



全日病 ニュース

2019.8.15

No.946

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

地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟の次期改定への課題を議論

中医協・入院医療等調査・評価分科会

標準からかい離したDPC対象病院も分析

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25日、地域包括ケア病棟入院料・管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料について、2018年度診療報酬改定の影響を検証した調査を基に、次期診療報酬改定に向け、詳細なデータ分析を行った。また、DPC制度については、標準的なDPC対象病院と比べ、医療資源投入量や在院日数がかい離した病院の分析などを行っている。

地域包括ケア病棟の機能はポストアキュート以外を重視

地域包括ケア病棟入院料は、①急性期治療を経過した患者の受入れ②在宅で療養を行っている患者の受入れ③在宅復帰支援の3つの機能があると整理されている。

2018年度調査で、地域包括ケア病棟・病室の利用方法で「最も該当するもの」をきくと、「自院の急性期病棟からの転棟先として利用」が63.8%、「在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利用」が12.5%、「他院の急性期病棟からの転院先として利用」が10.6%の順となり、病院完結型のポストアキュートでの活用が最も多い。

しかし、地域包括ケアシステムを推進する中で、病院完結型のポストアキュート以外での活用を普及させることが重要であり、診療報酬改定でもそのような見直しを行っている。2016年度改定では、500床以上または集中治療室等を持つ医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数は1病棟までとした。

2018年度改定では、在宅医療や介護サービスなど多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価するため、「実績部分」を設けて、入院料体系を大きく見直した。なお、「実績部分」を評価する入院料1、3(2,738点、2,238点)は、許可病床数200床未満のみが算定できる。「実績部分」の評価は、「自宅等から入院した患者割合」、「自宅等からの緊急患者の受入れ」、「在宅医療等の提供」、「看取りに対する指針」がある。

「在宅医療等の提供」は4項目あり、うち2つを満たす必要がある。2018年度調査で満たしている要件をきくと、例えば、入院料1では、「介護保険における訪問介護など介護サービスを同一敷地内の施設等で実施」(88.1%)と「在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上」(86.6%)が高い(複数回答)。それ以外の算定割合は低く、同一敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費等は16.4%(在宅患者訪問看護・指導料等は7.5%)、開放型病院共同指導料は10.4%である。

患者の流れをみると、地域包括ケア病棟の入棟元は、自院の一般病床が43.5%で最も高く、次いで自宅(在宅医療なし)が22.9%、自宅(在宅医療あり)が6.4%となっている。退棟先では、自宅(在宅医療なし)が49.4%で最も高く、次いで自宅(在宅医療あり)が9.7%、介護老人保健施設が4.8%となっている。死亡退院は3.5%である。

検査やリハビリの実施状況めぐり議論

患者の状況では、「治療のため」を理由に「予定入院」した患者のうち、入院中の手術・過去7日間の検査の実施状況で、約3割が「手術なし・検査なし」だった。また、「リハビリテーションのため」を理由に「予定入院」した患者のうち、疾患別リハビリの実施が最も多かったのは「運動器」の49%だったが、「いずれも実施していない」との回答も14%に上った。

この結果に対して、支払い側委員からは「(検査やリハビリの費用が包括された)点数の水準から判断すると、問題ではないか」との意見が出た。

これに対し、検査に関しては、「過去7日間の調査では、ちょうど検査を実施していない期間にあたっている可能性があり、一概に判断できない」、リハビリに関しては、「20分単位の疾患別リハビリではない、効果が出るよう工夫した独自のリハビリを地域包括ケア病棟は提供している。提供量に応じた評価を検討すれば、先祖返りになる」との反論があった。

全日病副会長の神野正博委員は、「地域の介護体制により、医療依存度の高い利用者は介護サービスを利用できない場合がある。地域包括ケア病棟がレスパイト入院として活用されている機能がある」との現実を指摘した。

神野委員は、患者のADLスコアが入棟時と退棟時を比べ、改善しているとのデータを踏まえ、「生活の場につながるという地域包括ケア病棟の機能が一定程度うまくいっている」ことも強調した。地域包括ケア病棟のいずれの入院料でも、「食事」「移乗」「トイレの使用・動作」「入浴」「階段」「更衣」「排便・排尿管理」などにおいて、入棟時よりも退棟時の「自立」の割合が上がっている。

また、神野委員は、「看取りに関する指針」の要件が入院料1、3だけの要件となっていることに違和感を表明。「看取りに重点を置くのであれば、死亡退院は3.5%であり、病棟の性格が違う。ACPを通じて事前に話し合うプロセスを重視するのなら、全部の要件とするべきではないか」と述べた。

FIMは全入院料で改善とのデータ

回復期リハビリテーション病棟入院料については、算定病院のうち最も点数が高く、リハビリテーションによる改善度を示す実績指数(FIM)が「37」以上を求める入院料1(2,085点)が半数以上を占める。入院料1を算定する医療機関の実績指数は、2017年10月の「41」が2018年10月に「48.2」となっており、その他の入院料をみても、改善していることがわかった。

