



全日病 ニュース

2020.9.15 No.971

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

医師の働き方改革の議論を再開、年内にとりまとめ

厚労省・働き方改革推進検討会 兼業合わせ年960時間超えの医師への対応が課題に浮上

厚生労働省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」(遠藤久夫部会長)は8月28日、5カ月ぶりに議論を再開した。医師の働き方改革については、当初、2024年度からの医師の時間外労働規制の施行に向け、今年の通常国会に法案を提出する予定だったが、新型コロナの影響もあり、議論がストップしていた。今回、厚労省は年内に議論をまとめ、来年の通常国会に法案を提出する方針を示した。ただ、2024年度からの時間外労働規制の施行は変わらないため、制度設計とその準備が急がれる。

同日、厚労省は前回(3月11日)に了承した骨子案を整理した医師労働時間短縮計画策定ガイドライン案を示した。

医師に対する時間外労働規制では、原則として年960時間を上限としつつ、年1,860時間の特例水準を設けた。しかし、地域の医療提供体制の確保のため認められる水準(B水準)は、暫定的な特例という位置づけで、2035年までに廃止することを目標としている。このため、B水準を選択する病院は、医師の健康確保と地域の医療提供体制の確保を両立させつつ、各医療機関における長時間労働の医師の時間外労働を短縮させていく必要がある。

そのために、医師労働時間短縮計画を立て、着実に実施していくことが求められている。

多くの医師が兼業で年960時間超え

医師労働時間短縮計画策定ガイドライン案の骨子は、前回の検討会で了承されていたが、今回のガイドラインに

はペンディング(保留)の事項が追加されている。

特に、「策定義務対象医療機関」の項目で、新たに検討が必要な事項が出てきた。これまで「策定義務対象医療機関」は、36協定が医療機関単位で締結されることを踏まえ、医師の副業・兼業先の労働時間は含めず、年960時間を超える時間外労働の医師が働いている医療機関に、計画の策定を求めることを想定し、議論してきた。

しかし、一つの医療機関では年960時間を超えず、副業・兼業先の労働時間を含めると、年960時間を超える医師が大学病院などで、少なくないことがわかってきた。

同日、報告された「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」(研究代表者=斐英洙・慶應義塾大学特任教授)によると、調査対象とした地方大学と都市部に近い大学の6診療科において、週平均労働時間の年換算で、いずれの診療科でも大学病院だけだと年960時間を超えなかった。兼業先を合わせると4診療科で、年960時間を超えた。ただし、個別にみれば、どの診療科にも大学病院だけで、年960時間を超える医師はいる。

これらの状況を踏まえ、副業・兼業を合わせた医師の労働時間を把握し、長時間労働の医師に対して、追加的健康確保措置を実施し、時間外労働を短縮する仕組みが大きな課題になることがわかった。

副業・兼業の把握は、基本的には自己申告による。千葉大学副学長の山本修一委員は、「大学病院の手が届かない兼業先の労働時間も管理し、適切に

追加的健康確保措置などを実施するのは大変だ。大学病院としては、長時間労働になる副業・兼業はやめるよう言わざるを得なくなる」と発言した。

早稲田大学法学部教授の島田陽一委員は、「医師が自由意思で副業・兼業している場合は通常の自己申告に基づいた対応でよいかもしれないが、地域の医療提供体制確保のために副業・兼業が不可欠である場合は、違う考え方による仕組みが必要だ」と主張した。

副業・兼業を含めた時間外労働を減らすことを、一つの医療機関が行うことには限界があるため、医師の働き方改革を実施する上で、地域医療提供体制の見直しが不可欠との意見は複数の委員から出た。厚労省は、医師の働き方改革・地域医療構想・医師偏在対策を一体的に進め、地域医療を確保しつつ、医師の時間外労働を減らす必要があることを強調した。

災害時の特例では面接は「簡便」に

前回までの議論で積み残しになっていた課題についても、一定の整理がなされた。

災害時における追加的健康確保措置の取扱いは、労働基準法の規定を参考に、適用除外の規定を医療法上に位置づけることになった。ただし、面接指導対象の月100時間以上の時間外労働が見込まれる者については、健康リスクが高いと考えられることから、災害



時でも実施を求めるが、「簡便なもの」とすることができる。

追加的健康確保措置の連続勤務時間制限・勤務間インターバルが確保できない場合の代償休息については、休日消化にできることに批判が出ていた。このため、「休日以外が望ましい」とし、面接指導により必要性が認められる場合は、「休日以外に取得させる」と整理した。

