



全日病 ニュース

2019.8.1
No.945

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

医師の時間外労働規制の医事法制での位置づけを検討

厚労省・医師の働き方改革推進検討会 来年の通常国会での法案提出を目指す

厚生労働省は7月5日、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」(遠藤久夫座長)の初会合を開催した。2024年4月から医師の時間外労働の上限規制が適用されるため、具体的な規制内容について、「医師の働き方改革に関する検討会」が3月28日に報告書をまとめたが、詰めるべき事項は多く残る。今回、特に、医事法制で対応する措置を検討するため、同検討会を発足させた。年内に検討結果をまとめ、来年の通常国会での法案提出を目指す。

冒頭、吉田学医政局長が挨拶し、「最速で来年の通常国会に法的措置の対応を法案で提出できるよう年内に一定の取りまとめをお願いしたい」と述べ、夏以降に集中的な議論を行い、法的措置に関し委員間で合意を得ることを求めた。また、医師の労働時間を短縮させる手段として最も期待されている医師から他業種へのタスク・シフティングの推進については、別の会議体を厚労省に立ち上げて、議論を進める方針を示した。

座長に就任した国立社会保障・人口問題研究所所長の遠藤氏は「神は細部に宿る」と言われており、報告書の大枠に沿って細部を詰めることは大変重要な課題と認識している」と述べた。

医師に適用される時間外労働の上限規制については、労働基準法に基づく省令で罰則付きの上限時間が設定される。ただ、医師の労働時間短縮を目指した今回の枠組みでは、上限時間だけ

でなく、医療政策を含めた様々な措置が講じられるため、医事法制として位置づけることが必要とされた。

今回、厚労省が示した論点では、「医事法制に基づく特定の効果は、当該法律の中で完結している必要があることに留意」としており、医師の働き方改革の対応が、医事法制の中で明確に位置づけられることになる。

B、C水準の詳細や新組織の設置

検討事項は大きく3つある。◇地域医療確保暫定特例水準(B水準)と集中的技能向上水準(C水準)の対象医療機関を特定する枠組み◇追加的健康確保措置の義務化とその履行確保の枠組み◇医師労働時間短縮計画、評価機能の枠組み一である。

医師への時間外労働の上限時間は年間で休日労働を含め、960時間となった。ただし、救急医療など地域医療に欠かせない医療を一定規模で行っている医療機関に適用される水準である地域医療確保暫定特例水準(B水準)と集中的技能向上水準(C水準)を別に設けて、上限は1,860時間とした。

C水準は2つある。「C-1水準」は初期研修医と日本専門医機構の専門研修プログラムに参加する後期研修医を対象、「C-2水準」は先進的な手術方法など高度な技能を習得する医師を対象としている。

B水準では、認められた医療機関に勤務するすべての医師が対象となるわ

けでなく、36協定締結時に医師を特定する必要がある。また、同日の会議でも、労働組合側の委員から、1,860時間があくまで上限であり、36協定で個別に上限時間を定める必要があることが強調された。

B水準が適用される医療機関は、◇三次救急医療機関◇二次救急医療機関かつ「年間救急車受入台数1,000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「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担う医療機関」◇在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関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ために必要と認める医療機関◇高度ながん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等の代替することが困難な医療機関一。これらを合わせて、約1,550施設とされた。

また、B水準は2036年度までに解消すべき経過措置との位置づけである。そのため、対象医療機関は、医師労働時間短縮計画を立て、2024年度から着実に労働時間の短縮を図っていく必要がある。

その際に、医療機関における医師の長時間労働の実態や労働時間短縮の取組状況を客観的に分析・評価し、医療機関などに結果を通知する組織として「評価機構」を設ける。「評価機構」は客観性を担保するため、都道府県とは独立した組織とする考えだ。

C水準のうち「C-1水準」は、初期研修医と日本専門医機構の専門研修プログラムに参加する後期研修医が対象となる。「C-2水準」は、医籍登録後6年目以降の医師で、先進的な手術方法など高度な技能を習得する医師が対象となる。どちらも上限はB水準と同じ1,860時間。上限時間の短縮を目指すものの、B水準とは異なり経過措置との位置づけではない。

「C-2水準」の適用に当たっては、高度な技能を備える医師を育成することが公益上必要な分野を、新たに設置する審査組織が指定する。「C-2水準」を希望する医師は自ら高度特定技能育成計画を作成し、医療機関の承認を得る必要があるが、審査組織の承認も得なければなら



ない。
これらの特例水準の要件については、下記の表で整理している。

健康確保措置の履行を確保

一方、追加的健康確保措置については、B、C水準に義務化される連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息などの履行をどう確保するかが論点とされた。具体的には、①日常的な管理②定期的な確認③未実施時の是正④特例水準適用対象の特例との関係などの観点で、履行確保の枠組みを検討する必要があることが示された。

これらの追加的健康確保措置は医療機関の管理者に義務づけられる。管理者は実施状況を記録し、保存する。確認は都道府県が行う。また、都道府県の医療勤務環境改善支援センターや評価機構が履行を確認する仕組みも検討される。医事法制に位置づけられると、医療法では、医療機関の管理者に課された義務が履行されない場合に罰則(勧告・公表、報告・検査、是正命令等)があり、追加的健康確保措置にも適用されると考えられる。

これらの論点に対し委員からは、「地域医療構想、医師偏在対策も合わせた三位一体を都道府県を中心に進めるとしているが、十分な体制があるのか心配」、「大学病院が働き方改革への対応で大学が人員確保に頼れば、市中病院は厳しくなる」などの意見が出た。

働き方実態調査を実施

また、医師の働き方実態調査を9月に実施する。前回調査の10万人を上回る14万人の医師を対象に調査票を配布。インターネットでの回答を可能にするなど回答率を向上させる対策をあわせて講じる。医師に対する労働時間の管理、時間外労働、宿日直・オンコールなどの実態を詳細に把握することを目指す。「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」や7月1日付けで発出された「医師等の宿日直許可基準」と「医師の研鑽」の通知も調査結果に影響を与えると考えられる。

(B)、(C)-1、(C)-2水準の対象医療機関の特定要件

※「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」における内容を元に整理。要件となる項目に○

| | (B)水準 | (C)-1水準 | (C)-2水準 | 備考 |
|---------------------------------|----------------|----------------------------|---------------|--|
| 1 医療機関機能 | ○ | | | |
| 2 臨床研修病院又は専門研修プログラムに参加医療機関である | | ○ | | |
| 3 高度特定技能を有する医師を育成する十分な教育研修環境がある | | | ○ | 設備、症例数、指導医等につき審査組織(国レベル)の個別判断を想定。 |
| 36協定において年960時間を超える協定を必要とする | ○ | ○ | ○ | |
| 4 「必要」について合議での確認 | 都道府県医療審議会の意見聴取 | | 審査組織の意見聴取 | |
| 4 「必要」について実績面の確認 | 時短計画記載の実績値で判断 | プログラム明示時間数(時短計画実績値とも整合)で判断 | 時短計画記載の実績値で判断 | |
| 5 医療計画と整合的である | ○ | | | 都道府県医療審議会の意見聴取 |
| 6 時短計画が策定され、労働時間短縮の取組が確認できる | ○ | ○ | ○ | |
| 7 時短計画の内容につき評価機能の評価を受けている | ○ | | | 時短計画の内容の実質面(追加的対策がきちんと検討・予定されているか等)を客観的に評価。 |
| 8 追加的健康確保措置の実施体制が整備されている | ○ | ○ | ○ | 面接指導体制については時短計画の記載内容、勤務間インターバル等については診療体制表(シフト表)等の添付等を想定。 |
| 9 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がない | ○ | ○ | ○ | |

清話抄

給食考

「給食」という言葉には、違和感がある。学校でのそれには、鯨の竜田揚げや揚げパン、ソフト麺など人気メニューとともに常に牛乳があった。タブレット状や粉末のサプリを溶かして飲んだ記憶がある。栄養補給のための

学校での昼食は、正に給食であった。夏休みや冬休み前に申し込む肝油も成長期の栄養補助という側面があり、給食のない休み中のことを考えてのことだろうが、本当に健康で文化的な食生活であったかは疑問である。

戦後の食糧難の時代に、成長期の子どもの栄養不足改善に給食が果たした役割は大きい。しかし、学校給食を通じて自らが日に3度、年間1,090食、80年間とすれば87,600回の食事を自らが意識し、知り、選び、作り、楽しむ

術を学んだらどうか。現在の日本人の異常なまでのサプリや健康食品好きは、学校給食が刷り込んだものなのだろう。毎朝、母が味噌汁の葱を刻む音で目を覚まし、ご飯の炊きあがりの香りに食欲を刺激され、争うように食卓を囲むきょうだいの前には昨夜の残り物に加えてお決まりの幾つかのおかずが並ぶ。それでも強烈な記憶とともに幸せを想起させる。食事の意味や意義を多くの国民が理解して実践することが必要であるが、母から子への伝承に加えて専

門家の関与が必要な時代なのかもしれない。

病院給食はどうだろう。3食提供、栄養計算優先、多種類の治療食、選択食、適時適温、そして近年の人手不足など多くの特徴と課題を抱えている。しかしながら、食事の持つ本質的な機能を果たしているだろうか。給食という呼び名を改める必要があるのかもしれない。

(星 北斗)

主張

全日病における臨床指標とは？ (質評価・公表等推進事業の方向性)

