



全日病 ニュース

2020.4.1

No.960

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

医療団体と厚労省が参加する協議会を設置

新型コロナウイルス オーバーシュート時に備え

厚生労働省は3月24日、全日病をはじめ17の医療関係団体が参加する新型コロナウイルス対応に関する協議会の初会合を開いた。冒頭に挨拶した加藤勝信厚労相は、オーバーシュートの発生に備えるため医療関係団体と厚労省の情報共有と協力関係の強化が重要であると強調した。

協議会は、厚労省医政局長と健康局長が主催する。政務三役のほか、厚労省審議官、内閣参事官、関係省庁も加わる。医療関係団体では四病協の各団体、日本医師会などのほか、感染症関連の学会などが参加する。

新型コロナウイルス患者が爆発的に増加するオーバーシュートが起きれば、地域の医療提供体制に過重な負担がかかり、医療崩壊が起きかねない。この

ため協議会では、患者数が大幅に増えた場合の体制整備を協議。都道府県が調整本部を設置し、専門的な医療従事者を集約し重点的に患者を受け入れる医療機関を選定することとした。厚労省が示した感染患者の発生予測に基づいてピーク時の入院患者・重症患者の数を算出。必要な医療提供体制を整備する。新型コロナウイルス感染者以外のすべての疾患の患者への対応を考慮した体制整備が求められる。

初会合で発言した全日病の猪口雄二会長は、「オーバーシュートが起きると、最初は一般病院や診療所に発熱した患者が押し寄せる可能性がある」と指摘。「PCR検査や発熱外来の対応を含め、体制整備を早急に行っていただきたい」と要望した。また、一般の救

急病院で患者を受入れると院内感染の懸念があるとし、「新型コロナウイルスの入院専門病院を設け、重症者を集約して受け入れる体制が必要」と述べた。政府も専門的な医療従事者を派遣し、外来診療を行わずに入院に重点化させる医療機関の指定を想定している。

さらに、「病院でもマスク・消毒液が不足している。増産の働きかけなど強力な対策を実行してほしい」と訴えた。

四病協が要望まとめる

3月25日の四病協・総合部会では、協議会の状況が報告されるとともに、加藤厚労相に対する要望書をまとめ、オーバーシュート時の医療提供体制について2点を要望した。

都道府県ごとに新型コロナウイルスの入院専門病院を設置し、専門病院に指定された病院の一般入院患者の転院



は、他の病院が受け入れる体制を確保するとした。また、トリアージ後に自宅待機と判断された陽性患者は感染防止を周知徹底しつつも十分な感染防止ができない場合は、「適切な施設」を確保する。その際には、DMAT・DPAT・JMAT・AMATなどが医療的支援を行うとした。

全日病HPに特設サイトを開設

全日病はホームページに「新型コロナウイルスに関する情報」の特設サイトを1月30日に設置。事務連絡をはじめ行政関係の文書を網羅している。https://www.ajha.or.jp/topics/novel_coronavirus/

自己申告等で通算した労働時間に基づき追加的健康確保措置

医師の働き方改革推進検討会 代償休息等の管理は医師が自ら行う

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3月11日、医師の働き方改革で時間外労働上限の暫定特例措置等が適用される医師への追加的健康確保措置の取扱いを議論した。複数医療機関に勤務する医師に対しては、本人の自己申告等により把握した「副業・兼業先での労働時間」を通算した上で、追加的健康確保措置を実施することを決めた。取扱いの詳細については、様々な意見が出ており、引き続き議論する。

年間1,860時間までの時間外労働を認める暫定特例措置等では、連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息など追加的健康確保措置が義務化される。複数医療機関で働く医師の時間外労働時間は通算されるのが原則で、一つの医療機関に勤務するのと同様に、追加的健康確保措置の実施が担保される取扱いを検討している。

労働基準法には労働時間の把握や管理そのものを義務付ける規定はない。このため、通算した労働時間は、医師本人の自己申告等によって把握する。ただ、政府が一般労働者の副業・兼業を推進する方向性にある中で、厚労省の労働政策審議会労働条件分科会で、実効性のある労働時間管理のあり方の議論が別途行われている。

医師に追加的健康確保措置を適切に

行う観点では、簡便な方法として、◇面接指導等を毎月あらかじめ決めておいた時期に実施する◇勤務間インターバル、代償休息等の日々の管理は医師自ら行い、定期的に医療機関に報告する一とした。

複数医療機関に勤務する医師に対し、どちらの医療機関で代償休息を取得させるかについては、面接指導の基本的な考え方があり、例えば、常勤と非常勤の場合は常勤で勤務している医療機関が実施する。そのような整理ができなければ、各医療機関で調整する。

代償休息は、同月内に取得する必要がある。所定労働時間中に取得する場合や勤務間インターバルの幅の延長で対応する場合がある。今回、厚労省は、「必要な疲労回復を目的とする代償休息の趣旨に鑑み、あらかじめ予定されていた休日も、代償休息として算入できる」ことを提案した。休日であっても、しばしば出勤を命じられる医師にとっては、確実に休息を取ってもらう観点で有効と、厚労省は説明したが、労働組合側の委員は難色を示した。

月の時間外・休日労働が155時間を超えた場合は、労働時間短縮措置を実施する必要がある。労働時間を把握するため、医師本人から月に一度、副業・兼業の労働時間の状況を報告してもらい、労働時間を通算し155時間を超え

ていれば、その翌月に短縮措置を講じる。こうした自己申告を基にした労働時間管理を可能とするため、医療機関は医師に対して、これらの取扱いを院内に周知する必要があるとした。

面接指導する医師は産業医でなくてもよく、その場合の産業医の役割も整理された。日本医師会の今村聡委員は、「産業医は臨床医を兼ねている医師が大部分。現実離れの仕組みを作ると、成り手がなくなる。どれだけの数が必要か。1回の面接でどれだけの時間がかかるかを想定すべき」と主張した。厚労省は、暫定特例水準等の指定を受ける医療機関数を想定し、全国で1万5,000人程度確保する必要があると回答した。

暫定特例水準等の医療機関は、「評価機能」により、3年に1度、訪問評価の受審が義務化され、労働時間の削減状況などが評価される。その「評価機能」の組織体制も整理された。既存の法人を指定し、地方事務所の必置は求めない。法人内に委員会を設置、厚生労働大臣による一定の関与を行うことで、中立性・客観性を担保する。次回会合で具体的な法人を示す予定だ。

医師労働時間短縮計画GLで骨子案

医師労働時間短縮計画策定ガイドラインの骨子案が示された。計画策定の



義務化は、暫定特例水準等の指定を受ける予定がなくても、時間外労働時間が年間960時間を超える医師が勤務する医療機関であれば、対象となる。第1期は2021年4月1日までの任意の日から2024年3月31日まで。労働時間とともに、任意項目を含め、労務管理・健康管理、意識改革・啓発の各事項を記載する。労働時間数の目標を設定し、時間短縮に取り組む。

また、医師の働き方改革に関する好事例が紹介された。

具体例として、◇Beaconによる勤怠管理システムで当直中の医師の実労働時間を自動集計(ペガサス馬場記念病院)◇「自己研鑽」や「業務外の研究」を整理し、一覧表で共有(聖路加国際病院)◇医師事務作業補助者を増員し、診断書の代行入力等を実施(美心会黒沢病院)◇夜勤を希望する医師以外は夜勤を免除し、当直専門の医師を非常勤で雇用。受入救急車数などに応じて手当を付与(八女発心会姫野病院)などが示された。

