



全日病 ニュース

2020.12.1

No.976

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

新興感染症等の感染拡大時の医療を5事業の記載事項に追加

厚生労働省・医療計画見直し等検討会

第8次医療計画への反映目指す

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)が11月19日にオンラインで開催された。コロナ禍を踏まえ、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を医療計画の5事業の記載事項に追加することを了承した。感染症法に基づく「基本方針」などの見直しと整合性を確保しつつ、2024年度から2029年度の第8次医療計画に反映させる。

また、外来機能の明確化で、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う病院を明確化するため、外来機能報告制度を創設する論点整理を大筋でまとめた(8面参照)。

コロナ患者を受け入れた病院が一般の医療を制限せざるを得なくなるなど、コロナのような新興感染症が広く一般

の医療提供体制に大きな影響を与えることが認識された。このため、都道府県の医療提供体制を確保するための医療計画においても、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を位置づけることになった。

その場合に、新興感染症等への対応は、有事対応としての「災害時における医療」との類似性があり、いわゆる「5事業」に追加することが適当とされた。具体的には、「新興感染症等は発生時期、感染力、病原性を事前に予測することが難しいが、発生後に速やかに対応できることの準備を予め進めていることが重要である」ためだ。

なお、「5事業」には、①救急医療②災害時における医療③へき地の医療④周産期医療⑤小児救急医療を含む小児

医療一がある。

医療計画の記載事項に、「新興感染症等」を位置づけるに当たっては、「基本方針」(大臣告示)や「医療計画作成指針」(局長通知)の見直しを行う必要がある。その際に、厚生科学審議会感染症部会の感染症法に基づく「基本方針」などの見直しと整合性を確保する。

これらの方針を検討会として了承した。各都道府県に対しては、感染症対応の医療資源の状況など地域の実情に応じた計画の策定と具体的な取組みが求められる。

全日病副会長の織田正道委員は、「『地域医療構想ワーキンググループ』のヒアリングでも、コロナ患者を受け入れた病院では、ハード面ではゾーンニングや動線確保で空間的な余裕が必要



となり、ソフト面ではマンパワーを確保するため、病床を休止せざるを得ないことがわかった。一般医療が制限される分は、地域での役割分担のため、平時から新興感染症等に感染した患者を受け入れる病院を明確化しておく必要がある。また、多職種で構成する院内感染防止を図る感染制御チームの普及が進んでいるので、積極的に活用すべきだ」と述べた。

2024年度からの第8次医療計画に反映させるためには、2022年度までに内容をまとめる必要がある。

唾液も可能なコロナとA・B型インフルの同時検査を保険適用

中医協総会

初の禁煙治療補助アプリも保険適用

中医協総会(小塩隆士会長)が11月11日にオンラインで開催され、唾液も検体にできる世界初の新型コロナウイルスとA・B型インフルエンザウイルスの同時PCR検査キットを保険適用した。PCRの前処理でウイルス粒子を濃縮することで、PCR検査の時間を短縮し、検査精度を高めた点が評価されている。

販売名は「SGNP CoV/Flu PCR検出キット」(スティックスバイオテック)。測定方法はPCR法(定性)で、点数は1,350点とした(カテゴリーB感染物質輸送を行う場合は1,800点)。測定時間は専用PCR測定器の場合で約20分、汎用PCR測定器の場合は約60分であり、迅速な検査が可能であるという。ピーク時の年間の予測使用患者数は24万人、予測販売額は33.1億円。

日本医師会の松本吉郎委員は、「広く普及すると思われるが、供給体制は十分か」と質問。厚生労働省は「他省庁とも協力し、メーカーとも相談し、増産体制には対応できるようにする」と回答した。また、検査を実施するには、リアルタイムPCR装置が必要で、迅速性を活かすには、一定の検査体制を備える医療機関である必要がある。

また、医療機器については、ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙治療の

補助に用いる「CureApp SC ニコチン依存症治療アプリ・COチェッカー」(CureApp)の保険適用を了承した。アプリを使用した医療機器の保険適用は初めて。

患者アプリ、COチェッカー、医師アプリで構成され、呼気CO濃度を測定し、患者への質問の応答状況に基づき、ニコチン依存症の管理や行動変容を促すメッセージや動画を提供する。

価格は特定保険医療材料としては設定せず、新規技術料で評価。価格設定までの準用技術料を「在宅振戦等刺激装置治療指導管理料・導入期加算」(140点)と「疼痛等管理用送信加算」(2,400点・4回分)とした。

ニコチン依存症管理料を算定する患者に対し、同治療の禁煙治療開始時に140点を加算。その後、アプリなどを使用した場合に、2,400点を加算。過去1年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上の医療機関で使用した場合のみ算定できる。

ただし、保険適用に際しては、委員から様々な意見が出た。

具体的には、「今後次々と、新しい治療補助アプリの製品が出てくるのが予想される。保険適用に当たってはより慎重な評価が必要」、「加熱式たばこは対象にならないことはきちんと周

知すべき」、「途中で治療をやめてしまう脱落者が少なくない。治療成功のアウトカムを評価するべきではないか」などの意見があった。

改定結果検証の調査票案を了承

中医協総会は同日、2020年度診療報酬改定の結果を検証するための、調査票を了承した。2020年度調査は5項目で、①かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等(その1)②精神医療等(その1)③在宅医療と訪問看護に係る評価等④医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等⑤後発医薬品の使用促進策一。

2020年度改定と新型コロナウイルスの影響をできるだけ分けて把握することを目指す。11月に調査を開始し、来年3月に公表する予定だ。

薬価改定の方法の議論を開始

中医協総会は同日、2021年度薬価改定



に向けた議論の進め方を了承した。骨太方針2018、2020における考え方を踏まえ、薬価専門部会において、業界関係者からのヒアリングを実施しつつ、改定を実施する場合の方法などを今後議論していく。

10月26日に菅義偉首相は所信表明で「毎年薬価改定の実現に取り組む」と発言している。ただ、診療側の委員からは、改定の是非については、「医療現場の実態を十分に勘案し、慎重に判断すべき」(松本吉郎委員・日本医師会常任理事)との意見が出た。

また、秋に実施した薬価調査の公表は12月になる見込みだ。

四病院団体協議会 賀詞交歓会 開催中止のご案内

例年1月初旬に開催している四病院団体協議会の賀詞交歓会は、昨今の新型コロナウイルス感染症の拡大防止、参加者及び関係者の皆様の健康と安全を第一に考慮し、残念ではございますが、令和3年は開催を中止致します。

参加を予定して頂いていた皆様には、ご迷惑をおかけし、誠に申し訳ございません。ご理解を賜りますよう、お願い申し上げます。

清話抄

コロナ禍での第40回仁泉会
学術集会に思う

我が仁泉会学術集会は平成11年より年2回金曜夕方より開催していましたが、他の発表の場が多くなった事、及び「働き方改革」の影響もあり昨年より秋のみの開催となっております。

昨年末に武漢市で始まったコロナ感染症は全世界で発症、2020年2月に日

本で最初の感染者が発病し、3月には世界的パンデミックとなりました。日本でもクラスター発症等により全国に広がりました。東京オリンピック等多くの開催は延期となり、また医学会は中止またはWEB開催となりました。

今年で第40回という節目の学術集会であり、実行委員会で開催の検討を行い、今後を見越してWEB開催を取り入れました。健康教室や夏祭りなど地域との交流行事はことごとく中止となっておりますが、感染予防はしっかりしたうえでの前向きな検討を考え

ていました。

開催するにあたり、三密を避け集会場を分散し収容人数を半分に制限、病院及び老健関係者は多目的ホール(80名)、在宅支援関係者はふれあいホール(30名)、その他小会場を含め7会場での開催としました。準備の段階で打ち合わせを繰り返し、また発表者には事前発表を実施し準備を進めました。集会当日は、最初に医療安全の講習会を実施し、全会場WEB聴講を行いました。続いて演題発表は6題で、リハビリ、健康運動、老健看護、病棟

看護、病院事務、最後に看護部長の発表で締めくくりました。途中で画像が出ないなどのハプニングはありましたが、関係者の努力もあり大きな障害にはなりませんでした。

終了後のアンケート調査では83%の回収率で、会議を楽しんでくれました。初めてのWEB開催で、多職種が協力し連携できたことは収穫でした。実行委員会で協力してくれた方々に感謝申し上げます。

(畑 洋一)

主張

控除対象外消費税問題の抜本解決を

10月上旬、令和3年度予算の概算要求が明らかになりました。これを踏まえて10月末、全日病は四病院団体協議会として、予算概算要求と税制改正についての要望を行いました。この中で、私が引き続き注視していきたいと感じているのが「控除対象外消費税問題の抜本的な解決」です。

控除対象外消費税問題とは、保険診療にかかる消費税は非課税であるため、医療機関が保険診療を行うための各種設備や薬品を仕入れる際に支払う消費税を患者や保険者に転嫁することがで

きず、医療機関が負担しているという問題です。診療報酬に控除対象外消費税相当分を補填することで対応することになっていますが、2018年夏には大幅な補填不足が明らかになりました。その後、非課税のまま補填方法を精緻化することで、非課税の下においては一応解決ということになりました。しかし、精緻化により補填状況が改善されると推測されているとはいえ、実際の補填状況については明らかになっていません。さらに、現在の方法で補填率が100%と出たとしても、制度上、

個々の医療機関の補填状況にはバラツキがでてしまいます。平均の補填率が100%であっても、個々の医療機関の補填率が低ければ、経営には大きな打撃となってしまいます。

そのため、全日病を含め四病協では、控除対象外消費税問題の抜本的な解決、つまり医療の課税化を要望しています。特に、今回のコロナ禍によって、多くの病院において感染症対策としての病院の改修・改装、医療機器の購入、さらには政府の方針でもあるICT投資等が検討されている中、これらの消費税分がもし補填されなければ、ただでさえコロナ禍によって厳しい経営状況となっている医療機関にとって、経営の持続性を左右する大問題となり