医師労働時間短縮計画を承認し、評価する「評価機能」を担う法人については、具体的な指定先を検討する際に、①医療現場に精通している②労働時間短縮の取組みを客観的に評価する体制が整備されていることに加えて、地域医療提供体制との関係も分析できる③全国をカバーできる体制がある一が求められることが示された。

これに関し、日本医師会副会長の今村聡委員は、「日本医師会はこれらの3つに該当する。ただ、日医だけで運営できるかという点、体制整備や財政基盤に様々な課題がある。他法人と連携することを含め、前向きに議論に参加したい」と意欲を示した。

地域医療研修の半年への拡大に「時期尚早」との意見相次ぐ

医道審・臨床研修部会

シームレスな医師養成と区別した議論を求める

医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会(国土典宏部会長)は9月4日、卒後臨床研修の地域医療研修の期間拡大をめぐる、議論した。委員の多くは、いわゆるスチューデント・ドクターの法的位置づけや診療参加型臨床実習の仕組みが整ってから検討すべきで、「時期尚早」と主張した。また、研修医を受け入れる医療機関側の考えも聞く必要があるとの意見が出た。地域医療研修については、全国知事会などが期間拡大を要望している。同日は、結論を出さず、引続き議論する課題とした。

現行の卒後臨床研修は、地域医療を含む7診療科が必修となっており、地域医療研修は4週間が課される。卒後臨床研修は2020年度から大きく見直されたが、地域医療研修は「1カ月」を「4週間」に変える微調整で、外科、小児科、産婦人科、精神科が選択必修から必修に変更になっている。また、これらの義務は4週間だが8週間が望ましいということも明記されている。

一方、全国知事会や自治体病院の団体は、地域の医師不足解消のため、大学高学年と初期臨床研修の期間で、医

師少数区域などでの研修を「半年間以上」とすることを求めている。同日の部会では、この要望を受け、地域医療研修の期間拡大を議題とした。

ただ、大学高学年と初期臨床研修の期間については、医師偏在対策とは別に、シームレスな医師養成に向けた改革として、いわゆるスチューデント・ドクターの法的位置づけや診療参加型臨床実習の仕組み作りが進んでいる。その制度化に向け、来年の通常国会に法案提出を予定している。

法案が成立しても、その後、医師国家試験や医学教育の詳細を詰め、具体化していく必要がある。また、制度が具体化されても、シームレスな医師養成を達成するには、医学生から医療を受ける患者の理解を含め、様々な課題がある。

全日病副会長の神野正博委員は、「前提条件として、まずはシームレスな医師養成を実現させないと、地域医療研修の期間拡大の議論には移れないのではないか。いきなり半年間とするというのは、順番として早すぎる」と述べ、「時期尚早」との見方を示した。

また、「受け入れる病院にとっても、指導医の確保など体制整備に様々な負担が生じる。地域は医師が来てくれることを望んでいるが、もっと出来上がった医師に来てほしいという思いがある」と述べた。

他の委員からも、地域医療研修の期間拡大は、シームレスな医師養成が一段落してからの課題であるとの意見が相次いだ。日本医師会の羽鳥裕委員は、「スチューデント・ドクターや診療参加型臨床実習の議論がまだ十分に進んでおらず、初期臨床研修と違って義務ではないが、むしろ専門医研修や専門医の更新の条件で考える方法もある」と提案した。

重点プログラムの対象者を明確化

「地域枠」の医学部卒業生を対象とし、2022年度から始まる「地域医療重点プログラム」については、対象者を明確化した。「地域医療重点プログラム」は、「地域枠」の研修医が、臨床研修病院とマッチングできず、従事要件の地域で研修を受けられない可能性があるため、通常のマッチングに先行し



て選抜するもの。ただ、「適正な競争が行われぬ」との異論も出ている。

対象者は「都道府県が奨学金を貸与し、かつ医師少数区域等での従事要件が課されており、地域医療対策協議会が地域医療重点プログラムで選考を行う必要性を認めた者」とした。医師需給分科会で決めた「地域枠」の定義にならない、対象を厳格化した。

そのほか、2022年度から始まる臨床研究における基礎研究医プログラムについては、初回定員である40名を超える場合の大学定員の割り振り方を決めた。さらに、大学院に入学していても、基礎医学系の教室に所属することを可能とする。また、新型コロナ対応では、臨床研修病院の指定継続における実地調査の基準を緩和するとともに、調査手法もWEBを併用するなど柔軟なやり方を認める。