清話抄

最初に出会った職員が病院の最初の印象を作る

ご指摘やご希望等を広く募るために院内に設置した「提案箱」に「病院受付の印象がよくない、暗い」というご指摘が複数寄せられました。当院の受付

カウンターは、正面玄関と風除室の2つの自動ドアから院内に入り約5メートルの正面右側にあり、常時2~3名の医事課スタッフが立って受付業務をしています。

なぜそのような意見が寄せられたのか、原因を特定すべく実際に課題を理解した複数のスタッフが患者さま目線で病院玄関から入ってみると、正面玄関を経て院内に入ってから左右を見回し、右側の受付を見つけて近づくと受付カウンターのスタッフが俯き加減で

電子カルテ端末を真剣な眼差しで操作しており、カウンターの側まで近づいてようやく顔を上げるという立ち振舞いが一因のようです。そもそもひとの印象は1秒以内で決まると言われており、受付に近づくまでの数秒で悪い印象を与えてしまったのではないかと

院内で接客に関する向上プロジェクトチームを立ち上げ、利用者さまに対する一連の立ち振舞いについて元大手エアラインの客室乗務員経験者である職員を中心に議論を重ね「最初に出

会った職員が病院の最初の印象を作る」ことの重要性を含めた接客研修会を開催。全職員に参加してもらうために合計11回実施したところ、意義を感じた職員からは様々な提案が出されました。まだまだ改善途上ではありますが、最近では利用者さまからは「雰囲気明るくなった」という声を頂くようにもなりました。質の高い医療の提供だけでなく「心くばり」を添えることができる病院を目指したいと思っています。(江口有一郎)

主張

試されるローカルの力、個の力。

この原稿を執筆している令和2年3月4日現在、日本全国は新型コロナウイルス(COVID-19)対応一色です。今朝の国内感染者数は、クルーズ船を除くと、300名近くとなりました。当院のある広島県福山市での感染者発生も時間の問題でしょう。私自身、新型コロナウイルスに対応した事業継続計画(BCP)を連日スタッフと協議しております。

医療機関においては、サージカルマスク、N95マスク、ディスポーザブル

ガウン、アルコール等の除菌用品の不足が顕著となっています。また、安倍首相より全国一斉休校の要請がなされ、3月2日から福山市内も子どもたちの通学風景が消えました。学童保育の受け入れ数にも限界があるようで、出勤が難しいスタッフが出てきました。今後流行が拡大した場合は、感染症指定病院以外の病院でも患者を受け入れる必要が生じるでしょう。物品や人手が脆弱となる状況で、個々の病院が新興感染症に対応するのは不可能です。こ

の記事が皆様のお手元に届くころには、状況が落ち着いていることを切に願うばかりです。

今回の新型コロナウイルス騒動を通じて、私を感じていることは、ローカルの力がクローズアップされてきた、ということです。混乱の中、高いリーダーシップを発揮されている首長や企業経営者が存在感を高めています。ローカルの力は、集団ではなく「個の力」が大事になると考えます。異なる立場や状況において、考えられる最善の対処を行えるかどうか。個々が主体的に考えて行動し、ときに常識を疑いながら、変化し、課題を突破できるか。

日本人は、どちらかというと集団行動が得意でした。誰かの指示に従って、

文句をいわずに従順に働くことが、昭和時代には美德でもありました。しかしもうそれでは、国も組織も持続しないことが分かってきました。これは、「地域医療構想」に通じるのではないのでしょうか。それぞれの地域が、病院が、人口減少社会を「ジブングト」にできるかが、地域医療構想成功のカギとなっています。

新型コロナウイルス感染拡大という国難から、検討が遅れているオンライン診療や電子処方箋など、当院においても数々の課題があります。喉元過ぎても熱さを忘れないように、粛々と取り組んでいきたいと思っております。

(大田泰正)

外来機能の明確化で新たな報告制度を提案

厚労省・医療計画見直し等検討会

外来版地域医療構想

厚生労働省は3月13日の医療計画見直し等に関する検討会(遠藤久夫座長)に、入院における病床機能報告制度のような報告制度を外来でも創設することを提案した。18日には「医療資源を重点的に活用する外来」の項目に該当する医療機関の追加分析の結果が示された。該当割合が一定割合以上の医療機関の外来が、一般外来と異なる外来

に位置付けられる可能性がある。厚労省の提案は、病床機能報告制度を参考に、レセプト情報・特定健診等情報データベースを活用して、各医療機関が「医療資源を重点的に活用する外来」に関する機能を報告するもの。そのために、「医療資源を重点的に活用する外来」の類型・範囲を設定する。入院医療では機能分化・連携を目指す

地域医療構想があり、今回の提案はいわば外来版地域医療構想とも言える。

また、検討を進める背景には、昨年12月に全世代型社会保障検討会議が、受診時定額負担を義務化する大病院を200床以上の一般病院にまで拡大することを盛り込んだ中間報告がある。

一方、新たな医師偏在対策の仕組みでは、無床診療所の都市集中を防ぐことを主な目的に、地域医療構想調整会議を活用した協議の場を活用する仕組みがある。地域でニーズが満たされているにもかかわらず、開業を予定する医師にニーズの情報を提供し、判断材料にもらう仕組みだ。しかし、実効性が担保された仕組みとは言えず、新たな対応が求められている。

厚労省は今回、「医療資源を重点的に活用する外来」として、3類型を示した(左表参照)。類型①は、「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」、類型②は「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」、類型③は「特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来」である。

基本的には、手術や処置、麻酔などで診療報酬の算定状況で、医療資源投入量が多い外来をみている。また、「診療情報提供料Iを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合」など、必ずしも医療資源投入量が多くない場合の外来も含んでいる。

13日の資料で3類型の該当状況をみると、外来受診回数に占める類型①の割合は、すべての医療機関で2%、病院全体で7%、地域医療支援病院で11%、特定機能病院で10%。類型②の割合は、すべての医療機関で8%、病院全体で17%、地域医療支援病院で22%、特定機能病院で17%。類型③の



割合は、すべての医療機関で2%、病院全体で5%、地域医療支援病院で8%、特定機能病院で8%だった。

3類型のいずれかに該当する割合は、すべての医療機関で11%、病院全体で24%、地域医療支援病院で35%、特定機能病院で31%。3類型すべてに該当する割合が20%以上の医療機関の割合は、すべての医療機関で8%、病院全体で32%、地域医療支援病院で99%、特定機能病院で100%。3類型すべてに該当する割合が40%以上の医療機関の割合は、すべての医療機関で3%、病院全体で7%、地域医療支援病院で18%、特定機能病院で6%だった。

18日の資料では、診療所や病床別の病院の該当状況が示された。無床診療所の3類型のいずれかに該当する割合は6%、100~199床の病院で20%、200~299床の病院で23%。3類型すべてに該当する割合が20%以上の医療機関の割合は、無床診療所で4%、100~199床の病院で27%、200~299床の病院の割合は37%だった。人口規模別の各割合なども示している。

全日病副会長の織田正道委員は、「医療資源を重点的に活用する外来」とその他の外来を区別し、外来医療の機能分化を推し進めることに対し、「診療所と病院は現状でネットワークを作って、うまくいっている。地域差や19の診療科があり、地域は顔のみえる関係で連携しており、それを分断するルールを作るのは危ない」との懸念を示した。また、日本医師会の委員は、診療所を報告の対象に含めることに反対した。

(医療資源を重点的に活用する外来)の類型

類型① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

例えば、次のいずれかに該当する入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来を、類型①に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとしてはどうか。(例：がんの手術のために入院する患者が、術前の説明・検査や、術後のフォローアップを外来で受ける場合など)

