



全日病 ニュース

2020.2.1

No.956

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

病院が地域で頑張れる体制を

四病協賀詞交歓会 医療関係者が集う

四病院団体協議会は1月10日、賀詞交歓会(新年の集い)を都内のホテルで開催した。政界から88人(うち秘書74人)、厚生労働省など省庁から44人を含め806人が参加した。

はじめに全日病の猪口雄二会長が、「地域医療構想、医師偏在対策、医師の働き改革が進んでいる。昨年12月17日には来年度診療報酬改定の改定率も決まった。厳しい時代だが、これら様々な動きにうまく対応し、病院が地域で頑張っていける体制を整えたい」と述べた。

日本医療法人協会の加納繁照会長は、「これからの人生100年時代では、人は亡くなるまでに、何度か病院と在宅を行き来し、病院で治療し、リハビリを受け、在宅に戻ることを繰り返す。それを支えるのが我々の大事な仕事だ。特に、中小の地域密着型の急性期病院が、このような『輪廻転生』ならぬ『輪廻転床』を繰り返す時代に、一番役に立つのではないかと考えている」と、地域密着型の急性期病院の役割を強調した。

海外出張中の加藤勝信厚生労働大臣

の代わりに、稲津久副大臣が挨拶した。稲津副大臣は、「団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見据え、社会活力の維持、医療・介護のサービス提供体制の確保、持続可能性のある制度構築に向け、全世代型の社会保障制度を議論している。医療については、地域医療構想、医師偏在対策、医師の働き方改革の3つの取組みを着実に推進する。2020年度政府予算では、勤務医の働き方改革への対応で、地域医療介護総合確保基金を増額するとともに、全額国庫負担の病床ダウンサイジング支援を設けることができた。診療報酬改定では、救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応で0.08%分を確保した。国として、3つの取組みを最大限後押ししていく」と予算での対応などを説明した。

本体0.55%の診療報酬改定率 特例対応を含め一定の評価の声

日本医師会の横倉義武会長は、2020年度診療報酬改定の改定率について、日本医師会の主張が一定程度認められたと報告した。横倉会長は、「日医と



して、少なくとも医療従事者の人件費を1%上げる財源が必要と主張した。本体0.55%のうち、0.47%はそれに見合う改定率だ。また、0.08%を働き方改革への対応で確保した。当初、財務省などは本体マイナス改定を主張しており、それは何としても阻止しなければならないという思いだった」と述べた。

診療報酬改定率に関しては、駆け付けた国会議員からも言及があった。

自民党の丸川珠代参議院議員は、「今回、医師の働き方改革への対応で、特例的な対応が行われた。予算編成過程では、付けられるか不安もあったが、

四病協の主張の影響もあり、実現できた。働き方改革への対応は今回だけで終わるわけではなく、次期改定以降も継続して対応すべきだ」と、四病協を鼓舞した。

共産党の小池晃参議院議員は、2018年度改定と同水準の本体プラス改定であったことに対しては、一定の評価をしつつも、「薬価財源は国庫に戻すのではなく、すべて医療の技術料に当てるのが大原則だ。働き方改革に対応すると言いつつも、全体ではマイナス改定。これでは、手足を縛って泳げと言っているようなものだ」と、政府の対応を批判した。

2020年度診療報酬改定の議論の整理まとめる

中医協総会 加藤厚生労働大臣が改定を諮問

中医協総会(田辺国昭会長)は1月15日、2020年度診療報酬改定に関するこれまでの議論の整理をまとめた。加藤勝信厚生労働大臣はこれを受け、2020年度診療報酬改定を諮問。議論の整理はパブリック・コメントに付し、1月24日に静岡県富士市で公聴会を開催。総会では引き続き答申に向け、「重症度、医療・看護必要度」の見直しなど、残された課題を議論し、2月上旬の答申を目指す。

議論の整理は、社会保障審議会医療保険部会・医療部会が決定した基本方針に沿って、改定項目をまとめている。「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」を重点課題に、「患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現」、「医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進」、「効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上」の表題を設け、各改定項目を並べた(5面資料を参照)。

重点課題である医師等の働き方改革関連では、救急医療で重要な役割を果たす医療機関に対し新たな評価を設けるとともに、救急搬送看護体制加算、総合入院体制加算、病棟薬剤業務実施加算、夜間看護体制加算、外来化学療法加算、入退院支援加算などの見直しに言及した。業務の効率化・合理化に資する診療報酬の見直しやタスク・シェアリング等を推進する改定を行う。入院医療に関しては、特定集中治療室、一般病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟のそれぞれで様々な見直しを行う。適正化項目も多く含まれ、病院によっては厳しい改定になりそうだ。

外来医療では、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象病院を拡大する。機能強化加算は「掲示等の情報提供に係る要件」を見直す。妊婦加算は廃止となり、新たに紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医療機能を有する医療機関へ情報提供を

行った場合の評価を設ける。

厚労省は議論の整理案を1月10日の総会に提示した。診療側からは議論の整理案段階で特に異論は出なかったが、健康保険組合連合会の幸野庄司委員が、今回改定の対応で期待していた項目が見送られたとして、不満を表明した。項目として、◇特定機能病院において使用ガイド付きの医薬品集の作成の評価◇生活習慣病管理料に経済性の観点での処方等の説明をすることの要件化◇分割調剤の見直しで医師が分割調剤を指示するインセンティブの導入一をあげた。

特に、使用ガイド付きの医薬品集の作成の評価が見送られたことに対し「基本方針に『医学的妥当性や経済性を踏まえた処方を推進』とある。これでは基本方針に対応したとは言えない。次回会合で、もう一度議論すべき」と主張した。これに対し日本医師会の松本吉郎委員は、「各病院が個別に使用ガイド付きの医薬品集を作成することは否定しない。しかし、診療報酬で評価することには反対する。中医協総会



で合意形成ができなかったということだ」と述べた。

厚労省は、幸野委員の主張を受け、基本方針の「医学的妥当性や経済性を踏まえた処方を推進」として、今回改定で実施する項目を示した。具体的には、◇後発医薬品使用体制加算等◇一般名処方加算◇在宅自己注射指導管理料等一の見直しを実施するとした。厚労省保険局の森光敬子医療課長は、これらを実施するため、「基本方針には反していない」と説明した。

後発医薬品使用体制加算等については、後発品の調剤割合が高い医療機関等に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算等の要件と評価を見直す。一般名処方加算については、推進する方向で見直す。在宅自己注射指導管理料等については、バイオ医薬品をバイオ後継品に切り替える場合の患者への説明などを評価する。

清話抄

小児医療充実への願い

私事で恐縮ではあるが、昨年小児がんで子供を亡くした。

人生でこれ以上悲しいことはないと思えるつらい経験をして、何か自分ができることはないか考えるようになった。その一つが、より小児医療が日本

で充実するよう情報発信していくことではないかと考えている。

4月の診療報酬改定は、2年に1度の大きなイベントである。しかし、議論の中心は、超高齢化社会を迎える日本において、高齢者医療の枠組みを想定して議論されていると感じる。一方で、高齢者医療と小児医療が同じルールで運用されて良いのか疑問に感じることも多い。

例えば、小児がんで入院が長期に亘る。治療と治療の合間の外泊は、子

供や家族にとってかけがえのない時間である。しかし、外泊は1泊2日までであり、2泊3日以上となれば入院の手続きを取らなければならない。外泊が頻繁になればそれだけで現場スタッフも親も負担となる。「入院になるので今回は1泊2日にしましょう」と言われた経験のある親は多いと思う。

また、海外で治験が行われている薬剤を自費で利用できる「患者申出療養」という制度が創設されたが、実際日本

の小児医療で活用された例は数例しかないという。申請をして薬剤の利用が認められるまでに、半年近く時間を要するからだろう。子供に効くかもしれない薬が他国にあるのなら、親はなんだっただろう。ただ、半年も待てるはずもない。

こういった例は枚挙にいとまがない。今回の紙面では書ききれないが、継続して情報発信していくつもりだ。いつか日本が「小児医療先進国」として世界をリードする日を夢見て。(I)

主張

地域医療構想の在り方

昨年9月、公立・公的病院で再編統合の検討要とされた424病院が公表されましたが、調整会議の議論では、地方・へき地と都市部を分けて考えるべきであります。総人口が加速的に減少する地方・へき地では、どの市町村にも公立病院を置くことが可能なのか、集約化しなくてよいかの検討が必要であります。一方、これから高齢者が急増する都市部では、民間病院が急性期医療を積極的に支えているケースが

多く、民間病院をいかに上手に活用するかが主眼となります。そもそも、人生100年時代の高齢者医療は、病院と在宅との間で小生が唱える「輪廻転『床』」を繰り返すのに必要とされるケアミックス型の地域密着型急性期病院が主体であり、まさしく民間病院が得意とする領域であります。ここで最近、都市部での地域医療の崩壊を招きかねない公立病院の巨大病院化の動きを懸念します。複数の病院