「医療の質向上委員会」では、「医療の質の評価・公表等推進事業」(厚労省補助金)とMEDI-TARGET DPC分析事業を臨床指標関連事業にしている。臨床指標に活用するデータをほぼDPCに限定した理由は、会員病院のDPC分析支援とそれに係る職員の業務緩和である。米国でも質管理業務負担増により医師のバーンアウトが続き、指標数削減と業務軽減は重要である。全日病2,551の会員病院中DPC対象病院は617、準備病院は103、計720(28%)であるが、質の評価・公表等推進事業参加は約40、DPC分析事業参加は約84病院である。結果的にはDPC関連会員病院の10%しか当該事業に参加しておらず、残り90%はMEDI-TARGET以外のソフトでDPC経営分析をしていることになる。当委員会でもMEDI-TARGET看護必要度点検機能や事務局作成ピボットグラフ簡易分析システムの導入等で参加病院増を目論んでいるが、残念ながら参加病院は増加していない。

また会員の約70%は非DPC病院であり、可能な限りDPCを含めたデータ自動抽出による回復期、療養型、在宅などの臨床指標を組み込んでいるが、急性期指標主体は否めない。DPCデータを活用できず急性期に主体を置いた臨床指標も実用的でない非DPC病院の事業参加には、全日病の特徴である会員病院の多様な病床規模・機能を生かした、DPC参加に限定しない指標とデータ収集基盤の策定が喫緊の課題である。2019年、厚労省は医療の質の評価・公表等推進事業の補助を中止し、日本医療機能評価機構に「医療の質向上のための体制整備事業」運用を委ねた。

当面は全日病も含む各病院団体の取り組みの集約から始まるが、同機構による臨床指標に関する事業運営、臨床指標の設定・運用・活用・フィードバック・人材育成の一本化が進むと思われる。診療報酬上の加算の有無、病院機能別指標、データ収集基盤、複数機関をまたぐ臨床指標など課題も多いが、厚労省、同機構の動向を踏まえ、今後全日病として質指標関連事業をどのように展開していくかを考えると、回復期、療養型、在宅などの機能を有する会員病院の先生方の委員会・当該事業への今まで以上の参加を切に希望する。(永井庸次)

人口減少社会で地域の実情に応じた診療報酬を考える

中医協総会

医療資源の少ない地域への配慮やICTの活用でも工夫を

中医協総会(田辺国昭会長)は7月10日、2020年度診療報酬改定に向けた第1ラウンド終盤の議論として、地域づくりにおける医療のあり方をテーマとした。具体的には、地域包括ケアシステムにおける入院医療、情報連携・共有、医療資源の少ない地域等での医療提供体制の課題を論点とした。今後の人口減少で地域の姿は大きく変わる。地域の実情に応じた医療提供体制を構築する必要があり、そのための診療報酬をどう設定するかで、様々な意見があった。

入院医療の現況を眺めると、高齢化にもかかわらず、需要全体は縮小傾向にあるのがわかる。まず、外来患者数は横ばいだが、入院患者数は減少傾向にある。外来受療率と入院受療率は0~14歳を除き、概ね横ばいから減少傾向である。人口10万人当たりの病院数・病床数はともに減少傾向。総病床数も減少している。いずれの病床区分でも平均在院日数は減少傾向にある。

一方で、医療の単価は上昇している。平均在院日数が全体として低下傾向にあるのに対し、1日当たりの医療費は増加傾向にあり、医療費全体は若干増えている。入院と入院外(外来+在宅医療)の比率に大きな変化はない。開設者別の病院病床数の割合は、医療法人が5~6割で最も多く、構成割合に大きな変化はない。

都道府県別では、病院病床数にばらつきがある。人口10万人当たりの病院病床数で、最も少ないのは神奈川県(806床)、最も多い高知県の2,545床の3分の1だ。ただ、診療側の委員は「高知県は介護施設が少なく、医療と介護を合わせたベッド数を示すべき」と指摘した。

続いて、2040年に向けた市区町村の人口変動が示された。人口が増える市区町村も一部あるが、多くの地域で人口が減少する。しかも激減となる地域が少なくない。例えば、人口が25万人を超える函館市でも約26万6千人(2015年)が2040年に3割ほど減る。人口が10~20万人程度で、2040年度までに3割超の人口が減少する市としては、小樽市、石巻市、鶴岡市、桐生市などがある。人口が3万人を下回る町村では、6割以上減少する町村がある。

厚生労働省はこれらの状況を踏まえ、2018年度改定で実施した入院医療の報酬体系の抜本的見直しの方向性の下で、今後の診療報酬のあり方を論点とした。あわせて、地域医療構想の実現に向けて、公立・公的医療機関の医療機能を見直すための改革プランで合意し、その具体的方針を毎年度、地域医療構想調整会議で決定する方針になっている

ことを説明した。また、その関連で医療資源の少ない地域等における医療提供体制が論点となった。医療資源の少ない地域に対しては、一部の診療報酬項目で要件緩和を行うなど配慮している。2012年度改定で導入し、その後の改定でも拡大を図ってきた。2018年度改定では200床未満に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加するなどの見直しを行っている。

ただ、算定回数は増加傾向にあるものの、一部の算定項目は使われていない。例えば、ベッド数の基準を緩めている地域包括ケア病棟入院料・管理料や専従要件を緩和した外来緩和ケア管理料などは算定の実績がない。

医療資源が少ない地域へのヒアリング調査の結果では、診療提供体制の状況として、「専従要件が緩和されても職員の絶対数が不足する」、「社会福祉士が不足している」、「e-ラーニングによる研修がありがたい」、「遠隔診療の導入を予定」、「医師事務作業補助者が非常に有用である」などの回答が得られている。

全日病会長の猪口雄二委員は、本格化しつつある人口減少社会の現状を踏まえ、当初、医療資源の少ない地域を指定したときの状況が変わってきていることを指摘。その上で、「診療報酬は『都市』での医療提供体制を想定し体系ができていると思うが、今後はむしろ『非都市』における診療報酬を考えることが重要になる」と述べた。アンケート調査に対しても、「一定の緩和を行っても、地域によっては、絶対的に人が不足しているという現実がある」と対応を求めた。

猪口委員の意見に同調し、支払側で静岡県島田市長の染谷絹代委員は、「人がいなくなることが地域にとって最大の問題。地域の実情に合った診療報酬が必要」と訴えた。日本病院会副会長の島弘志委員は、「人口が激減する地域で医療機関の経営が成り立つかという問題がある。人がいなければ、患者も生まれず、医療機関も必要ないということになるが、人がいれば医療は必要だ。地域の実情に合わせるために、最大公約的な診療報酬体系と、テイラーメイド的な診療報酬が必要かもしれない」と述べた。

地域医療構想と診療報酬との関係については、日本医師会の城守国斗委員が、「地域の実情が様々であることから、(全国一律の)診療報酬で地域医療構想を誘導するのは無理がある。

地域医療構想に寄り添う形で診療報酬があるという認識の共有を強く要望する」と念押しした。一方、支払側の協会けんぽの吉森俊和委員は、「地域医療構想は2025年を想定したベッド数の変化をみても、ほとんど進展していない。これをどう推進するかが課題で、診療報酬が寄り添い、後押しすることが必要」と強調した。

また、支払側の連合の平川則男委員は、「地域医療構想の進め方が公的・公立医療機関の整理に偏っている。骨太方針2019では、『民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求める』と明記しており、政府の危機感の表れだと思う。民間病院も対象とした地域医療構想の推進に向け、診療報酬で何ができるかを考えるべきだ」と述べた。

医療情報を標準化しICTを活用

地域における情報共有・連携の課題では、医療機能に応じた医療機関間の連携の現状とともに、それを進めるための医療情報の標準化や地域医療情報連携ネットワークの事例が示された。

診療報酬では、在宅復帰や病床機能連携が進むよう入院料の施設基準において、在宅等に退院した患者の割合を設定している。2018年度改定では、必ずしも在宅に退院するわけではないので、「在宅復帰率」を「在宅復帰・病床機能連携率」に名称を変更するとともに、割合の引上げなどを行った。

各入院料の病棟の患者の流れをみる。急性期一般病棟1では、入棟元は「在宅医療の提供なし」の自宅が66.5%で最も多く、退棟先も在宅医療なしの自宅が60.7%で最も多い。地域包括ケア病棟・病室では、入棟元は自院の一般



病床が43.5%で最も多く、退棟先は在宅医療なしの自宅が49.4%で最も多い。回復期リハビリテーション病棟では、入棟元は他院の一般病床が66.9%で最も多く、退棟先は在宅医療なしの自宅が51.1%で最も多い。療養病棟では、入棟元は他院の一般病床が44.6%で最も多く、退棟先は死亡退院が52.4%で最も多い。

医療情報の標準化については、一般病院の電子カルテシステムの普及率は37.0%であり、標準規格については検査や処方・注射オーダなどで標準マスターの整備などを進めていることが示された。10月には、国の指定する標準規格を用いて相互に連携可能な電子カルテシステムを導入する経費などを補助する医療情報化支援基金が発足することも報告された。

猪口委員は、「相互に互換性のある電子カルテシステムの仕様になっていないものが多い。国がもっと積極的にメーカーなどに働きかけて、システムの統一を進めてほしい」と要望した。

地域医療情報連携ネットワークについては、大分県臼杵市のクラウド型EHR高度化事業や長崎県の「あじさいネット」などが紹介された。特に、医療資源の少ない地域などで、ICTの有効活用が期待できる。このため、委員からは、「遠隔医療としてのオンライン診療と(勤労者を主に想定した生活習慣病の治療など)そうでないオンライン診療を区別して議論し、ICTを活用した医療への診療報酬での対応を図るべき」との意見が出た。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価

| 改定年度 | 改定内容 |
|-------|--|
| 平成24年 | <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする ※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設 |
| 平成26年 | <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和 |
| 平成28年 | <ul style="list-style-type: none"> 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し ＜対象地域に関する要件＞ <ul style="list-style-type: none"> 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化* 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加える(特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く) |
| 平成30年 | <ul style="list-style-type: none"> 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加(特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く) 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 ＜対象＞ <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア入院医療管理料1~4 地域包括ケア病棟入院料1・3 精神疾患診療体制加算 精神科急性期医師配置加算 在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院 在宅療養後方支援病院 |