- ▷ Kコード(手術)を算定
- ▷ Jコード(処置)のうちDPC入院で出来高算定できるもの^(※1)を算定
- ※1：6000cm以上の熱傷処置、4時間未満の慢性維持透析、体幹ギプス固定等、1000点以上のもの
- ▷ Lコード(麻酔)を算定
- ▷ DPC算定病床の入院料区分
- ▷ 短期滞在手術等基本料2、3を算定

類型② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

例えば、次のいずれかに該当する外来を、類型②に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとしてはどうか。

- ▷ 外来化学療法加算を算定
- ▷ 外来放射線治療加算を算定
- ▷ 短期滞在手術等基本料1を算定
- ▷ Dコード(検査)、Eコード(画像診断)、Jコード(処置)のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの^(※2)を算定
- ※2：脳誘発電位検査、CT撮影等、550点以上のもの

- ▷ Kコード(手術)を算定
- ▷ Nコード(病理)を算定

類型③ 特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来

例えば、次のいずれかに該当する外来を、類型③に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとしてはどうか。

- ▷ ウイルス疾患指導料を算定
- ▷ 難病外来指導管理料を算定
- ▷ 診療情報提供料Iを算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

再診時の病院受診時定額負担の徴収徹底を求める声

厚労省・医療保険部会

「200床以上の一般病院」は688病院

社会保障審議会医療保険部会(遠藤久夫部会長)は3月12日、病院受診時定額負担の拡大について議論した。現行制度では、再診時の定額負担の徴収が不十分と指摘する声が出た。

現行の受診時定額負担の制度では、初診5000円、再診2500円を最低金額として設定している。特定機能病院と400床以上(4月からは200床以上)の地域医療支援病院に徴収義務がある。4月からの現行制度の徴収義務の対象病院は666病院。

中間報告の「200床以上の一般病院」にまで拡大する案について、厚労省は、

一般病床200床以上の688病院が新たに拡大の対象になりうるとの解釈を示した。

日本医師会の松原謙二委員は、「病院からかかりつけ医に患者を紹介する制度が機能するようにすべき」と述べ、現行の受診時定額負担の制度では、再診時の徴収が不十分との認識を示した。

松原委員は、200床以上の一般病院全体にまで病院受診時定額負担の対象を拡大することに反対し、再診時の定額負担の徴収の徹底を求めた。

日本慢性期医療協会の池端幸彦委員も、「定額負担の徴収免除が認められ

る患者の要件の解釈があいまい。再診時の定額負担を徴収する医療機関は多くない」と指摘した。

保険者側の委員は中間報告の方向に賛成し、「200床以上の一般病院」の解釈について、「一般病床に限定すべきではない」との意見もあった。

徴収対象病院の範囲は医療部会でも議論されるが、委員からは「医療保険部会の意見も考慮すべき」との声があり、厚労省は「両部会の進め方は部会長と相談する」と回答した。

研究者の委員からは、定額負担の増額分を公的医療保険に入れる中間報告



の内容について「保険外で医療機関が徴収する費用を、強制的に保険財政に充てることを説明できるのか」との疑問があがった。他方、徴収額を都道府県が決定する仕組みを検討するよう提案する意見もあった。

同日の部会では薬剤自己負担の引上げについても議論した。保険給付範囲の見直し、償還率の変更などについて意見交換が行われた。

回復期と慢性期の診療実績データも分析

地域医療構想WG 公民の競合状況を明らかにする

厚生労働省の地域医療構想に関するワーキンググループ(尾形裕也座長)は3月14日、地域医療構想調整会議の活性化のため、回復期と慢性期についても病床機能報告制度による診療実績データを分析し、地域における公民の競合状況などを明らかにする方針を示した。高度・急性期の診療実績データも追加的に分析を行う。

回復期については、「回復期リハビリテーション機能」と地域包括ケア病棟など「その他の機能」の医療内容が異なるため、両者を区別する。厚労省は、「回復期は民間が主に担うことができる」と考えられるが、構想区域によっては公立・公的と民間医療機関が

分担し担わざるを得ない場合がある。地域における公民の競合状況を含めた現状を明らかにする必要がある」と指摘した。

診療実績データを分析する上では、診療報酬の入院料の算定に着目。回復期リハビリテーション入院料とそれ以外の入院料を区別する。厚労省の分析では、公民の競合状況は地域差が大きく、具体的事例を検討する際は、地域の実情に応じた判断が重要であることが強調された。

慢性期についても、地域差が大きい。また、病床機能報告制度では慢性期と報告した病棟のうち、約5%が6年後に介護保険施設などに転換を予定。こ

のため、介護保険施設などへの転換状況を把握しつつ、議論を進める。

高度急性期・急性期のデータはすでに分析結果が示されている。しかし、440弱の公立・公的病院に再編統合等の再検証を要請した際に、地元自治体などからの意見を踏まえ、厚労省は、「手術の一部や内科的な診療実績」や「人口が特に減少する区域に着目した分析」を追加的に実施する考えを示した。ただし、分析結果は、440弱の対象病院を決める際の基準に用いて、改めて対象病院を指定するわけではなく、調整会議への参考資料とする考えだ。

全日病副会長の織田正道委員は、「診療実績データの乏しい公立・公的病院



の公表は、地域の議論を活性化させるのに役立つ。関係者に働きかけ、取り組みを進めていくべきだ」と述べた。

地域医療構想の重点支援区域は1月31日に第1回目の選定が行われた。随時募集し、第2回目につなげる方針だ。基本的には、都道府県が調整会議で合意を得た上で、厚労省に申請。国は、データ分析など技術的分析と新たな病床ダウンサイジング支援など財政的支援を実施する。重点区域に選定された後の再編統合等の結論についても、「あくまで調整会議の自主的な議論によるもの」と、厚労省は強調した。

基本領域と連動研修ができるサブスペシャリティ領域認める

医道審・専門研修部会 内科、外科、放射線科で15領域

医道審議会の医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)は3月13日、日本専門医機構が認定するサブスペシャリティ23領域のうち、複数診療科を集約したものを含め、15領域を基本診療領域との連動ができる診療科として了承した。基本診療領域の研修期間は、地域医療への影響に配慮するため、適切な研修体制が構築されるよう、国や都道府県が意見を言えることになっている。同部会の了承により、機構認定のサブスペシャリティ領域が正式に認定された形だ。

行った。同日の専門部会ではWGの報告書を基に意見が交わされ、基本的にその内容を了承した。

報告書は、サブスペシャリティ領域について、①連動研修を行い得る領域②連動研修を行わない領域③少なくとも一つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域—の3類型に整理している。

内科は機構認定のサブスペシャリティ領域が15領域ある。このうち、「連動研修が行える領域」は8領域となった。具体的には、◇消火器内科◇循環器内科◇呼吸器内科◇血液内科◇内分泌代謝・糖尿病内科◇脳神経内科◇腎臓内科◇膠原病・リウマチ内科—である。ただし、消化器内科には、機構認定の「消化器病」、「肝臓」、「消化器内視鏡」を含めている。内分泌代謝・糖尿病内科には、機構認定の「内分泌代謝」、「糖尿病」を含めている。

器外科◇心血管外科◇小児外科◇乳腺外科—である。内分泌外科は連動研修を行わない。放射線科領域は放射線診断、放射線治療とも同様に、連動研修ができることになった。

また、サブスペシャリティ領域の専門研修は、年次や履修内容が厳格に定められているプログラム制ではなく、一時的に中断しても期間を置いて再開できるカリキュラム制を基本とする。ただし、連動研修の期間中はプログラム制になるとした。