医学部入学定員の臨時定員枠を2022年度も維持

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)は8月31日、大学の医学部入学定員の臨時定員枠を2022年度も維持することを了承した。

これまでの議論では、2022年度以降、臨時定員枠の削減を検討する予定としていたが、新型コロナの影響で十分な議論が行えなかったため、2023年度以降の課題とする。ただし、2022年度から恒久定員内に、地域枠を設定することを都道府県と大学に働きかけることも決めた。

医学部入学定員は医師不足への対応で、地域枠を中心に2008年度から段階的に、臨時定員枠として増やしてきた。その期限が2019年度で切れ、2年間延長した。2022年度からは、従来の臨時定員枠を廃止し、恒久定員枠を含め、地域枠を中心に増員分を設定する方向で分科会の議論が進んでいた。

マクロ需給推計によると、将来的に医師は過剰になるが、医師の偏在は依然として深刻であり、全体での医師数の抑制と医師の偏在是正を同時に進める必要があるためだ。

同日、医師の働き方改革を背景に、医師の労働時間を週60時間程度に制限するなどの仮定を置いた最新の医師需給推計の結果が示されている。

それによると、2023年の医学部入学者が医師になると想定される2029年頃に需要と供給が約36万人で均衡し、それ以降は医師が過剰になる。週60時間は年間960時間の時間外労働に相当する。医師以外の労働者の時間外労働の上限である週55時間に制限する場合は、2032年頃に約36.6万人で均衡する。

これらを踏まえ、全日病副会長の神野正博委員は、「2023年度以降の臨時定員枠の取扱いが定まらないまま、恒久定員内に地域枠を設定することを推進することについては、納得できないとの意見もあると思うが、地域枠は医師の地域定着に有効な手段であり、恒久定員内の地域枠の設定を進めてほしい」と厚労省案に賛意を示した。

また、「地域・診療科による医師不

恒久定員枠に「地域枠」を設定

足は続いている。全体の医師数を抑制するのは、医師偏在是正が前提であり、偏在対策の効果がきちんと出ているかを検証しながら、今後の医学部入学定員の議論を進めることが大事だ」と強調した。

他の委員も概ね厚労省案に賛意を示し、臨時定員枠の延長と恒久定員内に地域枠を設定することを了承した。

なお、2020年の恒久定員は8,397人、臨時定員は933人、合計9,330人。現在でも恒久定員に839人の地域枠が設定されており、地域枠は1,679人で、医学部定員の6人に1人が地域枠という状況になっている。

「地域枠」の定義を明確化

地域枠については、明確な定義がなく、混乱が生じていたため、厚労省が明確な定義を示した(下表を参照)。

地域枠は大学の医学部が、一般とは

別枠方式で学生を募集する。対象は「地元出身者もしくは全国より選抜」。卒業・医師免許取得後に従事要件を課す。従事要件は①卒直後より当該都道府県内で9年間以上従事(医師少数区域等に4年間程度従事)②都道府県のキャリア形成プログラムに参加。奨学金の貸与は必ずしも問わないとした。

これまで、特に、地域枠と地元出身者枠の定義が曖昧であった。地元出身者枠は、「従事要件」は課さず、対象を地元出身者に限定するもので、各都道府県が偏在対策を講じるために、厚労省が一律の条件設定をせずに、柔軟な運用ができるものと位置づけた。なお、それ以外のものを大学独自枠とした。

慶應義塾大学教授の権丈善一委員は、「これまでは地元出身者という医学部入学前の属性が、医師の地域定着に効果があるとの研究結果を踏まえ、いわゆる地元出身者枠を推進してきた。し



かし、今回の『地域枠』は従事要件を課すことで、卒後の地域従事が地域密着に効果があるかを期待するものとなり、新しい試みになる」と評価した。

岩手医科大学理事長の小川彰委員は、「この地域枠の定義を学生に理解しろといっても無理がある」と指摘。厚労省は、受験生に周知するためには、説明の仕方を工夫する必要があることを認めた。聖路加国際病院副院長の山内英子委員は、「若い医師がどのように行動するか」を想定し、仕組みを考える必要性を強調。「地域枠の縛りをきつくする北風政策だけでなく、太陽政策も考えるべき」と述べた。

今後の地域枠の定義(案)

- 都道府県と大学が連携して、医師本人・地域のニーズに応えるための適切な運用のため、以下の地域枠の定義としてはどうか。
- 下記の条件に当てはまらない地元出身者枠や大学独自の選抜枠を設けることは可能であるが、都道府県と連携する地域枠を優先的に設定することが望ましい。
- 本定義の運用は令和4年度からとしてはどうか。

