



全日病 ニュース 2019.11.15

No.952

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

次期改定に向け中医協分科会が入院の報告書まとめる

中医協・入院医療等分科会 急性期入院料や地ケア、回復リハ、療養病棟などを分析

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10月31日、2018年度診療報酬改定の影響調査を基にした入院医療に関する報告書をまとめた。総会に報告し、次期改定に向けた議論につなげる。以下で主に、急性期入院医療や地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟入院料、慢性期入院医療の内容を紹介する。

報告書では、「急性期入院医療」「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料」「回復期リハビリテーション病棟入院料」「慢性期入院医療」「横断的事項(入退院支援や診療実績データの提出)」「医療資源の少ない地域」「入院医療機能の評価指標や測定方法」「DPC/PDPS」を調査対象とした。

急性期入院医療については、2018年度改定で一般病棟入院基本料を急性期一般入院料1～7に再編するなど、評価体系を大きく変更した。しかし、改定前に7対1入院基本料を届け出ている病棟のうち、2019年6月1日時点で93.5%が同じ評価である急性期一般入院料1を算定していた。理由では、「7対1相当の看護職員配置が必要な患者が多い」、「施設基準を満たしており、特に転換の必要がない」が多い。

「重症度、医療・看護必要度」は2018年度改定で従来の「1」とレセプト電算システムによる診療実績データを用いる「2」を導入した。2019年度調査では「1」と「2」の両方を用いる施設を含め、急性期一般入院料1の約3割が「2」を届け出ている。「2」は看護師の事務負担が軽減されるとの回答が多いが、記録時間は5分程度であり、効果は限定的との意見も付記した。

2018年度改定では「重症度、医療・看護必要度」の項目も見直し、基準値を25%以上から30%以上に引き上げた。その中で、新たに追加された「B項目

のうち『診療・療養上の指示が通じる』または『危険行動』に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」の基準(基準②)のみに該当する患者に焦点が当たった。

基準②のみに該当する患者は、年齢が高く、認知症やせん妄を有する割合が高く、要支援・要介護の割合が高く、自立の低い傾向にあった。該当患者割合が一般病棟よりも療養病棟での割合が高かったことから、急性期病棟を評価する指標としての適切性が議論になった。

しかし、基準②のみに該当する患者は、一般病棟では療養病棟に比べて「創傷処置」の割合が低く、「心電図モニターの管理」の割合が高いことなどを踏まえ、全日病副会長の神野正博委員が患者像の違いを強調。「基準②のみに該当する患者であっても、急性期病棟と療養病棟では日々の患者の状態の変化に差があると考えられることから、引き続き丁寧な分析を行うべき」との文言を加えた。

地ケア病棟とDPC、回復期リハ

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料は、届け出病床数が増加傾向にあり、特に、入院料(管理料)1の届出の増加が顕著である。使い方をきくと、「自院の急性期病棟からの転棟先」が最も多く、次いで「在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先」が多かった。

2018年度改定で導入した実績要件については、在宅患者訪問診療料の回数や介護保険サービスの提供で満たしている割合が高くなっている。分科会では、実績要件の見直しやACPの実施を入院料全体に広げることなどを求める意見が出た。

地ケア病棟に入院している患者のう

ち、いずれの疾患別リハビリテーションも実施していない患者が33%だったことから「少なすぎる」との意見が出た。実施している患者では、過去7日間で4回以下が25%、10単位以下が34%であった。ただ、「疾患別リハビリテーションができない患者には、それ以外の必要なケアを実施している」との神野委員の意見などを加えた。

同一医療機関で一般病棟(DPC)から地ケア病棟に移動する場合に、転棟時期がDPC/PDPSによる点数が地ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている事例がみられた。患者の状態に応じた転棟ではないため、分科会として、問題視する意見を明記した。また、地ケア病室に移動する場合は、DPC/PDPSによる点数を用いるなど不整合があることを指摘する意見もあった。

回復期リハビリテーション病棟入院料については、患者のADLを評価するFIM得点の変化を詳しく分析した。FIM得点は入院料1で37以上、入院料3・5で30以上を課している。FIM得点の変化は、発症から入棟までの期間が短いほど、得点の変化が大きく、早期の集中的なリハビリが効果を上げていることが確認された。

入棟時FIMと発症から入棟までの日数の関係を経年的にみると、発症から入棟までの日数によらず、入棟時FIMが低下傾向にある。一方、入棟時FIMとFIM得点の変化は、入棟時FIMの値によらず、FIM得点の変化が増加傾向であった。これらの関係性は、疾患区分ごとまたは入院料ごとにもみても、同様の傾向であった。このため、「FIM測定の精度の担保等を含め、適切な運用を促す仕組みが必要ではないか」との意見があった。



