は「1」が8割以上で、

「2」が5割以上。医療区分とADL区分の組み合わせで点数が決まり、「1」の点数が高い。看護職員配置は2018年度改定でどちらも20対1になった。医療区分2・3の該当患者割合を2017年度と2018年度の平均で比べると、「1」では88.5%から90.4%に上がった。「2」では62.4%から68.1%に上がった。

医療区分3の要件である項目の該当患者割合をみると、「中心静脈栄養」が「1」で53.7%、「2」で58.3%となっており、際立って高い。次に高い項目は「酸素療法」で「1」が25.5%、「2」で24.0%、2018年度改定で厳格化した「常時監視・管理」は「1」が22.9%、「2」が8.5%であった(下図を参照)。

医療区分2の患者の最も高い項目は、「1日8回以上の喀痰吸引」で「1」が36.4%、「2」が29.5%、次いで「酸素療法」が多く、「1」が14.8%、「2」が14.7%となっている。

同日の分科会では、医療区分3の「中心静脈栄養」の該当患者割合が高いことをめぐり議論になった。療養病棟の在院期間は700日超えが「1」で30.6%、「2」で23.6%を占める。また、医療区分3では約8割が死亡退院である。

これに関して、委員から「療養病棟が看取りの場所になっているのを感じる。食べられない状態で、胃ろうは忌避される傾向にあるので、中心静脈栄養になるという話もきく。看取りの体制のあり方を含め、医療ニーズに対応した医療提供が行われているかをしっかりモニターしてほしい」との要望があった。これに対し日本慢性期医療協会の池端幸彦委員は、「急性期からの重症患者を治療して、結果として亡くなるというのが多く、看取り場所というのは違和感がある。中心静脈栄養も急性期病院からの持ち込みであり、療養病棟で入れるのは少ない」と反論した。

全日病副会長の神野正博委員は、「中心静脈栄養」に該当する患者が3カ月後も同じ「中心静脈栄養」に該当している割合が7~9割であることを指摘し、「カテーテル感染の観点で問題がある」と述べた。また、「栄養面で考えれば、中心静脈栄養より経管栄養の方が間違いなく望ましい」と強調し、



ACPなどの取組みで患者・家族の意向が促進されることを求めた。

さらに、医師の働き方改革の観点から、療養病棟が地域包括ケア病棟に転換する場合の医療法における医師配置の問題を指摘した。医療法で一般病棟の医師配置は16対1、療養病棟は48対1となっている。療養病棟からも地域包括ケア病棟に転換できるが、診療報酬で医師配置は規定していないので、48対1で変わらない。医師の働き方改革で、医療の質を維持しつつ、医師を確保することが課題となる中で、医師配置基準をそろえることや、地域包括ケア病棟の区分を変更することが論点になり得ると主張した。

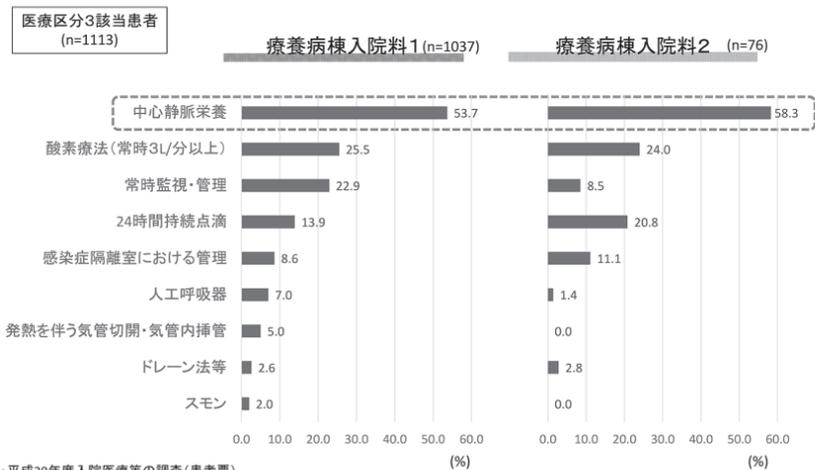
入退院支援の専従・専任要件が論点に

入退院支援では、2018年度改定で名称を「退院支援加算」から変更し、入院時からの介入を評価した「入退院支援加算」の状況が詳細に示され、要件緩和が検討されることが示唆された。

今回の調査結果で、入退院支援加算の見直しの影響とは一概に言えないものの、入退院支援加算1・2の届け出状況で、加算を届け出ている病院で平均在院日数が短くなる傾向がみられた。一方、病棟の入退院支援の「専従」と「専任」の職員の配置で、入退院支援に関する効果で差は確認できなかった。ただ、神野委員はデータが不十分と指摘し、厚生省に追加的な分析ができる資料を求めた。

医療区分3の項目別の該当患者割合

○ 医療区分3の患者について、医療区分3の要件である項目の該当割合をみると、療養病棟入院料1・2ともに医療処置として「中心静脈栄養」に該当する患者割合が最も多い。