が統合・再編することで、合計病床数が減るとはいえ、1病院で見ると元の病院よりも巨大化しているケースはいくつもあります。収支報告で黒字とされていても、実は巨額の繰入金が含まれており、実質的には赤字であり、その額が再編前より増えているという病院もあります。公立・公的病院の再編に当たっては病院規模の妥当性、周囲の病院に与える影響を十分に議論せねばなりません。大阪府においては、これらのことを考慮し、大阪方式として病院間調整会議において、公立病院の繰入金の状況について、過去4年分の繰入金の状況、繰入金算定項目の明示を求められることとなりました。救急

搬送受入れ実績等の評価についても、規模が大きな病院ほど上がる実績値だけでなく、実績値を各病院の急性期・高度急性期の病床数の合算で割った値とし、病床単位での実績数も評価の対象としました。本来は民にできることは民に任せるのが基本であります。公立・公的病院の再編に当たっては、将来の医療ニーズを鑑みて、病院規模の妥当性、周囲の病院に与える影響を十分に議論し、公立病院の無理な拡張による地域医療の崩壊を防止せねばなりません。
(加納繁照)

支払側が基準値35%を主張、診療側は猛反発

中医協総会 「重症度、医療・看護必要度」の見直し

厚生労働省は1月15日の中医協総会(田辺国昭会長)に、2020年度診療報酬改定における「重症度、医療・看護必要度」の項目見直しを反映させた基準値の変化を示すシミュレーション結果を公表した。結果を踏まえ、支払側委員は急性期一般入院料1の「必要度I」の基準値を「30%以上」から「35%以上」に引き上げることを提案。これに対し診療側は猛反発。全日病会長の猪口雄二委員は、「データでみて8割近くの病院が達成できなくなる数字だ。現実的な基準値を設定しないと現場の急性期医療が崩壊する」と訴えた。基準値を設定する材料となるのが、厚労省が同日示したシミュレーション結果だ(下表を参照)。まず、急性期一般入院料1の「重症度、医療・看護必要度I」(以下、「必要度I」)からみていく。

調査対象病院の該当患者割合が低い病院から順番に並べ、10、25、50パーセント値を出した。前回改定での公益裁定で決まった水準でもある25パーセント値をみると、「必要度I」の場合、現状の項目の割合は33.5%、項目見直しの条件をすべて適用すると30.3%となった。その差は3.2ポイントで、項目見直しが、基準値を満たすのが厳しくなる方向に作用することがわかった。単純に考えると、基準値「30%以上」で、4分の1の病院が基準値を満たせなくなる水準だ。猪口委員は、前回改定時に29.8%だった25パーセント値が今回33.5%まで上昇したことについても、「約1万床が転換し、病床稼働率も上がっている。急性期病院の努力の結果だ」と説明。さらなる基準値の引上げが与える影響の大きさを強調した。

シミュレーションの条件とした項目見直しは多岐にわたる、中医協総会でほぼ合意が得られており、これらの条件は今回改定で実施される見込みだ。具体的には、◇基準②(B14またはB15に該当、かつA得点以上かつB得点3点以上)を除外(注射剤を除く)◇A項目で「免疫抑制剤の管理」を除外◇C項目で入院実施割合が90%以上の手術(2万点以上)と検査を追加◇C項目で実際の平均在院日数を踏まえ、評価対象日数を増やす。また、内科の技術を評価する観点では、「必要度II」において、入院日に「救急医療管理加算1・2」「夜間休日救急搬送医学管理料」を算定した患者をA得点2点(5日間)として追加した。「必要度I」では、A項目の「救急搬送後の入院」について、現行の「2日間」から「5日間」の評価に変更した。

が疑問視され、今回見直しの対象となった。ただ、基準②削除の影響は、特に規模の小さい急性期病院で影響が大きいと懸念され、B14とB15の項目は残すとともに、認知症とせん妄への対応は、別の診療報酬項目でも評価することになっている。

急性期入院料4は見直しの影響大
次に、急性期一般入院料1の「必要度II」をみると、25パーセント値で現状の29.9%と、項目見直し適用の29.7%でありあまり変わらない。他の入院料でも同様の傾向にある。「必要度I」も「必要度II」も項目見直し後は30%に近い数字になったが、データ収集や負担軽減の観点から、「必要度II」に誘導する狙いがあり、基準値に差を設けることが必要との意見が出た。

急性期一般入院料4は、項目見直しの影響が大きく出た。「必要度I」の25パーセント値を現状と項目見直し後で比べると、31.2%と22.9%であり、8.3ポイントもの差が出た。今回の項目見直しが、手術など外科的治療の医療がより評価される傾向にあり、急性期医療の実態の違いが、数字の差となって出たと考えられる。厚労省は、基準値について、入院料1~3と入院料4以下を同じ考えで設定することはできないとの考えを示している。

「重症度、医療・看護必要度」の基準値は、前回改定でも診療側と支払側で意見が対立し、公益裁定となっている。今回も意見の隔たりが大きく、終盤まで結論が持ち越されそう。支払側委員は、急性期入院料1を減らし、入院料2、3へ誘導する目的を含め、「高い目標を設定すべき」(幸野庄司委員・健康保険組合連合会)として、「35%以上」を主張した。しかし、猪口委員は、「決められた数字を満たさないと入院料を算定できない基準値という考え方ではなく、目標値といった考え方を導入すべき」と主張した。

シミュレーション条件について

○ 最終的なシミュレーションは以下の条件で行う。

使用データ

○ 2019年4月に提出されたDPCデータ(急性期一般入院料)

シミュレーション条件

○ 以下の条件を適用した場合の医療機関ごとの該当患者割合を集計する

【必要度I・II共通】

- 判定基準より、基準②(B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上)を除外
- A項目より、「免疫抑制剤の管理」を除外(注射剤を除く)
- C項目に、入院実施割合が90%以上の手術(2万点以上のものに限る)及び検査を追加
- C項目の評価対象日数を右表の期間に変更

	現行	見直し後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
新たに追加する検査	なし	2日間
新たに追加する手術	なし	6日間

【必要度IIのみ】

- A項目に、入院日に「救急医療管理加算1・2」又は「夜間休日救急搬送医学管理料」を算定した患者を、A得点2点(5日間)として追加(※)

【必要度Iのみ】

- A項目の「救急搬送後の入院」について、現行の2日間の評価から、5日間の評価に変更

※ 救急患者の評価については、2018年度社会医療診療行為別統計より当該加算の平均算定回数約5回(加算1=4.95回、加算2=5.23回)であることを踏まえ、5日間に設定

留意点等

- 必要度IはHファイル、必要度IIはEFファイルを用いて該当患者割合を集計(※)
- レセプト電算処理システム用コードに規定される薬剤については、類似薬等の追加を行った新たなリストを使用
- ※ 新たに追加する手術等、集計にレセプト電算処理システム用コードを用いた診療実績データが必要なものに限り、必要度IIの結果を用いて必要度Iを推計

シミュレーション結果④ 急性期一般入院料1 (必要度I・II × 各条件のシミュレーション)

○ 急性期一般入院料1を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度I・IIの届出施設それぞれについて、各条件を適用した場合の該当患者割合の変化は以下のとおり。

急性期一般入院料1(必要度I・II)の届出施設					
		現在の割合	現在の基準に基準②の除外のみを適用	現在の基準に救急患者の追加のみを適用	現在の基準に全ての条件を適用
必要度I	50%tile	35.8%	28.8%	36.9%	32.7%
	25%tile	33.5%	26.6%	34.5%	30.3%
	10%tile	32.2%	24.8%	33.2%	28.5%
必要度II	50%tile	32.2%	27.0%	34.8%	32.5%
	25%tile	29.9%	24.7%	32.4%	29.7%
	10%tile	27.7%	22.5%	30.9%	27.9%

シミュレーション結果⑤ 急性期一般入院料1・4 (必要度I・II × 病床規模別のシミュレーション)

○ 急性期一般入院料1・4を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度I・IIの届出施設それぞれについて、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の変化は以下のとおり。

必要度I	施設数	50%tile値(現在/見直し後)	25%tile値(現在/見直し後)	10%tile値(現在/見直し後)	施設基準(現在)
急性期一般1	891	35.8% / 32.7%	33.5% / 30.3%	32.2% / 28.5%	30%
(うち許可病床数200床未満)	264	37.3% / 33.5%	34.4% / 30.2%	32.6% / 27.8%	
(うち許可病床数200床以上)	627	35.2% / 32.3%	33.3% / 30.4%	32.1% / 28.6%	
急性期一般4	369	34.5% / 26.4%	31.2% / 22.9%	28.6% / 19.6%	27%

必要度II	施設数	50%tile値(現在/見直し後)	25%tile値(現在/見直し後)	10%tile値(現在/見直し後)	施設基準(現在)
急性期一般1	200	32.2% / 32.5%	29.9% / 29.7%	27.7% / 27.9%	25%
(うち許可病床数200床未満)	29	31.9% / 31.9%	28.3% / 28.9%	26.8% / 22.8%	
(うち許可病床数200床以上)	171	32.2% / 32.7%	30.1% / 29.8%	28.2% / 28.3%	
急性期一般4	36	29.2% / 26.8%	25.3% / 23.1%	23.3% / 18.5%	22%