地域枠	
対象	地元出身者(一定期間当該都道府県に住所を有した者)もしくは全国より選抜する。
選抜方法	別枠方式
協議の場	地域医療対策協議会で協議の上、設定する。
設定する上で協議する事項	地域医療対策協議会において、地域枠の設定数、従事要件・キャリア形成プログラムの内容、奨学金の額、地域定着策(面接頻度、セミナー開催等)並びに前述を進めるための都道府県から大学への経済的支援、離脱要件等を協議する。
同意取得方法	志願時に、都道府県と本人と保護者もしくは法定代理人が従事要件・離脱要件に書面同意している。
従事要件	①卒直後より当該都道府県内で9年間以上従事する ^{※1,2} 。 ②将来のキャリアアップに関する意識の向上に資する都道府県のキャリア形成プログラムに参加すること。
奨学金貸与	問わない。

※1 従事要件の9年間のうち、医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関における就業期間を4年間程度とし、当該医師のキャリアアップに配慮すること。
 ※2 医師の確保を特に図るべき区域とは、都道府県が医療計画に定めた医師少数区域及び医師少数スポットを指すものである。

四病協が次期介護報酬改定について要望

厚労省・介護給付費分科会

社会保障審議会・介護給付費分科会は8月19日、2021年度の介護報酬改定に向け、四病院団体協議会など関係団体からヒアリングを行った。

四病協は、新型コロナウイルスへの対応や次期介護報酬改定への要望について、10項目にわたって対応を求めた。

新型コロナウイルスの対応では、6月1日の事務連絡で示された介護報酬の臨時的な取扱いに関して要望した。臨時的な取扱いでは、通所介護や通所リハビリテーションなどの通所系サービスで2区分上位の報酬区分の算定を可能とする取扱いが示されている。この場合、利用者負担も増えることとな

新型コロナの対応で利用者負担への配慮求める

り、利用者から「なぜ利用者が支払わなければならないのか」との声も聞かれる。このため四病協は、特例的な報酬の支払いでは、利用者負担が生じないよう見直すことを要望した。

また、社会福祉施設等への応援職員派遣事業について、新型コロナの感染が拡大した施設へ他の施設から職員の応援を出すことは現実には困難とし、感染拡大により職員が不足した際に実際に職員を派遣するためのシステムづくりが急務と指摘している。

通所リハ評価加算の見直しを提案

次期改定への要望では、介護予防通

所リハビリテーション等の事業所評価加算の要件の一部見直しを提案した。同加算は、運動機能向上などの選択的サービスを行った事業所の利用者が一定以上維持・改善した場合に、質の高い事業所として評価するもの。1年間で一定の基準を上回っていた場合に加算算定が認められる。

要件の一つである評価基準値の算定では、「選択的サービスを3カ月以上利用し、その後更新・変更の認定を受けた者」の数を数える。一方、要介護認定の見直しにより、更新申請における設定可能な有効期間が最長36カ月までと長くなっている。算定要件の一部が

現状と合わなくなっていることから、四病協は見直しに向けて検討を求めた。

そのほか、◇医療側と介護サービス側が欲している情報に相違があるため、医療・介護間で必要な情報を明確にし、相互に周知することが必要である◇退院決定から実際の退院までの期間が短く、ケアマネジャーの退院支援が困難になっている◇生活機能向上連携加算の活用促進のために協力する病院やリハビリ事業所に対する加算を創設する◇通所介護のADL維持等加算の単位数を引き上げる◇小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護について、居宅介護支援と同様に入院時情報連携加算の算定を可能とする◇外国人高齢者に対応するため、日本語が話せなくても相談ができる相談窓口の設置などを要望している。

安倍首相が退陣表明に伴い新型コロナ対策示す

安倍晋三首相は8月28日、退陣を表明するにあわせ、今後の新型コロナ対策を示した。インフルエンザなどの流行で発熱患者の増加が予想されることを踏まえ、医療提供体制の負担軽減のため、重症化リスクの高い人に重点

を置いた対策に転換する。予備費により、病院経営の懸念を払拭する「万全な支援」を実施する方針も示した。

安倍総理は新型コロナについて、「この半年で多くのことがわかってきた」と発言。「3密を徹底的に回避すると

いった予防策により、社会経済活動との両立は十分に可能」と述べた。40代以下の致死率は0.1%未満、死亡の半分以上は80代以上で、高齢や基礎疾患が重症化要因であるとした。