厚労大臣の機構への意見まとめる

厚生労働大臣が機構に要請する意見をまとめた。基本的には、専門医制度が地域医療に悪影響を与えない配慮を求める観点で、意見をまとめている。

具体的には、◇総合的な診療を行う医師の数を一定数担保する制度とすること◇専攻医が都市部に集中しない仕組みを整備すること◇連動研修で地域医療への影響に配慮し、すべての都道府県で研修が行えることを確認すること◇総合診療専門医についても機構が認定するサブスペシャリティ領域を早急に検討すること◇カリキュラム性を選択した地域枠医師等については、指導医のいない施設での症例も一部認めること—などを盛り込んだ。

機構認定の専門医制度は、基本診療領域とサブスペシャリティ領域の2階建てだが、サブスペシャリティ領域については、同専門部会の了承を得ていなかった。実質的には、基本診療領域の研修期間で、すでに連動研修が行われており、このまま最終的に、機構認定のサブスペシャリティ領域として認められない可能性があった。

新たな専門医制度ができた背景には、従来の専門医は様々な専門医が標榜されながら、質の担保がなされず、国民にわかりにくいということがあった。しかし、同部会は、機構認定のサブスペシャリティはその点を満たしているかが不十分で、さらなる検討が必要と指摘していた。さらに、機構による専門医制度は地域医療への配慮が不十分でありその点から、国や都道府県がチェックする必要があるとされた。

このため、「サブスペシャリティ領域のあり方に関するワーキンググループ」(WG)を設置し、非公開で議論を

一方、研修の一部重複を認めるが、「少なくとも一つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域」は、◇肝臓内科◇消火器内視鏡◇内分泌代謝内科◇糖尿病内科—となった。一部重複を認めない「連動研修を行わない領域」は◇アレルギー◇感染症◇老年科◇腫瘍内科—となった。

なお、領域の名称は一部変更が行われているが、広告可能な診療科の議論とあわせ改めて検討されるものと位置づけている。

外科領域のサブスペシャリティ領域は、5領域が連動研修ができることになった。具体的には、◇消化器外科◇呼吸

2020年度専攻医募集の結果を報告

新専門医制度の2020年度に研修が行われる専攻医募集の結果が報告された。採用数は9,072人で、対前年度比で5.3%増。東京都が最も多く1,783人、次いで、

大阪府の683人、神奈川県546人、愛知県の519人となっている。最も少ないのは香川県の37人、次いで、高知県の44人、鳥根県、宮崎県の各45人となっている。

診療科別では、内科が2,922人で最も多く、次いで、外科が828人、整形外科が665人、小児科が565人、精神科が517人、産婦人科が476人、麻酔科が455人、眼科が344人、泌尿器科が323人、皮膚科が304人、救急科が278人などとなっている。希望者が増えないと問題視されている総合診療は222人となり、42人増えた。

また、今回から都道府県別診療科別の新たな募集人数のシーリング(上限設定)が設けられた。ただ、最もシーリングがきつくなる東京都は0.7%の増加。厚労省は、シーリングが設けられていない診療科の増分があり、全体として専攻医が増えたと説明した。

最も専攻医が減ったのは香川県の▲37.3%、次いで徳島県の▲26.2%、長崎県の▲21.6%、山形県の▲13.6%。最も専攻医が増えたのは和歌山県の34.3%、次いで沖縄県の31.8%、埼玉県の31.6%、愛媛県の30.8%となっている。

厚労省は、新たなシーリングを設けたことによる医師偏在対策としての効果を分析。偏在を表す回帰曲線の傾きが緩やかになり、改善の方向に変化したとした。

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

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

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

●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楽町2-8-8
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿楽町ビル7F TEL. 03-5283-8066

[資料] 2020年度診療報酬改定の改定説明資料等の抜粋

※厚生労働省ホームページ参照 (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html)

A項目の見直し

- 「免疫抑制剤の管理」について注射剤のみを対象とする
- 救急患者の評価を充実する

A	モニタリング及び処置等	点数
7	専門的な治療・処置 ⑥ 免疫抑制剤の管理	2点
8	救急搬送後の入院(必要度 I のみ/2日間)	



A	モニタリング及び処置等	点数
7	専門的な治療・処置 ⑥ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)	2点
8	必要度 I : 救急搬送後の入院(5日間) 必要度 II : 緊急に入院を必要とする状態(5日間) (入院日に救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者)	

○「重症度、医療・看護必要度」は、急性期の入院医療の必要性に応じた評価となるよう評価項目や判定基準を見直した。C項目では、新たに「別に定める検査」と「別に定める手術」を設けた。救急患者の評価も「必要度 I」、「必要度 II」の両方で充実させている。

C項目の見直し

- 手術の評価日数を実績を踏まえて延長する
- 入院で実施される割合が高い手術・検査を評価対象に追加する

C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(7日間)	1点
17	開胸手術(7日間)	
18	開腹手術(4日間)	
19	骨の手術(5日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	
22	救命等に係る内科的治療(2日間)	



C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(13日間)	1点
17	開胸手術(12日間)	
18	開腹手術(7日間)	
19	骨の手術(11日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	
22	救命等に係る内科的治療(5日間)	
23	別に定める検査(2日間)	
24	別に定める手術(6日間)	

対象となる検査・手術(例)	
別に定める検査	経皮的針生検法、EUS-FNA、縦隔鏡、腹腔鏡、胸腔鏡、関節鏡、心カテ(右心・左心)
別に定める手術	眼窩内異物除去術、鼓室形成術、上・下顎骨形成術、甲状腺悪性腫瘍手術、乳腺悪性腫瘍手術、観血的関節固定術 等

- 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直しに伴い、施設基準を以下のとおり見直す。

現行	必要度	
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	—(27%)	24%(22%)
急性期一般入院料3	—(26%)	23%(21%)
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料(特定)	28%	23%
7対1入院基本料(専門)	28%	23%
看護必要度加算1(特定、専門)	27%	22%
看護必要度加算2(特定、専門)	21%	17%
看護必要度加算3(特定、専門)	15%	12%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

改定後	必要度	
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	28%(26%) ^{※1}	26%(24%) ^{※1}
急性期一般入院料3	25%(23%) ^{※2}	23%(21%) ^{※2}
急性期一般入院料4	22%(20%) ^{※3}	20%(18%) ^{※3}
急性期一般入院料5	20%	18%
急性期一般入院料6	18%	15%
7対1入院基本料(特定)	—	28%
7対1入院基本料(専門)	30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)	22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)	20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)	18%	15%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	33%
総合入院体制加算3	32%	30%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	14%	11%

カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

【経過措置】

<全体>
令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ 令和2年9月30日まで基準を満たしているものとする。

<急性期一般入院料4>
令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ 令和3年3月31日まで基準を満たしているものとする。

<200床未満>
許可病床数200床未満の病院
⇒ 令和4年3月31日まで割合の基準値を緩和する。
(※1~3)

- ※1 現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。
- ※2 現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る。
- ※3 現に急性期4を届け出ている病棟に限る。

○「重症度、医療・看護必要度」は、評価項目・判定基準の見直しに伴い、各入院料で基準値を見直した。急性期一般入院料1の「必要度 I」は「30%」から「31%」、「必要度 II」は「25%」から「29%」への引上げ。急性期一般入院料2~4については、それぞれ経過措置を設けた。

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度 I 14%以上 又は 重症度、医療・看護必要度 II 11%以上							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合 ^{※1}	—	—	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	—	—	—	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	—
自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)		—	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)		—		—
自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		—	3月で6人以上		—		—
地域包括ケアの実績 ^{※2}	○		—	○		—		—
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		—	○		—		○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①~⑥のうち少なくとも2つを満たしていること ※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(I)及び(II)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料 I の算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料は、主な3つの機能(急性期からの受入れ、在宅・生活復帰支援、緊急時の受入れ)をバランスよく発揮することができるよう、地域包括ケアの実績や入退院支援等の施設基準を見直した。一般病棟から転棟した割合で減額措置も設けた。

厚生労働省は3月5日、2020年度診療報酬改定の省令・告示・通知・事務連絡を示した。これに伴い、厚労省ホームページに法令とともに、改定内容の概要資料を掲載した。改定内容は多岐にわたるが、以下に概要資料を抜粋した。具体的には、「重症度、医療・看護必要度」、「地域包括ケア病棟入院料等」、「医師事務作業補助体制加算等」、「地域医療体制確保加算」、「救急医療管理加算」の一部を抜粋した。

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師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、算定が可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 改定後 (Revised). Rows show '医師事務作業補助体制加算1' and '医師事務作業補助体制加算2' with their respective point values.