消費税引上げによる増収分活用で社会保障は1兆494億円増

政府予算案 自然増は薬価改定などで4,111億円に抑える

政府は12月20日、2020年度予算案を閣議決定した。厚生労働省予算案は一般会計で32兆9,861億円。対前年度比で3.2%増加した(1兆220億円増)。大部分(99%)を占める社会保障関係費は32兆6,323億円で、1兆494億円増となった(3.3%増)。医療や年金の経費が高齢化などで伸びる、いわゆる自然増は4,111億円に抑えたが、消費税引上げに伴う「社会保障の充実」が充てられ、全体で1兆円を超える伸びとなっている。

厚労省予算案のうち、社会保障関係費を除いたその他の経費は3,538億円で、同7.2%の減少(274億円減)。東日本大震災復興特別会計は170億円で同20.2%の減少である(43億円減)。なお、令和元年度予算額、令和2年度予算案のいずれも、臨時・特別の措置は除いている。

社会保障関係費のうち、年金が最も多く12兆4,615億円で、同4.0%増加した(4,745億円増)。次いで、医療の12兆2,674億円で同2.3%増となっている(2,700億円増)。介護は3兆4,038億円(同5.4%増、1,736億円増)、福祉等が4兆4,517億円(同3.0%増、1,303億円増)、雇用が480億円(同2.0%増、10億円増)である。

医療費の内訳は、全国健康保険協会(協会けんぽ)が1兆2,628億円で559億円増、国民健康保険が3兆3,277億円で321億円減、75歳以上の後期高齢者医療が5兆3,619億円で1,312億円増、生活保護の医療扶助など公費負担医療が1兆9,095億円で379億円増となっている。

なお、厚労省の社会保障関係費の増加は1兆494億円だが、政府全体の社会保障関係費は内閣府の子ども・子育て支援などがあり、全体では、1兆7,495億円の増加である。

社会保障関係費の増加が今回1兆円

を超えたのは、消費税率引上げの財源を「社会保障の充実」に充てたため。消費税引上げは社会保障の財源確保が目的であり、現行で財源が確保できていない分を埋めるだけでなく、「社会保障の充実」も行っている。2019年度の2兆1,930億円が、2020年度予算案では消費税引上げにより、5,181億円増えて2兆7,111億円となった。政府は、「消費税増収分2.3兆円と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(▲0.4兆円)を活用し、2.7兆円を確保した」と整理している。

2020年度予算案の増加分として大きなものを見ると、◇介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化(450億円→786億円)◇国民健康保険の保険者努力支援制度(1,772億円→2,272億円)◇医療情報化支援基金(300億円→768億円)がある。そのほか、診療報酬改定の消費税財源活用分や地域医療介護総合確保基金(医療分)の増額などもある(後述)。

消費税増収分は、2017年12月8日に閣議決定し、一部はすでに実施している「新しい経済政策パッケージ」(9,156億円)の安定財源としても使われている。「介護人材の処遇改善」は2019年度10月実施で、506億円を投入した。◇待機児童の解消(358億円)◇幼児教育・保育の無償化(3,410億円)◇高等教育の無償化(4,882億円)一もある。

いわゆる自然増は4,111億円に抑えた。増大し続ける社会保障の費用を抑制するため、2020年度予算案でも、夏の概算要求段階の見込み額(5,300億円程度)を圧縮することが、予算編成過程で求められた。結果として、4,111億円まで圧縮することができたが、今回も頼ったのは薬価改定だった。

薬価等改定は▲1,100億円程度。診療報酬本体の改定率が0.55%で500億

円程度を当てるので、▲600億円となるが、介護納付金の全面総報酬割の財政効果が▲600億円程度になった。ほかに、被用者保険への支援の廃止や年金給付の増額分などをあわせ、1,200億円程度の圧縮が可能となった。

勤務医の働き方改革の推進や地域医療構想の推進のために、新たな予算が確保されたのも2020年度予算案の特徴だ。地域医療介護総合確保基金に勤務医の働き方改革を推進する新規対応分を設けた(公費143億円)。対象病院は、地域医療で特別な役割を果たし、かつ過酷な勤務環境であると都道府県知事が認める病院であり、客観的要件を設定する。診療報酬改定での消費税財源を活用した「救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応」(0.08%、公費126億円)の対象とは重複しないようにする。

医師の労働時間を短縮させる具体的な取組みとして、◇勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定◇当直明けの勤務負担の緩和◇複数主治医制の導入◇タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進一を示した。補助対象経費として、ICT等機械、休憩室整備費用、改善支援アドバイス費用、短時間勤務要員の確保をあげ、パッケージとして補助する。

地域医療総合確保基金に「勤務医の働き方改革の推進」の役割が加わることで、同基金の役割は4つとなる。他はこれまで通り、「病床の機能分化・連携(地域医療構想を踏まえた基盤整備)」、「在宅医療の推進(地域包括ケアシステムの構築に向けた拡充)」、「医療従事者等の確保・養成(病床機能等に対応した人員配置等)」がある。基金の医療分の予算額は、2019年度の1,034億円から1,194億円に増える(国分796億円、地方分396億円)。

地域医療構想の推進では、今回、基

金とは別に「病床ダウンサイジング支援」を設ける。一般財源で国費84億円を措置。地域医療介護総合確保基金と別に対応するのは、「自治体の財政力により、地域医療構想の推進の取組みで、差が出ないようにする」ためと、厚労省は説明する。具体的には、稼働病床を1割以上削減する病院に補助金を交付する。統廃合の場合は別の支援も用意する。職員の退職金割増や建物の建替え補助では、既存の枠組みで基金の財源を活用できるため、両者を区別する。公立・公的に限定せず、民間病院も活用できる。一般財源で措置するのは、2020年度に限り、2021年度以降は、消費税財源による「医療・介護の充実」として使えるよう法改正する。

2019年10月から施行され、300億円を積んだ医療情報化支援基金は768億円を上乗せ。①オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援②電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援一の原資とする。

社会保障関係費など義務的経費以外の予算では、地域医療構想、医師偏在対策、医師の働き方改革に対応する様々な予算を用意している。

地域医療構想関連は上述のとおり。医師偏在対策では、2020年度から医師少数区域で診療に従事した医師を認定する制度がスタートするため、新規で2億円を確保した。幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医の養成・確保では、医学教育から卒後の臨床研修以降のキャリア支援を継続的に行うため、2019年度の3.6億円から9.5億円に増やした。

医療従事者の働き方改革の推進では、基金や診療報酬以外の予算でも幅広く施策がある。予算も2019年度の35億円から69億円に増やした。

具体的には、◇ICT活用やタスク・シフティング等の勤務環境改善・労働時間短縮に取り組む医療機関の支援(3.9億円→21億円)▽特定行為に係る看護師の研修制度の推進(5.6億円→6.6億円)◇医師事務作業補助者・看護補助者の確保支援(新規1千万円)◇女性医療職等のキャリア支援(1.9億円同額)◇Tele-ICU体制の整備促進(5億円→5.5億円)一などがある。

【2019年度予算額と2020年度予算案の社会保障関係費の比較】

(単位:億円)

区分	2019年度 予算額 (A)	2020年度 予算案 (B)	増△減額 (C) (B-A)	増△減率 (C/A)
社会保障 関係費	315,829	326,323	10,494	3.3%
年金	119,870	124,615	4,745	4.0%
医療	119,974	122,674	2,700	2.3%
介護	32,301	34,038	1,736	5.4%
福祉等	43,214	44,517	1,303	3.0%
雇用	470	480	10	2.0%

診療報酬・薬価等改定

- 診療報酬 +0.55%
 - ※1 うち、※2を除く改定分 +0.47%
 - 各科改定率
 - 医科 +0.53%
 - 歯科 +0.59%
 - 調剤 +0.16%
 - ※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%
- 薬価等
 - ① 薬価 ▲0.99%
 - ※ うち、実勢薬価改定 ▲0.43%
 - 市場拡大再算定の見直し等 ▲0.01%
 - ② 材料価格 ▲0.02%
 - ※ うち、実勢薬価改定 ▲0.01%

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

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

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

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 〒101-0064 東京都千代田区神田猿樂町2-8-8
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿樂町ビル7F TEL. 03-5283-8066

年内の議論を整理し、残された課題を整理

厚労省・医師の働き方改革推進検討会

とりまとめに向け議論続ける

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12月26日、報告書のとりまとめに向けた前回までの議論を整理した。同検討会は、年内のとりまとめを目指していたが、医療団体から地域医療への懸念が示されていることから、関係者の納得を得るため、「丁寧な議論」(厚労省)を進める。同日は、厚労省がこれまでの合意事項と残された課題を示した。医師の働き方や労働時間の実態調査を改めて行う予定も示された。