入棟時から退棟時までの実績指数の変化は、多発骨折の発症後の患者で「11-20点」と大きく、脳血管疾患等の患者で「1-10点」と小さい。回復期リハ病棟から退棟した6割の患者で、「退院後もリハビリテーションの必要がある」とされた。

また、2018年度改定では、入院料1

に「当該病棟に専任の病棟管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい」とし、管理栄養士がリハビリテーション実施計画等の作成に参画することや栄養状態の定期的な評価や計画の見直しを行うことなどを要件とした。また、入院栄養食事指導料は包括範囲から除外した。

改定後の状況を見ると、管理栄養士を配置している医療機関の割合は8割だった。管理栄養士が病棟に配置されている場合のリハビリテーション計画書の栄養項目を全員に記載している割合は、全入院料で87.4%となっている。

退棟後に利用を予定するサービスでは、「外来診療」がほぼ半数を占め、最も多い。次いで「通所リハビリテーション」(12.7%)、「通所介護」(9.7%)となっている。神野委員は、「外来診療を除けば介護サービスが多い」と指摘。「回復期リハ病棟と介護サービスをつなぐ機能の強化が今後の課題となる」と主張した。他の委員からも、「ケアマネージャーが適切な段階で関与できる体制が必要」との意見が出た。

DPC等作業グループで分析

DPC制度については、DPC評価分科会が入院医療等の調査・評価分科会に統合されたため、入院医療等の調査・評価分科会でDPC制度も議論される。現在、DPC/PDPS等作業グループが分析を続けている。

2018年度改定では実際の見直しは行わなかったが、診療密度や在院日数が標準的なDPC対象病院とかい離しているDPC対象病院の退出要件を検討する方向で議論するとの共通認識を得ている。その問題意識で作業グループは分析を行っている。ただし、役割はあくまで分析であり、結果の判断は中医協総会が行うことになっている。

同日の報告では、第1回と第2回の会議報告が行われた。第1回では、DPC対象病院に様々な種類の病院が



加わることで、データ上、標準から外れている病院が出てくることの分析を求める意見が出た。例えば、「特定の診療科に特化した病院についての分析」を進めるべきとした。

また、「医療資源投入量が低い病院が含まれると、他の病院と比べれば、投入した医療資源に対して報酬水準が相対的に高くなるので、不公平」との意見が出たという。

これらの意見を踏まえ、第2回で厚労省が求められた資料を提出し、その上で議論を行った。

資料では、特定の診療科に特化した病院として、小児に着目し、多くのDPC対象病院の小児の症例は5%未満であるのに対し、小児の症例が90~95%のDPC対象病院があることが示された。

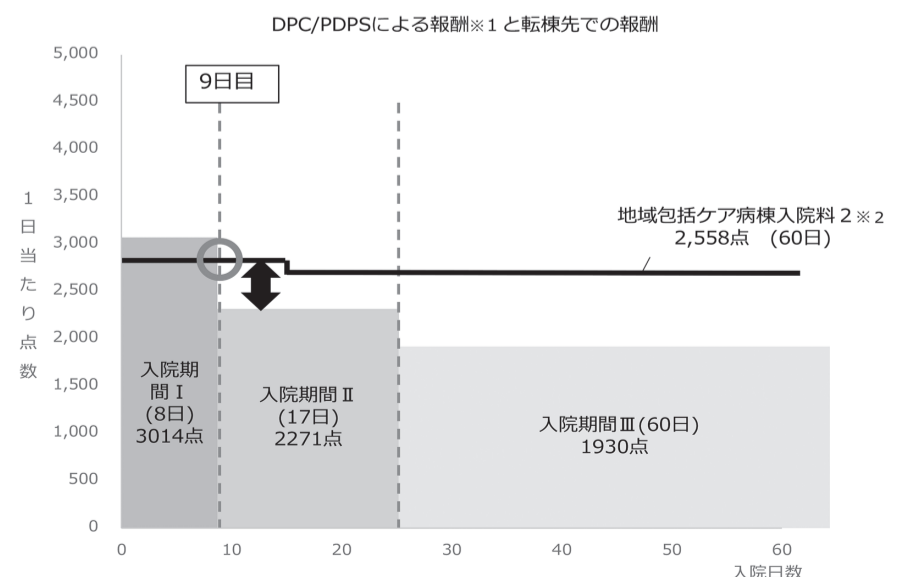
また、DPC制度は、一定の入院期間を経ると点数が下がる階段式の報酬設定となっている。例えば、「胸椎、腰椎以下骨折損傷(手術なし)」の場合、8日目までの入院期間Iは3,014点だが、9日目から17日目までの入院期間IIでは2,271点まで下がる。

一方、地域包括ケア病棟入院料2は2,558点(60日)で、入院期間IIよりも高い点数である。地域包括ケア病棟をポストアキュートとして活用するDPC対象病院で、経営的な観点での転棟が行われている可能性を示唆した(下図参照)。

第2回の議論では「医療資源投入量が低く、在院日数が長い病院は報酬水準が不公平になるので、分析対象を広げて、それらの病院の特徴を分析すべき」などの意見が出た。

DPC対象病棟からの転棟について

胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む) 手術なし(160690xx)