かねません。

本件について、自民党の税制ヒアリングの場では、医療系団体の足並みが揃ってはならず、医療界として一致した要望を行うべきだとの意見もありました。確かに医療界として一致した要望を出せば素晴らしいですが、診療所と大規模医療機関とでは事情も大きく異なります。例えば、診療所は非課税のままとし、病院では課税化するなど、診療報酬も併せて調整しながら税方式を分けるという案も出ており、そういった議論も考えられると思います。他の医療団体ともコンセンサスを取りながら、今後も抜本的な解決に向けて、しっかりと要望を行っていかねばと思います。(安藤高夫)

医師の働き方改革の中間とりまとめ案を議論

厚労省・医師の働き方改革検討会 「連携B水準」を新たに位置づけ

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)が11月18日にオンラインで開催された。厚労省が年内に決定する中間とりまとめ案を示した。中間とりまとめ案の大枠に異論はなかった。厚労省は中間とりまとめ案を踏まえ、来年の通常国会に医療法などの改正法案を提出。あわせて2024年度の医師の時間外労働規制の施行の準備と、長時間労働の医師の

過重労働の着実な短縮を目指す。中間とりまとめ案では、これまでの検討で合意された医師の時間外労働の上限である年960時間を超える地域医療確保暫定特例水準(B水準)に、新たに「連携B水準」を設けた。「連携B水準」とは、主たる勤務先の労働時間だけでは年960時間を超えないが、兼業先を含めると年960時間を超える場合の特例。医師の派遣を通じて、地域

の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う病院を指定する。委員からは、「連携B水準」に該当する医師の時間外労働を減らす場合、主たる勤務先である大学病院などにおける労働時間よりも、派遣先の病院における労働時間を減らす対応が取られることへの懸念が出た。このため、日本医療法人協会副会長の馬場武彦委員は「連携B水準は2036年までに廃止とは

せず、残すべき」と主張した。一方、全日本自治団体労働組合総合労働局長の森本正宏委員は「B水準の廃止に向け、医師の労働時間短縮の取り組みに対し、より積極的な対応が図られるような書きぶり」を求めた。医師の時間外労働規制の施行が地域医療に与える影響については、各地域で協議を行う場を整えていく必要があるとされる。中間とりまとめ案では、都道府県がB・C水準の対象病院の指定に当たって、都道府県の医療審議会の意見を聴取することになっていることから、地域医療への影響についても、医療審議会で協議することにした。

第2四半期の病院経営調査の結果を発表

3病院団体 医業収支の赤字続くが第1四半期より回復

全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3病院団体は11月12日、2020年度第2四半期の病院経営調査の結果を発表した。回答病院全体の医業利益率は7月が▲1.4%、8月が0.5%、9月が▲2.0%で、コロナの影響で大きく悪化した第1四半期と比べると、改善傾向がみられた。だが、赤字傾向は続いており、各指標はコロナ以前には戻っていない。第三波の動向も見通せず、厳しい病院経営が続いている。

3団体に加盟する全病院(4,410病院)を対象とし、1,533病院の有効回答を得た結果をまとめた(有効回答率34.8%)。入院基本料別では、一般病棟が全体の53.4%を占める。コロナ患者を受け入れた病院は7月で全体の28.0%、疑似症患者受入れは同39.7%、一時的外来・病棟閉鎖は同8.8%となっている。

有効回答全病院の医業収支状況をみると、医業利益率は7月が▲1.4%(医業収益が▲5.0%、医業費用が▲1.0%)、8月が0.5%(医業収益が▲4.9%、医業費用が▲1.0%)、9月が▲2.0%(医業収益が▲0.5%、医業費用が▲2.0%)だった。ほとんどの指標がマイナスであるが、9月の外来診療収入は対前年比で1.6%のプラスに転じた(右表参照)。

医業利益率の2019年と2020年の比較では、7月が4.1ポイントの下落、8月が3.9ポイントの下落、9月が1.5ポイントの上昇となった。

9月が昨年の医業利益率よりも高いことについて、日本病院会の島弘志副会長は「昨年9月の医業収益が、様々な要因により悪すぎたため、今回はわずかに上がる結果になった。患者を戻す努力などを行った結果、外来診療収入は1.6%のプラスになっていることも寄与している。しかし、医業利益率自体は赤字だ」と述べた。

日本医療法人協会の太田圭洋副会長は、2020年9月の医薬品費が▲7.2%

になっていることを指摘。診療報酬の未妥結減算制度により、医薬品費が実際の購入価格より低く計上されているため、費用が過小評価となり、見かけ上、医業利益率が高く出ていることを説明した。

未妥結減算制度では、妥結率が5割未満の場合に、基本診療料を減算される。このため病院は期限である9月末までに妥結率を上げる必要があり、9月に妥結が集中する。その結果、4月まで遡った6カ月分の引下げ分が9月の薬剤費に反映されるため、9月の薬剤費が低く計上されることになる。

なお、コロナ患者入院受入れありの病院の医業利益率は7月が▲1.9%、8月が0.1%、9月が▲2.9%、一時外来・病棟閉鎖病院は7月が▲1.5%、8月が▲3.2%、9月が▲7.4%となっている。

そのほかの指標をみると、外来患者数も入院患者数も対前年比での減少は、第1四半期と比べると回復しているが、戻っていない。病床利用率は前年と比

べ平均で、7月が78.9%から73.4%、8月が79.7%から74.1%、9月が78.8%から74.4%に下がっている。

手術のうち、定例手術の件数は7、8、9月とも前年比で減っているが、緊急手術は減っていない。検査・治療の内視鏡・血管造影、救急受入の件数も回復傾向がみられるが、前年水準に戻ってはいない。

支援金の入金状況にばらつき

政府による緊急包括支援金(慰労金を除く)の給付状況も調査した。都道府県でばらつきが大きいことがわかった。10月以降、病院への給付が本格化するとみられ、第3四半期調査で、緊急包括支援金が病院の収支にどれだけ効果があったかなどを評価する予定としている。

例えば、滋賀県は13病院で請求額が33億4,886万円に対し、入金額は1億



8,276万円、山梨県は3病院で3億7,526万円に対し、入金額はゼロ円である。

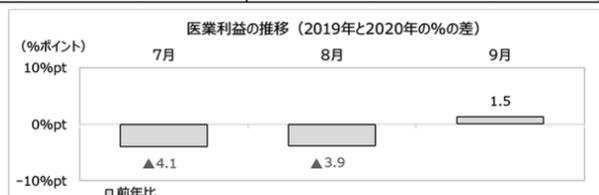
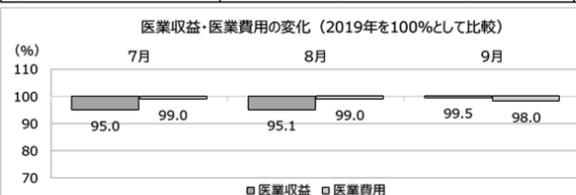
緊急包括支援金について、全日病の中村康彦副会長は、第3次補正への検討が始まっていることなどを念頭に、「コロナの入院患者を受け入れている病院には、非常に有難い支援があるが、そうではない病院、回復期や慢性期を担っている病院への支援は十分ではない。感染症対策をはじめコロナ対応で、すべての病院が様々な努力を行っていることを理解してほしい」と述べた。

日本病院会の相澤孝夫会長も、「確かに医業収支は回復基調にあるが、あくまで平均であり、存続が厳しい病院もある。病院が一つつぶれれば、地域医療が壊れる可能性がある」と訴えた。

■コロナ患者受入状況における経営指標の比較(有効回答全病院)

(単位:千円) ※数値は平均値	7月分			8月分			9月分		
	2019年	2020年	前年比	2019年	2020年	前年比	2019年	2020年	前年比
医業収益	567,736	539,172	▲5.0%	553,687	526,531	▲4.9%	528,950	526,285	▲0.5%
入院診療収入	375,581	355,948	▲5.2%	369,275	352,630	▲4.5%	350,617	346,829	▲1.1%
外来診療収入	164,056	157,851	▲3.8%	157,999	149,184	▲5.6%	151,730	154,140	1.6%
健診・人間ドック等収入	11,385	9,839	▲13.6%	10,225	9,426	▲7.8%	10,477	9,872	▲5.8%
室料差額・その他医業収入	16,714	15,533	▲7.1%	16,188	15,290	▲5.5%	16,126	15,445	▲4.2%
医業費用	552,568	546,863	▲1.0%	529,480	524,131	▲1.0%	547,676	536,931	▲2.0%
医薬品費	92,571	90,813	▲1.9%	90,067	84,657	▲6.0%	88,887	82,478	▲7.2%
診療材料費	59,919	56,795	▲5.2%	56,469	53,141	▲5.9%	54,232	53,592	▲1.2%
給与費	276,463	276,077	▲0.1%	262,039	265,559	1.3%	266,181	268,188	0.8%
その他経費	123,615	123,178	▲0.4%	120,905	120,774	▲0.1%	138,376	132,672	▲4.1%
医業利益	15,168	▲7,691		24,207	2,400		▲18,726	▲10,646	
医業利益率	2.7%	▲1.4%		4.4%	0.5%		▲3.5%	▲2.0%	

平均病床数: 274 n=1,460



診療報酬改定シリーズ●2020年度改定への対応④

医療従事者の負担軽減、医師の働き方改革

医療保険・診療報酬委員会 委員 西本育夫

2020年診療報酬改定の重点課題は「医療従事者の負担軽減、医師の働き方改革の推進」である。診療報酬改定に大きな影響力がある現行の第7次医療計画においても、医療従事者の確保に係る事項は重要性を増している。これは、労働人口の減少に歯止めがかからず、従来に増して深刻化しているからである。

医師の過重労働、とりわけ病院勤務医の過重労働の解消が叫ばれて久しい。そもそもは2007年5月に第一次安倍政権下の政府・与党により「緊急医師確保対策について」が取りまとめられたことに端を発する。その後の2008年の診療報酬改定以降、社会保障審議会からは毎回必ず病院勤務医の負担軽減についての方針が示され続けている。