理学療法士等が増える訪問看護ステーションへの対応が課題

中医協総会

次期改定に向けた第1ラウンドの議論終了

中医協協会(田辺昭昭会長)は7月17日、2020年度診療報酬改定に向け、前回の「地域づくりにおける医療のあり方」をテーマにした議論の続きで、「介護サービスとの連携」、「精神疾患」、「障害サービスとの連携」を議論した。「介護サービスとの連携」では、理学療法士等が増える訪問看護ステーションの現状に対して、懸念を含め様々な意見が出た。なお、同日で第1ラウンドの議論が終わり次回、4月から始めた議論の結果を整理する。

訪問看護ステーションは2012年以降、増加傾向にあり、特に営利法人の増加が著しい。医療法人は2018年度で3,460事業所と全体の36%を占めるが、この10年間ほぼ横ばいだ。また、診療報酬改定の後押しがあり、2017年11月時点で機能強化型訪問看護管理療養費を届け出ている機能強化型訪問看護ステーションは「1」「2」を合わせて438事業所となっている。

訪問看護ステーションの従事者のうち、理学療法士などが占める割合が増加している。2000年には全体の91%が看護職員だったが、2017年には71%に下がった。逆に、理学療法士等(PT・OT・ST)は同時期に5%から22%に上昇した。

理学療法士等のいない訪問看護ステーションは2017年で45.9%と半分近くを占めるが、全体として、理学療法士等の割合が多い訪問看護ステーションが増加傾向にある。理学療法士等が8割以上の訪問看護ステーションは全体の0.4%に過ぎない。しかし、24時間対応体制加算を届けているのは31.6%で、他の訪問看護ステーション

と比べ、24時間対応の事業所が非常に少ないこともわかった。

全日病会長の猪口雄二委員は、「訪問看護と言うより、リハビリテーションを多く実施する事業所が目立ってきた。理学療法士等が病院から移り人手不足になっているという話もきく。何らかの手を打つ必要があり、例えば、介護保険の訪問リハビリは通院できない利用者限定すべきではないか」と述べた。

他の委員からも、「理学療法士等の多い訪問看護ステーションで24時間対応が少ない。訪問看護ステーションのあり方が問われる」、「医師による指示書に、訪問回数や訪問者も記載する必要があるのではないか」などの意見が出た。一方、日本看護協会の専門委員は、「2018年度改定で一定の対応は図られ、きちんとチェックされている。次期改定でも、医療ニーズの高い人への対応など機能強化のため、大規模化を促進する方向での改定が必要」と主張した。

介護医療院についても議論があった。2018年度に創設され、2019年3月末時点で150施設・1万28床となっている。転換率は65.8%が介護療養病床、18.3%が介護療養型老人保健施設、15.3%が医療療養病床。支払側の委員は、「転換のインセンティブとなる加算があるにもかかわらず、出足が遅いと感じる。特に、看護配置25対1の経過措置の療養病床からの転換が進んでいない。次期改定で経過措置は廃止すべきだ」と主張した。

また、他の委員から、介護医療院の施設数に地域差が大きいことが指摘さ

れ、実態把握が求められた。

ギャンブル等依存症対策などが課題

「精神疾患」については、長期入院患者の地域移行・生活支援の体制への対応などとともに、依存症対策をあげた。◇アルコール依存症◇ギャンブル等依存症◇薬物依存症が課題となる。カジノ解禁の方針を背景に、2018年にギャンブル等依存症対策基本法が成立。法律により、医療提供体制の整備が求められている。

これに対し、支払側の委員は、「依存症とそうでない症状の線引きが難しい。エビデンスのある確立された標準治療もまだないとき。診療報酬に値する治療効果がきちんと示されなければ、次期改定での対応は難しいのではないか」とけん制した。診療側の委員は、「推計患者数が70万とされる一方で、受診患者数は外来で2,921人、入院で261人。依存症全般にいえるが、このギャップをどう考えればいいのか」と問題提起した。

「障害サービスとの連携」については、2018年度改定での対応や自立支援医療の状況が示されるとともに、発達障害に関して、詳細な説明があった。

2016年に改正発達障害者支援法が成立。発達障害の受診は2002年に3.5万人であったが、病気としての認知度が高まるに従い、2017年には23.3万人と7倍近くになった。広汎性発達障害(自閉症、アスペルガー症候群)、注意欠陥多動性障害(AD/HD)、学習障害(LD)が代表的な発達障害だ。小・中学校の通常の学級で発達障害と考えられる者は6.5%(2012年度)と推計される。



届出様式の簡素化で負担軽減求める

診療報酬の事務の効率化・合理化と情報の利活用を見据えた対応も論点となった。

具体的には以下のような課題があがっている。◇届出項目の重複(例えば、「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る報告書(様式11の3)」と「在宅支援連携体制に係る報告書(様式11の4)」)◇告示や通知等の記載があいまいな算定要件(例えば、複数の手術を同時に行った場合の記載)◇レセプトの合理化(例えば、処置・手術・検査でのフリーテキスト形式の記載で入力ミスや漏れが生じている)。これらに対する対応を次期改定で講じる方針が示された。

猪口委員は、「2018年度改定で、施設基準に係る届出が簡素化され、届出を不要とする様式が設けられたことはよかった。しかし、適時調査などに備えて、作っておくことには変わりはないので、実質的には、あまり病院の負担軽減にはなっていない」と、改善を求めた。

そのほか、NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)を活用した第三者による調査研究を促進する目的や、先の通常国会で成立した改正健康保険法による被保険者番号の個人単位化、NDB、介護DB、DPCデータの連結に対応した見直しを行う方向性も示された。

第7次医療計画中間見直しで救急と災害医療の指標を検討

厚労省・救急災害医療検討会

心肺停止患者の予後などアウトカム評価

厚生労働省の救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会(遠藤久夫座長)は7月18日、2021年度からの第7次医療計画の中間見直しに向け、救急医療と災害医療に関する具体的な指標の設定の議論を開始した。救急医療では、心肺停止患者の予後などアウトカム指標の設定が課題となった。

第7次医療計画は2018年度からの6年計画で中間点の見直しがある。その際に、救急医療と災害医療を含む5疾病5事業、在宅医療の指標も改めて検討することになっている。

厚労省は救急医療の課題について、

救急搬送患者が救急救命センターなどに搬送され、安定後もベッドを埋めてしまう「出口問題」を解決するため、かかりつけ医や介護施設などとの連携体制を評価する指標の検討を促した。具体的には、◇緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数◇一般診療所の初期救急医療への参画率◇受入困難事例の件数などを示した。

委員からは特に異論は出なかったが、連携体制を評価するために、1施設にとどまらない患者の経過に関する一連のデータを収集・分析する必要性を指摘する意見が相次いだ。

アウトカム評価としては、「心肺機能停止傷病者の一カ月後の予後」の指標の導入が課題とされた。一カ月後の「生存率」や「社会復帰率」が具体的な指標となる。心肺停止患者だけでなく、「外傷、心筋梗塞、脳卒中、敗血症」のアウトカム評価も行うべきとの意見が委員からあった。

災害医療については、熊本地震の経験などを踏まえ、保健医療調整本部を設置し、様々な災害派遣医療チームを調整するコーディネータ役の重要性が認識されるようになり、通知も出された。このため、災害派遣医療チームを



連携させる体制を評価する指標などを検討する。

これに関して、全日病常任理事の猪口正孝委員は、「災害医療では日頃の訓練が重要になるが、災害派遣医療チームやコーディネータ役を含めた行政の体制に関して、研修を行っているかを何らかの形で評価すべきではないか」と提案。他の委員からも賛同を得た。

そのほか、BCP(業務改善計画)やEMIS(広域災害・救急医療情報システム)を有効に活用する態勢に向けて、議論していく方針が示された。

□日本施設基準管理士協会からのお知らせ

「施設基準管理士」資格認定に向けた講習会

「施設基準管理士」認定試験をクリアするための学習の場です

- 東京会場(1) 8月22日(木)～23日(金) CIVI研修センター日本橋 6F Hall N600
- 福岡会場 8月29日(木)～30日(金) 麻生塾福岡校 6号館 6階キャンパスホール
- 大阪会場 9月12日(木)～13日(金) CIVI北梅田研修センター 5F Hall 501
- 東京会場(2) 9月24日(火)～25日(水) CIVI研修センター日本橋 6F Hall N600

ご好評につき追加開催決定!