出典:平成30年度入院医療等の調査(患者票)

厚生省が医療機器の効率的な運用の推進求める

中医協総会

「救急医療でCT・MRIは自院に必要」猪口会長

中医協総会(田辺国昭会長)は6月26日、次期診療報酬改定に向け、医薬品・医療機器をテーマに議論を行った。厚生労働省はCT・MRIなどの設置台数が日本は海外と比べて多く、1台当たりの検査数が少ない現状を指摘。医療機器の効率的な利用を推進する観点での論点を示した。

厚生省によると、CTの台数は人口100万人当たり101台、MRIは47台。OECD平均の25台、14台と比べ、かなり多い。年々増加傾向にあるが、高機能の診断装置が全体に占める割合は低い。一方で、1台当たりの検査数は先進国で最少だ。

診療報酬の対応では、2014年度改定で高機能の診断装置を共同利用施設で用いた場合の点数を高くしている。その結果、共同利用施設でのCT撮影はその後の1年間で3%、MRIは28%増加した。また、ポジトロン断層撮影については、施設共同利用率が30%を下回る場合に、2割減算される。骨太方針2018では高額医療機器の共同利用の推進など効率的な配置が謳われた。

これらを踏まえ、医療機器の効率的な運用のさらなる推進を論点とした。これに対し、全日病会長の猪口雄二委員は、「共同利用の推進に反対はしな

い。ただ、救急医療で緊急である場合や動かせない患者は自院にCT・MRIがないと現場が成り立たない現実がある」と配慮を求めた。他の診療側の委員からも、初期段階から適切に検査を行い、治療に結び付けていくことの重要性を指摘する意見が出た。

ポリファーマシー防止の評価には慎重

医薬品については、ポリファーマシー(多剤服用で害があるもの)の防止やフォーミュラリー(医薬品の使用方針)を推進する上での診療報酬の対応が議論されたが、適切な医薬品の使用に向けた取組みが重要との認識では一致しつつ、診療報酬で評価することに対しては慎重な意見が多かった。

現状で、減薬などの評価は、入院時と退院時で薬剤が減少した場合を評価する「薬剤総合評価調整加算」(250点)がある。外来では、受診時の薬剤の減少を評価する「薬剤総合評価調整管理料」(250点)や薬局との「連携管理加算」(50点)がある。薬局は「服用薬剤調整支援料」(125点)で、薬剤師が医師に減薬の提案を行い処方薬が減少した場合を評価している。「疑義照会」による処方内容の変更を評価する「重複投薬・相互作用等防止加算」(40点)もある。

猪口委員は「ポリファーマシーは大きな問題で、適切な対応が課題となっている。多剤服用の管理について、入院は比較的取り組みやすいが、外来では他の医療機関から処方された薬も管理しなければならず、調整が難しい」と複数医療機関での薬剤管理の難しさを指摘した。

ポリファーマシーについては、東京大学医学部附属病院の入院時の持参薬評価テンプレートを用了薬剤師によるスクリーニングの取組みや、国立長寿医療研究センターの多職種連携による総合的な処方見直しなどの事例が示された。

フォーミュラリーについても、浜松医科大学医学部附属病院や聖マリアンナ医科大学など大学病院の取組みや、日本海ヘルスケアネットなど地域フォーミュラリーの取組みが紹介された。使用指針の基準に基づく推奨薬効群リストの作成や、地域全体のステークホルダーが参加する取組み事例などが説明された。

委員からは、これらの取組みの重要性を指摘する意見が相次いだ。診療側・支払側の双方から、診療報酬として評価することには難しさがあ、慎重に議論するべきとの意見が多かった。



支払側が機能強化加算の調査で患者の認知度をきく質問求める

中医協総会は同日、2018年度診療報酬改定の結果を検証する2019年度調査の調査票案を了承した。項目には、◇かかりつけ医機能等の外来医療◇医療従事者の負担軽減、働き方改革◇かかりつけ歯科医機能や歯科疾患管理料◇かかりつけ薬剤師、薬局◇後発医薬品の使用促進策の影響——がある。

この中で、かかりつけ医機能等の調査などは2018年度調査でも実施している。改定後の継続的な調査を行うため、2020年度改定の議論に間に合うよう7~8月にこれらの調査を実施する。

調査票案は了承したものの、支払側の委員が、「2018年度改定で導入した機能強化加算の患者の認知度をきく質問項目を設けるよう要請したのに、入っていないことを抗議する。別途、NDBで機能強化加算を算定した患者の疾患や受診の状況を調べるべきだ」と主張した。これに対し、診療側の委員は、「患者の多くは個別の診療報酬項目のことは知らない」と反論した。