【新たに算定可能となる入院料】
・回復期リハビリテーション病棟入院料(療養病棟)
・地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(療養病棟)
・結核病棟入院基本料
・有床診療所療養病棟入院基本料
・有床診療所療養病棟入院基本料
・精神療養病棟入院料 等

- 20対1~100対1補助体制加算について、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関であれば、要件を満たすこととする。

看護職員の夜間配置に係る評価の充実

- 看護職員の負担軽減を推進する観点から、看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 改定後 (Revised). Rows show '看護職員夜間配置加算' and '看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算)' with their respective point values.

看護補助者の配置に係る評価の充実

- 看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 改定後 (Revised). Rows show various nursing assistant rates such as '25対1~75対1急性期看護補助体制加算' and '看護補助加算1~3'.

- 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いて一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

※ 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に対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。

[算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に算入する。

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上である(※1)こと。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
・病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
・多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
・「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)のうち、を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、以下ア~キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。

- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
イ 勤務計画、連続当直を行わない勤務体制の実施
ウ 勤務間インターバルの確保
エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
キ 短時間正規雇用医師の活用

- 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。

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 改定後 (Revised). Rows show '救急医療管理加算1' and '救急医療管理加算2' with their respective point values.

[算定要件]

- (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

[届出について]

施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。

算定対象となる状態

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒
オ ショック
カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
コ その他の重症な状態(加算2のみ)

- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- ◆ アからケのうち該当する状態(加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの)
◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

○医師等の働き方改革を推進するため、タスク・シェアリング/タスク・シフティングの評価の充実として、「医師事務作業補助体制加算」、「看護職員夜間配置加算」、「急性期看護補助体制加算」などを充実させた。評価を引き上げるとともに、算定可能な病棟等を拡大するなどの対応を講じている。

○医師等の働き方改革を推進するため、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、「地域医療体制確保加算」を新設した。地域医療介護総合確保基金とあわせ、医師の時間外労働規制の暫定特例水準に指定される病院が活用することが想定される。

○患者の重症度に応じた救急医療を適切に評価するため、救急医療管理加算を見直した。患者の入院時の状態について指標の記載を要件化するとともに、点数を引き上げた。「加算2」では算定対象となる状態で新たに「コ(その他の重症な状態)」を設けている。

地域包括ケアと西岡病院と「とよひら・りんく」

地域のニーズに応じて地域包括ケアを構築するには、在宅医療に対応するとともに、近隣の医療機関や介護施設との連携が欠かせない。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2回は、札幌市豊平区の西岡病院。同病院は、在宅医療支援病院として、地域に密着して入院から在宅医療までを担う。在宅医療連携拠点事業の主体である「とよひら・りんく」の活動とあわせて紹介していただいた。

1 当院の概要

当院は、札幌市豊平区西岡に位置する内科主体の98床の病院です。一般病棟48床(内、地域包括ケア病床12床)、医療療養病棟50床で急性期から慢性期にかけての医療を担い、法人内外の医療機関、介護事業所と連携しています。当院が開設された昭和54年当時、周囲の西岡・福住地区は宅地開発が進み、一戸建ての住宅建設が盛んでした。それから40年が経ち、当時働き盛りだった住民の方々に高齢化が進んできています。法人としては、それに対応して平成2年に札幌で老人保健施設を開設し、訪問看護、通所介護、居宅介護支援事業所等を開設、札幌市から3つの地域包括支援センターの委託を受けています。さらに在宅医療にも対応すべく在宅療養支援診療所の西岡水源池通りクリニックを開院し、訪問診療、看取りを行っています(図1)。

このような中で当法人内はもとより近隣の医療機関、介護施設との連携、在宅医療の必要性が次第に高まってきました。

3 「とよひら・りんく」と地域包括ケアシステムと地域医療構想における当院の立ち位置

地域包括ケアシステムの図には在宅医療をはじめとする医療と在宅系、施設・居住系の介護サービス、地域包括支援センターを担う行政などの存在があり、その上で互いの連携が必要とされています。地域によっては在宅医療、介護サービスなどが不足しているところもあるようですが、幸い「とよひら・りんく」が主たる活動地域としている西岡・福住地区には医療機関、介護事業所が充実しており、恵まれた環境にあるといえます(図2)。

その中で当院は、入院施設を有する在宅医療支援病院として、地域包括ケアシステムの中では在宅や介護施設に入所されている方に入院加療が必要となった際にお引き受けし、加療後はまた住み慣れたところへお返しするという機能を担っています。実際には6つの在宅療養支援診療所の先生方と、診療において機能強化型のグループを組み、タッグを組んで、在宅療養支援病院としての機能を果たしたいと考えています。また地域内の介護施設とは協力医療機関として病状悪化時の入院対応を含めた医療を担っています。

一方、地域医療構想の観点からみると、豊平区内の総合病院、専門病院との連携も構築されつつあります。外科的治療など当院の専門外の治療を要する方を総合病院にお願いし、急性期治療後の回復期、慢性期の治療を要する方をお引き受けするべく当院の役割を担っています。

2018年の1年間に当院に入院した方の経路をみても、36%が自宅から入院(≒当院外来からの入院)となった方

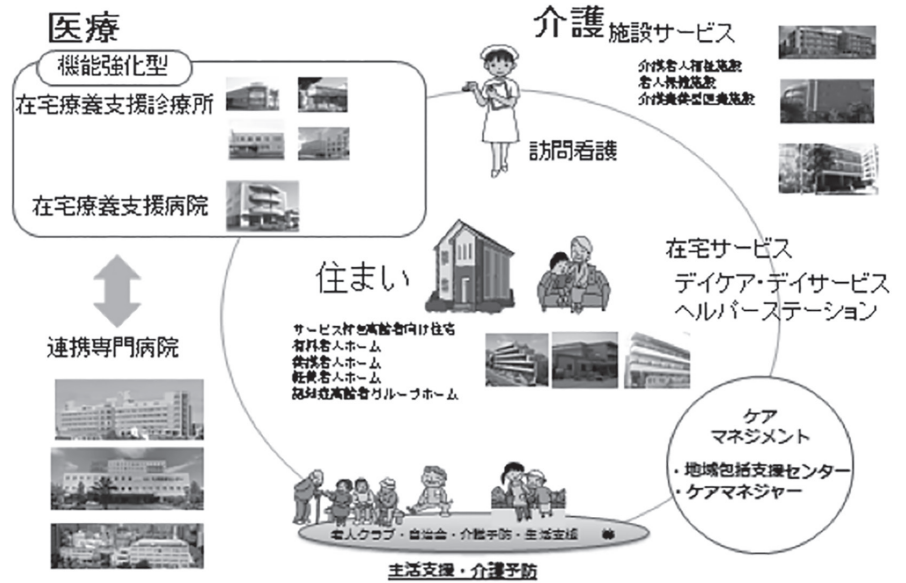


図2 「とよひら・りんく」地域包括システム
HP: <http://www.toyohiralink.jp>

療所ならびに専門医療機関との連携は必須な取り組みとなっています。

4 「とよひら・りんく」のこれまでの活動

平成23年度の在宅医療連携拠点事業では、以下①～③のタスクの取り組みが求められました。

①多職種連携の課題に対する解決策の抽出について

地域の在宅医療に関わる多職種(病院関係者・介護従事者等も含む)が一堂に会する場を設定する(年4回以上)という項目があり、以来、合同会議として開催してきました。発会当初は新たな取り組みについての提案、説明などが主題でしたが、次第に参加されている方々からの「これが必要だ。これが困っている」というニーズに従ってテーマを決めるようになっていきます。