施設基準読み解きセミナー

- 東京会場 10月25日(金) 東医健保会館 大ホール

第2回 施設基準管理士認定試験

開催日: 11月30日(土) (東京会場) 東京工科大学 (大阪会場) 大阪商業大学



お申し込みは先は右記のQRコードから確認できます

お問い合わせ

TEL 03-5319-3640



一般社団法人 日本施設基準管理士協会

〒112-0011 東京都文京区千石 4-17-10 産労文京ビル

<https://www.shisetsukijun.org/>

医師養成過程を通じた偏在対策や働き方改革を議論

社保審・医療部会

応召義務の研究で個別事例を整理

厚生労働省は7月18日の社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)に、医師養成過程を通じた偏在対策や医師の働き方改革関連の最近の動向を報告した。地域医療構想と偏在対策、働き方改革を三位一体で推進することを厚労省は目指すとしている。しかし、医師偏在対策や医師の働き方改革が医療提供体制に与える影響は大きく、実現の難しさを懸念する意見が委員から相次いだ。

医師養成過程を通じた偏在対策としては、①医学部入学時点②医学部教育③臨床研修④専門研修⑤開業時の対応がある。

入学時点では、医師が少ない地域で働くことを義務づける「地域枠」の拡充を図る。具体的には、医学部入学定員のうち、新たな医師偏在指標で設定される医師少数区域等に勤務する地域枠・地元出身者枠を増やすとしている。2022年度以降の医学部入学定員は改めて医師需給推計を行った上で、検討することになる。

これに対し日本医療法人協会副会長の太田圭洋参考人は、「働き方改革を行える人員を確保するためにも、2022年度以降の医学部入学定員の見直しでは、医師を増やす方向での議論が必要」と抑制の方向性の再考を求めた。

また、他の委員は、「外国の医学部を卒業し日本に戻る医師が増えて年百人単位で一学校分に相当する規模になったとき。入学定員の人数が問題になる中で何らかの対応が必要」と指摘した。外国の医学部を出て、日本の国家試験を受け医師になる学生が、ハンガリーなど東欧で特に増えているという。厚労省は「問題意識はある」との見解を示し、今後何らかの対応が必要であるかを検討する姿勢を示した。

学部教育では、医師免許取得後にできるだけ早く臨床に携われるよう、実習に重点化した共用試験を重んじた共用試験(CBT・OSCE)を公的にすることや、医学生が行うことができる医行

為の拡充を検討する。

これに関して、日本精神科病院協会会長の山崎學委員は、「医学部段階でスチューデントドクターとして侵襲性の高い医行為を行うのであれば、医師の仮免許のような仕組みが必要ではないか」と質問した。厚労省は検討次第で、「法的な対応が必要になる可能性がある」と説明した。

臨床研修では、必修診療科、臨床研修病院、マッチングの設定方法などを見直す。都道府県別の募集定員上限の変更でも、大都市のある都府県への偏在を防ぐ上限設定をさらに厳しくする方向だ。専門研修でも、日本専門医機構が行う研修で、医師の過不足に応じた都道府県の診療科別上限数を設けるとともに、医師不足県に配慮した研修プログラムを作成する。

委員からは、総合診療専門医の育成に期待する意見とあわせ、今後順調に増えていっても、当面の医師不足に対応するのは時間的に無理であるため、総合的な診療能力のあるかかりつけ医や病院勤務医をどう増やしていくかが課題との意見が相次いだ。

開業時については、診療所の開業が都市に集中していることを踏まえ、開業の際に外来の充足状況を伝える仕組みをつくり、それでも開業を選ぶ場合に在宅医療などの実施を求める。ただ、厚労省は、開業を規制するものではなく、開設者の自主的な判断を促す仕組みであることを強調した。

医師の働き方改革はバンドラの箱

医師の働き方改革に対しては、「医師の働き方改革に関する検討会」が報告書をまとめたことを踏まえ、医事法制での対応をまとめ、来年の通常国会に法案として提出するために、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」などを開催し、検討を進めていることが報告された。

委員からは、「医師の働き方改革は医療界のバンドラの箱を開けるような

もの。今まで病院は医師のサービス残業や過重労働に頼る現状があった。それを変えるのであればきちんとした給料を払える診療報酬が必要だ」、「過重労働などで吸収してきたスポンジのようなものがなくなってしまう。それを他で吸収できるかという難しい」などの懸念が改めて示された。

応召義務の法的解釈で個別事例示す

同日の医療部会に、「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈に関する研究」の結果が報告された。

2018年度の厚生労働研究事業として、岩田太主任研究者(上智大学教授)を中心とした研究班がまとめたもので、「医師の働き方改革に関する検討会」に中間整理との位置づけで昨年9月に説明した内容に追加している。応召義務に関する概念的な整理は変わらないものの、「診療しないことが正当化される事例」を具体例で示した。

応召義務は、医師法第19条に規定されている。研究結果では、応召義務の法的性質について、①医師法に基づき医師が国に対して負担する公法上の義務だが、刑事罰は規定されておらず、行政処分の実例も確認されていない②私法上の義務ではなく、医師が患者に対して直接民事上負担する義務ではない③ことを確認した。

一方で、医療の実態として「診療の求めがあれば診療拒否をしてはならない」という個々の医師の職業倫理・規範として機能している側面がある。社会的要請や国民の期待もある。このため、純粋な法的効果以上に、医師個人や医療界に大きな意味を持ったことが、「医師の過重労働につながってきた側面がある」と指摘した。

その上で、応召義務があるからといって、「当然のことながら、際限のない長時間労働を求めていると解することは当時の立法趣旨に照らしても正当ではない」とした。中間整理で、こ



のような解釈が示されたことから、医師の働き方改革を議論する上では、時間外労働の上限の設定において応召義務に捉われずに、医師の働き方の特殊性を考えることになった経緯がある。

厚労省は今回、これらの概念的な整理を踏まえ、「個別ケースごとに改めて体系的に示すことが必要」と指摘。今回の研究報告書を基に、一覧性を持たせた解釈通知を年内に都道府県に発出し、医療機関に周知を求める方針を示した。

今回、具体例で示された「診療しないことが正当化される事例」は、これまでの民事裁判例から、現代における正当化事由を示したものの。重要な要素として、患者の病状の深刻度による緊急性をあげ、それとの関係で診療時間や患者と医療機関・医師の信頼関係を考慮すべきとしている。

例えば、緊急対応が必要な救急医療でも、診療時間外であれば、応急的に必要な処置を取るべきだが、原則、公法上・私法上の責任は問われない。診療した場合は民法上の緊急事務管理に当たるとした。病状が安定していれば、診療しないことに問題はない。他の診療可能な医療機関に紹介することが望ましいと整理している。

そのほか、診療時間内であっても、クレームを繰り返すなど迷惑行為があり、信頼関係が喪失している場合は、新たな診療を行わないことが正当化される。医療費不払いでも「悪意のある未払い」であれば診療しないことが正当化される。また、医学的に入院の継続が必要ない場合は、退院させることが正当化されるとしている。

「地域枠」の医師5名に対し「妥当ではない」と判断

医道審・臨床研修部会

採用した臨床研修病院にペナルティ

医道審議会医師分科会・医師臨床研修部会(桐野高明部会長)は7月3日、地域医療への従事要件が課されている「地域枠」で医学部に入学したにもかかわらず、従事要件が課された地域以外の臨床研修病院に採用された5人の全員を「妥当ではない」と判断した。医師本人に対するペナルティはなく、採用した臨床研修病院への補助金減額などが今後検討される。

今回、「地域枠」の趣旨に合わない臨床研修医を採用した臨床研修病院として、同部会への出席を求められたのは、◇東京医科大学病院(東京)◇新松戸中央総合病院(千葉)◇製鉄記念広畑病院(兵庫)◇相模原協同病院(神奈川)◇沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの5病院。

「地域枠」では基本的に、医学部入試の段階で一般入試とは別枠で応募・採用が行われ、医師になれば卒業、特定の地域に勤務し地域医療に従事するという要件が課される。就学金が貸与されることが多いが、奨学金貸与がない場合もある。

政府は医師不足問題を背景に医学部入学定員に占める「地域枠」の人数を

増やしてきた。2017年度で9,420人の医学部定員のうち、17.8%の1,674人が「地域枠」である。

ただ、これまでの「地域枠」では、「一般枠」と「地域枠」を厳密に区別せずに「地域枠」で採用していた大学医学部や、地域医療従事要件を明確に定めていない場合などがあった。このため、「地域枠」で医学部を卒業しても、医師が足りない地域の地域医療に従事せず、地元の都会に戻ってしまうケースなどがあった。

また、「地域枠」における奨学金貸与の契約は、民法に基づく金銭貸借契約のため、奨学金を返せば、地域医療従事要件は解除されると考える医師もいるという。厚労省は民法上の法的責任はなくても、道義的責任は残るとの考えを示している。

医師偏在対策を進める上で、「地域枠」の役割はますます重要になる状況にあり、「地域枠」の運用の厳格化が求められている。

5病院からのヒアリングによると、各病院で都道府県との連携不足や研修医自身の説明不足など様々な事情があったものの、「地域枠」の趣旨が十分

理解されているとは判断されず、いずれについても「妥当ではない」との結論になった。全日病副会長の神野正博委員は、「地域枠学生は地域医療に従事することを希望した別の学生を落とすとして、医学部に入学した。奨学金は返したとしても地域医療に従事しなければ、道義的責任がある」と述べた。

また、現状で、医師本人に対するペナルティはなく、採用した臨床研修病院に対してのみペナルティがある。このため、「地域医療従事要件を果たさないと卒業できないなど、医師本人に対するペナルティも検討すべき」と主張した。

5病院に対して「妥当ではない」との結論になったため、厚労省は今後、補助金減額などのペナルティを検討する。ただ、入学当時の募集要項に明確な地域医療従事要件を書かなかった大学医学部もあり、ペナルティには軽重が設けられる見通しだ。

JAMEPのGM-ITEを議論

同日は、シームレスな医師養成に向けた対応として、臨床研修における臨床能力評価体系も議論した。NPO法



人日本医療教育プログラム推進機構(JAMEP)による基本的臨床能力評価試験(GM-ITE)についてヒアリングを行った。

医師の養成においては、臨床実習と臨床研修の充実を通じ、基本的な診療能力の習得が早期に可能になる体制を目指している。ただ、現行の臨床研修では明確な評価の基準がない。一方で、昨年成立した改正医療法等は、公布後3年以内に、医師の資質の向上がより実効的に図られるよう、臨床研修のあり方を検討することを要請した。

ヒアリング後の議論の結果、臨床研修医の評価として、JAMEPの基本的臨床能力評価試験等の客観的能力試験の活用を推奨することを了承した。なお、令和2年度から臨床研修制度を大きく見直すことになっている。