慢性期入院医療については、2018年度改定で療養病棟入院基本料1、2が看護職員配置20対1に統一され、25対1は「経過措置1」「2」の10%減算、30対1は「経過措置2」「2」の20%減算)として残った。療養病棟入院基本料の届出病床数は近年増加傾向だが、療養病棟入院基本料(20対1)の割合が増加している。

一方、改定前に経過措置(25対1を満たさない、または医療区分2・3患者割合50%を満たさない)を届け出ている病棟のうち、2019年6月1日時点で経過措置1を届け出ている病棟は約6割だった。理由では「医療区分2・3の該当患者割合を満たすことが困難」が最も多くなっている。

経過措置1を届け出ている病棟に今後の意向をきくと、「一部または全部を他の病棟等に転換」と回答した病棟は2019年度調査で48%だったが、「現状維持」と回答した病棟は53%で、「現状維持」との回答の方が多い。

入院患者の状態では、医療区分3で該当患者割合が最も高いのは「中心静脈栄養」(入棟時17%)、医療区分2では「1日8回以上の喀痰吸引」(入棟時25%)となっている。

「中心静脈栄養」に対しては、入棟時および調査基準日に「中心静脈栄養」に該当していた患者の在院期間が、約半数で半年以上となっており、感染症のリスクを含め、不適切との意見が出た。栄養の投与方法として、「中心静脈栄養」に代わる手段がない患者も多く入院していることに留意しつつ、「患者・家族への丁寧な説明や、長期に留置する場合の適切な管理を推進する必要があるのではないか」との神野委員の意見を明記した。

機能強化加算の趣旨を患者に説明

中医協総会 支払側が算定の際の要件化求める

中医協総会(田辺国昭会長)は10月30日、かかりつけ医機能などをテーマに議論した。初診料に加算できる機能強化加算(80点)について、加算の趣旨を患者に伝えることを要件化することをめぐり様々な意見が出た。小児かかりつけ診療料等では、対象患者を3歳未満から6歳未満に拡大することに賛意を示す意見が相次いだ。紹介状なしで受診した場合に、定額負担が義務化される病院の拡大も論点となった。

2018年度診療報酬改定で新設した機能強化加算は、地域包括診療料・加算や在宅時医学総合管理料などを届け出ている200床未満の医療機関が算定できる。かかりつけ医機能を評価したものの、支払側の委員からは漫然と算定されているとの不満が出ている。

同日示されたデータでは、昨年7月1日時点の届出医療機関は診療所が1万1,793施設、病院が1,048施設。算定回数は6月審査分で178万3,064回と

なっている。算定された患者に、「かかりつけ医の役割に関する説明」の有無をきくと、35%が「受けた」と回答している。

支払側からは、これまで対象患者を限定すべきとの意見も出ていたが、今回は医療機関がかかりつけ医を担う体制の評価との趣旨に理解を示し、加算の位置づけを認めた上で、加算の趣旨を患者に伝えることを要件化すべきと主張した。なお、現行ではかかりつけ医機能として実施している対応を院内掲示することが要件となっている。

これに対し、日本医師会の松本吉郎委員は、「加算の趣旨を患者に説明することは大切だ。しかし、たくさんある基本診療料の加算の趣旨を患者一人ひとりに説明すれば、相当時間がかかる。機能強化加算だけを説明するのもそぐわない。それは、むしろ保険者側の仕事ではないか」と、医師が口頭で説明することには難色を示した。

ただ、患者への調査では、「費用についての院内掲示」、「事務スタッフによる説明」などの要望の回答があり、文書での情報提供を含め、今後、具体的な論点が示される見込みだ。

小児かかりつけ診療料等については、対象患者を3歳未満から6歳未満に拡大することが論点になった。厚生労働省は、特にアレルギーなどで乳幼児期から幼児・学童期に至るまでの継続的な管理が必要との資料を示した。論点に対し、賛意を示す意見が相次いだ。「学童期の対応はどうするのか」との意見も出た。小児かかりつけ診療料等の加算である小児抗菌薬適正使用支援加算(60点)も、3歳未満から6歳未満に拡大する方向になっている。

紹介状なしの大病院受診時の定額負担は、2018年度改定で対象病院を特定機能病院と許可病床400床以上の地域医療支援病院に拡大した。定額負担の最低金額は初診が5,000円、再診が2,500



円となっている。2018年度改定で新たに定額負担が導入された病院の紹介状なしの患者は2017年10月と2018年10月を比較し、47.1%から42.7%まで下がった。委員からは、次回改定で、200床以上の地域医療支援病院まで拡大すべきとの意見が出た。

全日病会長の猪口雄二委員は、「2018年度改定で基準が一般病床から許可病床になった。許可病床であることにより、対象になった病院の定額負担の状況を把握したい」と要望した。また、「近くに定額負担の対象になる病院しかない地域もある。定額負担を求めないことができる患者の状況を整理し、仕組みを設けるべき」と述べた。厚労省は実態を把握する仕組みを設けるとの考えを示した。