※1 平均的な係数値で算出(基礎係数:1.075、機能評価係数I:0.135、機能評価係数II:0.088)
 ※2 急性期患者支援病床初期加算を算定(14日間に限り、150点を加算)

次期診療報酬改定に向けたこれまでの意見を整理

中医協総会 論点の設定で改定の方向性を示唆

中医協総会(田辺国昭会長)は7月24日、2020年度診療報酬改定に向けた第1ラウンドの議論をまとめた。年代別・世代別の課題や昨今の医療問題に関連する幅広いテーマで、4月から議論を行ってきた。厚生労働省は、診療報酬の個別項目に直接結びつく論点は設定しなかったが、改定の方向性が示唆されている。9月以降に第2ラウンドが始まり、本格的な改定論議が行われる。

以下でテーマごとに論点と主な意見を整理した(病院関連を抜粋)。

年代別・世代別の課題(乳幼児期～学童期・思春期、周産期、青年期～中年期、高齢期、人生の最終段階)

年代別の課題の議論では、「発達障害児・者や慢性的な疾患を抱える子どもなど、学童期以降も継続的にケアが必要な患者への対応が必要ではないか」、「働く世代は、生活習慣病への対策も重要ではあるが、女性に多く見られる疾患など、生活習慣病以外への対応や、働きながら治療ができるようにすることも重要であり、さらなる取組が必要ではないか」、「高齢者への対応は、市町村の取組、保険者の取組、かかりつけ医の役割等を整理しながら議論を進めることが必要ではないか」といった意見があった。これらの意見については、以下の各テーマの議論に反映し、検討を進めた。

昨今の医療と関連性の高いテーマについての課題

◆患者・国民に身近な医療のあり方(論点)

・医療機関間の適切な役割分担を図るため、患者・国民が求める役割等を踏まえた、かかりつけ医機能のあり方。
・医療機関の機能の分担および業務の連携のさらなる推進のため、紹介状なしの大病院受診時の定額負担のあり方。(主な意見)

○選定療養の徴収が可能な200床から399床の地域医療支援病院について、すでに90%強が選定療養の徴収を行っていることや、地域医療支援病院の役割を鑑みれば、地域における医療アクセスを阻害しないよう留意が必要であるが、定額負担を責務とすることを検討する必要があるのではないかと。

○患者に特別な事情がない限り、まずはかかりつけ医に行くという意識を持ってもらうため、定額負担の対象病院をさらに拡大することを検討すべき。

◆かかりつけ医機能等のあり方(論点)

・かかりつけ医機能の評価について、これまでの診療報酬改定における対応を踏まえ、専門医との連携や他職種との連携等を含め、どう考えるか。(主な意見)

○患者の受療行動を診療報酬上の対応により変えていくことが重要で、患者をかかりつけ医へと誘導するための評価のあり方を検討すべき。

○かかりつけ医機能の評価する機能強化加算については、算定状況等のデータを示しながら、有効に機能しているかどうかなども含めて検討すべき。

◆働き方改革と医療のあり方【医療機関内での取組】(論点)

・医療機関の、院内での労務管理や労働環境の改善のマネジメントシステム

のあり方についてどう考えるか。

・これまで診療報酬で対応している勤務環境改善に資する取組や、算定要件として求めている業務内容について、働き方改革の方向性や医療の質を確保する観点等を踏まえ、どう考えるか。(主な意見)

○働き方改革により医療従事者の勤務体系が変わり、人件費等の増加が見込まれるため、入院基本料のあり方を検討する必要があるのではないかと。

○入院基本料の議論を行う前に、非効率な医療がないか検証すべき。

○医師の働き方改革に伴って追加的に生じるコストを患者が負担することについては非常に違和感を覚える。

○書類作成、研修の受講、会議への参加等の診療以外の業務負担や事務作業について、ICT等も活用しながら、さらなる効率化と合理化について検討する必要があるのではないかと。

○医師事務作業補助体制加算について、中小規模の病院が施設基準を満たしにくいという状況を検討すべき。

○地方においては、民間の中小病院が医療提供体制を支えており、実情に即した形の評価の視点で検討すべき。

○専従の医師、看護師等の配置要件は、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるような見直しについて検討する必要がある。

【地域全体での取組(救急・小児科・産科領域における取組)】(論点)

・これまで救急医療や小児・周産期領域等で評価している、診療所で行う救急患者への診療や、病院での手厚い体制に対する評価について、働き方改革の方向性や、質の高い医療を確保する観点等を踏まえながら、どう考えるか。(主な意見)

○十分な人員を配置できないものの救急医療を提供する体制を確保している医療機関への評価を検討すべき。

○働き方改革を実現していく過程で、地域の医療提供体制の効率化も進めなければ、地域医療が崩壊しかねない。

◆科学的な根拠に基づく医療技術の評価のあり方

【新たな技術を保険適用する際の評価】(論点)

・既存の技術と同等程度の有効性および安全性があるとされた医療技術は、2018年度改定の考え方と同様に、今後診療報酬上は同等の評価として保険適用を行うことをどう考えるか。(主な意見)