一方で、2024年度の時間外労働規制の施行までに、暫定特例水準の1,860時間を現状で超えている医師の労働時間を減らし、暫定特例水準の対象病院もできるだけ少なくするため、総合的な対策を早急に進める必要がある。法改正を伴う事項については、1月からの通常国会に法案を提出する意向を厚労省は示しており、国会日程をにらみながら、同検討会での合意形成を進める考えだ。

同日の「これまでの議論のまとめ」では、合意事項と今後の課題が示された。法改正を伴う事項は、概ね了解が得られているが、追加的健康確保措置や医師労働時間短縮計画、評価機能の枠組みなどで、地域医療に与える影響の把握と対応を含め、詰めるべき事項は少なくない。「これまでの議論のまとめ」のポイントを確認していく。

B水準とC水準の詳細示す

暫定特例水準(B水準)と集中的技能向上水準(C水準)の対象病院の指定期間は3年になった。都道府県が指定するが、国も技術的助言を行う。

- B水準の指定要件は、
 - ◇地域医療の観点で必須の機能を果たしている(後述)
 - ◇年間960時間超えの36協定を締結

している(都道府県医療審議会から意見聴取)

◇地域の医療提供体制との整合性がある(都道府県医療審議会に報告)

◇医師労働時間短縮計画を策定している(毎年、都道府県に提出)

◇評価機能による評価を受審する(3年に1回)

◇追加的健康確保措置の実施体制を整備している(都道府県が毎年、立入検査)

◇労働関係法令の重大かつ悪質な違反がない(過去1年以内に労働時間や賃金の支払いに関する労働法令の違反について送検・公表がない)

をすべて満たす必要がある。

「地域医療の観点で必須の機能」としては、①三次救急②二次救急かつ「年間救急車受入台数千台以上または年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」かつ「医療計画における5疾病5事業」の役割を担う③在宅医療で特に積極的な役割を担う④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られる一が示されている。

④については、精神科や小児の救急が例示されており、今後具体的な要件を検討する。

また、高度ながん治療や移植医療など極めて高度な手術を担う病院も対象となる。

C-1水準は、「地域医療の観点で必須の機能を果たしている」ではなく、「都道府県知事の指定する臨床研修プログラムまたは日本専門医機構が認定する専門研修プログラム／カリキュラム」で研修を実施することが求められる。基幹型臨床研修病院は、協力型臨床研修病院の研修も、とりまとめて指定申請する。

C-1水準は、「暫定特例水準」では

なく、恒久的な位置づけだが、「研修の効率化」が期待される。それは、単に労働時間を短くすることではなく、労働時間に対して最大の研修効果を上げることを目指すとともに、適正な労務管理を実施するとしている。「研修の効率化」を客観的に評価する仕組みを来年度の研究班で議論する。

C-2水準は、厚生労働大臣の公示する分野の医師の育成が可能である体制が求められる。新たな審査組織が、教育研修環境と高度特定技能育成計画の内容を確認する。学術団体に委託する審査組織の組織・体制は引続きの検討事項。運営費や手数料も2021年度までに検討する。

兼業医師の労働時間通算 地域医療への影響も考慮

追加的健康確保措置については、特に、複数医療機関に勤務する医師への取扱いが検討会で議論になった。労働時間は、他の労働者と同じ規則が適用され、「自己申告等」により副業・兼業先の労働時間を把握し、通算する。複数医療機関に勤務する医師への面接指導は、B・C水準対象医療機関など一つの医療機関が実施すればよいことになった。どの医療機関が実施するかは、ガイドラインで示される。

また、「副業・兼業先の労働時間を把握し、通算することによる医師や医療機関、地域の医療提供体制への影響も考慮した対応が必要となる」ことも附記された。

追加的健康確保措置における連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休暇の運用については、詳細な資料が示された。面接指導や健診項目などは、研究班が今年度末までに検討し、ガイドラインを示すとしている。

医師労働時間短縮計画は、策定対象



医療機関に2024年度から義務化されるが、B・C水準候補医療機関は、2021年度から策定する。必須記載内容は、◇時間外・休日労働時間数の今後5年間の目標と実績◇労務管理の実施状況(追加的健康確保措置含む)◇マネジメント研修の実施一。医療機関の状況に応じて、意識改革/啓発やタスク・シェア/シフト、医師の業務の見直し、勤務環境改善を求める。記載内容などのガイドラインは、2020年度早期に公表される。

医師労働時間短縮計画は2022年度以降、「評価機能」の新たな仕組みと組織により、評価される。厚労省は、評価者養成のための講習を2021年度から実施する。評価業務は1医療機関に対し、医療職1名・社会保険労務士1名の2名体制。評価の決定は、地域医療構想アドバイザーも参画した会議で決定する。2022年度にすべてのB・C水準候補医療機関に書面評価を実施。2023年度には、書面評価で評価が低かった医療機関に対し、訪問調査を行う。

組織体制については、評価機能を担う法人を指定するとともに、地方にブロック単位の事務局機能を置く。中央は、講習業務などを担い、地方事務局が訪問評価を担う。評価業務の中立性を担保するため、第三者委員会を設置する。評価に当たっては、地域医療構想アドバイザーの意見をきく。今後、具体的な法人を念頭に置いた組織体制や実施体制を引続き検討する。評価基準などは、今年度の研究班の研究結果をもとに作成。組織の運営費とそれを賄うため、受審する病院が支払う手数料の設定も課題として残る。

優先順位の高い医療職の業務に絞り議論を進める

厚労省・タスク・シフト等推進検討会

法令改正が必要なものを整理

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12月25日、医師から他業種へのタスク・シフト等を進めるための議論を進めた。厚労省は法律改正が必要な事項について、1月からの通常国会に法案を提出することを想定し、今回はさらに優先順位を絞った資料を提示し、とりまとめを急ぐ考えを示した。

医師の労働時間短縮を目指すタスク・シフト等では、現行制度でも可能だが、それが明確でなく、現場で普及していないものと、法令改正が必要なものがある。現行制度で可能であるものは、今後内容を整理した上で、通知などで明確化し、普及を促すとしている。同日は、関係団体ヒアリングで提案のあった業務のうち、実現可能性が高く、法令改正が必要な業務を中心に議論した。

厚労省が、実現可能性が高い業務を判断する3要件の該当状況を示す資料を提示した。

業種ごとに具体的な業務を例示

3要件は、①原則として各資格法の資格の定義とそれに付随する行為の範囲内である②その職種が担っていた従来の業務の技術的基盤の上にある隣接業務である③教育カリキュラムや卒業

研修などによって安全性を担保できる一である。これらを満たす業務は、技術的にも体制的にも困難が少なく、安全性も担保できるため、タスク・シフト等の実現可能性が高く、法令改正する優先順位が高いと考えられる。

3要件をすべて満たす業務と、期待される労働時間短縮効果をみると、次のような業務がある。

診療放射線技師は、省令事項として、「R I検査医薬品注入後の抜針および止血」(労働時間短縮効果・月1.5時間)、法律事項として、「R I核種の投与」(同・月3.5時間)、「病院または診療以外の場所における超音波検査」(効果は不明)などがある。

なお、「X線検査車で胃がん検診ならびに乳がん検診の撮影についての包括指示での撮影」は、省令事項で安全性に関する要件に該当しないが、労働時間短縮効果では、月160時間であり、最も効果大きい。ただ、医師がX線検査車に同乗しなくて済む時間がそのまま効果となっており、過重労働の勤務医の負担軽減という観点で、効果が最も大きいと判断されるわけではない。

臨床検査技師は、省令事項として、「術中モニタリングに係る電極装着、検査装置の操作」(同・月1.9時間)、政令事項として、「救急現場における採血のための末梢動脈路の確保(ヘパ

ンロックを除く)」(同・月33.0時間)、「救急現場における採血のための抹消静脈路の確保後、ヘパリンロックをする行為」(同・月33.0時間)、「子宮頸がん検査のための細胞診用の検体採取」(同・月7.6時間)」、法律事項として、「造影超音波検査の超音波造影剤の投与(ソナゾイド等静脈から超音波造影剤を注入)」(同・月0.2時間)などがある。

臨床工学技士は、政令事項として、「血液浄化装置の先端部(穿刺針)のバスキュラーアクセスへの穿刺および抜去」(同・月1.5時間～5.0時間)、法律事項として、「心・血管カテーテル治療時に身体への電氣的負荷等にかかる装置のスイッチを押下げる行為」(同・月10.4時間)、「人工呼吸器等の生命維持管理装置を装着している患者に対する輸液ポンプによる中心静脈カテーテル等からの薬剤投与」(同・月0.9時間)などがある。

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」で検討中であり、そちらで取扱いを議論している。

資料では、法律事項として、「(院内での)静脈路確保の実施」(同・月0.4時間)、「(院内での)縫合を除く創傷処置」(同・月2.2時間)、「(医療機関内で)救急救命処置の範囲に示される33項目の実施」(同・月33.0時間)、「(院内での)



心肺蘇生」(同・月1.1時間)、「(院内での)医師による緊急処置の一部介助」(効果は不明)、「(院内での)一部の緊急薬剤の投与」(効果は不明)、「(院内での)病歴聴取、バイタルサイン測定、トリアージ」(同・月0.8時間)などがあることを示した。