地域医療支援病院に医師の少ない地域を支援する役割求める

厚労省・特定機能病院等あり方検討会

実際に医師派遣するかは地域が決定

厚生労働省の「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)は6月26日、医師偏在対策の一環で、医師少数区域などに勤務した認定医師だけが管理者になれる病院として、すべての地域医療支援病院を対象とすることを決めた。医師需給分科会の第4次中間とりまとめで、「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」としていたが、すべての地域医療支援病院に「医師の少ない地域を支援する役割」を担う機能を設けることで、対応することにした。

新たな医師偏在対策では、医師少数区域等で半年以上、勤務すれば認定される認定医に対するインセンティブとして、認定医でない管理者になれない病院を設定するとともに、そのような病院として、医師派遣機能を担う地域医療支援病院を位置づけた。地域医療支援病院に対しては、新たな機能を担うことのインセンティブとして、税制・補助金・診療報酬の評価の検討が必要であるとの考えも示している。

地域医療支援病院には、現行で①紹介患者に対する医療②医療機器の共同

利用③救急医療④地域の医療従事者に対する研修—を求めている。これに、「医師の少ない地域を支援する」機能を加える。あわせて、「かかりつけ医等を支援する」機能も位置づけた。

だが、地域医療病院に求められる機能は地域の実情によって異なるという側面がある。例えば、地域医療支援病院が複数ある二次医療圏においても、地域医療支援病院でない病院が現に医師派遣機能を担っている場合もある。そのような地域の地域医療支援病院に対して、無理に医師派遣機能を持たせると現場が混乱するおそれがある。

このため、実際に医師派遣などを地域医療支援病院の責務とするかは、地域における議論で決められることにした。具体的には、地域医療構想調整会議で協議し、果たすべき役割を決め、都道府県医療審議会における審議を経る必要があるとした。医師の少ない地域を支援する機能の具体的な取組みとしては、◇医師少数区域等における巡回診療◇医師少数区域等の医療機関への医師派遣(代診医の派遣含む)◇総合診療の部門を持ち、プライマリ・ケアの研修・指導を実施—を例示した。

なお、「医師の少ない地域」は当初、「医師少数区域等」だった。だが、「医師少数区域等」だと、その地域や近隣に医師少数区域がない場合、なじみの薄い他の医師少数区域等に、医師を派遣しなければならなくなる可能性があるため変更した。

これらの見直しについて、検討会として了承した。ただ、委員からは、「地域医療支援病院は役割を終えた。廃止し、担ってきた機能はそれぞれ個別に診療報酬で評価したほうがよい」など抜本的な見直しが必要との意見も出ている。このため、議論の整理では、「4つの機能を1セットで評価する必要はない」、「診療報酬上の評価を見直すべき」との意見があったことを明記した。

特定機能病院の承認要件の見直しは大学病院の委員が難色示し再度整理

特定機能病院の承認要件の見直しは今回もまとまらなかった。新たな承認要件として、ガバナンス体制や高度な医療安全管理体制を確保するため、第三者評価の実施を求める方向となっている。

しかし、第三者評価の「受審」を要



件とするか、「認定」を要件とするかで意見がまとまらず、結論は持ち越された。厚労省は「受審」を要件とすることを提案したが、岡山大学病院の金澤右委員は厚労省の提案が限りなく、「認定」に近く、大学病院の自立性を損なうものとして反対した。

一方、「認定」が必要と主張していた委員は、「第三者評価を受審し、その審査状況および指摘を受けた改善策を公表する」などとした厚労省の提案を受け、譲歩し賛成した。ただ、当事者である大学病院の委員が難色を示しているため、厚労省は再度、要件を整理する。

なお、第三者評価としては、①病院機能評価②JCI認証③ISO規格が例示されている。実質的には、日本医療機能評価機構が実施している病院機能評価の「一般病院3」が念頭にある。

医療の質評価でQIコンソーシアムを創設

厚労省・医療情報等あり方検討会

全日病など病院団体の取組みを標準化

厚生労働省は6月27日の医療情報の提供内容等のあるあり方に関する検討会(尾形裕也座長)で、全日病も参加する「医療の質向上のための体制整備事業」の進捗状況などを説明した。日本医療機能評価機構が事務局を担い、病院団体などが参加する「医療の質向上のためのコンソーシアム」(QIコン

ソーシアム)を創設し、医療の質評価の標準化に向けた活動の場とする。

同事業は今年度約4,800万円の予算で始まった。臨床指標の公表などは各病院団体などが担っているが、指標や定義にばらつきがあることから、その標準化や公表の仕方の確立などを目指す。まずは、各病院団体が参加する協

議会を夏以降に開催し、今年度中にコンソーシアムで活動報告を行う。

一方、都道府県が住民に対して医療の情報提供を行う制度については、閣議決定された政府の成長戦略で、「医療機関を検索できる医療情報ネットの抜本的な見直しを行い、国民の医療のかかり方に関する行動変容を促す」と