ちなみに新型コロナウイルス(COVID-19)感染の蔓延のため、3月30日の会議は初めて中止となりました。

②在宅医療従事者の負担軽減の支援として

24時間体制を構築するためのネットワーク化とチーム医療を提供するための情報共有体制の整備の課題がありました。

24時間体制のネットワークなど、当初は何もありませんでしたが、在宅医療を行っている近隣の医療機関の先生方とタッグを組んで機能強化型の医療機関として今に至っています。

情報共有体制の整備については、ICTの活用が求められていましたが、そのようなものはありませんでした。当初、当院のシステムエンジニア(なぜか居たのです)に、当時出始めたモバイル端末を利用したシステムをゼロから作ってもらいました。その後、検討を重ね今は帝人ファーマのバイタルリンク®を導入しています。載せるべき情報、共有すべき職種、個人情報保護法へのコンプライアンスなどについては我々の中で今後も、検討していかねばならないと思っています。

③効率的な医療提供のための多職種連携

これについては永遠のテーマだと思います。これまでの合同会議でも取り上げてきましたが、「とよひら・りんく」全体の体制構築と個々の事例への対応をどう折り合いをつけるか。それぞれの職種の立場、職員個々の置かれてい

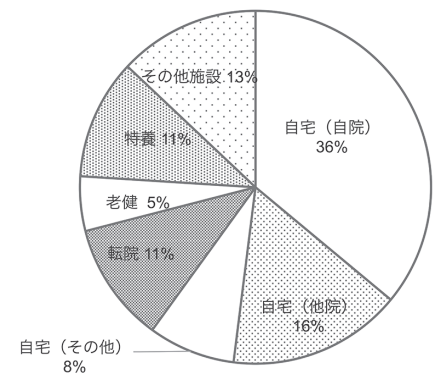


図3 入退院経路分布

る状況などは日々、変化しており、日常業務として不断の取り組みが必要とされるものと感じています。

5 課題、やるべき事

あしかけ10年の活動を振り返ってみると様々な面において地域社会は変貌している。「とよひら・りんく」もそれに対応し続けなければならないと思います。人の煩惱が尽きない限り「とよひら・りんく」の完成はなく、日々、前に進み続けるしかないと思っています。

課題、やるべきことは今現在もいろいろとあり、将来においては新たな課題が生まれ続けるものと思っています。

6 結語

この結語の作成に取り組んでいるたった今、訪問診療で拝見している方が亡くなったとの連絡がありました。ちなみに私は今、出張中なのです。「とよひら・りんく」で行ってきた取り組み、ICTネットワークのおかげで仲間の先生に急遽連絡し、必要な医療情報をお伝えし、看取りをお願いしたところでした。

従来にはなかった医療体制(私的には「とよひら・りんく」)の構築に取り組んできたおかげで、今までできなかった医療を患者さんに提供し得るようになったと実感しているところです。まだまだ課題もありますが、ひとつひとつを解決してより良い地域社会の実現の一助になればいいなと思っています。

札幌市(約197万人)

豊平区(約22万人)

恵和会サービス提供エリア(西岡、福住、月寒、平岸、約16万人)

医療サービス ()内当法人	在宅サービス ()内当法人
◇病院...12 うち在宅療養支援病院...1(当院)	◇地域包括支援センター...3(2)
◇診療所...81 うち在宅療養支援診療所...3(1)	◇居宅介護支援事業所...37(1)
	◇訪問介護...43(1)
	◇定期巡回・随時対応型訪問介護看護...4
	◇訪問入浴介護...1
	◇訪問看護...16(2)
	◇訪問リハビリテーション...3
	◇通所介護...42(1)
	◇通所リハビリテーション...6(1)
	◇ショートステイ...9
	◇小規模多機能居宅介護...16(1)
施設・居住系サービス ()内当法人	
◇介護老人福祉施設(特養)...9	
◇介護老人保健施設...3(2)	
◇特定施設入所者生活介護(有料老人ホーム等)...8	
◇認知症共同生活介護...21(1)	

2020年3月1日現在 札幌市住民基本台帳人口より

図1 札幌市豊平区の概況

2 「とよひら・りんく」について

平成23年度に厚生労働省が「在宅医療連携拠点事業」を行い、委託を受けることができました。この活動主体として札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会「とよひら・りんく」が立ち上がりました。国レベルではそのころから地域包括ケアシステムの導入が始まりましたが、その目指すところは「在宅医療連携拠点事業」=「とよひら・りんく」とほぼ重なるものと考えて現在まで活動してきました。

で、特養、老健など施設からの入院が29%、他院からのご紹介で自宅から入院となった方(≒訪問診療からのご紹介)が16%、他院入院中からの転院が11%となっていました(図3)。

このことから、当院は地域包括ケアシステムの中で入院施設を有しつつ、在宅医療までの医療を提供する地域密着型の医療機関と在宅療養支援病院としての機能を果たし、地域医療構想の枠組みの中で高度急性期病棟を有する専門医療機関と連携しつつ急性期医療、回復期、慢性期さらには介護までの医療・介護サービスを提供する機能を担っていると言えます。このような中で介護施設、訪問診療を主体とした診

2020年度介護技能実習生の受入病院の募集!

ベトナム・ミャンマーで候補生が勉強中

全日本病院協会外国人材受入事業(担当役員=山本 登)においては、現在、16名が介護技能実習生として、北海道、東京、大阪、広島、熊本の会員病院(8病院)で実習を開始しました。

受入れた病院の患者様からは、「自分の孫のようで可愛い」との声や「今日は●●さんはいないの?」と頼りにされており、評判は上々です。今後は入国後の技能評価試験等に合格し、技能実習2号に移行出来るよう技能実習生本人・技能実習指導員などと一緒に目指します。

一方、現在ベトナムのハノイ・ホーチミンにおいて56名の介護技能実習候補生が日本語等を勉強中であり、今年の6月～10月にかけて入国し、病院において実習を開始予定。さらにミヤ

ンマーのヤンゴンでも18名の介護技能実習候補生が同じく勉強中です。

そこで今回新たに2020年度の介護技能実習生の受入病院を募集します。

募集対象は次のとおりです。

○ベトナム 募集対象：医療短大看護学部3年卒、2年卒等。

○ミャンマー募集対象：非看護学部卒(一般大卒、中退者を含む)。

応募方法は、全日本病院協会外国人材受入事業のホームページから。

<https://www.ajha.or.jp/hms/trainee/>

お問い合わせ先は、全日本病院協会国際人材交流課まで

TEL 03-5283-7442 FAX 03-5283-7447

E-mail gaikokujinzai@ajha.or.jp



※成田空港での入国の様子



※実習先での様子



介護技能実習生受入病院(今後の受入予定病院も含む)