今後の対策では、検査体制を抜本的

に強化し、インフルエンザとの同時検査が可能となるよう、1日20万件の体制を目指す。特に高齢者施設や病院では、定期的に一斉検査ができるようにする。また、これまで2類感染症以上の取扱いをしてきたが、政令改正を含め、運用を見直す。軽症者や無症状者は宿泊施設や自宅での療養を徹底し、保健所や医療機関の負担軽減を図る。

病院機能評価データブック2018年度版について

全日病病院機能評価委員会委員長 木村 厚

この度、日本医療機能評価機構から病院機能評価データブック2018年度版が送られてきた。これは、評価機構が2009年から毎年制作し、関係者の400件強に送ってきているものである。一般にはHPから見る事が可能でコピーも可能である。コピーが手間と思う方は、機構に申し込めば、1セット(本体と評価Sの事例版)4,000円で入手可能である。

作成の目的としては、病院機能評価を受審した病院の実態を明らかにし、

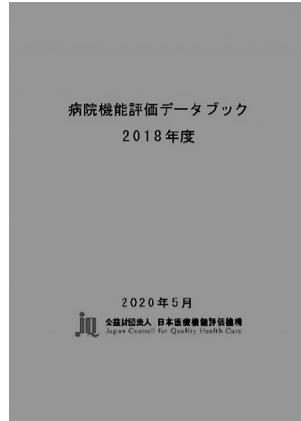
受審病院の医療の質に関する情報を病院、医療関係者、国民に還元するためである。

集計対象の第1は、2018年度から訪問審査を開始した機能種別版Ver2.0で受審した417病院である。第2は、2018年度で訪問審査を終了した機能種別版Ver1.1を受審した1,318病院である。Ver1.1の総括版として位置付けられよう。

データブックの構成をみると、第1章は「病院機能評価の概要」、第2章は

「2018年度受審病院の概要」、第3章は「審査結果の概要」(S評価の事例は別冊になって詳しく述べられている)、第4章は「テーマ別分析」として述べられている。

他病院とのベンチマークとして読むと面白いと思われる。すでに機能評価の認定を手に入れている病院はもとより、これから受審しようとする病院、



更新しようと考えている病院には、最高の参考書ではないかと考える。是非、手に入れられて読まれることをお勧めする。

病院機能評価データブックの活用について

全日病副会長 美原 盤

病院機能評価は、病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動(機能)が、適切に実施されているかどうかを第三者の立場から評価する仕組みである。「病院機能評価データブック」は、審査を通じて得られた医療提供の構造(ストラクチャー)、過程(プロセス)などの情報を、受審病院や国民に還元することを目的として作成されたものである。この還元された情報をどのように病院運営に活用したらよいか。

当院では、機能評価認定を更新することを医療の質の向上に対する継続的

な取り組みのためのツールととらえている。具体的に取るためには、何らかの目安が必要である。自分の病院は全国的に見てどのような場所に位置しているのか、どのようなところを目標にするのか。このような視点に立った時、「病院機能評価データブック」から病院運営に有用な情報を得ることができる。

それぞれの病院にとって参考になる項目は異なるであろうが、当院にとって自院と同じ機能種の病院における各専門職の人員の配置、患者1人1日あたりの収益などは運営の目安になるもの

である。

「病院機能評価データブック」別冊として「S評価の事例」をまとめている。当院ではこの別冊も含めて各部署で回覧している。病院スタッフにとって、病院機能評価を受審するには大きなエネルギーが必要であり、ストレスとなっているかもしれない。だからこそS評価を受けたことに対する達成感も大きなものとなる。当院でもいくつかの項目においてS評価をいただけており、「病院機能評価データブック」という形で自分たちの取り組みが公表されているのを認識することは、次回の

受審に向けてのモチベーションの刺激になっていると感じられる。また、S評価を受けた項目について院内掲示やホームページに公開することなどは広報活動の一つとして有用かもしれない。

S評価を受けた他院の取り組みは、自院の機能の向上のヒントとなるものがあるかもしれない。当院において各部署に「病院機能評価データブック」を回覧しているのは、それぞれの現場が、S評価を受けた他院の取り組みを自院の状況に合わせて適応できないか検討して、改善に役立ててもらいたいという狙いの一つである。各部署の年度計画や年度目標の立案などにも参考になると思われる。