明記されたことも踏まえ、全国統一システムの構築に向けた検討を開始する。

来年度予算の概算要求に盛り込む調査研究事業で、検討委員会を立ち上げ、「業務フロー」「公表項目」「システム」の各ワーキンググループを設けて、専門的な検討を行うとしている。

また、医療の広告規制に関して、2018年度のネットパトロール事業の事業報告があった。それによると、一般通報など通知対象医療機関数は対前年度で1,191件で倍近く増えたものの、8割を超える件数で改善を確認した。

認知症施策大綱の実行でかかりつけ医の役割重要

社保審・介護保険部会

介護保険関連の文書負担軽減化では専門委設置

社会保障審議会の介護保険部会(遠藤久夫部会長)は6月20日、次期介護保険制度改正に向け、認知症施策の総合的な推進を議論した。6月18日に関係閣僚会議で決定された「認知症施策推進大綱」を評価する意見が委員から相次いだ。委員からは大綱を実行する上で、地域のかかりつけ医の役割が重要になるとの指摘があった。また、介護保険関連の文書を作成する負担を軽減させる方策を検討するため、専門委員会を設置することを決めた。

大綱は、従来の新オレンジプランをバージョンアップし、従来進めてきた「共生」を基盤に「予防」も大きな柱に据えた。予防に関するエビデンスを集め、施策につなげるとともに、高齢者の「通いの場」での活動を推進する。結果として、「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」ことを目指す。

予防以外でも、認知症の人による発信の支援や、認知症の人の日常生活の障壁をなくす「認知症バリアフリー」の取組みなど、多岐にわたる施策を進

める。各施策について、KPI(業績評価指標)を設定する。

委員からは、大綱を推進する上で、認知症がコモディティーズであり、地域のかかりつけ医の役割が重要になることを指摘する意見などが出た。かかりつけ医を支援する「認知症サポート医」が1万人の目標に近づいていることも報告された。

また、「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」の設置を了承した。介護分野で国・保険者・介護



サービス事業者などの間でやり取りされている文書に関する負担軽減を検討する。具体的には、①指定申請②報酬請求③指導監査に関連する文書が対象。検討を踏まえ、様式例の見直しや、添付文書の標準例の作成などを行う。

7月下旬に初会合を開催し、12月に中間取りまとめを行う予定だ。

シームレスな医師養成に向けた議論を開始

医道審・医師分科会

共用試験と医学生の医行為見直しを検討

医道審議会の医師分科会(中谷春昭分科会長)は6月19日、シームレスな医師養成に向けた議論を開始した。現状で、医学部教育と臨床研修制度に分断があることから、医学部教育でより実践的な臨床が学べるよう共用試験(CBT、OSCE)を公的にすることや、医学生が行える医行為の見直しなどを検討する。厚生労働省は年内に一定の方向性を示す意向を示している。

昨年成立した改正医療法等では、附則に「臨床実習をはじめとする医学に係る教育の状況を勘案し、医師の資質の向上を図る観点から、医師法の規定

について検討」し、公布後3年以内に法的措置を講じるとの文言が入った。

医師不足問題も背景にあり、医学部を卒業した医師が、プライマリ・ケアの現場などで、できるだけ早く臨床に携わることが求められている。しかし現行の臨床実習は見学が中心で、「実習の実践性が乏しく、習得度が高くない」との指摘がある。また、卒前・卒後の研修内容に重複が生じている。諸外国と比較しても、臨床実習と臨床研修を合わせた期間が長く、非効率が生じているという。

厚労省は今回、◇CBT、OSCE(客

観的臨床能力試験)を公的にする◇(共用試験に合格した)スチューデント・ドクターの位置づけやその医行為の法制化—の2点を論点として提示した。

OSCEは、筆記試験より臨床技能の評価に適し、態度やコミュニケーション能力の評価も行えると評価されている。来年度に臨床実習終了時のOSCEの全医学部での導入を予定する。また、医学生の医行為については、2018年7月に「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究」(門田レポート)が公表されている。

同日の議論では、いずれの論点につ



いても、賛否両論があった。慎重な意見では、共用試験を公的にすることに対し、「医学部が医学教習所になってしまう」、「倫理やモラルという医師としての人格形成のために教育が軽視される」などの意見が目立った。スチューデント・ドクターの医行為に対しては、「医行為の侵襲性が高まっている。卒後研修で指導医の下で身につけるべき」との消極的な意見と「国民に医師を育てる覚悟を明示して、同意を得るべき」との積極的な意見があった。

【資料】「医師等の宿日直許可基準」と「医師の研鑽」で通知

厚生労働省は7月1日、「医師の働き方改革に関する検討会報告書」を踏まえ、「医師等の宿日直許可基準」と「医師の研鑽」に関する通知を発出した。なお、両通知の趣旨を説明する留意事項通知(基監発0701第1号)も同日付で出ている。