図1のとおり2024年までの計画で、医師の時間外労働時間の上限規制が適用される。

特に深刻とされているのが、(B)水準と呼ばれている救急医療機関等の勤務医の時間外労働時間の削減で、現時点では改善の見通しがたっていない。

もちろん、医師の働き方改革の推進については関係する諸施策の見直しが必要であり、診療報酬の手直しだけで解決できるものではない。2024年の上限規制が適用されるまで、関係する諸施策の見直しに寄り添いながら、残り2回の診療報酬改定で結論を得ることが求められる。

今回の診療報酬改定については、その多くが医師の業務を直接的・間接的に他の職種が分担して引き受ける流れなので、対象となる薬剤師、看護師、社会福祉士、看護補助者など、それぞれに負担軽減や要件の緩和が盛り込まれている。

基本的に診療報酬は配置した人数や時間などの多寡を根拠として点数配分されているため、従事する人員や時間など、負担を減らしながら成果を評価することには馴染まない側面がある。しかしながら、今までの診療報酬体系を大幅に崩すことは混乱を招く懸念が大きい。今回の改定では、そのような従来の診療報酬体系との整合性を考慮しながら見直しが行われた。

今回の診療報酬改定に働き方改革がどのように反映されたか、改定説明資料において示された4つの項目と、それぞれの主たる内容は以下の通りである。

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提供体制等の評価について

「地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価」として、改定説明資料に最初に示されているのが、「地域医療体制確保加算520点/入院初日」(年間に救急車2,000台以上受け入れ)である。

今回の改定の救急関連項目については、救急医療の現状を鑑みて、真摯な負担軽減策を実施しつつ、点数を積極的につけることにより、救急医療に従事するスタッフの増員など、医療機関の体制整備を充実させることが狙いである。また、診療報酬対応だけでなく、救急医療実績の高い病院には別途補助金制度が創設されている。

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について

医療従事者の勤務環境の改善に関する取組が促進されるよう、総合入院体制加算の要件である「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」の内容及び項目数が見直された。具体的には特定行為研修修了者である看護師の複数名配置、及び活用、それと、院内助産又は助産師外来の開設を促進することにより、医師の勤務時間の削減を狙った項目の追加である。

その他、病棟薬剤業務に対して、よ

り積極的に薬剤師が関われるよう点数の引き上げや配置要件の緩和なども行われた。

また、重症度、医療・看護必要度においては、院外研修の義務化の削除や、看護師負担の軽減に効果があるとされる重症度、医療・看護必要度Ⅱの選択の義務化が推し進められた。

今回は許可病床400床以上や特定機能病院入院基本料に限られているが、次回以降の改定において400床未満や他の入院料を算定する医療機関など、重症度、医療・看護必要度Ⅱの選択が更に強化されると考えられる。重症度、医療・看護必要度については9月1日発行の本シリーズ①太田圭洋副委員長の解説が詳しいのでご覧いただきたい。

3. タスク・シェアリング/タスク・シフティングのための評価の充実について

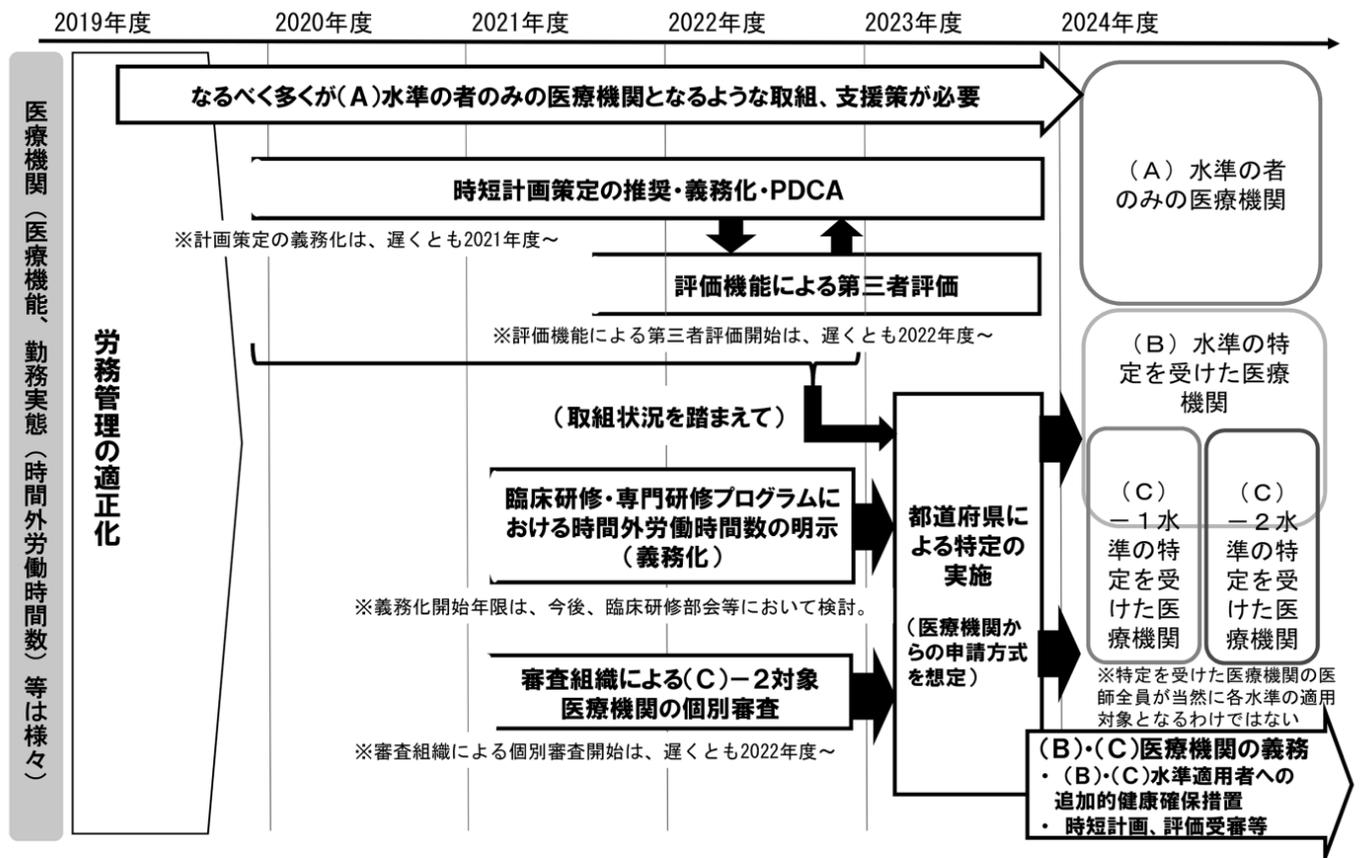
今回も医師事務作業補助体制加算については評価された。具体的には各項目とも50点の引き上げと、算定できる入院料や管理料の拡大などが行われた。前述のとおり、病院勤務医の負担が問題視された2008年から設定されている項目で、改定ごとに医師の業務負担の軽減について活用の広がりを見せている。

4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進について

今回の働き方改革におけるICTの利活用としては、情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、日常的に活用しやすいものとなるよう手が加えられた。従来は原則として対面による会議が必要とされ、「やむを得ない場合に限り」情報通信機器の利用が認められたが、今回の改定では「必要な場合」とされ、利用できる範囲が拡大された。対面の会議が全面的に不要になったわけではないが、多忙を極める職種が同時に同じ場所に集まることを常時行う必要がなくなった点は、負担軽減に寄与することが多いであろう。その他に研修、記録、事務等についても効率化や合理化の仕組みが整備された。

従来、診療報酬においては、当該業務に携わる人員の多寡による点数評価が中心であった。しかし、今後は生産性の向上を基本とした効率重視の評価に変化するであろう。今回の改定を境に、人員配置中心の考え方から、より効率を重視した考え方にシフトすることが求められるようになった。各医療機関においては、この変化に柔軟に対応できる体制づくりが必要である。

図1 医師の時間外労働規制に関する2024年4月までの見通し



第1回医師の働き方改革の推進に関する検討会(2019年7月5日)資料

新型コロナのワクチン接種で参考人質疑

衆院・厚生労働委員会

予防接種法等一部改正案で安藤議員が質問

「予防接種法及び検疫法の一部を改正する法律案」を審議している衆院・厚生労働委員会は11月17日、海外で開発が進められている新型コロナウイルスワクチンについて参考人から意見を聞いた。安藤高夫衆議院議員(自由民主党・全日病副会長)が質問に立ち、ワクチンの有効性・安全性や接種の実施体制について参考人の見解を求めた。予防接種法等の一部改正案は、新型

コロナウイルス感染症に対する予防接種の実施体制を整備するもの。予防接種法の臨時接種の特例を設け、厚生労働大臣の指示のもと、市町村において予防接種を実施することとし、接種の費用は国が負担する。安藤議員は、現在開発中のワクチンの有効性・安全性について質問。宮坂昌之参考人(大阪大学免疫学フロンティア研究センター招へい教授)は、

有効性について「初期データを見る限り、インフルエンザワクチンより高い予防効果を持つ可能性がある」と発言。安全性については、これまでの治験で健康被害は起きていないが、「接種者が増えた場合は何とも言えない」と答えた。また、岡部信彦参考人(川崎市健康安全研究所所長)は、現時点で有効性・安全性に関する十分なデータを持って

いないとし、「科学的データを見て慎重に判断すべき」と答えた。安藤議員は、予防接種の実施体制について質問した。岡部参考人は、ワクチンの輸送体制の整備や接種を担う医師や看護師、事務職員の確保が必要になるとした上で、特に輸送については、現在開発中のワクチンが使用可能となれば、冷凍保存が重要な課題になると指摘した。また、釜谷敏参考人(日本医師会常任理事)は、集団接種と医療機関における接種の両方を進める必要があるとし、行政と連携しながら体制整備を進めたいと述べた。