今後、さらに優先順位を絞る上で、委員からは「時間外労働が年間2千時間を超える医師の業務を減らすことを優先的に考えるべきだ」(斐英洙委員・ハイズ株式会社代表取締役)との意見が出た。

また、臨床工学技士による「人工呼吸が施行されている患者に対する鎮静薬の投与量の調整」(同・月3.0時間)は、厚労省の資料では3要件のいずれにも該当しないが、埼玉県済生会川口総合病院副院長の根岸千晴委員は、「病院によっては実現可能」と強調した。

全日病会長の猪口雄二委員も、現時点で3要件に該当しないものであっても、現場の状況を把握するなど、引続き検討し、「タスク・シフト等を進めるために、抑制的になるのではなく、積極的な議論を行うべきだ」と述べた。

【資料】2020年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(2020年1月15日)〈抜粋〉

中央社会保険医療協議会総会

中医協総会は1月15日、2020年度診療報酬改定に向けて議論の整理を行った。入院医療と医師の働き方改革に関連する部分等を抜粋して掲載する。

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価

- (1) 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。
- (2) 救急医療体制の充実を図る観点から、救急搬送件数等の実績を踏まえ、救急搬送看護体制加算について、救急外来への看護師の配置に係る要件及び評価を見直す。

2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価

- (1) 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。
- (2) 医師をはじめとした医療従事者の勤務環境の改善に資する取組が推進されるよう、総合入院体制加算等について要件を見直す。
- (3) 薬剤師の病棟業務の実施により医師の負担軽減を推進する観点から、病棟薬剤業務実施加算について評価を見直すとともに、対象となる病棟を見直す。
- (4) 医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置に係る要件を見直す。
- (5) 医療機関の実情に応じて、より柔軟に夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を行えるよう、夜間看護体制加算等に係る要件を見直す。
- (6) 医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、外来化学療法加算等について、看護師の配置に係る要件を見直す。
- (7) 看護師の柔軟な働き方を推進する観点から、特定集中治療室における専門の研修を受けた看護師の配置等に係る要件を見直す。
- (8) (省略)
- (9) より多くの医療機関で質の高い入院退院支援を行いつつ、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院退院支援加算について看護師等の配置に係る要件を見直す。
- (10) 看護職員の負担軽減の推進の観点から、重症度、医療・看護必要度についてB項目の評価方法を見直し、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とするとともに、根拠となる記録を不要とする。(特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様の対応を行う。)
- (11) 業務の効率化・合理化の観点から、研修の修了等を求めている項目について、研修の受講頻度等に係る要件を見直す。

3 タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進

- (1) 勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について勤務医の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件及び評価を見直す。
- (2) 医師の負担軽減の推進の観点から、現行の麻酔管理料(Ⅱ)について実施者に係る要件を見直す。
- (3) 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、看護補助者の配置に係る評価等を見直す。

- (4) 結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

4 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

- (1) 医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、診療報酬の算定に当たり求めている会議及び記載事項について、要件を見直す。
- (2) 関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器を用いたカンファレンス等の実施がさらに進むよう要件を見直す。
- (3) 外来及び在宅における栄養食事指導における継続的なフォローアップに情報通信機器を活用して実施し、栄養食事指導の効果を高めるための取組を評価する。

II 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

1~7-1 (省略)

7-2 認知症患者に対する適切な医療の評価

- (1) 質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、医師及び看護師に係る要件及び評価を見直すとともに、現場の実態を踏まえ、専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合について、新たな評価を行う。

7-3~7-5 (8) (省略)

- (9) 患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件及び評価を見直す。

7-5 (10)~11 (省略)

III 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価(再掲)を含む)

- (1) (省略)
- (2) 地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、小児科や産婦人科を標榜する医療機関や入院患者が減少していることを踏まえ、医療機関間の医療機能の再編・統合がより柔軟に行えるよう、総合入院体制加算について要件を見直す。
- (3) 急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る項目や判定基準等の要件を見直す。
- (4) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定に係る項目や判定基準の見直し等を踏まえ、該当患者割合に係る要件を見直す。また、該当患者割合に応じた柔軟な届出が可能となるよう、急性期一般入院料2及び3の届出に係る要件を見直す。
- (5) 入院患者の評価に係る医療従事者の業務負担軽減等の観点から、一定規模以上の医療機関における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に係る要件を見直す。
- (6) (省略)
- (7) 急性期の入院患者に対して、入院早期にせん妄のリスク因子のスクリーニングを行い、ハイリスク患者に適切なせん妄予防の対応を行うことについて新たな評価を行う。
- (8) 特定集中治療室の入院患者の適切

- な評価を行う観点から、入院患者の生理学的スコア(SOFAスコア)の提出を要件とする入院料等を見直す。

- (9) 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について新たな評価を行う。
- (10) 地域包括ケア病棟において、急性期治療を経過した患者や在宅で療養を行っている患者を受け入れる役割が偏りなく発揮されるよう、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。
- (11) 地域包括ケア病棟において、適切に在宅復帰支援等を行う観点から、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。
- (12) 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関内において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する場合について要件を見直す。
- (13) 地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、許可病床数の多い医療機関が地域包括ケア病棟の届出を行う場合の要件を見直す。

- (14) 回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させるとともに、栄養管理の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について要件を見直す。
- (15) 医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。
- (16) 中心静脈カテーテル等の長期留置を行っている患者に対する感染管理体制を定める等、療養病棟入院基本料について要件を見直す。
- (17) 中心静脈栄養の適切な管理を推進する観点から、療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」について要件を見直す。
- (18) 中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、手技料の要件を見直す。
- (19) 特定機能病院の有する機能及び体制等を踏まえ、回復期リハビリテーション入院料等の特定入院料等に係る取扱いについて見直す。
- (20) 効率的な病棟運営が可能となるよう、障害者施設等入院基本料と併せて1病棟として運用する結核病棟について、常勤の医師の員数に係る要件を見直す。
- (21) 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。
- (22) 膀胱留置カテーテルの適切な管理を推進する観点から、排尿の自立に係る評価を見直す。
- (23) 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3について、対象となる手術等における2018年度の平均在院日数等を踏まえ評価を見直す。
- (24) データに基づくアウトカム評価の

- 推進の観点から、データ提出加算について要件等を見直す。

- また、提出データ評価加算の算定状況や未コード化傷病名の現状を踏まえ要件等を見直す。

- (25) DPC/PDPSの安定的な運用のために、以下の見直しを行う。

- ① 機能評価係数Ⅱについて、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。
- ② 入院医療の適切な評価を推進するとともに、データ入力の手間を軽減する観点から、診断群分類を含む算定に係る要件及びDPCデータの調査項目等について要件を見直す。
- (26) 医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直すとともに、配慮した評価について要件を見直す。

- 2・3 (省略)
- 4 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価
- (1) (省略)
- (2) 入院前からの患者支援を実施することにより、円滑な入院医療の提供や病棟負担の軽減等を推進するため、関係する職種と連携して入院前からの支援を十分に行い、入院後の管理に適切に繋げた場合について要件及び評価を見直す。
- (3) 高齢かつ退院困難な要因を有する患者に対して、患者の身体的・社会的・精神的背景等を踏まえた適切な支援が行われるよう、入院退院支援加算について高齢者の総合的な機能評価の結果を踏まえて支援を行った場合をさらに評価するとともに、総合評価加算の扱いを見直す。
- (4)・(5) (省略)
- (6) かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合について新たな評価を行う。
- (7) 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養管理に関する連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合に新たな評価を行う。
- (8)~(10) (省略)

- 5 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進
- (1) (省略)
- (2) 電話等による再診の際に、救急医療機関の受診を指示し、受診先の医療機関に対して必要な情報提供を行った場合について、診療情報提供料を算定可能となるよう要件を見直す。
- (3) 医療機関と歯科医療機関との適切な連携を推進する観点から、手術を行う医療機関から歯科医療機関へ予約を行い、患者の紹介を行った場合について、周術期等口腔機能管理における新たな評価を行う。

- IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上
- (省略)

健康支援室TMGFitの健康増進支援への取組み

超高齢社会を迎え、「健康寿命の延伸」が課題となっている。こうした中で、戸田中央医科グループ(TMG)では、健康運動指導士を活用した健康教室により、地域の健康づくりに取り組んでいる。病院の社会貢献活動を紹介するシリーズの第1回では、健康増進支援を通じた社会貢献活動について報告していただいた。

① 社会貢献活動の始まり

私達の健康支援室TMGFitが所属する医療法人横浜柏堤会は、神奈川県に拠点を置いています。神奈川県では、2014年に黒岩知事が病気の予防・治療だけでなく、心身の状態を整え改善する「未病を治す」取り組みを表明しました。未病の改善、健康維持増進は我々医療人に課せられた重要な使命の一つと考えます。

さらに国の健康づくり政策である「健康日本21」では、基本方針として「国民の身体活動や運動についての意識や態度を向上させ、身体活動量を増加させること」や「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」、「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」といった考え方を示して国民の健康づくりを進めようとしています。