病院ブランディングと街づくり

広報委員会

病院のあり方は、医療・介護の連携の枠を超え「街づくり」にまで視野を広げることが必要な時代となってきた。各病院が地域のニーズや特性を活かし、自院の固有の価値を創出していくことがブランディングにつながっていく。広報活動を通じ、様々な地域でのイベントや社会貢献事業、地域コミュニティの活性化、ボランティアの育成など地域に根差した活動を実践し、自発的に地域課題の解決に取り組んでいる3病院にご講演頂いた。発表されたご本人からの講演要旨を掲載するので参考にされたい。

医療法人社団おると会 浜脇整形外科病院 理事長 浜脇澄伊

「整形外科単科病院としての生き残り」

当法人は広島市の中心にある整形外科単科病院である。ブランディングを考えるに当たり、健全な経営が出来ていることが前提で色々な取り組みが出来る。この20年で事務方の強化を中心に組織化してきた。これからの医療経営において、得意分野を極め、人を育成し、病院経営資源の全体最適化をはかり、保険に依存しない医療が出来たらと思っている。

そうする中で院内外への当院におけ

るいい面を伝えていくために、いくつかの取り組みを試みた。マスコットキャラクター「豆はま」やタグラインを作り、HPをリニューアルした。

地域につながるために「からだの音プロジェクト」を6年前にスタートした。こどもを中心に3世代にわたる人をターゲットに整形外科だからこそできる活動を始めた。年に一度冊子を55,000部作製し、広島市内の幼稚園、保育園、小学校、小児科などのクリニックにスタッフが直接100か所以上に無料配布もしている。今まで「浜脇」を知らなかった方々にも知っていただくきっかけの一つになっている。外部からの講師依頼も増えている。

今後も「浜脇」のブランド価値を訴求して、地域の方々のためにならない病院でありつづけたい。

社会医療法人社団宏潤会 大同病院

理事長 宇野雄祐

「病院が考える Creating Shared Value」

当法人は、高度急性期医療と地域包括ケアマネジメントの2軸で地域に貢献しようと尽力している。創立80年を迎え、改めて「ブランディング」を整理した。ブランドを、人々との関係性

広報委員会委員長 高橋 肇

そのものと定義した。法人の理念を具現化し、これを伝えるための施策を継続し、ブランドを育てることをブランディングと考える。まずブランド価値の言語化が大切である。これには、ブランドコア(ブランド価値のエッセンス)、ブランドパーソナリティ(ブランド価値の擬人化)、ブランドポジショニング・ステートメント(ブランドへのイメージが湧いてくる文章)がある。

患者・利用者とその家族を含む地域のステークホルダーにブランド価値を認識してもらい、動いてもらってはじめて街づくりが始まる。そのためには、コミュニケーションを意識したブランド価値の発信が重要である。ステークホルダーとの接点は少なく、ブランディングではメッセージの配信に全力を尽くす必要がある。ただし、施策を実行しても、ステークホルダーがブランド価値を正確に認識してくれているとは限らない。ブランド価値の現状を



把握する指標を設定し、確認し続けなければならない。

医療法人社団医仁会 ふくやま病院 理事長 譜久山 剛

「まちづくりについて弱小病院がお手伝いできること」

1974年に開業した譜久山外科から3期に増改築を繰り返したふくやま病院。当然の如く発生した動線の複雑化と1995年の阪神・淡路大震災に追い討ちをかけられた感のあるジョイント部分の雨漏りに悩んでいた。そんな中で、創業者の譜久山當悦が1997年、脳出血で倒れた。

建て直すか、病院運営を諦めるか。長男の譜久山剛と次男の譜久山仁は二択で考えざるを得ない状況で新築移転を選択した。

新しい地域でどのような機能が求められるか。自分たちのやりたいこと(=地域のかかりつけ医と緩和ケア)と地域に求められていることを両立するために、地域に入り込んでニーズを掘り起こす試みをstudio-Lの山崎亮さんと行なった。ワークショップを繰り返し、『また来てねといえる病院』のコンセプトを立てた。地域からは『災害時にも頼れる場』というお題をいただいた。安心して住み続けられるまちを作るため、地元新聞と組んで、地域への情報発信を行なっている。移転から3年。地域に必要な病院であるため、これからも精進していく。

医療における税制について議論

医業経営・税制委員会

医業経営・税制委員会は10月から始まる消費増税に伴い「医療における税制について」と題し、行政、病院、税理士からみた控除対象外消費税問題の解決に向けたパネルディスカッションを開催した。