受診歴あれば初診からのオンライン診療可能に

厚労省・オンライン診療指針検討会 安全性・信頼性を確保する手段を検討

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11月13日、オンライン診療を推進するための議論を行った。過去の受診歴がある患者で、安全性・信頼性を確保できれば、初診からのオンライン診療を認めることを了承した。過去の受診歴を遡る期間や安全性・信頼性を確保する手段に関して、様々な意見があった。

菅義偉内閣によるデジタル化の推進の下、初診からのオンライン診療を認める方向で検討することについては、田村憲久厚生労働大臣、平井卓也デジタル改革担当大臣、河野太郎行政改革担当大臣による3大臣合意で決まっている。その具体的なルールづくりを同検討会で行っている。

再診でのオンライン診療はすでにガイドラインが定められており、その緩和も課題だが、初診からのオンライン診療は、これまで対面診療が原則であったため、ガイドラインの大きな見直しになる。厚労省は前回の検討会の議論を踏まえ、「初診でも安全性・信頼性を担保するには、医師が患者の医

学的情報を把握し、医師・患者間の関係性が醸成されていることが重要」と整理。「過去の受診歴がベースになる」との考えを示した。

新たな症状への診察である「初診」であっても、「慢性疾患で定期受診中の患者に対する新たな別の症状の診療・処方」であれば、医師はある程度患者を把握しており、医学的リスクを軽減できる。このため、他の安全性・信頼性の要件を満たすならば、初診からのオンライン診療を認めるということで、合意が得られた。

ただ、受診歴があっても、一定以上の期間が過ぎてしまえば、ある程度患者を把握しているとは言えなくなる。厚労省は、受診から12カ月以上経過している場合は、「十分な状態把握は困難」と指摘。それを過ぎていけば、対面診療が必要との論点を示した。

これに対し、株式会社メディヴァ代表取締役の大石佳能子委員は、「勤労世代で定期的を受診しないサラリーマンなどを想定すれば、もう少し長いほうがよい」と述べた。一方、NPO法人COML理事長の山口育子委員は、「1

年を過ぎれば、患者の状態は結構変わると思う」と厚労省案に賛成した。

受診歴がない患者についても、初診からのオンライン診療を認める場合が議論された。厚労省は論点として、2つのケースを示した。

一つは「他院からの診療情報の提供がある場合」で、具体的には、診療情報提供書があり、紹介元がオンライン診療を可能と判断しているケース。もう一つは、「看護職員がリアルタイムで患者のそばにいる、いわゆるD to P with N」。介護施設などで医師が不在のケースを想定している。

これらについて、様々な意見があったが、概ね賛意が得られた。

対面診療が必要な場合の対応

受診歴以外で安全性・信頼性を確保する手段としては、◇必要な対面診療の確保◇事前トリアージ◇事前説明・同意◇本人確認◇処方制限◇研修の必修化一などのルールを設ける方向だ。

同日は、主に「必要な対面診療の確保」を議題とした。緊急時や、重大な疾患の見落とし防止のため、対面診療



を適切に確保しておくことも重要な課題となる。その場合は原則、かかりつけ医を想定し、オンライン診療を実施した医師が対応するとした。

初診を含むオンライン診療は、患者の生活圏で完結することが望ましい。しかし、距離要件を明確に定めることは現実的ではないとの意見や、居住場所が複数ある患者への対応で様々な意見があった。厚労省は、委員の意見を踏まえ、考え方を改めて整理する。

紹介状により専門医が初診のオンライン診療を行う場合は、その専門医が対面診療に対応するが、専門医の医療機関が距離的に離れているなら、紹介元の医師が対面診療を行うことを基本とすることになった。

営利目的のオンライン診療専門の医療機関への懸念に対しては、地域医療に与える影響を念頭に、検討を行う。

また、現在特例で実施されている初診を含む電話・オンライン診療については、電話のみの初診を段階的に縮小させていくべきとの考えで一致した。

医療介護総合確保基金の交付状況などを報告

厚労省・医療介護促進会議 市民病院の統合による大病院整備に懸念も

医療介護総合確保促進会議(田中滋座長)が11月11日にオンラインで開催され、厚生労働省が地域医療総合確保基金の状況を報告した。2019年度の医療分の交付額は、「医療従事者の確保・養成」が421億円で、最も金額が大きかった。地域医療構想を推進するための交付額は361億円。交付額の使途の配分については、都道府県でばらつきが大きい。

医療分の2019年度の交付額は基金規模で824億円(国費549億円)。内訳は、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業」が361億円(同240億円)、「居宅等における医療の提供に関する事業」が45億円(同30億円)、「医療従事者の確保・養成に関する事業」が421億円(同281億円)となっている。

公民の割合は都道府県計画作成時点で、公的医療機関が29.5%(162億円)、民間医療機関が60.7%(334億円)、交付先未定が9.8%(54億円)である。

2020年度の内示額も示された。基金規模で809億円(同539.3億円)。最も多いのは東京都の74.1億円で、次いで多いのは兵庫県の52.5億円、大阪府の43.2億円、愛知県の38億円である。

兵庫県が2番目に多かったことについて、日本医療法人協会会長の加納繁照委員が、「2つの市民病院の統合で、病床数が合計でほぼ変わらない巨大病院ができる」と懸念を示した。厚労省は、兵庫県に交付を決めた経緯を改めて聴取する意向を示した。

日本病院会副会長の仙賀裕委員は、「医療従事者の確保・養成」で民間人材紹介会社の手数料に、基金が使われることを問題視。厚労省は、適正な価格であれば、自治体の判断により活用はあり得ると回答したが、他の委員からも、同様の意見があり、施設ごとではなく、地域ごとに人材を確保する仕組みの充実を求める意見が出た。

また、2014年度～2018年度の執行

状況をみると、予算額は4,548億円(同3,032億円)、交付総額は4,548億円(同3,032億円)、執行(予定)総額は3,915億円(同2,610億円)となっている。

交付総額に対し、執行額の低さを指摘する意見があるが、厚労省は「複数年度にわたって実施中および今後実施予定の施設整備事業について、後年度の負担分を確保しているため」と説明している。

介護分の昨年度交付額は530億円

介護分の2019年度の交付額は、基金規模で530億円(国費354億円)。内訳は、「介護施設等の整備に関する事業」が419億円(同280億円)、「介護従事者の

確保に関する事業」が110億円(同74億円)となっている。公民の割合は、公的医療機関が6.6%(23億円)、民間医療機関が72.6%(231億円)、交付先未定が20.8%(100億円)である。

2020年度の内示額は、基金規模で538億円(同358億円)。最も多いのは東京都の66.1億円で、次いで多いのは、医療分と同様に兵庫県の29.4億円、埼玉県の27.4億円、神奈川県25.6億円となっている。

また、2014年度～2018年度の執行状況をみると、予算額は2,897億円(同1,931億円)、交付総額は2,456億円(同1,637億円)、執行(予定)総額は1,818億円(同1,212億円)。未執行額につい

て、厚労省は、医療分と同様の説明を行っている。

医療と介護の情報共有を議論

厚労省が今後の医療・介護の情報の共有のあり方を議題にあげた。菅義偉内閣はデジタル化を推進し、マイナンバーカードを活用したオンライン資格確認の導入準備などが行われている。医療・介護サービス利用者が共有すると有用な情報について、委員の意見を求めた。

委員からは、共有する情報を増やすことだけでなく、情報を使えるようにするために、まずは医療と介護の言葉を一致させる必要があることなどが指摘された。薬剤情報を介護従事者が情報共有しても、うまく活用できない問題なども指摘された。同日の委員の意見を踏まえ、まずは介護分野での情報共有が有用であるかの議論を行う。

2020年度 地域医療介護総合確保基金(医療分) 内示額一覧

都道府県別

都道府県	内示額(国費)	令和2年度予算基金規模	都道府県	内示額(国費)	令和2年度予算基金規模
01 北海道	15.7億円	23.5億円	25 滋賀県	7.2億円	10.8億円
02 青森県	19.2億円	28.8億円	26 京都府	12.1億円	18.1億円
03 岩手県	8.2億円	12.3億円	27 大阪府	28.8億円	43.2億円
04 宮城県	10.8億円	16.2億円	28 兵庫県	35.0億円	52.5億円
05 秋田県	14.1億円	21.1億円	29 奈良県	2.8億円	4.2億円
06 山形県	6.1億円	9.1億円	30 和歌山県	2.0億円	3.0億円
07 福島県	9.3億円	14.0億円	31 鳥取県	4.0億円	6.0億円
08 茨城県	18.1億円	27.1億円	32 島根県	8.4億円	12.6億円
09 栃木県	5.4億円	8.1億円	33 岡山県	9.0億円	13.5億円
10 群馬県	8.9億円	13.4億円	34 広島県	13.9億円	20.9億円
11 埼玉県	12.8億円	19.2億円	35 山口県	10.2億円	15.3億円
12 千葉県	13.9億円	20.8億円	36 徳島県	8.3億円	12.4億円
13 東京都	49.4億円	74.1億円	37 香川県	6.4億円	9.6億円
14 神奈川県	14.4億円	21.6億円	38 愛媛県	14.9億円	22.3億円
15 新潟県	10.8億円	16.2億円	39 高知県	7.4億円	11.1億円
16 富山県	3.3億円	4.9億円	40 福岡県	24.2億円	36.3億円
17 石川県	4.1億円	6.1億円	41 佐賀県	4.9億円	7.3億円
18 福井県	5.6億円	8.4億円	42 長崎県	7.5億円	11.2億円
19 山梨県	5.6億円	8.4億円	43 熊本県	8.4億円	12.6億円
20 長野県	9.5億円	14.2億円	44 大分県	5.9億円	8.8億円
21 岐阜県	4.7億円	7.1億円	45 宮崎県	5.4億円	8.1億円
22 静岡県	12.8億円	19.2億円	46 鹿児島県	7.4億円	11.1億円
23 愛知県	25.3億円	38.0億円	47 沖縄県	8.7億円	13.0億円
24 三重県	8.9億円	13.3億円	合計	539.3億円	809.0億円