しかし、これらの健康づくり政策には、いくつかの課題があります。例えば、身体機能の向上の方法や目標設定等について、具体的に何をすればよいのか示されていないため、運動の方法や取り組み方は個人に委ねられているのが現状です。そこで、健康増進の専門家の関わりが必要であると考えます。

このような中で、当法人の理事長である横川秀男は、健康運動指導士の資格と活動内容にいち早く着目し、2010年に法人内施設である戸塚共立メディカルサテライト健診センター主催の「メタボ予防改善教室」において運動指導を取り入れました。これが、健康増進を通じた地域貢献の始まりとなりました。その後、2012年に「戸塚共立健康支援室」を開設し、横浜市戸塚区を中心とした地域住民への「運動教室」を定期的に開催することになりました。2018年には、健康志向の高まりを受けて、当法人が所属する戸田中央医科グループ(以下TMG)がグループとして取り組む活動と位置づけ、名称も「健康支援室TMGFit」と改め、活動を広げました。

② 健康支援室TMGFitの概要

健康支援室TMGFitは、TMGが担うトータル・ヘルスケアネットワークの一部であり、健康運動指導士が予防医学に基づく運動教室を開催し、地域貢献を進めるチームです。「健康づく

りは幸せづくり」をモットーに「出張運動教室」「会員制運動教室」「健康づくりセミナー」を展開しています。現在、法人内に健康運動指導士が10名在籍しており、全員がより高いスキルを身につけるために、日々研修と研鑽を積んでいます。また、所属が医療法人ということもあり、専門的な知識やアドバイスを医師に相談できる環境を活かして、より高い水準の運動教室を心がけています。

○健康運動指導士の役割

健康運動指導士とは、「保健医療関係者と連携しつつ安全で効果的な運動を実施するための運動プログラムの作成および実践指導計画の調整等を担う者」をいいます。健康運動指導士の養成事業は、生涯を通じた国民の健康づくりに寄与する目的で、1988年に厚生大臣の認定事業として創設され、生活習慣病の予防を通じて、健康水準の保持・増進に大きく貢献してきました(公益財団法人健康・体力づくり事業財団の資料より)。こうした取り組みの結果、健康志向が高まり、多くの方が運動の必要性を認識するようになってい

しかし、現状を見ると、運動習慣のある者の割合は2017年時点で、男性35.9%・女性28.6%(2017年国民健康栄養調査より)と決して高い数字ではありません。

健康支援室TMGFitの会員制運動教室のアンケート調査でも、「一緒に運動をする仲間が欲しい」「どんな運動をすればよいかわからない」といった回答が多く寄せられています。このアンケート結果から、健康運動指導士は個人にあった運動メニューを提供するとともに、地域の活性化のためにも地域住民同士の輪を広げることが必要だと感じています。

③健康支援室TMGFitの活動状況

○出張運動教室

「出張運動教室」は、外部の施設などから依頼をいただき、健康運動指導士が訪問して約10項目のプログラムの中から目的に沿った運動教室を行うサービスです。訪問先としては、病院や介護老人保健施設、グループホームやサービス付き高齢者向け住宅、行政や横浜市地域ケアプラザ(横浜市独自の様々な取組みを行っている施設)などがあります。出張運動教室は私たちの活動の8割を占めており、参加者の方にわかりやすく、楽しみながら体を動かしてもらうことを心がけています。

なかでも肩こり解消の運動、認知症予防の運動といったプログラムが人気を集めています。特に認知症予防の運動は、要介護になった原因の大半は認知症であるとの報道もあり、どの地域でも需要があると感じています。健康支援室TMGFitでは、このような需要に対して国立長寿医療研究センターが開発した、「コグニサイズ」を習得し、運動教室に役立てています。

介護老人保健施設などの高齢者の多い場所では、活動量の確保を目的とした運動を行います。利用者の中

には車いす使用の方もいるため、座ったままでも運動ができ、少しでも体を動かし血流量を上げる内容を心がけています。地域団体や行政それぞれで依頼内容は異なりますが、定期的な開催を希望されること がほとんどです。依頼件数も増えていて、健康に対する意識の高まりを実感しています。

○会員制運動教室

会員制運動教室は現在、横浜市戸塚地区と横須賀市浦賀地区の2か所で実施しています。戸塚地区は2014年から月1回の運動教室を開催しています。運動教室を始めた当初は1回の教室に10名程度の参加者でしたが、2018年12月現在で117名に増えています。参加者が増加した背景には、地域の方の健康志向が高まったことに加え、私達の行った地道な広報活動の成果でもあると考えています。

当法人の地域住民向け医療公開講座の開催も広報活動の一つです。地域医療公開講座で運動教室を開催し、会員制運動教室を開催していることを知った地域住民の方が、教室に入会していただけるケースが多くありました。そして、会員数が増加したため、教室の回数を増やし、現在では月4回開催をするまでになりました。

運動プログラムとしては、その季節にあったメニューや話題性のある運動を取り入れ、一年を通して参加したいと思えるように努めています。例えば、年明けには正月太りを解消するための運動、桜の時期になれば正しい姿勢を確認しながら、近くの川沿いを歩きながら花見をするといったプログラムです。

また、日本人の自覚症状の中でも1位2位を争う肩こりや腰痛対策をテーマにした教室では、会員様同士をつなげるためのレクリエーションやアイスブレイクを取り入れるなど仲間づくりにもつながるよう工夫し、多種多様のプログラムを提供しています。参加されている方の中には自分で地域の方に運動を教えている方や遠方から戸塚の運動教室に参加するなど、健康意識の高い方が増えてきています。

浦賀地区では2018年に会員制運動教室が始まりました。現在の会員数は約30名です。開始からまだ約2年目であるため、今後は会員数を増やすとともに会場の確保など浦賀地区においても活動を増やしていきたいと考えています。

戸塚地区と浦賀地区の両方の会員制運動教室に共通するサービスとして、「健康手帳」を配布しています。日々の運動記録を書く欄を設け、運動のやり方に関する解説を載せています。この運動教室では、体力測定を実施していますので、その測定項目に沿った内容を掲載しています。会員の方からは自分の努力が見え、会員同士のコミュニケーションに役立つとして好評を得ています。



体操教室の風景

○健康づくりセミナー

2018年に健康増進をグループ全体の取り組みとした際に事業を拡大し、企業向けの健康づくりセミナーを開始しました。企業向けセミナーの依頼は年々増加しています。出張運動教室との大きな違いは企業側の要望に対して最適のプログラムを提供できる、言わばオリジナルプログラムができる点にあります。

横浜市の健康福祉局保健事業課のデータによると、健康リスクが低い場合と高い場合では労働生産性に年間113万円もの差があることがわかっています。企業では、業種や職種によっても抱えている問題や健康に対する志向が異なるため、企業側の意見を取り入れてプログラムを作成することは私たちにとってもやりがいがあり、企業の生産性向上にもつながる活動であると感じています。

例えば、建設関係の企業でセミナーを開催した際には、事前打合わせで関節痛や違和感がある方が多いと伺ったので、姿勢を整える運動や関節に直接アプローチする内容のセミナーを行い、好評を得ました。また、社員の方の中には特定保健指導を受けていない方や運動に興味がない方などもいらっしゃるため、健康づくりセミナーを通じて健康へ意識が向くような工夫も大切です。

平均寿命や定年年齢が伸びている昨今、働く世代が健康寿命を延ばし、生産性の低下につながらないようにサポートすることも私たちの大切な役割だと感じています。

④ 今後の展望

今後は、「介護予防」「健康寿命の延伸」「未病の改善」を視野に入れたメディカルフィットネスや特定保健指導の補助等による総合的、継続的な教室を企画していく予定です。現在は集団指導に特化しているため、より個人にあった指導を取り入れることも必要です。専用のスペースが課題ではありますが、メディカルフィットネスの導入は当法人として前向きに検討しています。メディカルフィットネスでは、医師が発行する運動処方箋に基づいたプログラムを提供します。さらにグループ外の医療機関とも連携を図ることで、活動の幅を広げ、より多くの方に利用してもらう地域密着型の施設として定着していくことを目指しています。

今後も地域をはじめ、団体・企業・行政等へのアプローチを引き続き行い、健康の大切さ、運動の意義について一人でも多くの方に理解され実践してもらえるようなプログラムサービスの提供に努めていきたいと思ひます。



体育館を利用した体操教室

第7次医療計画の中間見直しの意見まとめる

厚労省・医療計画見直し検討会 5疾病5事業および在宅医療の指標変更

厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会(遠藤久夫座長)は1月15日、第7次医療計画の中間見直しに関する意見書を大筋で了承した。2018年度からの第7次医療計画が6年の計画期間の中間を迎えるため、5疾病・5事業および在宅医療の確保に関する指標などの見直しを行う。厚労省は意見書を踏まえ年度内に通知を出す。それにあわせ、都道府県は医療計画を見直す。