厚生労働省医政局佐々木裕介総務課長は、現状の非課税のもと社会保険診療における消費税の取り扱いについて説明した後、今までの消費税率引き上げ等に伴う診療報酬での対応の経緯にふれ、前回8%に上がった際の診療報酬の配点方法の医療機関別のばらつきや、2016年度の補てん不足を踏まえて今回の配点方法の見直しシミュレーション結果を説明した。また、診療報酬以外の対応として地域医療介護総合確保基金の医療分の増額を2018年度934億円から2019年度1,034億円にしたと説明した。

医業経営・税制委員会委員長 中村康彦

次に猪口雄二全日病会長が病院の視点から過去3回の消費税対応分の計算方法にふれ、その8%時の補てん率の計算方法にミスがあったことを指摘した。病院全体の補てん率は82.9%で、一般病院82.7%、特定機能病院61.4%、こども病院71.1%とマクロでは診療報酬上の補てんはされていたが、これも計算違いであったことも指摘した。

この10月からの診療報酬における消費税増税補てん分では各科改定率が上がるが、薬価等の消費税対応分の上乗せより実勢改定等の引き下げ分が大きくなるため、結果としてはマイナスになるとした。そもそも、病院における消費税について、1989年消費税開始時、医療を非課税にしたことがボタンの掛けちがえであり、診療報酬で控除対象外消費税を上乗せする現在の方法では全体としての補てんはできても、

個々の医療機関の薬や診療材料のみならず給食や清掃など日々増加してゆく病院の課税仕入れに対して対応できないとした。

そうした中で、今後の解決方法として医療を原則課税にするべきと述べ、その場合の問題点として①診療報酬への上乗せ部分はどうすべきか②保険者負担と消費税の問題③非課税を主張する医科・歯科診療所との関係④国民の医療費課税に対する意識、などの問題をあげ、いずれ消費税が10%から上がるまえに十分論議することが必要であると締めくくった。

最後に川原経営総合センターの川原文貴社長は、2016年度の補てん状況把握結果にふれたうえで、これからの消費税増税の対応策としてMS法人との取引や委託契約の見直し、新規の設備投資やさまざまな経過措置の適用の検

討、社会保険診療収入以外の収入の増加などをあげた。

また、2020年度の厚生労働省税制改正要望に対しても、今までの医業継続にかかわる事業承継税制に関し現行の中小企業事業承継税制に準ずるよう求め、また、設備投資税制関係においても中小企業投資促進税制・経営強化税制並みの税制優遇を求め、病院の再編統合などの病床機能の分化・連携支援や不動産取得税、固定資産税などの優遇措置など地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置の創設を求めることが大切と強調した。

座長の中村康彦(全日病副会長)は、過去の消費税に対する対応に関してマクロとミクロでの乖離はあるものの、現時点においても病院における控除対象外消費税の負担はその税率のアップとともに病院経営を圧迫する大きな要因とし、このままでは病院の健全経営も立ち行かなくなる。今後も個々の医療機関における精緻な検証と課税を含めた議論を医療界のみならず各方面に進めて行くことが重要と締めくくった。

外国人材の受け入れについて

外国人材受入事業

今回、ベトナムのホーチミンから人材送出機関のTOCONTAP(トコンタップ)フォン会長、ティン渉外部長をお招きし、介護技能実習生の教育方針、現に日本で就労している介護技能実習生からの意見などについて動画を介し紹介された。

日本側は、当会の外国人材受入事業の山本担当役員が総論的に外国人材受入れの概要、ベトナム、ミャンマーにおける募集採用セミナーの結果、現在ベトナムで介護技能実習候補生として勉強中の実習生紹介、今後の事業展開等を説明。同事業の須田構成員、大田構成員からは自施設での外国人材受入れの経験を踏まえた課題等の説明が

外国人材受入事業担当役員 山本登

あった。

今回のシンポジウムは、介護技能実習生をスムーズに受け入れるポイントとして、「病院における担当者(部門)をしっかりと決めることの大切さ」を訴えるものであった。現に介護技能実習生の受入れが決まっている病院では、介護技能実習生のためにベトナム人通訳を配し受入れ準備をしている病院もあって、今後の受入れ体制に参考になる話もあり有意義なシンポジウムであった。

・座長：山本登(全日本病院協会 外国人材受入事業 担当役員)

テーマ：外国人材の受け入れについて

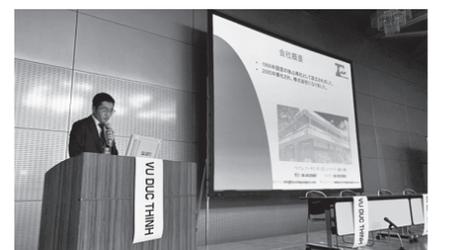


・演者：大田泰正(全日本病院協会 外国人材受入事業 構成員)

テーマ：病院における外国人材の受け入れ実態

・演者：須田雅人(全日本病院協会 外国人材受入事業 構成員)