第61回全日本病院学会 in 愛知

第61回全日病学会を名古屋で開催 テーマは『矜持～今こそ示せ、医療人のプライド～』

全日本病院協会が主催する「第61回全日本病院学会in愛知」(太田圭洋学会長)が、9月28、29日の2日間にわたって、愛知県支部の担当で、名古屋市内の名古屋国際会議場で開催される。61回目の学会の開催に当たり、実行委員会(今村康宏実行委員長)は『矜持～今こそ示せ、医療人のプライド』をテーマに掲げた。

愛知県支部長である太田学会長は、学会テーマについて次のように述べる。「私自身の問題意識として、今進められている医療改革は中小民間病院にとって極めて厳しいものであり、これにしっかり向き合っていかなければならないという思いがある。大切なのは、我々民間の医療機関が地域の医療を守ってきたというプライドを持つことであり、矜持を保って改革に向かい合っていかなければいけない」。

地域医療構想、医師の働き方改革、医師の偏在対策、さらに専門医制度に関連する改革が進行中であり、これらはいずれも民間病院の経営環境に深くかわるテーマである。太田学会長は、愛知学会でこれらの課題を積極的に取り上げ、タブーなく議論したいという思いである。

第61回学会のプログラムは、ほぼ固まり、学会ホームページで公表されている。太田学会長の言葉の通り、民間病院を取り巻く状況を認識するために、様々な課題を正面から取り上げるプログラムとなっている。特に1日目午後に行われるシンポジウム「官民格差徹底討論！」は太田学会長の発案によるもの。公立・公的病院と民間病院のそれぞれの立場を代表する演者が登壇し、お互いの言い分をぶつけて忌憚なく議論しようという企画であり、必見である。

本号では、7月1日号に掲載した学会企画に続き、委員会企画の概要を紹介するので、参照されたい。各委員会とも、それぞれ当面する課題について意欲的なテーマを設定している。このほか、22のランチョンセミナーが用意され、病院運営に関わる多彩な話題が提供される。

愛知学会にふるって参加を！

会場は、県内随一の設備を誇る名古屋国際会議場だ。1,500人を収容するセンチュリーホールをはじめ12の会場を使用し、すべてのセッションが同会議場で開催される。名古屋駅からJR・地下鉄で15分あまり。最寄り駅の名城線・西高蔵駅または名港線・日比野駅から徒歩5分の地にある。

また会議場近くには、熱田神宮をはじめ白鳥庭園や宮の渡し公園など観光名所も多い。熱田神宮は伊勢神宮に次

ぐ大宮であり、三種の神器の一つである草薙神剣をまつる。国宝80点を所蔵する熱田神宮宝物館もあり、この機会に足を伸ばしてみたい。

第61回学会の演題登録はすでに終了し、一般演題として456題が登録された。

事前参加登録の締切りは8月23日に迫っている。第61回全日本病院学会に全国からふるって参加されたい。

委員会企画

医業経営・税制委員会

「医療における税制について」

座長：中村康彦(医業経営・税制委員会)

猪口雄二(全日病会長)

川原丈貴(株式会社川原経営総合センター)

佐々木裕介(厚生労働省医政局総務課)

広報委員会

「病院ブランディングと街づくり」

座長：高橋肇(広報委員会)、小森直之(広報委員会)

浜脇澄伊(浜脇整形外科病院)

宇野雄祐(大同病院)

譜久山剛(ふくやま病院)

医療保険・診療報酬委員会

「将来に向けた診療報酬の在り方(仮)」

座長：津留英智(宗像水光会総合病院)

猪口雄二(寿康会病院)

西本育夫(横浜メディカルグループ)

河北真文(株式会社シーエイチシー)

医療の質向上委員会

「医療安全管理体制相互評価の意義と対応」

座長：飯田修平(医療の質向上委員会)

永井庸次(ひたちなか総合病院)

藤田 茂(東邦大学 医学部)

小澤里美(磐田市立総合病院)

金内幸子(練馬総合病院)

人間ドック委員会

「医療職のためのこれからの特定保健指導」

座長：西昂(人間ドック委員会)

岡田邦夫(健康経営研究会)

津下一代(あいち健康の森健康科学総合センター)

医療従事者委員会

「病院事務長研修及び看護部門長研修の成果-代表演題の発表-」

座長：井上健一郎(医療従事者委員会)、池上直己(医療従事者委員会)

コメンテーター：萩原正英(日本経営支援センター)

江坂亮(かしま病院)

野口真由(堀口記念病院)

病院機能評価委員会

「今こそ示せ、機能評価認定病院のプライド」

座長：木村厚(病院機能評価委員会)

谷中景子(千春会病院)

後藤健志(総合大雄会病院)

岡村紀宏(西岡病院)

腰塚洋介(美原記念病院)

木村ひろみ(木村病院)

介護医療院協議会

「今こそ目指せ、介護医療院」

座長：土屋繁之(土屋病院)

眞鍋栄(厚生労働省)

猿原大和(湖東病院)

本郷俊之(土屋病院)

本庄弘次(本庄内科病院)

救急・防災委員会

「マスマスガザリングと爆発災害」

座長：林秀樹(救急・防災委員会)、山本保博(救急・防災委員会)

齋藤大蔵(防衛医科大学校 防衛医学研究センター)

富岡譲二(米盛病院)

小井土雄一(国立病院機構災害医療センター)

奥寺敬(富山大学大学院危機管理医学)

医療事故調査制度支援等担当委員会

「医療事故調査制度と医師法21条の解釈」

座長：飯田修平(医療事故調査等支援担当委員会)

永井庸次(ひたちなか総合病院)

長谷川友紀(東邦大学医学部)

宮澤 潤(宮澤潤弁護士事務所)

安藤高夫(全日病副会長)

プライマリ・ケア検討委員会

「地域に求められる病院総合医」

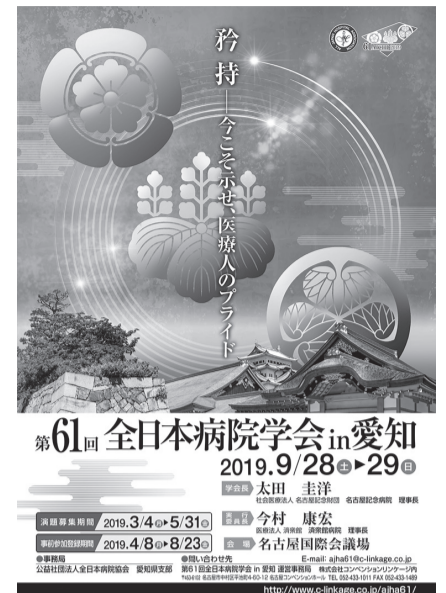
座長：牧角寛郎(プライマリ・ケア検討委員会)、井上健一郎(プライマリ・ケア検討委員会)

前野哲博(筑波大学地域医療教育学)

南郷栄秀(JCHO城東病院)

須田雅人(赤枝病院)

陰山 寛(長崎北病院)



病院のあり方委員会

「医療現場の効率化」

座長：徳田禎久(病院のあり方委員会)

長谷川友紀(東邦大学医学部)

飯田修平(練馬総合病院)

織田良正(織田病院)

大崎充子(美原記念病院)

看護師特定行為研修委員会

「今こそ示せ、『看護師の特定行為研修』修了者のプライド」

座長：神野正博(看護師特定行為研修委員会)

習田由美子(厚労省医政局看護課)

戸崎亜紀子(星総合病院)

谷口繁樹(織田病院)

山本美保(恵寿総合病院)

外国人技能実習生受入事業

「外国人材の受入れについて」

座長：山本登(外国人材受入事業)

須田雅人(赤枝病院)

大田泰正(大田記念病院)

Mr.VU DUC THINH (TOCONTAP SAIGON JSC)

高齢者医療介護委員会

「認知症の症状が進んできた段階における対応と連携」

座長：木下毅(光風園病院)

影山聖子(土屋病院)

小椋静磨(美原記念病院)

平川淳一(平川病院)

「第61回 全日本病院学会 in 愛知」の開催概要

開催日◎2019年9月28日(土)・29日(日)

学会長◎太田圭洋(社会医療法人名古屋記念財団 名古屋記念病院理事長)

実行委員長◎今村康宏(医療法人済衆館 済衆館病院理事長)

会場◎名古屋国際会議場(名古屋市中村区熱田西町1番1号)

事前参加登録◎2019年4月8日(月)～8月23日(金)

参加費◎

| | 協会会員 | | 一般 | 学生 |
|------|---------|---------|---------|--------|
| | 理事長・院長 | 左記以外の方 | | |
| 事前登録 | 32,400円 | 10,800円 | 12,960円 | — |
| 当日登録 | 38,000円 | 13,000円 | 16,000円 | 2,000円 |

懇親会◎2019年9月28日(土) 18:30～

名古屋観光ホテル 3F「那古の間」

| | 参加費 |
|------|--------|
| 事前登録 | 2,160円 |
| 当日登録 | 3,000円 |

*事前参加登録は、オンライン登録にて受付ています。

<https://reg.c-linkage.co.jp/ajha61entry/>

*宿泊予約は、学会ホームページの「宿泊案内」よりお申込みください。

<https://amarys-jtb.jp/ajha61/>

名古屋国際会議場



十勝型地域包括ケアシステムを目指して

地域包括ケアシステムを構築するには、地域に密着した医療を提供する病院の役割が欠かせない。一方、地域包括ケアシステムに標準的モデルはなく、地域の実情を踏まえて関係者がつくりあげていくものとされる。全日病会員病院の地域包括ケアの取り組みを紹介するシリーズの第1回は、北海道帯広市を拠点とする博愛会開西病院。十勝医療圏における地域包括ケアの取り組みについて、細川吉博常任理事に報告していただいた。