2020年3月末現在

医療法人アンリー・デュナン会 深川第一病院	北海道	社会医療法人社団正志会 南町田病院	東京	医療法人厚生堂 長崎病院	広島
社会医療法人博愛会 開西病院	北海道	社会医療法人協和会 加納総合病院	大阪	特定医療法人茜会 昭和病院	山口
医療法人慈繁会付属 土屋病院	福島	医療法人正清会 金剛病院	大阪	社会医療法人石川記念会 HITO 病院	愛媛
医療法人弥生会 吾妻さくら病院	群馬	医療法人弘仁会 まちだ胃腸病院	大阪	医療法人社団誠和会 牟田病院	福岡
医療法人誠壽会 上福岡総合病院	埼玉	社会医療法人清恵会 清恵会三宝病院	大阪	医療法人社団シマダ 嶋田病院	福岡
医療法人真正会 霞ヶ関南病院	埼玉	医療法人良秀会 高石藤井病院	大阪	医療法人金澤会 青磁野リハビリテーション病院	熊本
医療法人社団亮正会 総合高津中央病院	神奈川	医療法人康雄会 西病院	兵庫	特定医療法人杏林会 新生翠病院	熊本
医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院	神奈川	医療法人裕紫会 中谷病院	和歌山	医療法人二豊会 国見病院	大分
医療法人白鳳会 東京曳舟病院	東京	医療法人田中病院 伊勢田中病院	三重	医療法人至誠会 中村温泉病院	鹿児島
医療法人社団永生会 永生病院	東京	社会医療法人千秋会 井野口病院	広島	医療法人玉昌会 加治木温泉病院	鹿児島

医学部の「地域枠」を一般枠と区別し明確化

厚労省・医師需給分科会

恒久定員にも「地域枠」を組み込む

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(片峰茂座長)は3月12日、大学医学部が設定する「地域枠」は一般枠と区別して選抜するものと位置づけた。地元出身者枠との区別や奨学金の有無との関係を今後さらに整理する。医師養成課程における医師偏在対策で「地域枠」の活用が重視されており、今後増員を図ることから、概念の明確化を行う。

「地域枠」は、医師少数区域など特定の地域で診療に従事することを義務付けるもの。多くの場合、入学時に奨学金が付与され、特定地域での診療の義務を果たせば、返還を免除される。

厚労省は、◇キャリア形成プログラムで定める医師不足地域で一定期間診療に従事することにより、奨学金返還義務が免除される◇地域枠学生として志願時に、そのような条件で診療にあたることを都道府県と本人・保護者が同意している◇都道府県境を超えて設定できる一との位置づけを示した。

「地域枠」は入学試験の選抜時に、「一般枠」と区別することを明確化した。これまで一般枠で採用し、その後、医学生による「手上げ」で「地域枠」を埋めていた事例もあり、「地域枠」の定義が不明確だった。また、「地域枠」の具体的な設定は、都道府県の地域医療対策協議会で行うとした。

厚労省の当初案では、「地域枠」と「地元出身者枠」を分けた。「地元出身者」とは、「当該都道府県に一定期間居住していた、もしくは当該都道府県内の高校を卒業する学生」である。しかし、「地元出身者を採用するのが、『地域枠』との言葉の使い方も定着している」(権

文善一委員・慶応大学教授)との意見が出た。また、「地元出身者」であり、かつ「地域枠」の場合もある。大学独自の「地域枠」を設定している場合もあり、奨学金の取扱いを含め、これらを整理し、厚労省が、「表」にして示すことになった。

また、これまでの「地域枠」では、奨学金を返済し、特定の地域での診療に従事する離脱者が問題となっていた。厚労省の調査では、離脱者は入学後の年数とともに増える傾向にあり、特に学部6年次、卒後1～3年目に多かった。離脱理由は「希望する進路と不一致のため」が最多。次いで、「自己都合(理由不明)」、「留年・退学」、「結婚」となっている。

なお、臨床研修で離脱者が出た場合は、離脱者を採用した臨床研修病院の補助金が減らされる。専門医研修では、離脱者が採用されないような仕組みを整えることや、都道府県の合意を採用の要件とすることを日本専門医機構に求めている。

委員からは、「希望する進路と不一致のため」離脱した理由について、詳細に把握し、それに応じた対応策を検討する必要があるとの意見が相次いだ。

新たな医師需給推計の方法を了承

2022年度以降の医師養成数を決める際に用いる新たな医師需給推計の推計方法も大筋で了承した。新たな医師需給推計は、医学部入学定員のうち、臨時定員の期限が2021年で切れるため、2022年度以降の医師養成数を決める際に、将来の医師の需給を見込み、適切な医師養成数を判断するために行う。

現状で恒久定員は8,409人、臨時定員は1,011人。臨時定員は本来2019年度で終了するはずだったが、2021年まで2年間延長している。前回の医師需給推計でも、足元で医師は日本全体で不足しているが、人口減少に伴う医療需要の低下で、将来的に需給は均衡し、その後医師は過剰になると推計した。しかし、これは日本全体のことで、地域では医師偏在が放置されている。このため厚労省は、同分科会などで議論し、過去よりも強力な医師偏在対策を実施する方策を講じている。

日本精神科病院協会の野木渡委員(代理)は、「地域の病院では医師不足が続いている。それでも臨時定員は廃止するのか」と質問。これに対し片峰座長は、「臨時定員は一旦廃止して、地域の医師不足の実情に応じて、恒久定員を超える分を『地域枠』で増やせる仕組みを議論する。恒久定員に『地



域枠」を組み込むことも議論される」と述べた。厚労省も肯定した。

新たな医師需給推計の手法については、基本的に前回と同様としている。医師・歯科医師・薬剤師調査などの基礎データを最新のものに反映させる。ただ、変更点として、①海外医学部卒業医師の将来的な伸び②医師の働き方改革に関する検討を踏まえた時間外労働時間制限の設定を反映させる。

海外医学部卒業医師は近年、日本人がハンガリーなど外国の大学医学部を卒業し、日本の医師免許を取得するケースが増えている。ただ、中国人や韓国人が日本の医師免許を取得するケースも少なくない。今後、どのような変遷を示すかは予測が難しく、現状の推移を基にした推計とした。医師の時間外労働時間の前提は、近く公表される実態調査の結果を踏まえ設定する。

一冊の本 book review

よくわかるがんの話_全3巻

著者●林 和彦
発行●保育社
定価●9,900円(税込み)

小学校や中学校に出向いてがん教育を行うなど、がん教育の第一人者である東京女子医科大学 がんセンター長 化学療法・緩和ケア科の林和彦教授のご著書。がんについて、読みやすい文章とイラストでわかりやすく解説されている。子どものために書かれた本ではあるが、大人にとっても読み応えがある内容である。

今後、地域包括ケアシステムを構築していく中で、病院が地域住民に医療や健康増進に対する理解を深めていただくための活動をするとも多くなると思われる。本書は、がんについての啓蒙をする際に、1つの指針となるだろう。(安藤高夫)



2021年度の専門医研修に向け募集の準備を進める

日本専門医機構 シーリングは今回の手法を踏襲

日本専門医機構の寺本民生理事長は3月16日に会見を開き、2020年度の専門医研修の専攻医採用結果を報告した。2次募集終了時点で9,082人だった。その後辞退があり、厚生労働省の医師専門研修部会への報告時には9,072人になったと説明した。さらに数字が変わる可能性があるという。辞退の理由をある程度把握する必要があるとの考えを示した。2020年度研修の採用が終了し、今後は2021年度研修に向けた準備を進めていく方針だ。

2021年度専門医研修に向けた2020年度の募集については、9月末に実施したいとの姿勢を示した。過去2回の募集では10月までずれ込んだが、運営も安定してきたという。都道府県別診療科別の上限設定(シーリング)は2019年度募集での方法を踏襲する。シーリングに用いる医師必要数は厚労省が推計したもの。活用にあたっては、推計の信頼性に疑問