テーマ：外国人技能実習制度 介護全日病バージョン



・演者：Mr.VU DUC THINH (TOCONTAP 渉外部長)

テーマ：これまでの異業種の技能実習生の事故症例・エピソード・介護技能実習生の日本語教育等について

続報・全日本病院学会 in 愛知

総合医育成プログラムの特徴とメリットを語る

プライマリ・ケア検討委員会

プライマリ・ケア検討委員会委員長 牧角寛郎

日本専門医機構において19番目の新領域として創設された総合診療専門医は、日本の人口構成の劇的な変化に伴う地域のニーズに合致するものであり、高齢化による多疾病罹患、認知症、フレイルの増加、また過疎地域においては、小児医療、産婦人科医療等への住民のアクセス困難等、地域包括ケアにおける課題解決の鍵となる。

しかし、育成の始まった同専門医が活躍するまでには時間を要するところであり、受け入れの体制も十分とはいえない。そうした中、全日本病院協会では2018年度より新たに「全日本病院協会総合医育成プログラム」を開始し、総合的・俯瞰的に病院機能の改善を図ることができ、かつ組織の運営に積極的に関与できる人材としての医師の育成を進めている。

今学会では、総合診療医として活躍する医師と、当協会プログラムを受講

している医師計4名を演者に「総合医」とは如何なるものか、また、地域においてどのような役割が求められるのかについて、講演と討論を行った。

筑波大学の前野哲博教授からは、「総合医育成プログラム」のスクーリングについて説明があった。プログラムは「プライマリ・ケアの現場で一步踏み出せること」をコンセプトとし、「適切に当直対応をして翌日専門医につなぐ」、「典型的なケースをガイドラインに即して治療する」能力の習得を目標としてイメージしている。また、本プログラムが総合医を育てるためのスクーリングに特に力を入れている点を強調し、受講者からの好評を得ているとのアンケート結果を示した。

独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO) 東京都東病院長の南郷栄秀総合診療科長は、現在総合診療医として勤務している立場から講演を行った。総

合診療を「カメレオン」に例え、患者数ベースで8割の疾患に対応できることを示した上で、診療科横断的に活躍できる総合診療医は統合したケアを提供可能であり、またそのケアの提供を通じて、地域のハブとしての機能を果たせることを示唆した。

社会医療法人赤枝会赤枝病院の須田雅人院長と社会医療法人春回会長崎北病院の陰山寛内科部長は、「全日本病院協会総合医育成プログラム」受講者の立場でそれぞれ発表を行った。

須田院長は、本プログラムを通じて最新の総合的医療知識のアップデートが可能な点を挙げ、訪問診療を含めた地域医療推進のニーズや地域包括ケアの担う上での有用性をプログラムの特徴として語った。陰山内科部長は実際のスクーリングの様子について詳細に説明し、病院での実際の総合的な診療場面での「自信につながった」こと、「新



たな一步を踏み出そう」という気持ちを得たこと等、受講を通じての自身の変化を紹介した。

その後、パネルディスカッションが行われ、前野教授は「診療実践」、「ノンテクニカルスキル」という明日から使える知識を取得できることを本プログラムの特徴として改めて強調した。また参加者からは、受講のメリットについての質問があり、日本プライマリ・ケア連合学会の認定する「プライマリ・ケア認定医」の試験が免除となることや、実践的なスキルの取得が挙げられることを説明した。最後に、本研修の受講を組織として評価し、病院として総合医を育てていく仕組みづくりの必要性が述べられ、場を締めた。

業務フロー図を活用して効率化を図る

病院のあり方委員会

病院のあり方委員会委員長 徳田禎久

少子高齢化の進展による若年労働者の減少の影響は、医療介護分野でも地域差はあるものの影響が出始めてきており、特に介護系人材・医療機関における補助業務担当者の不足は都市部においても大きな問題となってきた。

今般の働き方改革は、この問題解決をさらに厳しいものとするものであり、会員病院においても喫緊の大きな課題として取り組むべき事柄であるが、労働者確保が困難な中で不足を補うには、無駄な作業の削除、個々の業務の効率化、連携やタスクシフトなどによる一人の作業量増加を図るしか方法はない。当協会では数年前から「病院のあり方に関する報告書」を通じて、業務フロー図の利用を提唱してきており、当協会主催の研修の中でもその実践の必要性

を啓発してきた。

本シンポジウムでは、業務フローモデル集を提示した著者と研究者から「業務の効率化」に関する基本的事項を示していただくと共に、既に自院運営に関して業務改善を実行している管理者を交えて、実践に向けた要点についての議論を行った。