医師、看護師等の宿日直許可基準について(令和元年7月1日・基発0701第8号)

医師、看護師等(以下「医師等」という)の宿日直勤務については、一般の宿日直の場合と同様に、それが通常の労働の継続延長である場合には宿日直として許可すべきでないことは、昭和22年9月13日付け発基第17号通達に示されているところであるが、医師等の宿日直についてはその特性に鑑み、許可基準の細目を次のとおり定める。

なお、医療法(昭和23年法律第205号)第16条には「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」と規定されているが、その宿直中の勤務の実態が次に該当すると認められるものについてのみ労働基準法施行規則(昭和22年厚生省令第23号。以下「規則」という)第23条の許可を与えるようにされたい。

本通達で、昭和24年3月22日付け発基第352号「医師、看護婦等の宿直勤務について」は廃止するため、了知の上、取扱いに遺漏なきを期されたい。

記

1 医師等の宿日直勤務については、次に掲げる条件の全てを満たし、かつ、宿直の場合は夜間に十分な睡眠がとり得るものである場合には、規則第23条の許可(以下「宿日直の許可」という)を与えるよう取り扱うこと。

(1) 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。すなわち、通常の勤務時間終了後もなお、通常の勤務態様が継続している間は、通常の勤務時間の拘束から解放されたとはいえず、その間の勤務は、宿日直の許可の対象とはならないこと。

(2) 宿日直中に従事する業務は、一般の宿日直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限る。例えば、次に掲げる業務等をいい、**下記2**に掲げる通常の勤務時間と同態様の業務は含まれないこと。

・医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等(軽度の処置を含む)や、看護師等に対する指示、確認を行うこと

・医師が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間(例えば非輪番日であるなど)に、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等への指示、確認を行うこと

・看護職員が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間(例えば非輪番日であるなど)に、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うこと

・看護職員が病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと

(3) **上記(1)、(2)**以外に、一般の宿日直の許可の条件を満たしている。

2 上記1によって宿日直の許可が与えられた場合において、宿日直中に、通常の勤務時間と同態様の業務に従事すること(医師が突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等に対応すること、又は看護師等が医師にあらかじめ指示された処置を行うこと等)が稀にあったときは、一般的にみて、常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は、夜間に十分な睡眠がとり得るものである限り、宿日直の許可を取り消す必要はないこと。また、当該通

常の勤務時間と同態様の業務に従事する時間について労働基準法(昭和22年法律第49号。以下「法」という)第33条又は第36条第1項による時間外労働の手続がとられ、法第37条の割増賃金が支払われるよう取り扱うこと。

したがって、宿日直に対応する医師等の数は、宿日直の際に担当する患者数との関係又は当該病院等に夜間・休日に来院する急病者の発生率との関係等からみて、上記のように通常の勤務時間と同態様の業務に従事することが常態であると判断されるものは、宿日直の許可を与えることはできない。

3 宿日直の許可は、一つの病院、診療所等において、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って与えることができる。例えば、医師以外のみ、医師について深夜の時間帯のみといった許可のほか、**上記1(2)**の例示に関して、外来患者の対応業務が許可基準に該当しないが、病棟宿日直業務については許可基準に該当するような場合は、病棟宿日直業務のみに限定して許可を与えることも可能であること。

4 小規模の病院、診療所等においては、医師等が、そこに住み込んでいる場合があるが、この場合にはこれを宿日直として取り扱う必要はないこと。

ただし、この場合であっても、**上記2**に掲げるような通常の勤務時間と同態様の業務に従事するときは、法第33条又は第36条第1項による時間外労働の手続が必要で、法第37条の割増賃金を支払わなければならない。

医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について(令和元年7月1日・基発0701第9号)

医療機関等に勤務する医師が、診療等その本来業務の傍ら、医師の自らの知識の習得や技能の向上を図るために、行う学習、研究等(以下「研鑽」)については、労働時間に該当しない場合と労働時間に該当する場合があり得るため、医師の的確な労働時間管理の確保等の観点から、今般、医師の研鑽に係る労働時間該当性に係る判断の基本的な考え方並びに医師の研鑽に係る労働時間該当性の明確化のための手続及び環境整備を、下記のとおり示すので、その運用に遺憾なきを期されたい。

記

1 所定労働時間内の研鑽の取扱い
所定労働時間内において、医師が、使用者に指示された勤務場所(院内等)で研鑽を行う場合は、当該研鑽に係る時間は、当然に労働時間となる。

2 所定労働時間外の研鑽の取扱い
所定労働時間外に行う医師の研鑽は、診療等の本来業務と直接の関連性なく、かつ、業務の遂行を指揮命令する職務上の地位にある者(以下「上司」という)の明示・黙示の指示によらずに行われる限り、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しない。