それぞれの病院が、自院機能の向上に向けて「病院機能評価データブック」を活用されることを期待している。

審査基準の統一化に向け検討会が初会合

厚労省・審査支払機能の検討会

厚生労働省の審査支払機能の在り方に関する検討会(菊池馨実座長)は9月2日、初会合を開いた。社会保険診療報酬支払基金(支払基金)と国民健康保険団体連合会(国保連)のレセプト審査における不合理な差異の解消と、両者の審査支払システムの効率的な運営のあり方を議論し、年度末にとりまとめを行う予定だ。

政府が今年7月に閣議決定した規制改革実施計画では、審査支払機能のあり方について、「2024年予定の国保総合システムの更改に向けて、厚生労働省・支払基金・国保中央会は定期的な情報連携等を行い、審査基準の統一化、審査支払システムの整合的かつ効率的な運用を実現するための具体的な工程を明らかにする」ことを令和2年度中に実施すると決定した。

これを受けて、厚労省は審査支払機能のあり方に関する検討会をスタートさせた。構成員には、保険者・医療関係者のほか、規制改革会議の委員・専門委員である有識者が複数参加している。

初会合では、現在、予定している審査支払機能改革を確認した上で、各委員が意見を表明した。

審査の不合理な差異を解消する方向については、「審査の差異をなくすのは難しい。解消すべき『不合理な差異』の具体例を示してほしい。その差異が不合理だと判定する基準も示すべき」との意見が出された。「支払基金と国保連では審査するレセプトの疾病構造が異なり、単純に片方の基準を他に当てはめ統一するのは早急だ」との指摘も出された。

厚労省は、次回以降、具体例を示しながら、審査の差異解消の議論を進める方針だ。



システムの効率的運用を議論

支払基金は来年9月に審査支払の新システムを稼働させる。一方、国保連が現在使用している国保総合システムは更改時期を2024年に迎える。

委員からは、「先に開発される支払基金の新システムを、国保連が活用することが重要だ」との声があがった。

日本精神科病院協会の平川淳一委員も、「審査支払のシステムを国が1つ作り、それを国保連と支払基金が使うことはできないのか。2つのシステムを進めるのは無駄だ」と主張した。

他方、国保総合システムは介護保険などの他制度と連携しているため、審査支払に関するシステムの見直しには費用がかかるとして、大幅なシステム変更には懸念を示す意見も出された。

一方、規制改革実施計画にも記載されている、審査員が在宅でレセプトを審査する仕組みについては賛否両論があった。

在宅審査の仕組みの具体的な検討を進めるよう求める意見があったのに対し、「自宅や医療機関・薬局で、他の人に見られずに安全にレセプトを審査できる環境を整えることには課題がある」として、慎重な姿勢を示す委員もいた。

今回は支払基金と国保中央会からヒアリングを行う予定。検討会のとりまとめは、年度内を予定している。

新型コロナの相談・診療体制を変更

厚労省 インフル流行に備え

厚生労働省は9月4日、インフルエンザの流行に備えて、新型コロナの相談・診療の体制を変更することを発表した。インフルエンザ流行期には発熱患者が増加するが、検査なしにインフルエンザか新型コロナウイルス感染症かを鑑別することは難しいため、現行よりも多くの医療機関で患者からの相談への対応・診療・検査を行う体制を10月中旬に整備することをめざす。

現行では、発熱などの新型コロナウイルス感染症が疑われる患者は、まず「帰国者・接触者相談センター」に電話で相談し、その後、「帰国者・接触者外来」などで診療や検査を受けている。

今後、発熱患者は、帰国者・接触者相談センターではなく、地域の身近な医療機関に電話等でまず相談する。相談の電話を受けた医療機関は、診療可能な医療機関を案内する。

厚労省が同日、都道府県等に対し発出した事務連絡では、発熱患者の診療・検査を行える医療機関を「診療・検査医療機関(仮称)」に指定し、その数を

速やかに増やすよう指示した。

新型コロナの検査を行う医療機関は、都道府県等と行政検査の委託契約を締結する。厚労省は、地域の医師会や病院団体等と連携して、集合契約の手法を活用することが望ましいとしている。

また厚労省は、都道府県に地域の医療機関の役割分担を再度、検討するよう求めた。地域で新型コロナ疑い患者の診療・検査ができる医療機関が十分に増加した場合には、これまで帰国者・接触者外来を担ってきた感染症指定医療機関や地域の基幹病院を、新型コロナ患者の入院治療に専念させる方向を示している。