○2018年度改定の方針にも沿ったものであり、方向性は妥当と考える。一方で、保険適用後に有効性等の新たなエビデンスが確認できれば、再評価をしていくことも重要ではないかと。

【既に保険収載している技術の評価】(論点)

・既に保険収載されている医療技術については、診療報酬改定時にその時点で得られているエビデンスを基に、診療報酬点数や要件(適用範囲、施設要件等)を再評価することとなる。

・医療の質の向上および診療報酬点数表の簡素化等の観点から、新規技術の開発や新たな知見の集積等に伴い、評価を見直すことについてどう考えるか。(主な意見)

○費用対効果評価制度における公的分析班の枠組みの活用など、現状に限られた人材の中で、効率的に実効性を上げる体制整備が必要ではないかと。

○新たな知見の収集に伴い、臨床上の

位置付けが変化した技術の評価を見直すというのは当然である。

○臨床で実施されていない医療技術や検査を保険適用外とする方向で検討することは妥当ではないかと。

【良質なエビデンスを創出するための環境整備】(論点)

・先進的な医療技術であって、保険収載時にエビデンスが必ずしも十分でないといわれるものは、保険収載後にデータやエビデンスを集積し、その有効性や安全性を確認するため、レジストリへの登録を算定要件とする等の対応を行うことをどのように考えるか。(主な意見)

○保険収載後の実臨床で得られたデータを活用してエビデンスを構築するといった取組は非常に重要である。

○先進的な医療技術については、レジストリを要件とするなどの対応はふさわしいものではないかと。

◆医療におけるICTの利活用

【遠隔医療】(論点)

・オンライン診療は対面診療と補完的に組み合わせ、医療の質の向上に資するものの普及状況の検証結果等を踏まえ、診療報酬上の対応を検討してはどうか。検討では、オンライン診療の特性に鑑み、離島・へき地等の医療資源の少ない地域における利活用と、それ以外を分けて、整理を行ってはどうか。(主な意見)

○患者が気兼ねなく対面診療を受けられる環境づくりが大事。医療にアクセスできない場合に、オンライン診療が活用されるのであって、利便性のみに着目した議論には慎重であるべき。

○オンライン診療は2018年度改定時に相当厳格な要件のもとで導入されたため、ほとんど算定されていない状況にある。安全性に支障がない範囲で、緩和できる要件は緩和する方向で検討する必要があるのではないかと。

○働く世代の治療の脱落防止など、仕事と治療の両立のために、オンライン診療の要件を適切なものに見直す方向で検討する必要があるのではないかと。

◆医薬品・医療機器の効率的かつ有効・安全な使用等

【医薬品】(論点)

・重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応、バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進、長期処方時の適正使用、薬剤耐性(AMR)への対応等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用等について、これまでの診療報酬上の対応や最近の状況を踏まえ、どう考えるか。(主な意見)

○高齢化に伴い処方薬の種類数が増加するのは自然であり、また、かかりつけ医が他院の処方薬を引き継いだ場合でも種類数が増加する。処方箋1枚当たりの医薬品の種類数に着目した減算は、見直す必要があるのではないかと。

○入院時におけるポリファーマシーへの取組として、医療機関では多職種が時間をかけて対応している。中でも病院薬剤師の役割は重要である。

○フォーミュラリーの取組は、診療報酬上で評価する性質のものではない。

【医療機器】(論点)

・CTやMRI、ポジトロン断層撮影(PET)の共同利用の実態を踏まえ、医療機器の効率的な利用を推進する観

点で、どのような対応が考えられるか。(主な意見)

○かかりつけ医機能を有する医療機関にCTなどの機器が配置されることで早期発見に寄与し、大病院での侵襲性の高い検査を減らしている。

○日本は検査コストが低く、費用対効果は良いのではないかと。

○共同利用を如何に進めるのかという課題は重粒子線装置などの特に高額な医療機器に絞って検討すべき。

◆地域づくり・まちづくりにおける医療のあり方

【地域の状況を踏まえた入院医療】(論点)

・地域における医療提供体制の確保を進めるため、異なる機能を担う医療機関がそれぞれの役割を維持しつつ、医療機関間の機能分化・連携を進めやすくする評価のあり方について、各入院料の届出等の状況や、2018年度診療報酬改定の対応を踏まえ、どう考えるか。(主な意見)

○地域によって人口変動や医療提供体制が様々であることから、診療報酬は地域医療構想に寄り添う範囲での対応に留める必要があるのではないかと。

○診療報酬は地域医療構想に寄り添い、後押ししていく観点から議論していく必要があるのではないかと。

【医療資源の少ない地域等における医療提供体制】(論点)

○医療資源の少ない地域等における必要な医療の確保を図る観点から、どのような対応が考えられるか。(主な意見)

○医療資源が少ない地域等については、要件を緩和している診療報酬の算定状況が低調であり、さらなる分析が必要。医療提供体制の維持のため、ICTの利活用等について検討すべき。

◆介護・障害者福祉サービス等と医療の連携のあり方(論点)

・地域包括ケアシステムの構築をさらに推進する観点から、医療と介護を連携させていく評価のあり方をどう考えるか。(主な意見)