他方、当該研鑽が、上司の明示・黙示の指示により行われる場合は、これが所定労働時間外に行われるものでも、又は診療等の本来業務との直接の関連性なく行われるものであっても、一般的に労働時間に該当するものである。

所定労働時間外において医師が行う研鑽については、在院して行われるものであっても、上司の明示・黙示の指示によらずに自発的に行われるものも少なくないと考えられる。このため、その労働時間該当性の判断が、当該研鑽の実態に応じて適切に行われるよう、

また、医療機関等における医師の労働時間管理の実務に資する観点から、以下のとおり、研鑽の類型ごとに、その判断の基本的考え方を示すこととする。

(1) 一般診療における新たな知識、技能の習得のための学習

ア 研鑽の具体的内容

例えば、診療ガイドラインについての勉強、新しい治療法や新薬の勉強、自らが術者等である手術や処置等についての予習や振り返り、シミュレーターを用いた手技の練習等が考えられる。

イ 研鑽の労働時間該当性

業務上必須ではない行為を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う時間は、在院して行う場合でも、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。

ただし、診療の準備又は診療に伴う後処理として不可欠なものは該当する。

(2) 博士の学位を取得するための研究及び論文作成や、専門医を取得するための症例研究や論文作成

ア 研鑽の具体的内容

例えば、学会や外部の勉強会への参加・発表準備、院内勉強会への参加・発表準備、本来業務とは区別された臨床研究に係る診療データの整理・症例報告の作成・論文執筆、大学院の受験勉強、専門医の取得や更新に係る症例報告作成・講習会受講等が考えられる。

イ 研鑽の労働時間該当性

上司や先輩である医師から論文作成等を奨励されている等の事情があっても、業務上必須ではない行為を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。

ただし、研鑽の不実施について就業規則上の制裁等の不利益が課されているため、その実施を余儀なくされている場合や、研鑽が業務上必須である場合、業務上必須でなくとも上司が明示・黙示の指示をして行わせる場合は、当該研鑽の時間は労働時間に該当する。

上司や先輩である医師から奨励されている等の事情でも、自由な意思に基づく研鑽と考えられる例として、次のようなものが考えられる。

・勤務先の医療機関が主催する勉強会であるが、自由参加である

・学会等への参加・発表や論文投稿が勤務先の医療機関に割り当てられているが、医師個人への割当はない

・研究が本来業務でない医師が、院内の臨床データ等を利用し、院内で研究活動しているが、当該研究活動は、上司に命じられておらず、自主的である

(3) 手技を向上させる手術の見学

ア 研鑽の具体的内容

例えば、手術・処置等の見学の機会確保や症例経験を蓄積するために、所定労働時間外に、見学(見学の延長上で診療(診療の補助を含む)。**下記イ**において同じ)を行う場合を含む)を行うこと等が考えられる。

イ 研鑽の労働時間該当性

上司や先輩である医師から奨励されている等の事情があつたとしても、業務上必須ではない見学を、自由な意思で所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う場合、当該見学や待機時間については、在院して行う場合も、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。

ただし、見学中に診療を行った場合については、当該診療を行った時間は、労働時間に該当すると考えられ、また、見学中に診療を行うことが慣習化、常態化している場合については、見学の時間全てが労働時間に該当する。

3 事業場での研鑽の労働時間該当性を明確化する手続及び環境の整備

研鑽の労働時間該当性の基本的な考え方は、**上記1**及び**2**のとおりだが、各事業場における研鑽の労働時間該当性を明確化するために求められる手続及びその適切な運用を確保するための環境の整備として、次に掲げる事項が有効と考えられ、研鑽を行う医師が属する医療機関等に対し、次に掲げる事項に取り組むよう周知すること。

(1) 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続

医師の研鑽については、業務との関連性、制裁等の不利益の有無、上司の指示の範囲を明確化する手続を講ずること。例えば、医師が労働に該当しない研鑽を行う場合は、医師自らがその旨を上司に申し出て、当該申出を受けた上司は、当該申出をした医師との間の当該申出のあった研鑽に関し、

- ・本来業務及び本来業務に不可欠な準備・後処理のいずれにも該当しない
- ・当該研鑽を行わないことについて制裁等の不利益はないこと

・上司が当該研鑽を指示しておらず、かつ当該研鑽を開始する時点で本来業務及び不可欠な準備・後処理は終了し、本人は業務から離れてよいこと

について確認することが考えられる。

(2) 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための環境の整備

上記(1)手続について、その適切な運用を確保するため、次の措置を講ずることが望ましいものであること。

ア 労働に該当しない研鑽を行うために在院する医師については、権利として労働から離れることを保障されている必要があるところ、診療体制には含めず、突発的な必要性が生じた場合を除き、診療等の通常業務への従事を指示しないことが求められる。また、労働に該当しない研鑽を行う場合の取扱いとして、院内に勤務場所とは別に、労働に該当しない研鑽を行う場所を設けること、労働に該当しない研鑽を行う場合には、白衣を着用せずに行うこととする等により、通常勤務ではないことが外形的に明確に見分けられる措置を講ずることが考えられること。