当委員会特別委員である東邦大学の長谷川友紀教授からは、本テーマに係る総論として現状の課題の整理と2040年に向けた医療のパラダイムシフトについての示唆が示された。飯田修平委員からは「生産性」、「効率化」の考え方の整理と、業務フロー図を用いた自院での効率化の事例を紹介したうえで、どのような視点で何を目的・目標とするかを規定し、効率化の対象となる業

務を明確にすることを要点として挙げた。

美原記念病院の大崎充子事務部長補佐からは、多職種連携による退院支援業務について、業務フロー図を用いた実際の改善事例の、また、織田病院の織田良正総合診療科部長からは、タスクシフト及びタスクシェアの取組について、ICTを用いた動態管理やMedical Base Campの試みについての紹介があった。

パネルディスカッションでは、国の議論における「生産性」や「効率化」は抽象的であり、今回の発表事例のような、目的や対象を明確にした具体性を持った取組が肝要である旨意見が挙げられた。また、こうした取組を院内でどのように展開していくかについて、



病院として何を行っていくかという強い方向性を示すことと、同時に現場で常に改善を進める環境を醸成する必要性について指摘があった。

今回発表いただいた病院のみならず、各病院では問題解決に向けてすでに様々な実践的取組が行われている。当委員会としては今後、そうした取組について具体的な事例を取りまとめ、事例集のようなかたちで共有することで、会員病院への問題解決への糸口になればと考えている。

医師の労働時間短縮効果に期待

厚労省・タスクシフト検討会

年内に一定の結論

厚生労働省の「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」(永井良三座長)は10月23日に、初会合を開いた。医師の業務を他の職種にタスク・シフト、タスク・シェアする具体案を詰め、法改正が必要な事項を含め、年内に一定のとりまとめを行う。

厚労省は今夏、30団体から医師から他の職種へのタスク・シフティングに

関する具体的な提案のヒアリングを行っている。その結果を整理し、業務移管が現行制度の下で、①実施可能な業務②不明確な業務③法改正等が必要なもの一に別けて検討を行う。

タスク・シフト等は、医師の労働時間短縮を進める上で、最も効果が高いと期待されている。今年3月の医師の働き方改革に関する検討会報告書でも、「現行制度の下でタスク・シフティン

グを最大限推進」することを明記した。

医師の働き方改革に関する検討会報告書の詳細を詰めるために設置された医師の働き方改革の推進に関する検討会は、来年の通常国会に提出する法案の内容を決めるため、12月にとりまとめを行う予定。これにあわせ、タスク・シフト検討会も年内に一定の結論を出す、その後も検討を続ける。

全日病会長の猪口雄二委員は、具体的な論点として、「救急救命士の院内での活用を論点にしてほしい」と提案。厚労省は、救急救命士については、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で議論すると説明した。

厚労省は11月6日の「救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会」に、救急救命士が院内で救命救急処置を実施できるようにする案を示している。主に救急外来で、救急救命士を活用することを想定した議論がなされた。多くの委員が賛意を示したが、日本看護協会の委員は慎重な対応を求めた。

現行法では、救急救命士は救急車内などで救急救命処置を行えるが、院内では実施できない。患者を搬入する際に切れ目なく医療を提供し、医療従事者の負担を減らすことを目指す。救急救命処置だけでなく、診療の補助を行う場合の質の確保も課題となる。

評価機能の枠組みを概ね了承

厚労省・医師の働き方改革推進検討会

結果は公表

厚生労働省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」(遠藤久夫座長)は11月6日、2024年度から施行する医師の時間外労働規制について、特例が適用されるB・C水準(年間1,860時間)の病院が作成する医師労働時間短縮計画の進捗を評価する「評価機能」の枠組みを概ね了承した。ただ、労働時間の短縮が進まない病院の公表方法や、財政負担のあり方で配慮が求められた。

医師の時間外労働規制の特例であるB・C水準で、特にB水準は暫定措置的な位置づけであり、2036年までに年間960時間のA水準の達成を目指すことになる。B・C水準の病院は医師労働時間短縮計画を作成し、様々な業務改善により、計画的に労働時間短縮に取り組む。B・C水準の指定期間は3年であり、3年に1度は「評価機能」による進捗の評価を受ける必要がある。

「評価機能」は、都道府県とは中立の第三者機関が担う。医師労働時間短縮計画の項目を元に、労務管理体制や実際の取組み、労働時間数、患者数、医療提供の実態などの項目で、評価する。評価結果は、取組みが不十分との指摘を含め、公表する。ただ、労働時間短縮が進まない病院の評価がそのまま公表されると、長時間労働の病院として認識され、悪影響が生じるので、多面的な視点で公表を行うとした。

B・C水準の病院は1,500程度と見込まれることから、「評価機能」は1年間に500病院を評価する。このため、訪問調査を行うには、常勤換算で10～

15人程度の評価者を確保する組織が必要と、厚労省は試算した。評価者には、医師や看護師、社会保険労務士を想定する。「評価機能」をどの組織が担うかは未定。だが財政面は、基本的には受審する病院が負担する手数料で費用を賄う考えが示された。これに対して、公的支援が必要との意見が相次いだ。