○2018年度改定における医療・介護連携の推進の取組をさらに強化すべき。療養病床などで退院できる状況にある患者が退院できていない要因の分析と対策について検討する必要がある。

○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については、2018年度改定で、看護師が定期的に訪問を行い計画の実施状況を見て評価するとの対応をした。適正なサービス提供がされているかを引続き実態の把握に努めながら、検討すべき。

◆診療報酬に係る事務の効率化・合理化および診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応(論点)

・診療報酬に係る事務の効率化・合理化および診療報酬の情報の利活用を見据えた対応を、どのように考えるか。(主な意見)

○効率化・合理化をさらに進める必要があるのではないかと。

○届出不要な書類も、適時調査の際に提出を求められる。実質的に簡素化されるよう見直す必要がある。

○レセプトに郵便番号を入れること自体は反対しないが、保険医療機関および保険者の負担を考慮し、マイナンバーカードを有効活用する必要がある。

四病協が医療機関内での救急救命士の活用などを提案

厚労省・医師の働き方改革ヒアリング 5項目のタスク・シフティングの案示す

厚生労働省は7月26日、医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリングを行った。ヒアリング団体は、四病院団体協議会をはじめ、日本歯科医師会、日本産科婦人科学会、日本小児科学会、日本助産師会、日本看護協会の6団体。四病協は、①医師等との協働による薬剤師業務の拡大②医師の包括的指示による看護師業務の拡大③臨床工学技士の業務範囲の見直しと拡大④医療現場における救急救命士の業務確立⑤麻酔業務におけるタスク・シフティングの5つを提案した。

ヒアリングは今回が最終回の3回目。厚労省はヒアリングを受け、医師の労働時間短縮につなげるため、秋にタスク・シフティングの具体的な見直しを検討する会議体を立ち上げる予定だ。

四病協の発表は全日病の猪口雄二会長が行った。四病協の「病院医師の働き方検討委員会」からの提案として、5項目を説明した。総論としては、「医師の労働時間短縮を推進するには、チーム医療の推進が重要であり、タスク・シフティング、タスク・シェアリングを多方面にわたり、実現化する必要がある」と積極姿勢を示した。

「医師等との協働による薬剤師業務の拡大」については、「現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべき」とした。具体的には、◇医師との協働によるプロトコールに基づいた投薬の実施◇薬剤選択、多剤併用薬に対する処方提案◇副作用の状況把握、服薬指導◇抗菌薬の治療コントロール処方の提案—をあげた。

薬剤師の活用を実質的な医師の労働時間短縮につなげるために、「医師の包

括的指示と同意がある場合には、医師の最終確認・再確認を必要とせず、薬剤師が主体的に業務を行うことを明確化する」ことを求めた。厚労省から、薬剤師の活用が不十分な理由の質問があり、猪口会長は「そもそも病院で働く薬剤師の人数が少ない」ことをあげ、病棟薬剤師が増える環境整備が必要とした。

なお、薬剤師業務の拡大の提案は、病棟薬剤師に適用するもので、調剤薬局で働く薬剤師は別の取扱いであることを前提としている。

「医師の包括的指示による看護師業務の拡大」についても同様に、タスク・シフティングを推進する上で、包括的指示の範囲が不明確として、医師が看護師に、一括して指示を与えられる要件の明確化を求めた。「一般的な臨床現場で、医師が患者の病態の変化を予測している範囲内で、一括した指示を与えることができれば、有効なタスク・シフティングになる」と期待を示した。

看護師が行うことのできる医行為は「特定行為」として、「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」でパッケージ化されている。今回の提案では、それより侵襲性の低い医行為について、「病棟や在宅、介護施設などに分けて、モデル化して示せば、現場での使い勝手がよくなる」と、猪口会長は強調した。

「臨床工学技士の業務範囲の見直しと拡大」についても、現行制度で実施可能な業務が十分に実施されていないことを踏まえ、可能な業務を改めて整理することが必要とした。その上で、整理された業務の活用を促すとともに、現行制度の不備が明らかになれば、「業務範囲の見直しおよび拡大」を図るべきと主張した。

臨床工学士が現行制度で実施できる

業務としては、◇心・血管カテーテル業務における生命維持装置およびカテーテル関連機器の操作等◇人工呼吸器の使用時の吸引による喀痰等の除去—などがある。医師の具体的指示が必要な「動脈留置カテーテルからの採血」などもある。

「医療現場における救急救命士の業務確立」については、法改正が必要なタスク・シフティングを提案した。現行制度で救急救命士は、救急救命士法により、処置可能な場所が「傷病者の発生場所から救急用自動車内、医療機関に到着するまで」に限定されている。このため、医療機関内で救急救命士が活用できるよう法改正を求めた。

「麻酔業務におけるタスク・シフティング」については、「現行制度の下で、軽度な全身麻酔は、標榜医や経験を積んだ医師により『自科麻酔』が可能であることを確認し、推奨したい」とした。医療現場で、麻酔科医不足が深刻である中で、麻酔科以外が麻酔を実施できる環境を整えるべきとしている。