はじめに

NHKの連続ドラマ「なつぞら」のロケ地である十勝の人口は約35万人、牛は37万頭、広大な自然の中で暮らしている。十勝医療圏の特徴は、北海道で唯一、2次医療圏と3次医療圏が重複している地域であり、人口密度が低く、1市16町2村で構成されるが、人口10万人を超える都市は帯広市のみである。

当院の病棟構成は急性期、回復期、医療療養型、地域包括ケア病床のケアミックスの196床であり、地域包括ケア病床は2016年4月に急性期より10床を転換した。ちょうど2016年頃からDPCの導入などに伴い、各病棟とも病床稼働率が低下した時期であった。実際のところ、地域包括ケア病床の運用を始めてから他院からの紹介で入院される割合が増え、転換当初はサブアキュートとポストアキュートの比率でみると7割近くがポストアキュートであった。他院からの紹介が増えたこともあって、高齢者の比率が高く1日の平均リハビリ単位数は、患者さんの体力的な問題でリハビリできないケースもあったが、工夫を重ねリハビリの平均単位数は増加することが出来た。また、退院先は、施設に帰る人が増える傾向にあった。

ポストアキュートからサブアキュートへ

当院の地域包括ケア病床数は10床と少なく、ポストアキュートの患者さんへのリハビリと退院支援に偏るきらいがあり、サブアキュート機能は地域包括ケア病床よりも急性期病棟での対応になりがちであったため、地域包括ケア病床にサブアキュートを増やす方向へ進めた。平均リハビリ単位数を保ちつつ、どうリハビリを充実させるかを考えた。疾患別リハビリの要件が1日平均2単位以上であることが、ポストアキュート機能が大半を占める理由となっており、平均単位数に届かない場合の対策を講じ、さらに疾患名のつかないリハビリを確立する必要があった。リハビリスタッフを増やし、彼らのモチベーションも上げていくことが重要であった。

その結果、当院の急性期病棟と他院からのポストアキュート機能に加え、当院関連の施設や在宅、地域包括ケア協議会の関連の施設からのサブアキュート機能が主となり、さらに退院に向けて相談課を通じて退院支援を強化した。地域包括ケア病床を始めたことで、地域のニーズにこれまで以上に応える体制づくりが出来てきたと感じている。

医療ソーシャルワーカーが地域包括ケアの起点に

疾病や障がいをはじめ高齢であることで生活のし難さが生じてしまうことがある。どのような状況や状態になったとしても、その人らしく生活が出来る地域になることを願ってやまない。

当院が医療機関として疾病に対して治療の対応をすることは当然だが、生活上の問題に対して、法人グループ内の老人保健施設やグループホーム、小規模介護老人福祉施設といった入所施設では、自宅で介護困難な方の生活の再構築にかかわっている。また、訪問看護、通所リハビリテーション、(看護)小規模多機能型居宅介護、デイサービス等の在宅サービスで住み慣れた自宅での生活を支えることが出来る場合も多い。

しかしながら、未だに各種サービスがどのように提供されているか、当事者でなければ理解していない状況も伺える。医療側は介護の領域が、介護側は医療の領域が分からないことで齟齬が生まれることは必然であり、この溝を埋める働きが必要である。

当院においては、医療ソーシャルワーカーの役割がこれに当たると考える。本人やその家庭の抱える様々な問題や不安に向き合い、本人や家族の持つ力を引き出しながら、地域の社会資源を活用することで住み慣れた環境での生活を継続することが主な業務である。医療機関と介護現場の橋渡しをすることも多いため、地域包括ケアシステムの構築のための起点となる役割ではないだろうか。

医療機関においては、医師、看護師、薬剤師、リハビリ、医療ソーシャルワーカー等の多職種で患者に寄り添い、住み慣れた地域での生活が継続できる地域の実現が目標であり、願わくば当法人の取り組みが十勝の地域包括ケアシステムを牽引できるようこれからも尽力したい。

十勝地域で入退院連携ルールを運用

北海道総合保険医療協議会地域医療専門委員会在宅医療小委員会において在宅医療の提供体制を議論している。既存の二次医療圏の区分けでは生活実態に合致しないことや、広域になるとデータ分析がしにくいという意見から、二次医療圏と市町村の中間の「地域単位」を設定することとなった。十勝地域は帯広市、東十勝(豊頃町、浦幌町、池田町、幕別町)、西十勝(新得町、清水町、芽室町、鹿追町)、南十勝(広尾町、大樹町、更別村、中札内村)、北十勝(上士幌町、士幌町、音更町、本別町、足寄町、陸別町)に分類する修正案を提案している。行政としてもデータ集めの圏域を検討している段階で、地域包括ケアシステムの実現に向けて実情把握をしている段階であろう。

そのような状況の中でも、より具体的な連携体制の構築を目指した取り組みの一例がある。「十勝地域における入退院時の連携ルール」の作成と運用だ。十勝地域における要介護状態の人(今後要介護状態となるリスクがある人も含めて)が、病気の悪化等を理由に病院へ入院することになっても、安心して入院・退院が出来ることを目指

すとともに、そのために必要な病院、市町村、地域包括支援センター、介護保険サービス

事業所の介護支援専門員が相互に連携し、医療と介護の切れ目のない支援体制を構築するため2017年度より運用を開始している。

各病院の窓口紹介や情報提供時期、カンファレンスの開催時期の目安を示し、病院側が必要とするケアマネからの情報と、ケアマネ側が求める病院からの情報の主な内容を提示し参考様式も例示している。2019年7月に改定を行い、今後もブラッシュアップする予定となっているため、更なる連携の強化に期待したい。

地域包括ケアシステムを進める様々な取り組み

当会の特徴的な取り組みをいくつか紹介すると、『博愛会 地域総合支援センター ささえ愛』がある。これは、介護の相談窓口であり、相談内容に沿って様々なサービスをコーディネートし、施設や在宅のサービスを提案する。また、健康教室、予防教室などの出前講座を実施し、ワンストップ型でどんなことでもいつでも対応できる体制としている。

次に『ありが隊』と命名した活動がある。サービスの担い手不足に対応すべく、社会経験豊富で元気な地域住民の力を借りたいと考えて始めた取り組みだ。アクティブシニア世代向けに募集をしたところ、多くの応募があり、現在、総勢39名が自由に時間と曜日を選び活躍している。地元の行政でもモデルとして取り上げられた。現役世代の労働力が減少する中、出来る範囲だけでも担ってくれることに感謝し、また活動に参加する高齢者も使命感と役割をもって住み慣れた地域で元気で暮らせることをありがたいと言う。活動・活躍の場の提供が出来ている。

また、地域での特徴的な取り組みとして、「白樺通り地域包括ケア協議会」がある。これは、帯広駅から西側の生活圏域をつなぐ「白樺通り」の沿線に事業所を構える医療・福祉・介護の10事業者によって、2015年10月に発足したもので、地域住民参加型の研修や意見交換会、職種別研修会などを年数回開催している。今年度からは地域の651床を有する急性期病院が新築移転に伴い白樺通り沿線になったことで、当協議会に参加することとなった。さらに介護事業所の新たな加入もあり、急性期から回復期へ、そして維持期及び慢性期への連携構築に一層拍車がかかることを期待している。

毎月開催している協議会事務局会議では新たに参加することとなった開業医の先生より「施設の種類はある程度分かっても、事業所ごとの特徴や医療職の配置までは把握できず、外来での処置や内服管理等の指示出しに困ることもある。地域に根ざした医療を志して開業した自分でもこの程度なため、大きな病院の医師はもっと分からない



開西病院の外観

だろう」との意見があった。医師が地域の社会資源全てを網羅的に把握することは困難であろう。よって担当介護支援専門員や病院・施設で連携業務に携わる職員が窓口となる仕組みを地域で確立することが急務であると考ええる。

このほかに地域の医療・福祉・介護・行政に携わる有志が集まり、2010年7月より十勝連携の会(通称:てんむすの会)が活動している。これは「十勝型地域包括ケアシステムの構築」を目指して新たな医療・介護連携に取り組む任意団体である。「顔の見える連携」をキーワードに職種や所属機関の垣根を越えて、気軽に相談し合える場所や関係性を作るところから始まり、「誰もが安心して暮らせるまち」を実現するために多職種研修会や「ケアカフェとかち」、「見える(かもしれない)事例検討会」に取り組んでいる。2012年度～2014年度には有志の団体でありながら北海道の医療連携推進事業の実施団体の指定を受け「看取りの作法」「連携シート(おくすり手帳版)」「お口の課題チェック票」の成果物もある。

最近では、専門職同士の連携促進だけでなく、地域住民を対象とした「安心看取り劇」に取り組み、十勝管内各町村や札幌市、第25回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会で公演している。北海道のテレビ局にも取り上げられたこの活動は、地域包括ケアシステムの構築には住民の認識も変化しなければならないことを意識しての取り組みである。

広大な地域におけるサービス提供が課題

以上に述べた以外にも、十勝地域には様々な取り組みがあり、地域包括ケアシステムの構築に向けた関係者の意識も高い地域であると考えられる。

しかしながら課題もある。十勝の地形は、周囲を山脈と海に囲まれ、他圏域とは隔離されている。本州であれば一つの県に相当する広さがありながら、人口が集中しているのは帯広市と近隣3町のみといっても過言ではなく、広大な土地で訪問系や通所系のサービス提供に頭を悩ませている。訪問診療医が不足する中で、安価な施設への申し込みが殺到し、空きがあるのは高額な施設が多いという現実や、住民自身が入院を求めるため地域生活への移行が進みにくい等、課題は山積している。