手術・処置の見学等であつて、研鑽の性質上、場所や服装が限定されるためにこのような対応が困難な場合は、当該研鑽を行う医師が診療体制に含まれていないことを明確化しておくこと。

イ 医療機関ごとに、研鑽に対する考え方、労働に該当しない研鑽を行うための手続、労働に該当しない研鑽を行う場合には診療体制に含めない等の取扱いを明確化し、書面等に示すこと。

ウ **上記イ**で書面等に示したことを院内職員に周知すること。周知に際して、研鑽を行う医師の上司のみではなく、所定労働時間外に研鑽を行うことが考えられる医師本人にもその内容を周知し、必要な手続の履行を確保すること。

また、診療体制に含めない取扱いを担保するため、医師のみではなく、当該医療機関における他の職種も含めて、当該取扱い等を周知すること。

エ **上記(1)**の手続をとった場合、医師本人からの申出への確認や当該医師への指示の記録を保存すること。なお、記録の保存期間は、労働基準法(昭和22年法律第49号)第109条で労働関係に関する重要書類を3年間保存するとされていることも参考に定めること。

日病協が高額な医療機器を伴う技術の適切な評価求める

日病協・代表者会議 地域の実情踏まえたレセプト審査も必要

日本病院団体協議会は6月28日に代表者会議を開き、最近の中医協の審議状況などをめぐり議論を行った。手術支援ロボットや粒子線治療など高額な医療機器を伴う技術の評価について、適正な評価が行われる体制を求めるとの認識で一致した。診療報酬が費用に見合わなければ、先進技術の普及が遅れる可能性がある。ただ、新たな技術の安全性・有効性を適切に評価するには、多大な費用と労力が必要で、体制を整えるのは容易ではないということも確認している。

現行の新たな医療技術の評価では、

基本的には有効性・安全性が既存の技術と同等であれば、既存の技術に準じた点数設定が行われるため、必ずしも高額な医療機器などの費用が反映されない。一方、既存技術に新たな有効性・安全性が見出される場合には、再評価が必要になる。

しかし、医薬品や医療機器に対する費用対効果評価の仕組みのような明確なルールが医療技術にはない。学会や関係団体の個別の技術に対する要望に、現場当たりに応じている状況だ。これらを踏まえ、厚生労働省は当面、学会などの専門的な評価の活用や、既存技

術の評価の簡素化などの整理を検討していく方針を示しているが、日病協としても適切な評価のあり方の体制整備に向け、今後、必要な要望について議論していく考えだ。

医薬品のポリファーマシー(多剤服用で害があるもの)への対応やフォーミュラリー(医薬品の使用方針)の推進も議論になった。各地で進められている取組みを阻害せず、普及を図っていくことの重要性を確認しつつも、「診療報酬で直ちに評価が必要なもの」ではないとの意見が多かった。

社会保険診療報酬支払基金の審査支



払業務改革については、審査基準の統一化や支部独自に設定されたチェックルールの見直しに対して懸念が出たため、「地域の実情を踏まえた弾力的な対応」が必要とした。さらに、「健保組合や協会けんぽのレセプトを審査する支払基金の審査基準を統一化しても、国民健康保険や後期高齢者医療制度のレセプトを審査する国保連合会の審査と整合性が取れていなければ困る」といった意見も出ている。

シーリングやサブスペの状況を社員総会に報告

日本専門医機構 9月の専攻医募集を目指す

日本専門医機構の寺本民生理事長は6月24日に会見を行い、6月27日開催の社員総会に提出する事業報告と決算を承認したことを報告した。その上で、今年度の専攻医募集から適用する都道府県診療科別の上限設定(シーリング)や、医道審議会・医師分科会医師専門研修部会の了解が得られていないサブスペシヤリティの認定状況などを説明

し、社員から真摯に意見をきく姿勢を示した。

シーリングについては、厚生労働省が医師の働き方改革などを踏まえ、将来の必要医師数と現状の医師数の過不足を精査した場合の必要養成数の推計を行っている。これを用いて、来年度の専攻医募集においてシーリングを設定。現状の医師数が将来の必要医師数

を上回る場合に、都道府県診療科別に上限を設けることになった。診療科別のシーリングを設けるのは初の試みだ。

ただ、厚労省の推計については、精神科など労働時間が他科より短いため、多くの都道府県で医師が過剰になるとされた学会や、離島を抱える都道府県などから、実態に基づく精査を行うことを求める意見が出ている。この

ため、機構に協議会のような会議体を設け、今年中に協議を行い、来年の早い時期に結果を報告する意向を寺本理事長は示した。

専攻医募集のスケジュールは9月の募集開始を目指し、研修プログラムの作成や認定などを進めていく。8月には、新たに設ける連携(地域研修)プログラムを含め、医師不足の都道府県に配慮した研修プログラムの認可を終えて、都道府県の地域医療対策協議会に提出するスケジュールを描く。地対協の意見をきいた上で、研修プログラムを確定し、募集を開始する。