医療計画は6年計画で、第7次は2018年度に始まった。2023年度までの期間の中間地点で、医療の確保に関する指標を見直す。2021年度から反映させる。同検討会は、各ワーキンググループなどの関係会議の意見を集約し、医療計画の見直しを議論してきた。

前回の検討会で、「がん」、「脳卒中および心筋梗塞等の心血管疾患」、「糖尿病」、「精神疾患」、「救急医療」、「へき地医療」、「周産期医療」については、合意を得ていた。同日の検討会では、

「小児医療」、「在宅医療」、「災害医療」の見直しを了承し、全体をまとめた。

小児救急を含めた小児医療では、◇災害時小児周産期リエゾン任命者数を重点指標◇小児の訪問診療を実施している診療所・病院数◇小児の訪問診療を受けた患者数◇小児の訪問看護利用者数一の指標を追加する。

委員から医療的ケア児の支援の実態把握を求める意見が出ていたことから、同日、厚労省社会・援護局から福祉的対応の説明を受け議論した。指標に、「小児の訪問診療を実施している診療所・病院数」に追加することで、生育過程を踏まえた療養・療育支援が可能な体制の推進を図るとした。また、8次計画に向け具体的な指標の検討も続ける。

全日病副会長の織田正道委員は、「医療的ケア児への支援を医療計画の中でどう反映させるかが課題。福祉的な対応と医療で横串を刺せるような指標を考える必要がある。特に、レスパイト

ケアを担う施設の確保は重要になる」と述べた。

在宅医療では、新たに歯科に関連する項目を複数設ける。具体的には、◇訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数◇栄養サポートチームと連携する歯科医療機関数◇歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数◇訪問口腔衛生指導を受けた患者数一を追加する。

また、「在宅医療」では、高齢化や療養病床の地域差の是正による増加する在宅医療の需要に対応できる体制を整備するため、需要の規模を把握し、市町村を支援することが都道府県に求められている。在宅医療の状況を「みえ化」するため、KDB(国保データベースシステム)の活用も促す。

相次ぐ災害踏まえ新指標

災害医療の指標では、◇医療従事者に対する災害医療教育の実施回数◇地域住民に対する災害医療教育の実施回



数◇災害医療コーディネーター認定者数◇災害時小児周産期リエゾン認定者数一を追加する。

都道府県の災害対策本部や関係機関との災害訓練の実施回数の指標については、「保健所、市町村等」を追記する。災害拠点病院における業務継続計画(BCP)の策定率は、BCPの策定が義務化され、すべての災害拠点病院がBCPを策定したため、指標から削除する。

織田委員は、「災害時に備えて、日常的に在宅医療を受けている患者数や居宅の場所を把握する必要があるのではないかと述べ、行政の対応を求めた。日本医療法人協会会長の加納繁照委員は「災害拠点病院以外の医療機関も、災害時に重要な機能を果たす」と指摘。明確な位置づけを要望した。厚労省は、8次計画に向け検討すると回答した。

受診時定額負担の拡大方針に多くの懸念示される

厚労省・医療部会 夏の最終報告までに社保審医療部会・医療保険部会で議論

社会保障審議会医療部会(永井良三部会長)は1月20日、政府の全世代型社会保障検討会議の中間報告を受けて、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化について議論を開始した。中間報告が示した、200床以上の一般病院にまで紹介状なしの受診時定額負担を拡大する方向について、多数の委員が懸念を示した。

全世代型社会保障検討会議は12月20日にまとめた中間報告で、医療提供体制の改革の方向を示している。そのうち、「外来機能の明確化」と「かかりつけ医機能の強化」について、同会議で最終報告に向けて検討するとともに、社会保障審議会等でも検討し、夏までに成案を得るとのスケジュールとなっている。

これを受け厚生労働省は、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化について、社会保障審議会医療部会と医療保険部会で議論する方針を示した。中間報告で示された、医療提供に関する他の項目は、他の会議体で議論を続ける。

中間報告では、大病院と中小病院・

診療所の外来における機能分化とかかりつけ医の普及を推進するため、他医療機関からの紹介のない患者の大病院外来受診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充し、200床以上の一般病院にまで対象を広げる方向を示している。

これについて、田中滋部会長代理は、「定額負担の拡大は、患者を大病院・中規模病院に行きにくくさせるもの。医療部会ではむしろかかりつけ医機能を強化するにはどうすべきかを議論すべき」と述べた。

全日病副会長の織田正道参考人は、「200床の病院の多くは『中小病院』に入り、地域でかかりつけ医機能を果たしている病院も少なくない」と指摘。定額負担の対象病院は、病床数のみでなく、地域で果たしている機能を考慮すべきと主張した。

日本病院会会長の相澤孝夫委員は、全世代型社会保障検討会議が患者集中を防ぐべきとした「大病院」の定義は明確ではないと問題視し、「日本の病院機能をきちんと議論したうえで、外来機能を議論すべき」と要望した。

国立病院機構理事長の楠岡英雄委員

は、外来とかかりつけ医の機能をデータに基づいて議論し、定額負担の病院を拡大した際の患者の受療行動のシミュレーションを行うよう求めた。

日本赤十字社医療センターの木戸道子委員は、現行の選定療養の制度で、定額負担をしてでも病院に通い続けたいという患者がいることから、「医療提供側の都合ではなく、患者がメリットを感じられるように外来機能を明確化すべき」と主張した。

訃報

全日本病院協会常任理事・鹿児島県支部長の銚之原大助先生が2020年1月24日に逝去された。

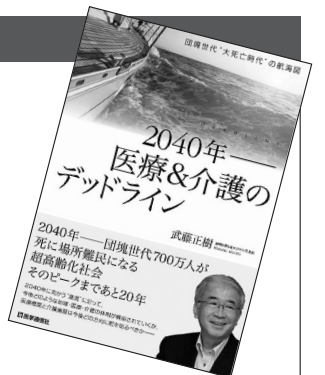
銚之原先生は、2001年度に理事に就任、2013年度から常任理事を務めるなど、永きにわたり全日病の発展に貢献した。

一冊の本 book review

団塊世代“大死亡時代”の航海図 2040年—医療&介護のデッドライン

著者●武藤正樹
発行●医学通信社
定価●1,800円+税

厚生労働省や内閣府などで数々の委員を歴任されている武藤正樹先生の最新作。医療と介護をめぐる現状と課題、その対応策としてのさまざまな制度の目指すところが、簡潔かつ明快に解説されている。最終章には諸外国の事例も記載されており、ページ数は少ないながらも、非常に読み応えのある一冊。フルカラーで図表も多用されているので、医療制度を学ぶ入門書としても最適。すべての病院スタッフに読んでいただきたい。(安藤高夫)



2019年度 第9回常任理事会の抄録 12月14日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
滋賀県 医療法人弘英会琵琶湖大橋病院
理事長 小椋英司
福岡県 医療法人社団高邦会福岡中央病院
院長 津田泰夫
他に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2,557会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
兵庫県 芦屋セントマリアクリニック
院長 勝本善弘
準会員は合計94会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。
株式会社EPARK
(代表取締役社長 玉村剛史)
野村ヘルスケア・サポート&アドバ

- イザリー株式会社
(代表取締役社長 森清司)
ブティックス株式会社
(代表取締役 新村祐三)
他に退会が2件あり、賛助会員は104会員となった。
- 2019年度事業報告書・事業実績説明書作業日程(案)について承認した。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「中央社会保険医療協議会総会、薬価専門部会、保険医療材料専門部会」、「社会保障審議会医療部会」、「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」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」、「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」、「医療計画の見直

- し等に関する検討会」、「介護医療院の開設・移行等に関する支援内容等検討委員会」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」、「マイナンバーカードの健康保険証利用に関する協議会幹事会」、「ベトナム介護技能実習生の入国・受入れ病院における実習開始」、「新たなベトナム人材送出機関との業務協定の締結」、「2019年度病院経営定期調査結果報告」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
熊本県 谷田病院 新規
熊本県 成尾整形外科病院 新規
岩手県 川久保病院 更新
岐阜県 山田病院 更新
大阪府 寺元記念病院 更新

- 兵庫県 広畑センチュリー病院 更新
広島県 翠清会梶川病院 更新
◎一般病院2
北海道 札幌東徳洲会病院 更新
福島県 坪井病院 更新
千葉県 津田沼中央総合病院 更新
千葉県 千葉徳洲会病院 更新
東京都 板橋中央総合病院 更新
岐阜県 木沢記念病院 更新
兵庫県 明和病院 更新
福岡県 福岡和白病院 更新
◎慢性期病院
愛知県 福祉村病院 更新
11月1日現在の認定病院は合計2,169病院。そのうち、本会会員は875病院と、全認定病院の40.3%を占めている。

医師のタスク・シフティング／シェアリングで要望書

四病協 厚労省が優先させる3要件に該当しない項目も盛り込む

四病院団体協議会は1月15日、厚生労働省の吉田学医政局長に「医師のタスク・シフティング／シェアリング」に関し、要望書を提出した。医師の働き方改革を推進するため、薬剤師、看護師、臨床検査技師、臨床工学士、医師事務作業補助者、救急救命士についての項目で要望した。