若手経営者のネットワークで人材を養成 全日病の活動の担い手を広げる

全日病の委員会を紹介するシリーズの第9回は、若手経営者育成事業委員会(以下、当委員会)の須田雅人委員長にご登場いただきました。この委員会は、次世代を担う病院経営者を育成する目的で2011年に発足。講演会や病院見学会を通じて、若手経営者の研鑽やネットワークづくりに取り組んできました。須田委員長に、委員会活動に対する思いを聞きました。

講演会や病院見学会を通じて 若手のネットワークをつくる

——若手経営者育成事業委員会の活動について教えてください。

2011年に委員会が発足して10年ほどになります。前身は、広報委員会が企画運営していた「ヤングフォーラム」で、それを引き継ぐ形で、中村康彦先生(現:副会長)が初代の委員長となり当委員会が発足しました。私は、2017年からの2代目の委員長として実務を引き継いでいます。

当委員会の活動としては、大きく3つあります。

①『若手経営者の会』

毎年2月の土曜日に、原則50歳以下の病院経営者及び経営者候補を対象とした研修会を、全日病の会議室で開催しています。皆さんが興味のあるようなテーマを当委員会で話し合い選定し、十分な質問時間を用意して開催しています。毎回、全国から80~100人が参加し、終了後には懇親会も行い、1人でも多くの繋がりが出来ることを大切に考えています。今年2月の会では、『今後の介護人材不足を補うための外国人材受入』の勉強と『病院での未収金回収』という2つのテーマで開催しました。昨年は、『医療界の働き方改革』について勉強しています。

②『病院見学』

毎年6月の土日を使って、病院見学会を行っています。先進的な取り組みや、他にはないシステムを医療推進の観点で構築できた病院を見学させて載っています。今年も、残念ながら、新型コロナの影響で中止になりましたが、過去には、札幌禎心会病院、上尾中央総合病院、恵寿総合病院、織田病院、美原記念病院、くろさわ病院、富山西総合病院を見学させて戴きました。病院運営のノウハウ・コツ・ツボなどを少しでも多く吸収しようと、毎回多くの参加者が集まってくれます。ここでも見学の後に懇親会を開催し、今更聞けないことや悩みや将来の目指す形などを語り合っています。

③『ナイトフォーラム』

秋に開催される全日病学会に際して、その土曜夜に「ナイトフォーラム」を開催しています。これは、若手病院経営者を中心とした学会参加者が集まり、その時代のトピックスを取り上げ、『若手経営者の会』同様に毎年講演会や勉強会(表1)も開催しています。その後は参加者同士の親睦を深め、秋の夜長をグラス片手に語り合います。

——ナイトフォーラムは夜9時頃から始まって、何時まで続くのですか？

そうですね。会場の使用が許される(午前0時頃)まで居ますが、それが終わっても気の合う仲間と2軒・3軒とはしごする人たちもいるようです。普段顔を合わすことがない遠く離れた者同士が、1年に数回だけ当委員会の活動を通して再会できる機会を作れていることが、何よりも自分としての喜びです。

全国の若手経営者と 意思疎通を図る

——若手経営者ということですが、対象になるのは、何歳くらいの方ですか。

当委員会のメンバーは55歳を上限と規定しています。西日本若手の会と東日本若手の会と密接に連携が取れるように、どちらの団体のリーダーにも参加してもらっています。またこれまで尽力されてきた当委員会OB&OGにも、先輩として、また引き続き顔を出してもらえるように、イベントの際には連絡を欠かさないようにしています。

——病院見学会は東日本・西日本の若手経営者の会と共同で実施しているそうですね。

東日本と西日本の会は、当委員会とは異なった独立した組織です。もともとは西日本の会があり、後から東日本の会ができたと聞いています。それぞれ独自に病院見学会を立案し実施しています。

今後も東と西を交えて、しっかりと意思疎通を計りながら委員会活動を進めて行きたいと考えています。

ヤングフォーラムをきっかけに 交流が生まれる

——ヤングフォーラムから若手経営者育成事業委員会が発足した経緯を教えてください。

私自身は、全日病の理事になった2013年からの参加ですので、発足当時のことを詳しく知らないのですが、全日病学会で広報委員会が企画した「ヤングフォーラム」(及びヤングフォーラム前夜祭)がその前身としてあるそうです。そこで回を重ねるごとに50歳を中心とする全国規模のネットワークが育ち、ヤングフォーラム以外でも連携を取り合うようになりました。

こうした集まりは本音ベースで話し合いますから、非常に居心地の良い雰囲気ネットワークができていたと思います。当時の広報委員会の安藤高夫先生や高橋泰先生が中心となって、若手を盛り上げて行こうと働きかけてくれたことが、現在の礎になっていると聞いています。

ヤングフォーラムの流れを受けて、次代の日本の病院経営を支える経営者、並びに次代の全日病を支える人材の育成・発掘を全日病全体で実施しようと、2011年6月に若手経営者育成事業委員会が発足したという経緯です。

医師以外の経営者にも 門戸を開く

——ヤングフォーラムをきっかけとして、若手経営者のネットワークが自然

発生的に生まれたということですね。

病院を経営していく上で悩むことは多いのですが、不幸にして先代が急逝し若くして病院を継承した場合は苦勞することもあります。そういう人が実在するわけですが、1人で悩まないように、全日病の仲間と話し合っただけのヒントや答えが生まれたりすることもあります。

また、最近では、医師や歯科医師以外でも病院を継承するケースも増えています。いわゆる事務方出身の経営者の中にもとても優秀な人が頭角を現してきており、若手経営者の会にも参加してくれるようになってきました。

全日病の会員資格はこれまでは医師に限られていましたが、こうした状況を受けて、今年6月の総会において、非医師の経営者にも門戸を広げる規約改正が行われました。原則は医師とされていますが、都道府県の支部長が認め、全日病理事会が承認した場合に会員資格が認められることになりました。

医師に限らず、多様な担い手が病院を運営するのは時代の流れだと思いますので、非医師であっても有能な経営者を仲間として受け入れていけるような土壌作りが、当委員会で今行うべき重要なことの一つとして考えています。

また、そういった新しい形の病院経営者からの話を聞くことで、おそらく今まで経験したことのない発想の転換力や視点の違いを実感できることになり、新鮮な刺激として多くの期待をしています。

外国人材受入事業を 若手経営者がサポート

——若手経営者の会の活動を通じてどんな成果がありましたか。

病院経営に携わる者として研鑽を積む場になっていると思います。若手経営者の会の参加者は皆さん勉強熱心であり、食欲になんでも吸収しようという気持ちがあります。何か面白いことを見つければ、それをみんなに教えてください。さらに各人がそれぞれ調べて次の研修会のテーマにしようとか、あの先生の病院見学会を開催しようというアイデアも出てきてくれます。お互いに非常に話しやすい関係ですし、横の繋がりが強いと感じます。

また、全日病の活動の担い手を増やしているとも感じます。若手の会を通じて知り合った人たちは、当委員会以外にも全日病の別の委員会でも活動していることが多く、例えば、私と大田泰正先生は、外国人材受入事業(国際交流委員会)に所属し、外国人介護技能実習生の受け入れにとも関わっています。

現在、ベトナムとミャンマーから80人以上の介護技能実習生を受け入れ、すでに全国の34以上の会員病院で就労を開始しています。これらの外国人受入病院に対して、全日病が担っている監理団体の業務として、3か月に1回の監査を実施しています。しかし全国規模で展開していることもあり、外国人材受入事業の関係者だけではマンパワーが足りません。そこで、当委

員会として若手の仲間に協力を仰ぐことにしました。外国人の監理業務の一部を担ってもらうことをお願いし、多くの方に協力を申し出て戴きました。若手の仲間をお願いしたのは、風通しの良い相談しやすさと、フットワークの軽さでした。その方々には、「監査特別構成員」として事業にご協力戴いています。今後、外国人受入事業がさらに拡大すれば、さらなる人材の確保が必要になると思います。

——最後に今後に向けて一言お願いします。

若手経営者の会に参加してくれる人が今後も増えるよう願っています。共通の目標や悩みを持つ仲間として、打ち解けた雰囲気づくりを心掛けたと思っています。

——ありがとうございました。



表1 過去のナイトフォーラムのテーマと講師

○2013年埼玉	「地域包括ケア実現のためにコツを伝授」逢坂悟郎(厚生労働省老健局)
○2014年福岡	「地域医療の経営者である皆様へのお願い」山下護(厚生労働省保険局)
○2015年北海道	「地域医療構想について」佐々木昌弘(厚生労働省医政局)
	「公的病院と民間病院の歴史的経緯」安藤高夫(全日病副会長)
	「地域医療構想作りに関する香川県の現状報告」松浦一平(総合病院回生病院)
○2016年熊本	「平成28年熊本地震」上村晋一(阿蘇立野病院)、鬼塚一郎(田主丸中央病院)、横倉義典(ヨコクラ病院)
○2017年石川	「外国人技能実習制度」須田雅人(赤枝病院)、大田泰正(脳神経センター大田記念病院)
○2018年東京	「看取りのあり方とコスパ比較」須田雅人(赤枝病院)
○2019年愛知	「財務省から見た日本の医療」八幡道典(財務省主計局)
○2020年岡山	学会延期に伴い開催なし

若手経営者育成事業委員会・委員

委員長	須田雅人
副委員長	大田泰正
委員	今村康宏
委員	大橋淳平
委員	鬼塚一郎
委員	北島明佳
委員	甲賀啓介
担当副会長	中村康彦



令和時代を生き抜く医療機関に求められる事務長とは

—病院事務長に求められる役割とスキル

病院の経営環境が厳しくなる中で、経営の一翼を担う病院事務長の役割はますます大きくなっています。シリーズの第6回は、大久野病院(東京都日の出町)の吉田真事務長にご寄稿いただきました。