があるとの意見が一部にあるが、それも一定程度推計に反映される見込みで、関係者の納得を得たいとの考えを示した。今後、シーリングの設定については、医道審・医師専門研修部会や都道府県の意見をきく必要がある。基本診療医領域と連動研修ができるサブスペシャリティ領域が医道審・医師専門研修で了承されたことでは、「制度を一步進めることができた」と安堵している」と述べた。連動研修において



も、すべての都道府県で研修が行える体制が求められていることに対しては、「内科学会では、指導医がいなくても研修ができる特別連携施設を設けるなど対応を進めている」と説明した。

循環器病対策推進基本計画の骨子案を議論

厚労省・循環器病協議会 「一律の集約化はリスク大きい」美原委員

厚生労働省の循環器病対策推進協議会(永井良三座長)は3月19日、循環器病対策推進基本計画の骨子案をたたき台に議論した。委員からは計画の意義や予防の重要性、相談支援体制の充実などに関し、様々な意見が出た。同日の委員の意見を踏まえ、厚労省は、骨子に文章を肉付けしたものを次回会合で示し、引続き検討する。基本計画は「健康寿命の延伸・年齢調整死亡率の減少」を目指し、「予防や普及啓発」「保健、医療、福祉サービス提供体制の充実」「循環器病の研究推進」を柱としている。医療計画や介護

保険事業計画とあわせ、6年あるいは3年計画とする予定だ。前文では、国がこれまで循環器病の対策を進め、一定の成果をあげていることを示したが、委員からは「なぜ今計画を作る必要があるかの国民への訴求力が足りない」との指摘があった。他の委員からも同様の意見があり、国民の循環器病へのリテラシーを高めるための文言を加える方向になった。予防については、発症する前の予防だけでなく、2次、3次の予防があり、すべての段階で生活習慣の改善などが予防に効果があることを、概念図など

で工夫して示すことの要望があった。相談支援体制では、適切な医療を受けられる医療機関を紹介するような機能が必要との意見が出た。これに対し全日病副会長の美原盤委員は、「患者が直接、循環器病に関して相談するのは簡単ではないと思う。むしろ、診療報酬などでも医療機関内の入退院支援を含めた相談体制の充実が図られており、それを標準化の中で、患者に情報提供する体制を地域で構築していくことが望ましい」と述べた。医療提供体制については、地域医療構想の実現に向けた取組みや「在宅医



療の推進、各専門医を含めた医療従事者の確保など、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を進める」と明記されている。これに関し、「心血管外科領域の集約化」などを求める意見が出た。美原委員は、「集約した方が治療成績がよい領域はある。しかし全国一律に集約化を図るのはリスクが大きい。地域医療構想のように地域の実情に応じて提供体制を考えるべきだ」と強調した。

「拙速な結論」を懸念する声相次ぐ

社保審・医療部会 外来機能の明確化の議論で

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は3月23日、外来機能の明確化をめぐる議論した。「医療計画の見直し等に関する検討会」の検討状況が報告されたが、全世代型社会保障検討会議が夏までに最終報告をまとめるのに間に合わせるために、厚生労働省が検討を急いでいることに対し、「拙速に結論を求めるべきではない」との意見が相次いだ。昨年12月の全世代型社会保障検討会議の中間報告では、紹介状なし受診で定額負担を求める義務がある病院を

200床以上の一般病院にまで拡大する案を盛り込んだ。これを踏まえ、医療保険制度としての基本的な仕組みは医療保険部会、選定療養に関する具体的な負担額や要件などは中医協、外来機能の明確化など医療提供体制は医療部会で検討すると整理された。各会議体で議論しつつ、与党の議論との整合性を取りながら、厚労省としての考えをまとめ、それを基に全世代型社会保障検討会議の最終報告に盛り込む内容が議論される方向だ。外来機能の明確化の具体的な検討は、

「医療計画の見直し等に関する検討会」で行うことになり、2回分の議論の進捗が同日の医療部会に報告された。ただ、委員の多くは外来機能の明確化に向けた議論を行うことには賛意を示しつつも、全世代型社会保障検討会議の中間報告を前提に議論することに難色を示した。委員からは、「中間報告には、大病院と中小病院など定義のよくわからない言葉がたくさん出てくる。読めば読むほどわからなくなる。医療部会としてはこれには反対すると意思決定すべきではないか」(相澤孝夫委員・日本病院会会長)、「入院では地域医療構想の

枠組みをまとめるのに何年も議論している。外来機能の明確化についても、少なくともそれぐらいの時間が検討に必要だ」(田中滋委員・埼玉県立大学理事)などの意見が出た。一方、「医療計画の見直し等に関する検討会」では、「医療資源を重点的に活用する外来」を一般の外来と区別するため、診療報酬の算定で把握した医療資源投入量や紹介患者の受診などの基準で3類型を示し、その該当状況を分析している。これに関して、全日病会長の猪口雄二委員は、「重装備の病院を明確化すれば、外来機能を3類型で無理に分類しなくても、病院の機能としてみることで、おのずと外来の区別はなされるのではないかと問題提起した。

新型コロナ感染防止でオンライン診療を拡大

厚労省・オンライン診療検討会 慢性疾患患者の処方変更を容認

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3月11日、新型コロナウイルス感染症予防のため、臨時に慢性疾患患者のオンライン診療での処方変更を認める方針を決定した。厚労省は、同日出された意見を踏まえ、19日に通知を発出した。厚労省は2月28日に発出した事務連絡で、電話やオンライン診療で慢性疾患患者を診療した場合、これまで処方してきた慢性疾患治療薬を処方してよいことを明確化した。処方箋情報を医

療機関から直接、薬局にファクス等で送信し、薬局はそれに基づき調剤できることも示した。新型コロナウイルスの感染拡大を防止することが狙い。厚労省は、この対応を臨時的に拡大することを検討会に提案し、大筋で了承された。慢性疾患をもつ定期受診患者の血圧が上昇するなど病状が変化した場合に、オンライン診療で、それまで処方したことのなかった医薬品を処方できるようにする。新型コロナウイルスの感染拡大時に限定した対応だ。オンライン診療の指針では、処方

変更は、あらかじめ診療計画に記載しているときのみ認められる。今回の臨時的対応でも、簡易の診療計画書の作成を求める声があった。電話再診においても同様に処方の変更を認めるべきとの意見が出た。新型コロナウイルスへの感染を恐れる患者が、かかりつけ医や病院の受診を控える事態が生じていることも報告された。厚労省は、かかりつけ医や一般医療機関による電話相談とオンライン受診勧奨を今後、有効に活用していく方向を示し、異論はなかった。

同日の会議では、新型コロナウイルスの感染が拡大した場合の対応も協議した。現在、感染者は軽症でも入院するが、今後、さらに感染者が増大すると、重症者への医療を確保するため軽症者を自宅で療養させる事態になることも想定される。その際、自宅で療養中の感染者の経過観察を電話やオンライン診療で実施する方針を確認した。この会議で出された意見を受け、厚労省は3月19日、事務連絡を発出した。患者が複数回受診したところのあるかかりつけ医等は、臨時的に電話や情報通信機器による診療で処方変更ができるとした。これまでオンライン診療をしていなかった患者について、医師に診療計画の作成は求めないが、説明内容を診療録に記載することとした。

■ 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
2020年度医療安全管理者養成課程講習会 【第1クールの日程変更】 (第1・第2クール200名、第3クール100名)	第1クール(講義) 2020年8月7日(金)・8日(土) 第2クール(講義) 10月2日(金)・3日(土) 第3クール(演習) ①11月14日(土)・15日(日) ②11月28日(土)・29日(日) 【全日病会議室】	84,700円(税込) (105,600円(税込))	日本医療法人協会との共催。プログラムは厚生労働省の「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に沿った内容。同講習会は診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たしており、全日程を修了した人に授与される「認定証」は研修証明となる。