日本看護協会はNPの創設を主張

そのほかの団体によるヒアリングは、以下のとおり。

日本歯科医師会はず、人数は少ないものの、病院勤務の歯科医師には医科と同様に、超過勤務の問題が存在すると指摘した。また、チーム医療や医科歯科連携の推進、病院勤務の歯科医師を増やすことで、医師の労働時間短縮に貢献できると主張した。

日本産科婦人科学会は、移管可能と考える業務として、助産師外来(低リスク妊娠を対象とした妊婦健診の一部)と院内助産システム(低リスク分娩を対象とした分娩管理業務の一部)をあげた。助産師外来では、低リスク



妊娠を対象とした妊婦健診の6割程度(産婦人科医の年間労働時間を180時間削減)の効果があると見込んだ。

いずれの場合も、「高度な助産業務が可能となる助産師」が求められるとしている。なお、現行制度で助産師の実践能力を評価するアドバンス助産師の認証がすでにあり、活用可能とした。

日本小児科学会は、看護師や医師事務作業補助者に移管可能な業務に、ワクチン接種や、行政への申請書等の下書きなどをあげた。ただ、小児科医は患者・家族の生活の把握を含め「総合医」であるとして、タスク・シフティングには全般的に慎重な姿勢を示した。

日本助産師会は、低リスク妊産婦の健診・保健指導を助産師が積極的に担うことで、医師の負担を軽減できると主張した。具体的には、14回の妊婦健診のうち9回分、保健指導の全部を助産師が実施することや、産後の2週間・1カ月の健診を助産師が担うことにより、医師の労働時間を短縮できるとした。

日本看護協会は、「特定行為研修制度の推進だけでは、国民の医療ニーズに対応できないため、ナース・プラクティショナー制度の構築も必要」と主張した。ナース・プラクティショナーは、一定の領域で医師の判断によらず、看護師が医療提供の判断を行うことのできる職種。一定の領域としては、在宅の慢性疾患管理等の医療提供や、病院で医師が不在時に患者の状態変化に対応する事例などを示した。

医療関係者との情報共有と意思疎通が重要

厚労省・中対協 都道府県の人材育成の課題示す

厚生労働省は8月1日、中央医療対策協議会がまとめた都道府県における医療政策人材の養成・確保策などを公表した。都道府県の医療政策人材としては、医療政策全体の総合的な知識とともに、「大学、医師会や医療機関等

の地域の医療関係者と情報共有と意思疎通を図ることができる人材」が重要であることを示した。データの活用ができる人材も求めている。

特に、新たな医師偏在対策では、都道府県の権限と責任が大きくなる。し

かし、多様化する医療政策を的確に遂行する人材が都道府県に満遍なくそろっているかという点、不十分さを指摘する意見が多い。都道府県で高度な企画・調整力のある医療政策人材の育成は喫緊の課題とされている。

国の取組みとしては、これまで医療政策を基礎から総合的に学ぶ機会が十分でなかったため、今年度中に研修プログラムの開発に着手し、早期に研修の場を確立する必要があると指摘した。都道府県においては、「医療政策に関連する分野の知見のある人材が医療担当部局で活かされるよう人事上の配慮を行う」ことや、全体を統括する立場の公衆衛生医師の配置、医療機関との人事交流などを求めている。

共用試験を医師法に位置づけ、公的な仕組みに

医道審・医師分科会 スチューデント・ドクターも公的な資格に

医道審議会・医師分科会(中谷晴昭分科会長)は8月1日、シームレスな医師養成に向け、臨床教育の中で診療参加型臨床実習を重視する共用試験(CBT、OSCE)を医師法に位置づけることで概ね了承した。共用試験の合格者には、「ステューデント・ドクター」の資格を与え、臨床実習で一定の医行為を実施できることを明確にする。ただ、委員からは、「ステューデント・ドクター」がより侵襲性の高い医行為を実施することに、慎重な意見が目立った。

日本における臨床教育に対しては、「見学中心で実習の実践性が乏しく、習得度が高くない」「卒前・卒後の研修内容に分断があり、重複も生じている」「諸外国と比較し、臨床実習と臨床研修を合わせた期間が長く、非効率な体制になっている可能性がある」と

の指摘がある。医師不足問題を背景に、基本的な診療能力の習得が早期に可能になるような取組みが求められており、医師養成の仕組みを改革する。

臨床実習を重視した取組みでは、医学生共用試験として、知識を問う「CBT」、技能・態度の習熟度を測る「OSCE」がある。OSCEには臨床実習開始前と開始後の2種類の試験があり、いずれも医学系80大学で実施されている。

前回の医師分科会で、CBTを法的に位置づけることには了承が得られており、今回、CBTとセットであるOSCEも、公的なものとし、医師法に位置づけることが論点となった。医療系大学間共用試験実施評価機構(KATO)がOSCEの詳細を説明。臨床実習に臨む医学生の能力・適性をみる共通の評価システムを構築すること

の意義を強調した。KATOの説明を受け、委員の多くは概ね理解を示した。

共用試験を公的なものにするには、前回の分科会で「教養教育・人格形成に支障が生じる」「知識や手技よりも人間性や態度が大事」といった意見もあった。このため、厚労省は、今後取り入れられるモデル・コア・カリキュラムで、「教養教育を含めた医師として求められる基本的な資質・能力は、大学6年間かけて身につける方向性が、すでに示されている」と説明した。