はじめに

昨年(2019年)は、当法人にとって翌年に控えた介護医療院への転換と回復期リハビリテーション病棟の基準ランクアップという2大プロジェクトを抱え、胃の痛む毎日を送っていました。その一方で、東京オリンピックの開催がカウントダウンの段階に入り、多少なりとも景気が上向きになるかもしれないといった淡い期待も胸に抱いていました。

しかし、年が明けると一気にその様相は一変し、中国の一地方都市でのアウトブレイクと高を括っていた新型コロナウイルスの勢いは、あつという間にパンデミックとなり、全世界に暗い影を落とすこととなりました。一年前にこの状況を誰が予測できたでしょうか。

新型コロナウイルスの感染拡大は現時点でも続いており、第三波の到来が危惧されています。当然ながら医療機関への影響も深刻で、「医療崩壊」という言葉を聞かない日はないくらい我々にとって差し迫った問題となっています。そうした中であって、感染者の14%が医療従事者である事実に対しては日々最前線で奮闘されている皆様にご敬意を表したいと思えます。

診療報酬算定のエキスパートとしての顔を持つ事務長

私が医療機関で仕事に就いた1985年当時は、まさにバブル景気の匂いが世に漂い始めた頃で、医療界においては老人医療費の無料化に伴う急激な病床増加のあおりを受けた開院ラッシュが一段落した、いわゆる第一次医療法改正前夜でした。

200床の急性期一般病院の一医事課職員として医療人人生をスタートした私が感じていた当時の病院を取り巻く環境は、「黙っていても患者さんは来る」「職員もいい人材が集まる」「業者は病院に協力的」「銀行も好意的」という言葉が示すとおり業績は増収増益、超右肩上がり、夢のような時代でした。

このような状況における事務長の仕事は極めてシンプルで、絶対に病棟稼働率を下げないこと、患者単価を下げないこと、そしてそのためには職員に対しては容赦なくムチを入れる、こうした役回りに徹して収益をさらに向上させていたように思います。しかし、フルスピードで前進し続けるためには、医師や医療スタッフの日常的な時間外・休日労働による下支えが不可欠であり、今日のような、働き方改革による規制があったなら到底実現はできなかったものと考えます。(出来高算定の医療機関で10日ごとの入院定期請求を行っていたことが今では信じられませんが、手取り早いキャッシュ化には相当効果があったのも事実です)

医事課職員は、現場で発生する毎日

の診療行為を漏らさず算定し、診療報酬に結びつけることが基本的な役割となりますが、そのためには診療報酬点数表に関する幅広い知識と施設基準を読み解く深い理解力が求められます。こうした医事課職員の地道な日々の診療報酬算定と必要なタイミングでの施設基準の見直しこそが日当点アップの源泉となるわけで、言い換えると医事課職員個々の力量が病院運営を大きく左右するといっても過言ではありません。

しかし、本来であればこうした医事課のエキスパートとしての知識や理解力などは事務長が最初に身に付けるべきであって、たとえば自らが行った増収シミュレーションの答え合わせを医事課職員と一緒に行う—そうした仕組みが理想的な姿だと考えます。すべてを医事課職員に押し付けて結果のみを報告させるやり方では潜在化しがちな問題を見逃すリスクが高まります。

病院運営を航海にたとえると事務長は航海士として、あらゆる地形や気象、海流、そして他の船舶の動きを把握しながら進むべき航路を選択し、危険察知能力をフル稼働して船を座礁や難破、衝突から守らなければなりません。こうしたリスクを回避するためには当たり前の基準として羅針盤や海図を読み解く力が重要となります。

大海原と同様に広く医療界のトレンドを捉え、二次医療圏や地域における医療動向を認識し、そして診療報酬点数表を的確に読み解き、病院の方向性を決定する、まさにエキスパートとして事務長に求められる資質だと思えます。

自治体病院の事務長が大変ご苦労される背景には、診療報酬に関する知識を修得する時間がとれないことや、本庁から病院への人事異動に際して、体質的にプロパー化に踏み切ることができないこと、こうした障壁の存在が挙げられます。3～5年で本庁に戻ることを考えるとそれも仕方のないことでしょうが、慢性的な赤字体質に苦しむ自治体病院の根源的な課題はそうしたところにあると考えます。

緻密なサーベイヤー(評価調査者)としての顔を持つ事務長

会議や委員会において、的確な分析手法に基づいて各種の報告を行い、病院の運営方針を明示する、このことも事務長の大切な役割の一つと言えるでしょう。こうした場面で非常に力を発揮する事務長もいる一方で、たとえば医局会議や医療安全対策会議、院内感染対策会議といった専門的な会議の場では借りてきた猫のおとなしくなってしまう事務長も散見します。ライセンス集団である医療機関においては、それぞれ専門分野に精通した者に任せることも大切なことかもしれませんが、主要会議においてパフォーマンスを発揮することも重要な事務長のファクターだと考えます。たとえば、「インシデント・アクシデントレポートの件数が、前月と比べて大幅に減りました」という事実に対して、「それはよかった」ともろ手を挙げて喜ぶのか、「それは逆に問題だ」と捉えて引き締めを図るのかは大きな違いです。単純

に考えるとレポート件数の減少は喜ばしいことかもしれませんが、もしかすると提出すべきレポートが提出されなかっただけかもしれません。そうするともうレポートの件数を減らすこと自体に意味はなくなってしまいます。つまり、目先の件数の増減に一喜一憂するのではなく、それぞれの部署から必ずレポートを提出するといった組織風土の形成が実は非常に重要であり、そのことを事務長自らがきちんと認識しているかがキポイントとなります。

一時期病院職員を離れ、医療コンサルとして病院を外側から見る機会がありました。わが身ひとつで超ライセンス集団である大学病院のコンサルに入るその緊張感たるや身震いするものがありました。それを可能にしたのは、第三者評価や、診療ガイドライン等の基準の理解でした。ISOや病院機能評価に求められる基準を理解すると、医療や看護を適切に展開するためには「何をどこまでやればいいのか」や、「その基準を維持するためにはどうすればいいのか」が自ずと見えてきます。それが見えてくると病院の規模や、機能をさほど意識することなく自然とコンサルに当たることができるようになってきます。当然ながら本業として働いている医師や看護師と対等に現場仕事をこなすことはできませんが、少なくとも同じ土俵のうえで、話ができる地点までは到達することができ、齟齬のない、建設的な意見交換はできるようになります。これは今も私にとって大きな財産であり、自身のストロングポイントと自負しています。

事務長は、事務部門のトップなのでから事務仕事に専念すればよい—確かにそうかもしれませんが、様々な現場の人間と膝を突き合わせて議論したり、真剣に意見交換したりするために欠かすことができないこうした医療・看護的な知識は事務長にとって大きな武器となりますし、携えた武器の多さがライセンス集団の中でやがて大きな効力を発揮することに間違いはありません。

コミュニケーション活性化に欠かせないファシリテーターとしての顔を持つ事務長

前述した二つの顔は、事務長に発揮してもらいたい資質・能力と言えますが、事務長の仕事における最重要テーマは組織に求められる人材の育成だと考えます。人材育成と一言でいうのは簡単ですが、どうすればよりよい人材を育成することができるのかを考える前に整理しておきたいのが業務分掌です。業務分掌は、組織の規模や機能あるいはその醸成度により多少なりともバラつきはありますが、まず身の丈にあった業務分掌の構築が重要です。

当院に当てはめて考えると、たとえば医事課の受付業務の一部に経理的な業務が相当数混在している状況が疑われました。一般的に医事課の受付業務というと「新患受付」「再来受付」「保険証の資格喪失等の確認」「外来カルテの作成」「外来会計」「一部負担金の受領」「レジ締め」「日報処理」が日常業務となりますが、そこに「仕訳入力」や「職員慶弔関係の手配」「職員被覆の仕分」など経理・総務的な業務が微妙に組み

込まれていることがわかりました。原因としては、部署間のしがらみや、動線上の理由、システム導入に伴う措置等様々な要因があったようですが、最終的に両者間の調整は不調に終わり、業務分掌に着手できなかった事実があったようです。このようなときいくつかの医療機関で勤務経験がある事務長がいれば、たとえばステークホルダーにスポットを当てて、「患者に関すること」と「職員や業者に関すること」で線引きをして、大まかな業務分掌を構築することができたでしょう。

こうした問題はどこの施設においても多少なりとも存在しており、「これは事務の仕事では?」とか、「これは看護部でお願いします」といった議論は日常茶飯事ではないでしょうか。その際、部門間の調整役として力量を求められるのがファシリテーターとしての事務長ということになります。業務分掌はもとより物事を決めなければならぬ会議や委員会においてもその担うべき役割は大きく、会議・委員会がストレスなく、実り多きものとなるか、時間の浪費に終わるかはファシリテーターの腕にかかっているといっているでしょう。コミュニケーション活性化のための潤滑油として経験ある事務長の役割はとて大きく、業務改善、人材育成の肝といえます。

「四つの反省」をコロナ禍である今こそ強く心に刻んで

当法人には、現在では病院案内やホームページ等どこにも掲載されていませんが、「四つの反省」というものがあります。これは、初代開設者である進藤利定がおおよそ半世紀前に掲げた職業倫理といえる大変ありがたいお言葉です。

- 一、患者さんへの思い遣りと親切
- 二、誤りと偽りはないか
- 三、善意と友情を傷つけないか
- 四、すべての人に公平か

その中で「毎日の医療業務の中で最も喜びとすることは、『大久野病院に入院して良かった、こんな親切な病院は日本中どこにもない』と言って患者さんや患者さんの家族又は福祉事務所その他関係官庁の御役人からも喜んで頂くことではないでしょうか」と医療者の喜びについて理事長としての考えが述べられています。

ステークホルダーとして患者さん、その家族にとどまらず、関係各署の方々、さらには職員に対しても「温かい言葉と優しい態度で接し、慈しみの手を差し伸べること」、そのためにはお互いが戒め、お互いに譲り合い、信じあい、心の豊かさを求めて全職員の和を図ることが最も大切であると締めくくっています。