7月中にオンライン診療指針改訂へ

厚労省・オンライン診療指針見直し検討会 パブコメ受け再度議論

厚生労働省は6月28日、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)を開催し、指針の改訂案をまとめた。7月中に改訂する。緊急避妊薬処方条件に多数のパブリックコメントが集まったため、再度、検討会で議論したが、条件の変更はなされなかった。

指針改訂案に対するパブコメは1,652件で、うち緊急避妊薬関係は1,528件にのぼった。改訂案では、緊急避妊をオンライン診療で実施できるケースは、◇地理的に対面診療が難しい場合◇患者の心理的な状態をかんがみて医師が対面診療は困難と判断◇産婦人科医か、厚労省が定める研修を受講した医師が処方◇緊急避妊薬は1錠のみ◇

院外処方一などに限定している。

パブコメでは「特段の条件を設けずに処方すべき」「院内処方可とすべき」などの意見があった。パブコメを受けて検討会で議論したが、緊急避妊薬処方の条件を修正するよう求める意見はなく、ほぼ原案どおりになった。

同日の検討会に、厚労省は指針のQ&Aの改訂案も示した。指針は、原則「初診」では直接の対面診療を行い(禁煙外来と緊急避妊は例外)、その後、患者の容体が安定したときにオンライン診療を実施してよいとしている。その「初診」の定義は、診療報酬上の初診料の取扱いとは異なることなどについて、Q&Aで説明している。Q&Aも7月中に公表される予定だ。

一冊の本 book review

アルツハイマー病 真実と終焉

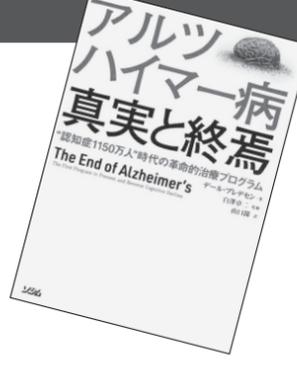
著者●デール・ブレデセン
発行●ソシム株式会社
定価●1,800円+税

「プリオン病」でノーベル賞を取った Prusiner 博士に師事した神経変性疾患研究の権威 Dale E Bredesen MD が、自分たちの30年の研究を中心にアルツハイマー病が単一型の疾患ではなく大きく3型に分類され、主な原因36を特定して新しい治療法の開発をおこなったとする「The End of Alzheimer's」の日本語版。

原因の特定にいかなる検査が必要か、その理由を詳細に示し、理論に裏付けされた治療法(リコード法)を解説し、具体的症例の改善実績も記している。

一般書としては大変レベルが高く「物忘れ外来」20年の小生にとっても目からうろこの内容。この領域の研究者はともかくも、認知症臨床に携わっている医師をはじめ多くの関係者には非常に勉強になる一冊である。(2018年10月 Journal of Alzheimer's Disease & Parkinsonism に認知機能回復100例が追加発表された)

(徳田禎久)



■ 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
医療事故調査制度事例検討研修会 (60名)	2019年9月1日(日) 【全日病会議室】	12,960円(16,200円)(税込) (昼食代含む)	医療事故調査制度が施行され、医療事故調査・支援センターに報告事例が集積されている。しかし、報告事例数が少ないなどの実態があり、その要因として報告事例の判断の誤りが指摘されている。当研修では、同制度の対象事例が否かの判断に迷った事例を中心に、学習する。
災害時のBCP研修(大阪会場) (60名)	2019年9月6日(金) 【大阪東京海上日動ビル2F 大会議室】	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)。BCP/BCM(事業継続マネジメント)の説明、大規模地震を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応体制、対応方法の課題について「気づき」を習得する。災害拠点病院以外の病院が対象。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 (100名)	2019年9月13日(金)、14日(土) 【全日病会議室】	27,000円(32,400円)(税込) (テキスト代、昼食代含む)	昨年12月に出版した「医療安全管理体制相互評価の考え方と実際」をテキストとして、相互評価の実務を学習する。現時点では、研修会の受講は施設基準の要件ではないが、近い将来、体制構築と運用の実態が問われることは必至で、当講習会はそれを先取りした内容となっている。
機能評価受審支援セミナー (名古屋会場) 診療・看護合同領域 事務管理領域 (60名) (60名)	2019年9月27日(金) 【ウインクあいち】	8,640円(12,960円)(税込)	日本医療機能評価機構と共催。「診療・看護合同領域」では、ケアプロセス調査の形式に則り、問題点や今後の課題について意見交換・情報共有する。「事務管理領域」では、評価項目など受審のポイントを解説するとともに、問題点への対応について意見交換する。