労働時間短縮計画の実効性を高めるため、病院は都道府県の勤務環境支援センターの支援を受けられる。「評価機能」が、取組みが不十分と病院を評価した場合でも、地域の医療提供体制との関係を含め、支援センターが継続的に支援し、計画の達成を目指す。

日本専門医機構の社員枠の拡大求める

四病協・総合部会 看護補助者の確保対策を主張

四病院団体協議会は10月30日に総合部会を開き、日本専門医機構の役員改選への対応を協議したほか、看護職員需給分科会の中間とりまとめ、および病院医師の働き方検討委員会の検討状況、キャッシュレス決済について報告を受けた。総合部会終了後の記者会見で、日本精神科病院協会の長瀬輝誼副会長が説明した。

日本専門医機構は来年、理事・社員が改選となることから、四病協として

の対応を協議。社員については、現在、四病協で1名の枠があるが、各団体に1名ずつの社員を認めるよう求めることとし、文書をもって機構に検討を要請することを決めた。

医療従事者の需給に関する検討会・看護職員需給分科会の中間とりまとめが10月21日の分科会で了承され、その内容が報告された。中間とりまとめでは、2025年における看護職員の需給推計を行い、需要については、都道府県

からの報告に加え、超過勤務時間や有給休暇の取得日数など勤務環境改善など労働環境の変化に応じて3通りのシナリオを設けて推計した結果、188万～202万人と見込んだ。一方、供給に関しては175万～182万人程度と見込まれ、いずれのシナリオでも看護師が不足する推計となった。これに対し、病院団体として、看護補助者が著しく不足している状況を踏まえ、その確保対策を主張したことが報告された。

四病院団体協議会の病院医師の働き方検討委員会では、外国医師の活用について検討していることが報告された。外国医師が日本で医療行為を行う場合の類型を整理し、現行制度でも一定の対応が可能であり、特に臨床修練の制度を活用する方向で検討している。臨床修練は、3年以上の診療経験を有する医師が指導医の指導監督の下で、特定の医療機関で修練を積む制度。

このほか、キャッシュレス決済の検討状況が報告された。政府は、キャッシュレス決済を進めているが、カード会社等に支払う手数料負担が小さくないことから、国の対応を求めることを確認した。

次期改定に向けた中医協の議論をめぐり意見交換

日病協・代表者会議 総合入院体制加算や救急医療管理加算

日本病院団体協議会は10月25日の代表者会議で、次期診療報酬改定を議論している中医協の報告を受けた。会見した日本精神科病院協会副会長の長瀬輝誼議長は、「総合入院体制加算」や「救急医療管理加算」、医師の働き方改革への診療報酬での対応などで意見が交わされたと述べた。

総合入院体制加算は、様々な診療科をそろえた総合的な入院体制を評価している。加算1が1日240点、加算2

が1日180点、加算3が1日120点。病院数は2018年度で加算1が41、加算2が137、加算3が174となっており、主要な診療科すべての標榜を求める加算1も増えてきた。

しかし、地域医療構想など地域での機能分化・連携を推進している中で、齟齬が出ているとの指摘がある。特に、産科や産婦人科、精神科などを機能分化した場合に、総合入院体制加算を算定できなくなるため、機能分化が進ま

ない事例が出ている。このため、位置づけをもう一度整理すべきとの意見が出たという。

救急医療管理加算については、加算2(1日300点)の対象となる基準が加算1(1日900点)の基準に準じる重篤な状態となっており、中医協総会で、基準を明確にすべきとの意見が出ている。

実態として、加算2は二次救急を評価しており、ICUの医療を想定した加算1に準じる基準としているのは

「おかしい」との意見が代表者会議で出た。二次救急を評価する別の基準が求められるが、それを次期改定で導入するには、議論する時間が足りない。長瀬議長は、加算2の見直しは次期改定では難しいとの見通しを示した。

医師の働き方改革への対応では、医療機関のマネジメントの取組みを入院基本料等加算で対応することが論点になっているが、中医協の診療側・支払側で意見が対立する状況。病院団体としては、入院基本料等加算での対応を求めるとともに、人員配置基準の緩和や診療報酬の簡素化などによる業務負担軽減を、さらに推し進める方向での議論が必要との認識が示された。

総合確保基金の執行状況を報告

厚生労働省は11月6日の医療介護総合確保促進会議(田中滋座長)に、地域医療介護総合確保基金の2018年度執行状況を報告した。医療分(国費)の交付金額622億円の内訳は、地域医療構想達成に向けた事業が53.6%(333