禁三密、禁会話、ソーシャルディスタンスの徹底といった殺伐としたコロナ禍の今だからこそ、事務長としてこの「四つの反省」を胸に強く刻み、すべての職員が同じ方向を向くように尽力するとともに、そして医療人としてあるべき姿を実現できるように全力で取り組んでいきたいと思えます。

医学部定員の臨時枠を段階的に削減し地域枠を増やす

厚労省・医師需給分科会

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会(片峰茂分科会長)が11月18日にオンラインで開催された。2023年度以降の医学部入学定員について、現状の臨時定員(933人)を段階的に削減する一方で、恒久定員に地域枠を組み込む方針を了承した。将来の医師過剰を避けるため、医師数全体は減らしつつ、医師偏在の是正を図る。

医師需給推計によると、労働時間を週60時間に制限する改定を置いたケースで、2023年の医学部入学者が医師になると想定される2029年頃に、医師の供給と医療需要が均衡する。

現状では、日本全体でも医師不足だが、人口減少により医療需要は緩やかに縮小する。一方で、医師不足対応としての臨時定員枠を含めた医学部定員(9,330人)を維持すると、医師は増え続け、2029年頃を過ぎると医師が過剰になる。ただし、日本全体では過剰でも医師偏在があるので、地域における医師不足は残る。

骨太方針2019でも医学部定員については、「2022年度以降、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する」と明記されている。なお、前回の分科会では、コロナの影響を勘案し、2022年度の「減員」の開始は見送ることが了承され、2023年度以降となった。

地域枠5割以上で定員増額可能に

全日病副会長の神野正博委員は、「臨時定員を減らすことに反対はしないが、医師偏在がまだ大きいという認識を持ち、強力な偏在対策を実施するという覚悟がもう少しほしい」と述べた。

地域枠の地域定着率の効果を期待

時間はかかるが医師偏在対策として、最も期待されているのが、地域枠の活用だ。臨時定員でも地域枠での入学を中心に増やしてきた。厚労省の調査によると、臨時定員(地域枠)の増員による医師偏在は是正効果は2014年から2018年で、医師多数都道府県で医師の増加率が1.7%であるのに対し、医師不足都道府県では11.9%であった。

ただ、神野委員は「医師多数都道府県では元々医師数が多いので、率ではなく増加数をみれば、そんなに変わらないのではないか」と指摘した。

それでも、地域枠と地域枠以外の医師で、地域定着率に明らかな差があることが示されており、地域枠を増やすことにより、医師偏在対策を図ることが分科会のコンセンサスとなった。

地域枠は、◇選抜方法が一般枠と別枠◇卒業後より当該都道府県内で9年間以上従事する◇都道府県のキャリア形成プログラムに参加する一などの条件を定義として定めている。

これについて、慶應義塾大学の権丈善一委員は、「このような定義による地域枠により地域定着を政策目標とする

ことは、学問的には成果が定まっていない新しい試み。地域枠を設定するだけでなく、地域定着率を高めるための他の様々な政策が同時に行っていくことが必要だ」と強調した。

また、地域枠には、一般枠よりも成績が低い学生が集まるとの指摘がある。しかし、医師合格率やストレート卒業率をみても、一般枠よりも割合が高いとのデータを厚労省は示した。

これらを踏まえ、分科会は◇地域枠の設置・増員を進める◇日本全体の医学部定員は減らす◇医学部定員は段階的に減らす◇2023年度以降は、自治体や大学の状況を踏まえながら、恒久定員を含め、各都道府県の医学部定員内に必要な数の地域枠を確保する一ことで合意した(下表を参照)

臨時定員は今後段階的に減らしていくが、すべて廃止するわけではない。一部の定員は地域枠の増分として残る。具体的には、恒久定員内で一定程度(5割程度)の地域枠を確保しても、地域の必要医師数の確保が不十分の場合は、都道府県が地域枠の設置を要件とする臨時定員の設定を要請することを可能とする。

地域枠の医師は地域定着率が高いといっても、100%ではない。9年間の従事要件後の定着率が確認されていないほか、従事期間中でも様々な理由で、離脱する可能性がある。離脱理由では、「希望する進路と不一致」が最も多く、



次いで「留年・国試不合格等」、「結婚」となっている。このため、厚労省は医師供給推計において、医師定着率の実績値を反映させると説明した。

神野委員はさらに、「9年間の従事要件のうち、特定の地域での診療を義務とする期間は4年以上。実際の期間はプログラムにより異なり、その期間を割り戻して反映させるべきではないか」と問いかけた。

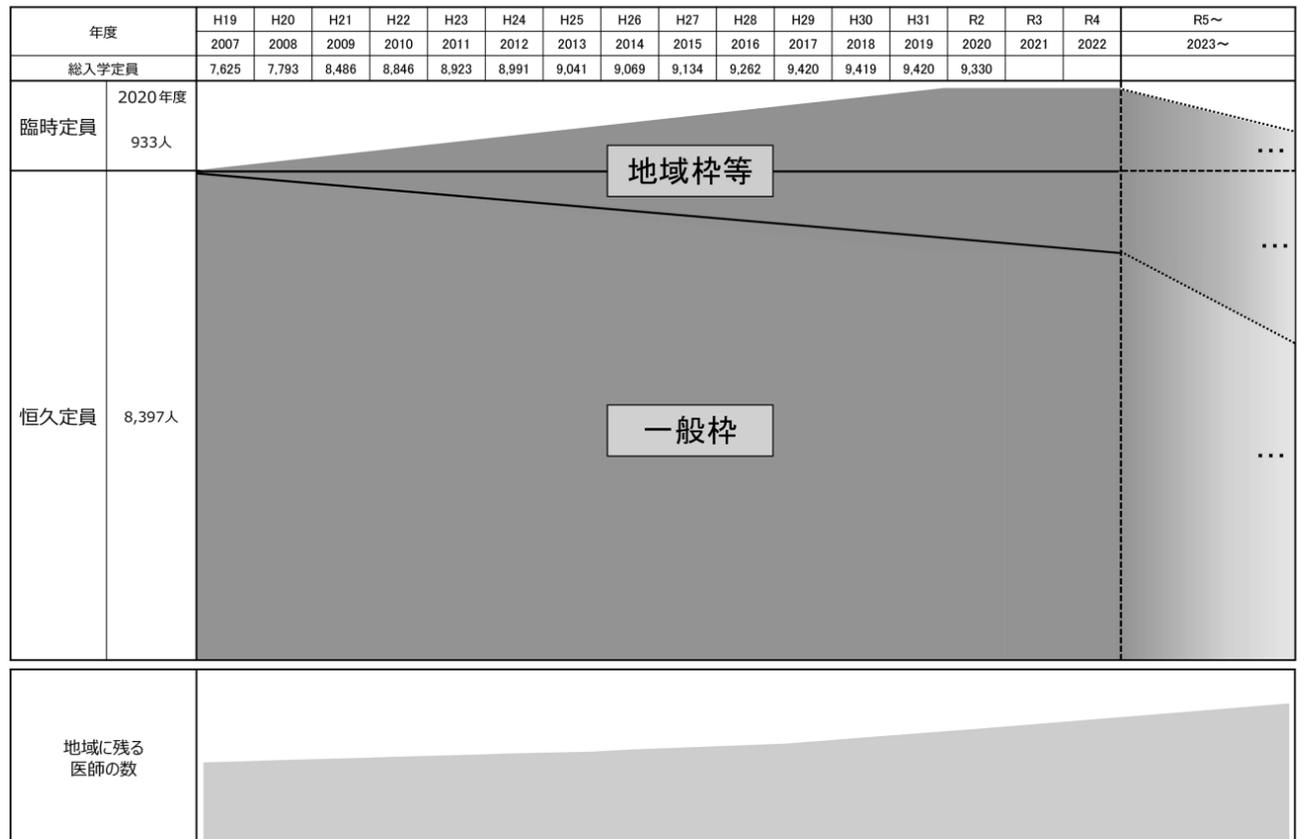
キャリア形成プログラムの充実

地域枠の医師は卒業後、都道府県のキャリア形成プログラムに基づいて、研修・診療に従事する。厚労省は、医師を目指す者が地域枠に対し、より一層魅力を持てるようキャリア形成プログラムを充実させることを課題とした。

具体的には、◇医療機関の所在地域の魅力伝えるなど、地域に愛着を持てるようにする◇地域医療に従事することを希望する医師が、その意志を継続できることを支援する◇専門医取得に必要な経験や技術を得ることが可能なキャリア形成プログラムを策定する◇各都道府県の取り組み事例を共有するなど技術的支援を行う一などの対応策が示された。

2023年度以降の医師養成数について(イメージ)

2023年度以降の医師養成数については、地域枠の医師をさらに確保していくことを前提に検討を進める。



臨床研究医の労働時間と臨床能力の関連性を調査

NPO法人日本医療教育プログラム推進機構(JAMEP)は、11月18日の医師の働き方改革の推進に関する検討会に、「臨床研修医の労働時間と基本的臨床能力との関連性に関する検討」の調査結果を報告した。基本的臨床能力評価試験(GM-ITEスコア)の指標を使い、労働時間と臨床能力の関係性をみた。

労働時間が「週60~65時間」の研修医と比較し、「週45時間未満」、「週45~50時間」、「週55~60時間」の研修医のGM-ITEスコアは有意に低かった。しかし、週65時間以上では点数が有意に上昇しないことがわかった。

また、男性は「週60~65時間」より労働時間が短いと有意に点数が低かったが、女性では有意差はなかった。

「週55~60時間」は、年960~1,200時間に相当する。2024年度からの医師の時間外労働時間の上限は960時間。このため、時間外労働規制の特例(C水準)が適用される研修医のプログラムを作成する上で、有用な資料になると考えられる。

2020年度 第7回常任理事会の抄録 10月17日

【主な協議事項】

- 正会員の入会について審議した。退会が1会員あり、正会員数は2,546会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
東京都 医療法人社団東京桜十字 泉ガーデンクリニック 院長 大島 一紀
この結果、準会員数は合計102会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。
東京海上日動メディカルサービス株式会社(代表取締役社長 諏訪部正彦)