医師法に共用試験の実施を位置づけ、共用試験に合格することの認証を公的に与えることで、「ステューデント・ドクター」の資格を得ることができるようになる。「ステューデント・ドクター」は医師免許を持っていないため、医師ではないが、一定の医行為を行うことができる。2017年の「医学部の臨

床実習において実施可能な医行為の研究報告書」(門田レポート)は、現行法の範囲で「ステューデント・ドクター」が行える医行為を整理した。

門田レポートでは、実施可能な医行為を明確にするとともに、臨床実習で医学生が実施する医行為の範囲の拡大を目指す方向性が示されている。ただ、委員の多くは、「ステューデント・ドクター」を法的に位置づけることには同意しつつも、より侵襲性の高い医行為を行えるようにすることに、慎重な姿勢を示した。

また、厚労省は、「ステューデント・ドクター」が医行為を実施し、医療事故が起きた場合の対応として、診療契約は患者と医療機関の間に締結されるものであることから、勤務医の場合と同様に、民事上の責任の所在は第一義的には医療機関にあることを示した。患者・家族の同意については、「ステューデント・ドクター」を法的に位置づけた後、原則、院内掲示を必須とし、「内容や状況に応じて、包括同意等を得ることを検討する」とした。

日病協の診療報酬改定要望書は10月をめどに提出

日病協・代表者会議 中医協の猪口委員、島委員の続投も了承

日本病院団体協議会は7月26日、次期診療報酬改定に向けた最近の中医協の議論などをめぐり意見交換を行った。中医協での次期改定に向けた議論は、幅広いテーマを設定した第1ラウンドの議論が終わり、秋から第2ラウンドが始まる。会見した長瀬輝誼議長(日本精神科病院協会副会長)は、「日病協としては、中医協の議論を見極めつつ、

10月をめどに個別項目の改定要望書を厚生労働省に提出したい」との意向を示した。

日病協は5月24日に、第1弾の要望書を厚生労働省に提出している。「働き方改革」、「機能分化・連携強化」、「タスクシフティング・タスクシェアリング」、「救急医療」、「ICT・業務の簡素化」の5項目に沿って、要望内容を盛り込

んだが、個別の診療報酬項目の見直しまでには踏み込んでいない。

診療報酬実務者会議ではすでに具体的な改定項目も議論している。ただ、第2弾の要望書の提出では、中医協の議論の進捗状況を踏まえた上で、内容を詰める考えだ。

また、10月に中医協の病院団体推薦の委員は、全日本病院協会会長の猪口



雄二委員が3期目、日本病院会副会長の島弘志委員が2期目を迎える。日病協として、両委員に引続き任期を担ってもらうことを了承した。

病院全体の耐震化率は74.5%

厚労省調査 BCPや非常用電源の状況も

厚生労働省は7月31日、病院の「耐震改修状況」と「業務継続計画(BCP)」、「非常用電源の確保および点検状況」の2018年調査と追加調査の結果を公表した。

病院全体の耐震化率は74.5%で2017年の72.9%と比べ、1.6ポイント上昇した。全国8,383病院を調査し、8,362病院から回答を得た。このうち、地震発生時の医療拠点となる災害拠点病院と救命救急センターの耐震化率は90.7%で、2017年の89.4%と比べ、1.3ポイントの上昇。2015年の国土強靱化アクションプランでは、2018年末までに災害拠点病院と救命救急センターの耐震化率を89.0%とする目標を定めており、2017年時点で達成済みだ。

耐震化の状況では、回答した8,362病院のうち、「すべての建物に耐震性のある病院数」は6,231病院で全体の74.5%、「一部の建物に耐震性がある病院」は664病院で全体の7.9%、「すべての建物に耐震性がない病院」は123病院で全体の1.5%となっている。また、「建物の耐震性が不明である病院(耐震診断を実施していない病院)」は1,344病院で16.1%である。

一般の病院の2割がBCP策定

BCPは、災害時でも医療提供機能が維持される体制を整えるために策定する計画。2018年の台風21号や同年の北海道胆振東部地震で、長期の停電や断水により病院の診療継続が困難になる事態が生じた。そのため、厚労省は「2018年12月1日時点でのBCPの策定状況を調査。その結果を踏まえ、未回答または未策定と回答した災害拠点病院に対して、BCPの策定が必須となる2019年4月1日の策定状況も再調査

している。

2018年12月1日時点でBCPを策定している病院は、災害拠点病院と救急救命センター、周産期母子医療センターを除く6,530病院のうち、2割の1,310病院だった(20.1%)。

災害拠点病院は71.2%の491病院、救急救命センターは66.7%の4病院、周産期母子医療センターは30.9%の21病院。なお、災害拠点病院と救急救命センター等を兼ねる場合は災害拠点病院としている。