「医師の働き方改革を推進するためには、医療安全等を確保しつつも既存の役割分担にとらわれない業務移管を行う必要がある」と指摘。厚労省の「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」において、優先的に検討すべきとされた3要件を満たすタスク・シフト／シェアの項目以外の項目も盛り込

んだ。

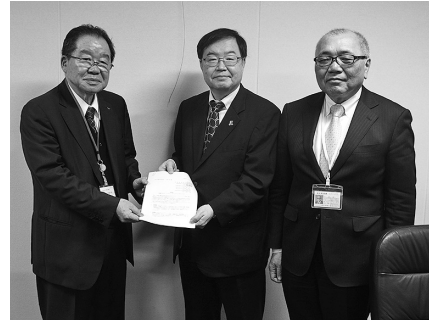
薬剤師については、「医師等との協働により作成した包括的指示に基づく投薬の実施や持参薬の継続提案など現行法の下で可能なタスク・シフトを確認」することを求めた。看護師については、「特定行為研修修了者はもとより、病棟、介護施設等の一般看護師が医師の包括的指示の下に、患者の状態に応じて柔軟に対応できること」を求めた。

診療放射線技師については、「放射線部門の検査における静脈ルート確保、医療機関外でのマンモグラフィーの単独撮影等」を要望した。静脈ルート確保もマンモグラフィーの単独撮影もタスク・シフト等推進検討会では3要件

には該当しないと整理されている。

臨床検査技師については、「採血のための静脈ルート確保およびロック、血液培養を含む検体採取等」を要望した。

臨床工学技士については、「全身麻酔装置に伴う麻酔作動薬や循環作動薬等の輸液ポンプを用いた静脈ライン確保と静脈ラインからの薬剤投与、硬性鏡の保持および術野確保のための操作」、「血液浄化施行時、動脈圧在化を含むバスキュラーアクセスへの穿刺、カニューレ留置および不要カニューレの抜去」などをあげた。「バスキュラーアクセスへの穿刺、カニューレの留置および不要カニューレの抜去」の3要件の取扱いでは賛否が分かれる。



医師事務作業補助者については、◇患者への説明◇電子カルテの記載◇各種書類作成等事務業務—など多くのタスク・シフティングが普及するよう診療報酬での対応を要望した。

救急救命士については、医師の指示に基づき、医療機関内で救急外来や病棟急変時の救急救命措置や診療補助が行えるよう改めて法律改正を求めた。

受診時定額負担の200床以上病院への拡大に反対

四病協・総合部会 議論の場の設置求める

四病院団体協議会は1月22日に総合部会を開き、政府の全世代型社会保障検討会議の中間報告が、紹介状なしで大病院を受診する場合に定額負担を求める対象を、200床以上の一般病院にまで拡大するとの提案を行ったことへの対応を協議した。大病院を200床以上の一般病院と位置づけることに反対するとともに、夏の最終報告までに病

院団体が参加し議論する場を設けるべきとの意見で一致した。

会見した日本病院会の相澤孝夫会長は、「病院団体にとっては突然出てきた話で驚いている。意見をきかれることもなく、怒りを感じる」と述べた。その上で、「大病院の機能を200床で区切るのはおかしい。まずは議論の場をつくり、そこでしっかりと議論すべき

だ」と強調した。日本医療法人協会の加納繁照会長も、「200床以上の病院でもかかりつけ医機能を担っている病院がある。ケアミックス型の病院も少なくない。地域により病院の機能は異なる」と一律の対応を批判した。

中間報告では、「大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化」を行い、それを踏まえ対象病院を拡大としている。このため総合部会では、どの機能を備えれば大病院になるのかとい

うこととあわせ、専門外来と一般外来など外来機能の明確化の議論が重要になるとの意見も出た。

また、日本専門医機構のサブスペシャルティの議論が年度内に、厚生労働省が新たに設ける会議体で行われる。これを踏まえ、サブスペシャルティ認定は、国民に身近な診療科にとどめるという観点で、いたづらに数を増やさず、抑制的に対応すべきとの考えで一致した。

「重症度、医療・看護必要度」の基準値は足切りではない

日病協・代表者会議 35%は「とんでもない提案」

日本病院団体協議会は1月17日に代表者会議を開いた。全日病の猪口雄二会長が2020年度診療報酬改定をめぐる中医協総会の議論を報告し、それを踏まえ意見交換した。

終了後の会見で日本病院会の相澤孝夫会長は、急性期一般入院料1の項目

見直し後の「重症度、医療・看護必要度I」の基準値について、「シミュレーション結果を踏まえ、十分に議論しなければならないとの意見が多かった」と述べた。支払側が中医協総会で、「35%以上」を提案したことに対しては「大変な影響があり、とんでもない

提案」と断じた。

また、政府の全世代型社会保障検討会議の中間報告で、「大病院への患者集中を防ぎ、かかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大」が盛り込まれたことに反対する姿勢を表明した。中間報告では、外来の機能分化のため、大病院は紹介患者を基本とする考え方を示し、大病院を200床以上の

一般病院とした。

しかし、相澤会長は、「紹介患者を基本にしているのは地域医療支援病院。病床数で区切った外来の役割分担の議論が十分になされていないのに、200床で区切って、大病院と決めるのはおかしい」と主張。夏の最終報告に向け、病院側の主張を行っていく意向を示した。

第一次募集の採用数は応募の8,613人に対し8,299人

日本専門医機構 今年度研修開始の専攻医

日本専門医機構(寺本民生理事長)は12月23日、2020年度に研修する専攻医の第一次募集の採用結果を公表した。応募者数8,613人に対し、採用者数は8,299人だった。通常枠が8,020人、連携プログラム枠が218人、地域枠が61人となっている。不採用者には第二次

が現在行われている。1月20日の会見では、二次募集が698人と報告した。

日本専門医機構のIDを取得したにもかかわらず、応募がないのは224人、うち地域枠は35人となっている。

また、専門医養成数に関する検討協議会の議論の状況を寺元理事長が報告

した。厚生労働省が作成した診療科ごとの将来の必要医師数の推計に関する疑念については、概ね推計の前提に織り込まれていることが確認されたとした。ただ、研究職に進む人数などは考慮されておらず、引続き精査が必要との考えを示した。

その上で、2月頃には、2021年度の専門医研修における専攻医募集のシー

リング(上限設定)基準を固めるとした。専攻医のシーリングでは、今回から、推計による必要医師数を上回る都府県に対する診療科別の募集上限を設けている。東京都など都府県によっては、激変になるので、研修の半分程度の期間は近隣県の医師不足地域で研修する「連携プログラム」を組み込めば認めるなどして、激変を避けている。

公立・公的病院へのダウンサイジング求める通知を发出

厚労省通知 要請対象は約440病院に増加

厚生労働省は1月17日、公立・公的病院の具体的対応方針の再検証等を求める通知を都道府県に出した。あわせて、公立・公的病院の診療実績データの分析結果と民間病院の診療実績データを提示した。高度急性期・急性期の診療実績の乏しい公立・公的病院の地域における役割を再確認し、民間への代替を含め、再編統合につなげる議論を促す。民間医療機関のデータの取扱いには都道府県の判断にゆだねた。

政府の骨太方針2018では、公立・公的病院は、「地域の医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医

療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進める」と明記。地域の医療機関が担うことができる医療機能であれば、民間に代替すべきとの考えで、今秋までにその結論を出すことを求めた。

これを踏まえ厚労省は昨秋、公立・公的病院の高度急性期・急性期に着目した診療実績データの分析を行った。①診療実績が特に少ない②構想区域内に一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上ありかつお互いの所在地が近接している一を分析した。

その結果、424の公立・公的病院が①②のいずれかに該当した。これらの病院は民間との代替可能性があるため、再編統合の再検証を求める対象となる。なお、再編統合は複数の病院の統合だけでなく、病床削減などダウンサイジングを含んでいる。厚労省は、診療実績データは機械的な計算で、再編統合を強制するものではないと説明した。しかし病院名が公表されたことから、自治体関係者などからの反発があり、今回の通知の发出は当初の予定から数カ月遅れることになった。

厚労省は今回、公立・公的病院リストを精査し、昨年9月に公表した424病院に増減が生じたことを明らかにし

た。7病院が対象から外れ、約20病院が追加され、約440病院となった。データを精査した結果、対象から外れた7病院は以下のとおり。◇社会福祉法人恩賜財団済生会支部東京都済生会中央病院(東京)◇JA静岡厚生連遠州病院(静岡)◇岩国市医療センター医師会病院(山口)◇徳島県鳴門病院(徳島)◇宗像医師会病院(福岡)◇熊本市立熊本市市民病院(熊本)◇杵築市立山香病院(大分)一。増減が生じた理由として厚労省は、職員の実績を含め、①公立・公的病院の一部データの入力もれ②紙レセプト(公費等)の手術実績の追加③病床機能報告の病棟名・病棟ID等の確認を踏まえた追加一をあげた。