- 賛助会員は合計109会員となった。
- 2021年度事業計画・予算編成作業日程(案)について承認した。
- 人間ドック実施指定施設の申請について承認した。
- 沖縄県支部事務局業務委託覚書の変更について承認した。
- 一般社団法人日本在宅ケアアライアンスへの参加について承認した。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
「医師の働き方改革の推進に関する検討会」、「医療計画の見直し等に関する

- 検討会」の報告があり、質疑が行われた。
- 2019年度のAMAT活動について報告された。
- 「2021年度病院機能評価 受審支援モデル病院公募」の案内について報告があった。
- 全日病ホームページリニューアルについて報告があった。
- 外国人材受入事業・介護技能実習生監理団体の「許可有効期間更新申請」における役員住民票の提出依頼について報告があった。
- 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2
神奈川県 神奈川県立子ども医療センター 更新
石川県 浅ノ川総合病院 更新
- ◎慢性期病院
埼玉県 笠幡病院 更新
9月4日現在の認定病院は合計2,142病院。そのうち、本会会員は868病院と、全認定病院の40.5%を占める。
- オンライン診療をめぐる経緯の説明があり、意見交換を行った。

病院の定額負担の初再診料相当額引上げを提案

医療保険部会 200床以上の医療資源重点外来担う病院も対象に

厚生労働省は11月19日、社会保障審議会医療保険部会(遠藤久夫部会長)に、紹介状なしに受診した患者から定額負担を徴収する義務を課す病院を、200床以上の「医療資源を重点的に活用する外来」まで拡大することを提案した。定額負担を増額し、初診では2千円程度引き上げ、その分を保険給付から控除する案も示した。

全世代型社会保障検討会議の昨年の中間報告では、「病床数200床の一般病院」にまで対象を拡大する方針を示していた。これについて厚労省は、定額負担の対象を、「一般病床数200床以上の病院のうち医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う病院」まで拡大することを提案した。医療資源を重点的に活用する外来は、厚労省の「医療計画の見直し等に関する検討会」で検討されている。

一般病床数200床以上で、現在、徴収義務の対象外の病院は688病院あるが、このうちどれだけが医療資源重点外来に該当するかはまだ明確にしている(右の上図参照)。

対象病院の拡大には異論がなかった。紹介状なしに大病院を受診する患者を減少させるため、厚労省は定額負担を初・再診料に相応する額を引き上げ、その分を保険給付から控除する案を示した。厚労省は、大病院を紹介状なしで受診する患者の初再診料は選定療養に当たり、選定療養に「保険給付を行う必要性が低い」との考えだ。

新たに定額負担の対象になる病院だけでなく、すでに特別料金の徴収義務がある病院でも、定額負担の引上げを行う。

仮に初診の定額負担料金の増額分を2千円とすると、病院の収入総額は変わらないが、患者負担は1400円増える。

再診の増額分は500円程度と想定される(下の下図を参照)。

日本医師会の松原謙二委員は、ほとんど初診料を給付しないかたちになり、保険の仕組みとしておかしい」と反対した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員も、「療養費制度で初診料に切り込み、初診料を定額負担で賄うスキームにはかなり無理がある。受診の仕方の啓発など、他にやるべきことがある」と反対した。病院の窓口で混乱

が生じることにも懸念を示した。

一方、保険者の委員は控除の仕組みに賛成し、「増加額は、大病院の負担軽減や医師の勤務環境改善に資する水準にしてほしい」と求める意見もあった。

●除外要件の運用見直しは中医協で

定額負担の増額分を保険給付から控除する仕組みでは、患者が定額負担を徴収する対象になるかどうか保険給付の額に影響する。厚労省は、定額負



担を徴収しない患者の要件(除外要件)の運用を厳格化する方針を示した。具体的な検討は中医協で行う。異論は出なかった。

病院から地域の医療機関を逆紹介したにもかかわらず、病院の再診を続ける患者については、徴収をより強化する方針だ。

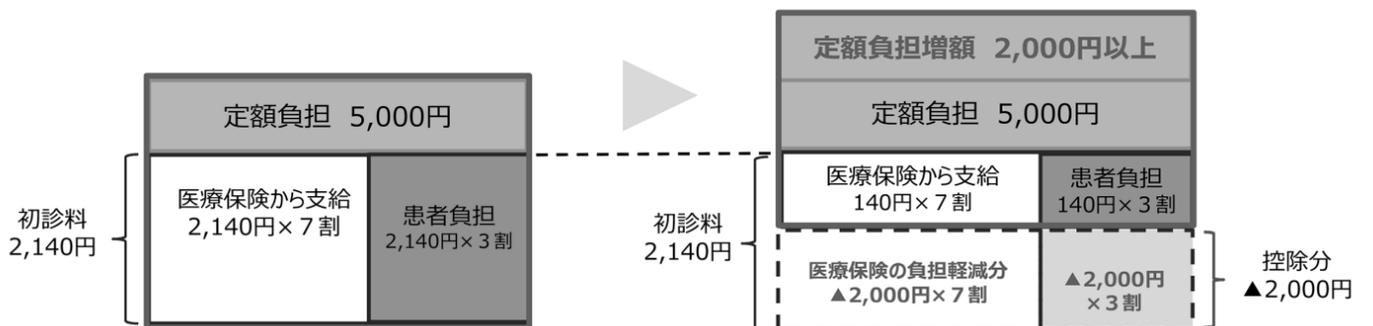
病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
200床以上	86 (1.0%)	580 (6.9%)	688 (8.2%)	1,354 (16.1%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

※ 200床以上の「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う病院

現在の定額負担(義務)対象病院
現在の定額負担(任意)対象病院(網掛け部分)

現行制度(初診のみ・3割負担の場合)

新たな制度案(2,000円増額等の一定の仮定をおいた場合)



※1 初診料は288点だが、紹介率が低い場合等に214点に減額されるケースを想定。
※2 太枠部分が医療機関の収入総額となり、現行制度と見直し案は同額となる。

外来機能報告制度で専門外来を明確化

厚労省・医療計画見直し等検討会 外来の実施状況を都道府県に報告

厚生労働省は11月19日の医療計画の見直し等に関する検討会(尾形裕也座長)に、紹介患者中心の専門外来である「医療資源を重点的に活用する外来」を担う病院・有床診療所を明確化するため、外来機能報告制度を創設する案を示した。大きな反対はなく、近く議論の整理としてまとめる予定だ。

「医療資源を重点的に活用する外来」は、全世代型社会保障検討会議の中間報告に記載された、紹介状なし受診時に定額負担を求める対象病院の拡大の議論と関連する。外来機能を明確化した上で、200床以上の一般病院のうち、紹介患者を基本とする外来を担う病院を絞り込み、新たに定額負担を義務化する病院とするためだ。

紹介患者を基本とする病院は、「医療資源を重点的に活用する外来」を担う病院とする。具体的には、①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来②高額等の医療機器・設備を必要とす

る外来③特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)に設定し、基準を設ける。紹介患者が基本となるような専門外来を特定の診療報酬の算定などで判断する考えだ。

今後、専門的な検討の場で、「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する外来を担う病院が、新たに定額負担が義務化される病院となる見込みだが、基準に該当する病院が強制的に指定されるわけではなく、地域の協議により、決められる仕組みとする。

基準に該当する外来であるかを把握する仕組みとして、外来機能報告制度を創設する。病院は、外来の実施状況のデータを都道府県に提出。都道府県は病床機能報告とあわせて、外来の実施状況を報告する。病院の負担軽減のため、将来的に医療機能情報提供制度の活用も検討するとしている。

定額負担の対象となる外来を地域で

基幹的に担う病院を位置づけるための議論を行う「協議を行う場」は、地域医療調整会議を活用できることにする。協議に当たっては、国が外来需要の参考値を示す。また、「医療資源を重点的に活用する外来」は広告可能とする。

外来機能報告制度へのデータ提出を行わない病院や、虚偽の報告をした病院に対しては、報告徴収または報告内容に正の命令を都道府県が行うことができるようにする。病院がこれに従わない場合はその旨が公表される。

一方、外来機能報告制度へのデータの提出対象に、診療所も対象に含めるべきとの意見が、病院団体の委員から出ていた。しかし、紹介患者の外来に集中すべき病院を明確化するのが当面の目的であり、その対象とならない多くの診療所に負担を強いることを避けるなどの観点で、報告義務は病院・有床診療所に限定することになった。無床診療所の報告は任意としている。

全世代型社会保障検討会議 12月の結論は先送り求める

日本病院団体協議会は11月10日、全世代型社会保障検討会議の議長である菅義偉総理に、同会議の中間報告に記載がある外来機能分化の推進について、「コロナ禍後の状況を踏まえて改めて検討すべき事項」と主張。年内にまとめる報告書で結論を出すことは見送ることを求めた。

中間報告では、外来の紹介状なし受診時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ことが提案されている。その具体的内容については、社会保障審議会・医療保険部会や医療計画の見直し等に関する検討会での議論が進んでいる。

日病協は、コロナ禍が収束しない状況で、拙速な議論を避けることを主張。診療報酬が複雑になっていることも踏まえ、むしろ、国民にとってわかりやすい医療改革への抜本的見直しの「絶好の機会」とすべきと主張した。

また、再検討に当たっては、病院団体の代表者を委員に加えることを要望した。

■ 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
全日病 総合育成プログラム 【第3期(2021年)受講者募集】 (50名)	2020年12月15日(火) 【応募締切】研修期間は原則3年以内(2年間での修了を推奨) ※ WEB 研修を中心に実施	400,000円(500,000円)(税別)	概ね6年以上の経験を有する医師を対象とした研修(①診療実践コース②ノンテクニカルスキルコース③医療運営コース)により「全日本病院協会認定総合医」として認定する。日本プライマリ・ケア連合学会「プライマリ・ケア認定医」取得の際に認定試験が免除される。