都道府県は、発熱患者の診療・検査医療機関を厚労省に報告する。厚労省は診療・検査医療機関に対し、財政面や個人防護具の配布などの支援を行う予定だ。

厚労省は、発熱患者を診療できる体制をさらに強化するため、電話やオンラインによる診療で発熱患者を診療する体制を整備する方針も示している。

一冊の本 book review

非営利組織と営利組織のマネジメント

「社会性のある病院経営」「社会の潤滑油となる非営利組織」「社会に役立つBSC」

著者●高橋淑郎
発行●中央経済社
定価●3,400円+税

BSCの権威であり、日本大学商学部教授としても大変活躍された高橋淑郎先生の著書。病院を中心とした非営利組織がもつ「社会性」を意識した経営課題や解決の方向性が示されており、病院経営者にとっては示唆に富む一冊。課題の背景や理論なども平易な表現で書かれているため、経営の知識がない方にとっても読みやすいだろう。幹部候補の方々にも是非読んでいただきたい。(安藤高夫)



多くの都道府県が第二次補正の補助金を9月中に交付

日病協・代表者会議 診療報酬実務者会議の委員長に太田圭洋氏が就任

日本病院団体協議会は8月28日に代表者会議を開いた。厚生労働省から第二次補正予算で手当てされた病床確保の補助金や慰労金が、多くの都道府県で9月中に、医療機関に交付される見通しであることが、厚労省から伝えられた。会見した日本病院会の相澤孝夫会長は、「できるだけ早く交付されることが望ましい」と述べた。

第二次補正予算では、第一次補正予算で創設した新型コロナ緊急包括支援

交付金(国費1,490億円)に加えて、1兆6,279億円が措置された。新型コロナ患者の病床確保や慰労金、院内感染防止対策などが新規メニューとなった。都道府県は医療機関などからの申請を踏まえ、交付を開始している。

厚労省による7月31日時点の聞き取り状況では、支給が10月以降になる都道府県が少なかった。その後、厚労省の働きかけなどにより、8月14日時点では、多くの都道府県が10月まで

に支給することができると回答している。特に、慰労金はほとんどの都道府県が10月までに交付される見込みだ。

また、診療報酬実務者会議の委員長に、太田圭洋・日本医療法人協会副会長を選出したことが報告された。前委員長の池端幸彦・日本慢性期医療協会副会長の中医協委員就任に伴うもの。副委員長の人選は次回以降に議論するとしている。

日本リハビリテーション病院・施設

協会による「新型コロナウイルスによる病院運営への影響調査」も報告された。それによると、回復期リハビリテーション病棟を持つ病院の6月の医業利益率は3病院団体の調査結果より悪く、一般病棟のある病院で▲9.6%、一般病棟のない病院で▲3.6%、単科の病院で▲3.3%。一般病棟のある病院でマイナス幅が大きいことがわかった。減収の影響は、入院患者の減少による要因が大きいと分析している。

臨床研究医コースの仕組みで「丁寧な議論」求める

四病協・総合部会 目指す募集人数含め制度の不透明さは残る

四病院団体協議会は8月26日に総合部会を開き、最近の医療問題を議論した。日本専門医機構は新たに臨床研究医コースを設定し、募集を9月23日にも始める方針を示している。これについて、会見した日本病院会の相澤孝夫会長は、「日本の国際的な医学の底力が落ちており、(臨床研究医コースの設定は)理解はする」と述べつつ、「急に決まった印象があり、もう少し丁寧な議論が必要だったのではないかと

の問題意識を示した。

臨床研究医コースは、通常の専攻医の都道府県別・診療科別の募集上限(シーリング)の枠外で募集する。このため人数が増えれば、地域偏在を助長する懸念がある。日本専門医機構は、臨床研究医コースを途中で脱退し、通常の専攻医に移る「シーリング逃れ」が生じないよう、厳しい姿勢で臨む考えを示している。

初回は40名でスタートするため、影

響はほとんどない。しかし、日本専門医機構の寺本民生理事長は、段階的に増やしていく方針を示しており、「最低100人」と発言している。どの程度の規模を目指すかということを含め、総合部会では、将来の方向性に不透明さがあることを指摘する意見が出た。

また、全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3団体病院経営調査の第2四半期の調査結果を10月に公表する見通しが示された。第1四半期の調査