億円)、在宅医療の事業が4.5%(28億円)、医療従事者の確保の事業が42.0%(261億円)。民間医療機関への割合は63.0%(392億円)、公的医療機関は27.4%(171億円)、交付先未定が9.6%(60億円)だった。

主な取組み事例も示された。兵庫県の事例では、急性期と慢性期の病床を減らして、高度急性期と回復期の病床を増やす病床機能転換推進事業が紹介された。病院の再編統合により、新たな県立病院(丹波医療センター・320床)を整備した。徳島県の事例では、新たな地域完結型医療の病院(JA徳島厚生連阿南医療センター・398床)を整備

した。介護分(国費)の交付金額232億円の内訳は、施設整備の事業が158億円、介護従事者の確保の事業が75億円。民間機関への割合は67.7%(157億円)、公的機関は6.1%(14億円)、交付先未定は26.2%(61億円)となっている。取組み事例では、東京都の介護に関する入門的研修などが紹介された。

2019年度 第7回常任理事会の抄録 10月19日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 千葉県 学校法人東邦大学東邦大学医療センター佐倉病院 院長 長尾建樹
 - 東京都 学校法人東邦大学東邦大学医療センター大森病院 院長 瓜田純久
 - 大阪府 特定医療法人仁生会内藤病院 院長 内藤方克
 - 大阪府 医療法人平心会大阪治験病院 院長 三上洋
- 他に退会が1会員、正会員から準会員への会員種別変更が1会員あり、正会員は合計2,556会員となった。
- 2020年度事業計画・予算編成作業日程(案)について承認した。
- 日帰り人間ドック実施指定施設の申請について以下の施設を承認した。

- 東京都 江東健診クリニック 所長 荒井 宗房
- 日帰り人間ドック実施指定施設は合計455施設となった。
- 【主な報告事項】
- 審議会等の報告
 - 「中央社会保険医療協議会薬価専門部会、総会、入院医療等の調査・評価分科会、診療報酬基本問題小委員会」など、「医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会」、「医療計画の見直し等に関する検討会」、「日本医療機能評価機構運営委員会(医療の質向上のための協議会)」の報告があり、質疑が行われた。
- 病院機能評価の審査結果について
 - 主たる機能
 - 【3rdG: Ver.2.0】～順不同
 - ◎一般病院1
 - 北海道 札幌清田病院 更新
 - 北海道 札幌南徳洲会病院

- 更新
- 東京都 浩生会スズキ病院 更新
- 富山県 沢田記念高岡整志会病院 更新
- 兵庫県 真星病院 更新
- 兵庫県 大久保病院 更新
- 香川県 永生病院 更新
- 熊本県 菊陽台病院 更新
- ◎一般病院2
 - 北海道 札幌徳洲会病院 更新
 - 北海道 釧路孝仁会記念病院 更新
 - 北海道 共愛会病院 更新
 - 福島県 寿泉堂総合病院 更新
 - 新潟県 立川総合病院 更新
 - 愛知県 大同病院 更新
 - 大阪府 守口生野記念病院 更新
 - 香川県 総合病院回生病院 更新

- 鹿児島県 霧島市立医師会医療センター 更新
- 更新
- 沖縄県 中頭病院 更新
- ◎一般病院3
 - 福岡県 久留米大学病院 更新
 - ◎リハビリテーション病院
 - 北海道 花川病院 更新
 - ◎慢性期病院
 - 石川県 池田病院 更新
 - 長崎県 サン・レモリハビリ病院 更新
 - 熊本県 阿蘇温泉病院 更新
 - ◎精神科病院
 - 愛知県 八事病院 更新
 - 沖縄県 オリブ山病院 更新
- 9月6日現在の認定病院は合計2,172病院。そのうち、本会会員は889病院と、全認定病院の40.9%を占めている。
- 討議事項では、会員資格や役員等の年齢制限をテーマに意見交換した。

■ 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
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会 (150名)	2019年12月2日(月) 【全日病会議室】	5,500円(税込)	日本医療法人協会との共催。厚労省が推進する「医療安全推進週間」の取組みとして、医療安全対策に関し、医療関係者の意識向上、医療機関・関係団体等の組織的取組みの促進等を図ることを目的に開催する。
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12月21日(土)～12月22日(日) 【全日病会議室】	27,500円(税込) (33,000円(税込)) (昼食代、資料代含む)	昨年4月の診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するために開催。今回は「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、相互評価の実務を想定したプログラムになっている。
機能評価受審支援セミナー 【東京会場】 診療・看護合同領域(60名) 事務管理領域(60名)	2020年2月15日(土) 診療・看護合同領域【全日病会議室】 事務管理領域【日本医療機能評価機構会議室】	8,800円(税込) (13,200円(税込))	日本医療機能評価機構との共催。「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する。「事務管理領域」ではA評価項目の解説や事前課題から見えてきた問題点への対応について意見交換する。