悲観するだけではなく、様々な取り組みの中でこれまで培ってきた土壌を活かし、「地域の顔の見える連携づくり」に向けて、今後一層の連携を図り、介護保険サービスの充実も大切だが、予防的な考えも取り入れ、北海道十勝の地域包括ケアシステムの構築に内側から貢献したい。

遺伝子パネル検査に基づく治療で事前審議を実施

厚労省・患者申出療養評価会議

全国11病院で実施できる研究計画書を議論

厚生労働省の患者申出療養評価会議(福井次矢座長)は7月10日、遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく複数の分子標的治療に関する患者申出療養の事前審議を行った。患者からの申し出があった場合に迅速に対応できるよう、複数のがん種・遺伝子異常の患者に対応可能な研究計画書をあらかじめ審議した。

がん遺伝子パネル検査は、6月1日から2製品が保険適用されている。先進医療としては、別の2種類のがん遺伝子パネル検査がすでに実施中だ。

パネル検査の結果、患者になんらかの遺伝子異常が発見され、効果が期待できる治療が見つかったも、適用外の抗がん剤である場合など、その治療が保険適用されているとは限らない。そのような患者が治療を受けたい場合に、患者申出療養を申請することが予測される。

こうした患者が、より早く治療を受けられるようにするため、昨年11月22日の同会議で、あらかじめ複数のがん種・遺伝子異常の患者に対応できる研究計画書を審議することを決めた。

事前審議での評価はあくまで暫定的なものであり、実際に、患者から患者申出療養の申請がなされた際には、同会議で改めて審議する。それでも、研究計画書の大枠がすでにできているため、通常であれば数か月かかる申請書類作成等の時間を短縮でき、治療までの時間を早めることができる。

今回、審議した患者申出療養の研究計画では、国立がん研究センター中央病院が研究代表医師と全体の調整を担う。がんゲノム医療中核病院を中心に、患者申出療養評価会議で協力医療機関として認められた施設が参加する。

対象患者は、治療不能な進行性の病変があり、標準治療が存在しない

か、標準治療が行われて中止された後の患者。年齢は16歳以上。患者申出療養の予定登録期間は5年間で、実施医療機関は、がんゲノム医療中核拠点病院としている。

現在、患者申出療養の実実施計画に載っている医薬品は、ノバルティスファーマ社の製品のみで無償で提供される。他社の製品についても、無償で医薬品を提供してもらえるよう国立がん研究センターが企業と交渉中だという。

医薬品ごとに、50症例を上限に、患者申出療養としての研究は終了する予定。その後、同会議が症例の解析結果を議論し、高い有効性が認められた医薬品は適応拡大・保険適用に向けて、早期に企業試験や医師主導試験の計画立案につなげるよう取り組む。

15症例集まった時点で、中間的に解析を実施し、有効ではない治療に漫然



と薬剤投与を継続する事態を防ぐ。

同日の審議では、がんゲノム医療中核拠点病院のみの実施だと、地域的な偏りが生じ、患者にとって不便であるとの指摘が構成員から出た。現時点でがんゲノム医療中核拠点病院に指定されているのは、国立がん研究センターと大学病院の全11病院。また、実施施設が少ないため、実施施設に患者が集中し、過大な負担が生じて研究が滞る可能性も指摘された。

患者への説明文書等における不備も指摘された。同会議は修正後の計画書を次回会議で再度確認し、評価結果をまとめる。次回の会議は、書面での開催になる可能性もある。

医師の業務のタスク・シフティングで15団体が提案

厚労省・医師の働き方改革ヒアリング

厚生労働省は7月17日、2回目の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。日本専門医機構や日本外科学会、日本救急医学会など学術団体を中心に15団体が対象となった。

15団体のうち、9団体は医師の学術団体で、◇日本外科学会◇日本麻酔科学会◇日本皮膚科学会◇日本精神神経学会◇日本整形外科学会◇日本専門医機構◇日本医学放射線学会◇日本リハビリテーション医学会◇日本救急医学会一。医師以外の関連団体としては、◇日本理学療法士協会◇日本診療放射線技師会◇日本救急救命士協会◇日本作業療法士協会◇日本臨床衛生検査技師会◇日本薬剤師会一の6団体から意見をきいた。

医師の学術団体は、現在医師が担う業務のうち、看護師など他職種へ移管可能な業務を提案した。(日本外科学会)

「術後24時間以内の疼痛管理目的での麻薬性鎮痛薬」「定型的血液検査の指示入力」「胃管・EDチューブの挿入・管理・抜去」など(日本麻酔科学会)

「術前オリエンテーション・リスク評価、麻酔に関する説明」「術後痛評価・鎮痛薬調整提案・術前中止薬再開確認」「麻酔関連機器の修理・対応」など(日本皮膚科学会)

「臨床写真の整理、電子カルテへの取り込み」「軟膏処置、外用指導の補助」「爪切り、鶏眼処置、SPP測定、外用指導」など(日本精神神経学会)

「外来初診時、退院時、認知行動療法など精神科特殊療法としての精神療法施行時における診療記録代行入力」「精神科特殊療法としての精神療法の実施と診療録の記録」など(日本整形外科学会)

「書類・診断書・入退院サマリーの作成」「入院決定後の入院時指示」「非侵襲的検査の説明・同意書の取得」など(日本医学放射線学会)

看護師や放射線技士に「CT/MRI造影剤・IVR手技前ルート確保」「RI核種投与」など(日本リハビリテーション医学会)

「リハビリテーション保険診療に関係する各種書類の説明、交付業務」「リハビリテーション診療に関係する各種書類の草案作成」(日本救急医学会)

「救急室を主とする院内での診療補助」「集中治療室における診療補助」「体表の切創・挫創の洗浄と縫合処置」の項目における各種業務

日本専門医機構は、業務が複数診療領域にまたがる総合診療領域の役割などを説明した上で、他の診療領域の業務分担などの実態把握を行うとした。

医師以外の関連団体は、現在医師や医師以外の職種が担う業務のうち、当該職種に移管可能な業務を提案した。(日本理学療法士協会)

「急性期病棟における疾患別リハビリテーションの指示に関する運用」「リハビリテーション実施計画等の作成と患者への説明」「外来リハビリテーション患者に対する診察とカンファレンス業務の削減」(日本診療放射線技師会)

「RI検査医薬品注入後の抜針及び止血」「CTコロノグラフィの検査手技」「X線検診車で胃がん検診ならびに乳がん検診の包括指示での撮影」(日本救急救命士協会)

「観察(視触聴診)、バイタルサイン測定、心電計やパルスオキシメー

ターによる観察と測定、血糖測定器による血糖測定など33項目」(日本作業療法士協会)

「神経学的検査のうち、運動、感覚、高次脳機能、ADL、IADL等に関する検査」「病棟における生活行為の評価・指導」など(日本臨床衛生検査技師会)

「検査のための採痰」「検査のための眼脂等の採取」「検査のための外耳道から耳漏等の採取」など(日本薬剤師会)

「医師の処方関連業務の支援及び簡素化」「医師と薬剤師間の処方内容に関する問い合わせ等の簡素化」「薬物療法のモニタリングの実施とその結果に伴う処方内容の見直しの提案」などに関わる業務

一冊の本 book review

仮病の見抜きかた

著者●國松淳和
発行●金原出版株式会社
定価●2,000円+税

診療エピソードと医学的な解説、そして診療エピソードからなる10のストーリー。症例報告やケース・スタディでは伝わらない医師の「気持ち」が書かれており、疾患・病態について検討するという専門的な内容でありながら、非常に読みやすい。臨床医が「器質」を見抜くために、患者の何をみているのか。医療の質を高めるためにも、若手医師にとってはベテラン医師の経験知を得る機会が重要であり、またベテラン医師は初心にかえる機会も必要である。すべての医師に本書をお薦めしたい。(安藤高夫)

2019年度 第4回常任理事会の抄録 7月20日

【主な協議事項】

- 入退会の状況(敬称略・順不同)
 - 正会員として以下の入会を承認した。
 - 埼玉県 医療法人博仁会 共済病院 理事長 本松 茂
 - 埼玉県 医療法人積仁会 旭ヶ丘病院 理事長 古城 資久
 - 東京都 医療法人財団逸生会 大橋病院 理事長 岩田 正範
 - 神奈川県 医療法人社団総生会 麻生リハビリ総合病院 院長 菅 直樹
 - 神奈川県 社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテ

- シオン聖テレジア病院 院長 足立 徹也
- 岡山県 医療法人美甘会 勝山病院 理事長 竹内 義明
- 岡山県 医療法人薬師寺慈恵会 薬師寺慈恵病院 理事長 薬師寺 公一
- 他に退会が1会員あり、正会員は合計2,551会員となった。
- 各委員会委員長(案)を承認した。
- 【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、総会、保険医療材料専門部会、薬価専門部会、診療報酬改定

- 結果検証部会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」、「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」、「中央医療対策協議会」、「社会保障審議会医療部会」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」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
- 【3rd G : Ver.2.0】～順不同
- ◎一般病院1
 - 愛媛県 奥島病院 更新
 - 高知県 高知高須病院 更新
 - 熊本県 慈恵病院 更新
 - 宮崎県 和田病院 更新
- ◎一般病院2

- 栃木県 栃木県済生会宇都宮病院 更新
- ◎リハビリテーション病院
 - 大分県 大分リハビリテーション病院 新規
- ◎慢性期病院
 - 埼玉県 大生病院 更新
 - 徳島県 鳴門山上病院 更新
- 6月7日現在の認定病院は合計2,177病院。そのうち、本会会員は878病院と、認定病院の40.3%を占める。
- 討議事項として、「胃ろう・中心静脈栄養の現状について」をテーマに資料として、「療養病棟入院基本料・入院患者の現況(医療区分等)」などを用いて、意見交換を行った。