2019年4月1日の再調査結果では、2018年12月1日時点で未回答または未策定の災害拠点病院245のうち、策定済みは241病院。4病院が必須になったにもかかわらず、未策定だった。3病院は8月までに策定を完了したが、1病院は災害拠点病院の名称を返上している。

非常用電源の保有率は92.9%

非常用電源の確保と点検状況については、2018年に発生した大阪府北部を中心とする地震の際に、国立循環器病研究センターで非常用電源が使えず、停電が発生したことを踏まえ、2018年8月1日時点の状況を把握するとともに、未点検の病院に対して、2019年6月1日時点の状況をきいている。

2018年8月1日時点で電気事業法に基づく非常用電源保有率は回答病院7,267の92.9%の6,754病院だった。点検実施率は91.7%の6,191病院。未実施の病院の62.3%(202病院)が2019年6月1日時点では、実施済みとなり、37.7%(122病院)が未実施のままだった。理由では、「患者の継続的な医療提供のため実施調整困難」との回答が65.5%で多かった。

社会保障給付費は120兆2,443億円

社人研 OECD基準の社会支出も集計

国立社会保障・人口問題研究所(遠藤久夫所長)は8月2日に、2017年度「社会保障費用統計」を公表した。

ILO基準の社会保障給付費は120兆2,443億円と対前年度増加額1兆8,353億円、伸び率1.6%で過去最高となった。医療は39兆4,195億円で給付総額の32.8%、年金は54兆8,349億円で同45.6%、「福祉その他」は25兆9,898億円で同21.6%となった。一人当たり社会保障給付費は94万9,000円。対GDP比は21.97%で、前年度の22.06%よりわずかに下がった。社会保障給付費の伸びを上回り、GDPが増えた。

社会保障財源は、社会保険料が70兆7,979億円で総額の50.0%を占める。公費負担は49兆9,269億円で35.3%である。うち国庫負担は33兆3,167億円で23.5%を占める。そのほか、主に公的年金積

立金を市場運用した結果の資産収入が良好で、1兆1,145億円、伸び率は36.7%となった。2016年も401.8%と大きな収益を得ているが、2014年は▲90.5%で、変動が大きい。

また、OECD基準の社会支出でみると、総額は124兆1,837億円で対前年度増加額1兆9,722億円、伸び率1.6%と、こちらも過去最高。政策分野別では高齢年金と介護保険を含む「高齢」が56兆9,399億円で最も多く、医療保険を含む「保健」が41兆8,713億円。この2つで全体の8割を占める。社会支出は社会保障給付費に施設整備費などが加えたもの。

なお、統計法に基づく通知改正などにより、地方単独事業の集計範囲の見直しなどを行ったため、今回、過去に遡及して数値の変更を行っている。

一冊の本 book review

幸せのメカニズム 実践・幸福学入門

著者●前野隆司
発行●講談社現代新書
定価●800円+税

医療職はやりがい大きい一方で、感情労働という側面もあり、職員の良いメンタルヘルスを維持することは、病院経営者にとって大きな課題である。

本書では、工学博士の前野隆司氏が「幸福」について、学問として体系的に述べている。本書にある「幸せになるためのメカニズム」は、良好なメンタルヘルスを維持し、人生をポジティブに生きるというだけにはとどまらない。例えば、病院スタッフが地域に出ていくためのモチベーションにもなるだろう。院内研修として読んでみる、キャリアパスに組み込んでみるなどの取り組みを通して、職員が幸せのメカニズムを実践できれば、とても「幸福」な病院になるに違いない。

(安藤高夫)



■ 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
2025年に生き残るための経営セミナー第21弾「医師の働き方改革への対応」(200名)	2019年9月6日(金) 【全日病会議室】	8,640円(税込) (16,200円(税込))	医師の働き方改革については今年3月に検討会報告書がまとまり、一定の結論が出た。その後、宿日直や医師の研鑽の取扱いに関する通知が出され、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」も始まった。これらの動向やタスク・シフティングの方向性、民間病院での事例紹介などのセミナーを開催する。
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9月23日(月・祝) 【全日病会議室】	10,800円(税込) (16,200円(税込))	2015年10月に医療事故調査制度が始まり、医療事故の原因究明と再発防止を目指す試みが続けられている。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。
AMAT 隊員養成研修 名古屋会場(60名)	2019年9月27日(金)、28日(土) 【名古屋掖済会病院 救命センター棟4階講堂】	10,800円(税込) (32,400円(税込))	AMAT 派遣時の最小構成員は医師1名、ロジスティクス1名を必須とした3名以上のチームで、そのうち1名は本研修の受講が必須となる。これまで3名1チームの参加を要件としていたが、1名からの参加も可能とした。新規受講修了者には、AMAT 隊員登録証やベスト、ヘルメットが送られる。
医師事務作業補助者研修 福岡会場(100名)	2019年10月28日(月)、29日(火) 【リファレンス駅東ビル 貸会議室】	33,000円(税込) テキスト代、昼食代含む	「医師事務作業補助体制加算」は勤務医の負担軽減を目的に、2008年度に新設。当研修は、診療報酬の同加算を算定するための研修要件を満たしている。研修終了後レポートを提出した人には、研修証明となる「修了証」を授与する。