では、新型コロナの影響で、医業利益率が4月に大幅に悪化し、5月はさらに悪化し、6月はわずかに回復する傾向が明らかになっている。

7月以降は第2波に近い状況があったが、第二次補正予算の病床確保料や感染予防対策の経費などの新型コロナ緊急包括支援交付金が、多くの都道府県で9月から給付される。新型コロナによる患者減の7月以降の影響とともに、給付の効果を合わせた病院経営への影響を確認する狙いがあることが、相澤会長から説明された。

公立・公的医療機関の再検証の期限を改めて議論し整理

厚労省通知 地域医療構想の議論を再開する方向

厚生労働省医政局は8月31日、地域医療構想の「具体的対応方針の再検証等の期限」に関する通知を出した。骨太方針2020が閣議決定され、新型コロナを踏まえた医療提供体制の議論が社会保障審議会・医療部会でも始まったことから、公立・公的医療機関の再編統合を含む具体的対応方針の再検証の進め方について、今後整理するとの方

針を示している。

これまでの方針は、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」(2020年1月17日付け通知)で明らかにしていた。具体的には、骨太方針2019の記述に則って、すべての公立・公的医療機関が、地域医療構想の具体的対応方針を2019年度中に策定することを求めている。また、医療機

関の再編統合を伴う場合は、「遅くとも2020年秋頃まで」としていた。

しかし、新型コロナの感染拡大により、厚労省は3月4日、「2019年度中とされた再検証等の期限に関しては、厚労省において改めて整理する」と通知した。

一方、今回の通知は、骨太方針2020や医療部会での認識の共有を踏まえ、

新型コロナにより、これまでの延長線上では議論ができなくなり、一時中断していた議論を再開し、改めて具体的対応方針の再検証の期限を設定し直す姿勢を示すものとなっている。

なお、骨太方針2020においては、地域医療構想に関して、「感染症への対応の視点を含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、可能な限り早期に工程の具体化を図る」と記述している。

新型コロナ対応の診療報酬上の臨時的な取扱いを事務連絡

厚労省事務連 重症度、医療・看護必要度の見直し期限など延長

厚生労働省医療課は8月31日、新型コロナに対応した診療報酬上の臨時的な取扱いに関して、事務連絡を出した。8月19日の中医協総会で賛否両論があり、結論が会長預かりとなっていたものだが、厚労省の提案通りの取扱いとなっている。

「令和2年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて」(9月1日・事務連絡)では、

2020年度診療報酬改定で、経過措置が9月30日までとなっていた事項について、「重症度、医療・看護必要度」の施設基準、回復期リハビリテーション病棟入院料1・3、地域包括ケア病棟入院料(特定一般入院料の注7も同様)の3つは経過措置を3月31日まで延長することにした。

「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて

(その26)」(8月31日・事務連絡)では、定数超過入院や月平均夜勤時間数、看護師等の数・比率、平均在院日数などの特例的な取扱いの対象となる医療機関を拡大している。

具体的には、◇新型コロナ患者を受け入れた医療機関等◇新型コロナ患者を受け入れた医療機関等に職員を派遣した医療機関等◇学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった医療

機関等◇新型コロナに感染し、または濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する医療機関等に全部の特例を可能とした。

これらに該当する病棟以外の病棟も対象となる。期間は月単位とする。ただし、緊急事態宣言の期間は、区域を問わず、全国が臨時的な取扱いの対象となる。訪問看護ステーションも同様の取扱いが適用される。

■ 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
第1回「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会(100名)	2020年9月27日(日) 【全日病会議室】 ハイブリッド形式(会場参加またはWeb参加いずれも可)で開催します。自宅や職場からの参加も可能です。	11,000円(16,500円)(税込)	医療事故を経験することはまれであり、事故発生後の対応は困難です。本研修会は、院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的としています。「医療安全管理者養成講習会」の継続認定の研修会に該当します。
個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース(48名)	2020年10月8日(木) 【全日病会議室】	23,100円(税込) 資料代含む	個人情報保護に関する理解不足に対応するため、初級編として「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」を実施。アドバンスコースでは弁護士3名を講師に招き、ベーシックコースではできなかった法の解釈についてより深い議論を行う。参加者には「受講認定証」を発行する。
第1回 医療事故調査制度事例検討研修会(60名)	2020年10月18日(日) 【全日病会議室】 新型コロナウイルスの関係で集合研修が難しい場合は、オンラインでの研修とします。	13,200円(16,500円)(税込) ※昼食代を含みます。	全日病は、医療事故調査等支援団体として、支援依頼に対応しています。本研修会は、医療事故調査制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に取り上げ、演習形式で制度に対する理解を深めることを目的としています。