全国比例区で羽生田俊氏が再選はたす

第25回参議院選挙 武見敬三氏は東京選挙区で5期目の当選決める

第25回参議院選挙は、7月21日に投票開票され、自民・公明を合わせて与党で71議席を確保。両党とも前回の議席数を下回ったが、改選定数(124議席)の過半数(63議席)を上回った。自民党は、57議席(改選数67)、公明党は14議席(同11)。

野党を見ると、立憲民主党が17議席(改選数9)、国民民主党が6議席(同

8)、共産党が7議席(同8)、社民党が1議席(同1)、れいわ新撰組が2議席(同1)を獲得した。

日本医師連盟の組織内候補として自民党の比例代表に立候補し、全日病も支援した羽生田俊・元日本医師会副会長は15万1,522票を得て、同党の比例16位で2期目の当選をはたした。また、全国で有数の激戦区となった東京選挙

区(定数6)で立候補した武見敬三・元厚労副大臣は52万5,302票を得て6位で5期目の当選をはたした。

自民党の比例代表は、厚生労働関係者が多数立候補し、激戦となった。厚労関係で当選したのは、得票順に、石田昌宏・日本看護連盟幹事長(18万9,171票)、本田顕子・日本薬剤師連盟副会長(158,538票)、衛藤晟一・元厚

労副大臣(製薬業界が支援、15万3,609票)、羽生田俊氏の4人だった。比嘉奈津美・日本歯科医師連盟顧問は次点に泣いた。

他党の比例代表では、公明党の山本香苗・元厚労副大臣、日本共産党の小池晃・党書記局長らが当選した。

選挙区では、自民党の古川俊治・元党厚労部会長(埼玉)、丸川珠代・元環境大臣(東京)、島村大・元参院厚労委員長(神奈川)、太田房江・元厚労政務官(大阪)、馬場成志・元厚労政務官(熊本)、尾辻秀久・元厚労相(鹿児島)らが当選した。

控除対象外消費税問題の抜本的な解決求める

四病協・総合部会 税制改正要望まとめる

四病院団体協議会は7月24日に総合部会を開き、終了後に会見を行った。日本病院会の相澤孝夫会長が、来年度の税制改正要望や医師の働き方改革に伴うタスク・シフティングの四病協案をまとめたことを明らかにした。タスク・シフティングについては、7月26日の厚労省ヒアリングで発表している。

会見では内容は伏せつつ、医師から業務が移された職種で過重労働になることのないよう配慮したと述べた。

税制改正要望については、控除対象外消費税問題の抜本的な解決を求める。今年10月の消費税引上げに伴う対応で、診療報酬による補てんでは一定の精緻化を図ったが、病院にとってはこの問

題は解決していない。病院類型でみれば、概ね過不足なく補てんされるが、個別の病院単位では補てん不足が生じる。このため、診療報酬が非課税であることを見直し、控除対象外消費税問題以外でも、12項目をまとめ、近く厚労省に提出する意向だ。

また、地域医療構想の実現に向け、

総合部会では様々な意見が出た。地域医療構想調整会議の議論を行う上で、公立・公的病院は「公」でないと担えない機能に重点化し、代替可能性がある、民間が担うとの基本的な考えがある。しかし、実績の少ない公的病院が再編統合し、機能を強化すれば、逆に、民間と競合する病院ができる可能性がある。これに懸念を示す意見が総合部会では出ており、厚労省の地域医療構想に関するワーキンググループなどの動向を注視していくことを確認した。

シーリングを精査する協議会を8月に立ち上げ

日本専門医機構 11月に意見まとめ、厚労省に提出

日本専門医機構の寺本民生理事長は7月22日の会見で、今年度募集の専攻医から適用される診療科別の都道府県別上限設定(シーリング)について、設定の前提となる厚生労働省の推計を精査する協議会を8月中旬に立ち上げ、11月までに検討結果をまとめる方針を示した。厚労省推計に対しては、学会や都道府県から「肌感覚に合わない」

との疑念が生じており、検討結果を厚労省に報告し、改善につなげたい考えだ。

新たに導入するシーリングの前提になる数字は、医師偏在対策の議論の中で厚労省が推計したもの。医師の働き方改革を踏まえた労働時間で働く将来の医師数と現状の医師数を診療科別・都道府県別に推計し、その過不足をみ

ている。医師の労働時間が長い診療科は不足傾向に、短い診療科は過剰傾向に数字が出るので、相対的に労働時間が短い精神科などでシーリングがかかりやすくなる。また、医師偏在の是正も前提になるので、「充足感」がなくても、足りているとされる場合がある。

日本専門医機構は現場の実態を踏まえたシーリングの設定が必要と主張。

2021年度のシーリングに向けて、関係学会や人口動態の専門家に加え、厚労省担当者も参加する協議会を立ち上げる。各学会や自治体から意見聴取した上で、11月に意見をまとめる方針を示した。

また、専門研修の「1階部分」の基本診療領域と「2階部分」のサブスペシャリティのさらに上の「3階部分」の検討を進めていることを紹介した。ただ、厚労省の医道審議会・医師分科会医師専門研修部会は「2階部分」のサブスペシャリティについて、まだ認定を認めていない状況にある。

保険局長に濱谷浩樹・子ども家庭局長が就任

厚労省人事 鈴木医務技監、吉田医政局長らは留任

厚生労働省は7月2日、9日付発令の幹部人事(局長級以上)を発表した。鈴木俊彦・厚生労働事務次官は留任。保険局長には濱谷浩樹・前子ども家庭局長が就任し、医業・生活衛生局長には樽見英樹・前保険局長、年金局長には高橋俊之・前大臣官房年金管理審議官が就いた。厚生労働審議官には、土屋喜久・前職業安定局長が、大臣官房長には土生栄二・前大臣官房総括審議官が就任した。

健康局長には宮崎雅則・前大臣官房生活衛生・食品安全審議官、職業安定局長には小林洋司・前雇用環境・均等局長が就任した。雇用環境・均等局長

には、藤澤勝博・前政策統括官(総合政策、統計・情報政策、政策評価担当)、子ども家庭局長には渡辺由美子・前大臣官房審議官(医療保険担当)、人材開発統括官には定塚由美子・前大臣官房長が就任した。

政策統括官の「総合政策担当」には伊原和人・前大臣官房審議官(総合政策(社会保障)担当)、「統計・情報政策、政策評価担当」には鈴木英二郎・前国土交通省大臣官房審議官(土地・建設産業局担当)が就任した。

根本匠厚生労働大臣は2日の閣議後会見で、「女性の登用については、引き続き3名を本省局長級のポストに登

用する」と述べた。渡辺氏、定塚氏、吉本氏の3名が女性だ。

大臣官房総括審議官は田中誠二・前大臣官房審議官(労働条件政策、賃金担当)。大臣官房総括審議官(国際担当)は佐原康之・前大臣官房審議官(危機管理、科学技術・イノベーション、国際調整、がん対策担当)。中央労働委員会事務局長は吉本明子・前人材開発統括官が就任した。

鈴木康裕医務技監、吉田学医政局長は留任。宮川晃・前厚生労働審議官、宇都宮啓・前健康局長、宮本真司・前医業・生活衛生局長、苧谷秀信・前中央労働委員会事務局長は辞職となった。

そのほか、医療・介護関連の主要な新任課長は以下のとおり。

大臣官房厚生科学課長に佐々木昌弘・前健康局がん・疾病対策課長、医政局総務課長に佐々木裕介・前国立病院機構本部企画経営部長、医政局経済課長に林俊宏・前日本年金機構本部刷新プロジェクト推進室長、老健局介護保険計画課長に山口高志・前内閣府大臣官房参事官、老健局高齢者支援課長に齋藤良太・前国土交通省道路局総務課高速道路経営管理室長、保険局総務課長に宮崎敦文・前保険局医療介護連携政策課長、保険局保険課長に姫野泰啓・大臣官房付、保険局国民健康保険課長に熊木正人・前内閣官房内閣参事官、保険局医療介護連携政策課長に山下護・前大臣官房総務課企画官、保険局調査課長に仲津留隆・前保険局調査課数理企画官。

■ 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 |
|--|--|------------------------------|--|
| 全日本病院協会 DPC セミナー (DPC 分析事業「MEDI-TARGET」 活用事例報告会・無料体験会) (100名) | 2019年8月28日(水) 【全日病会議室】 | 無料 | 美原盤副会長の講演「DPCの今後およびDPCデータの活用について」を行い、その後は全日病DPC分析事業「MEDI-TARGET」の概要説明と院内活用好事例を報告。終了後には、「MEDI-TARGET」に直接触れられる無料体験会を実施する。 |
| 看護師特定行為研修指導者講習会 (東京会場) (50名) (仙台会場) (50名) | (東京会場) 2019年9月1日(日) 【TKP ガーデンシティ PREMIUM 秋葉原】 (仙台会場) 9月8日(日) 【TKP ガーデンシティ PREMIUM 仙台西口】 | 10,800円(税込) (昼食代、資料代含む) | 看護師特定行為研修の指導者として携わる予定の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等を対象。特定行為の質の担保を図るため、効果的に指導を行うことができる指導者を育成する。参加者には「修了証書」を発行する。 |
| 医療機関トップマネジメント 研修コース (30名) | 2019年9月～12月 【TKP ガーデンシティ札幌駅前】 | 324,000円(税込) (食事代、懇親会費含む) | 経済産業省の委託事業で開発したトップマネージャー向けの研修用教材と会員病院の取組みから作成されたケースを使用し、戦略的・効率的な医療経営を行うに当たっての実践的な知識や判断力の習得を目指す。全般的な講義後、参加者がグループワークで解決策を考えるケーススタディ方式。 |