



全日病 ニュース

2021.7.15

No.990

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

病院のあり方に関する報告書2021年版を公表 2040年を見据え「地域包括ヘルスケアシステム」を提言

全日病は、「病院のあり方に関する報告書2021年版」が完成したことを受けて、7月2日に記者発表を行い、徳田禎久常任理事(病院のあり方委員会委員長)が概要を説明した。

全日病は1998年に「中小病院のあり方に関する報告書」をまとめ、今回が9冊目となる。徳田常任理事は、最初の報告書をまとめた当時にふり振り返り、「医療制度・医療保険制度改革、介護保険導入により医療ビッグバンが始まったと認識した。護送船団方式は限界であり、会員自身が意識改革をしなければならぬと考えた」と述べるとともに、報告書をきっかけに「病院のあり方委員会」が設置された経緯を説明した。

「病院のあり方委員会」は、全日病の活動に対する提言を行うとともに、ほぼ隔年で報告書をまとめ、病院の基本的なあり方や標準的医療の奨励、医療の質向上の取り組みを取り上げた。医療政策面では、医療基本法の必要性を

訴えたほか、地域一般病棟の考え方を示した。地域一般病棟は、現在の地域包括ケア病棟につながっている。

今回の2021年版は、前回の2015-2016年版から5年が経ち、2040年を見据えた社会保障改革が進められていることを踏まえ、全日病として2040年を意識した考え方をまとめる必要があると考えて検討に着手。新型コロナウイルスの感染拡大により医療介護体制の弱点が露呈したことから、その教訓を踏まえ改革案を提案することとした。

理想的な医療介護提供体制を目指す

徳田常任理事は、報告書から中心的な提言内容を説明した。今回の報告書では、理想的な医療介護提供体制を実現するために『地域包括ヘルスケアシステム』の考えを打ち出した。現在の行政管轄区分は、医療は都道府県、介護は市町村が担当する形となっているが、「整合性・連携の議論が欠けている」ため、医療が中心となり、都道府県が

主導するシステムとして再構築することを提案した。

一定の生活圏で地域特性に合致した医療・介護・高齢者の住まい・生活支援を一体的に検討するシステムとして再構築することとし、医療保険・介護保険の同時利用や報酬改定時期の統一が必要とした。

『地域包括ヘルスケアシステム』では、健康管理・医療・介護のサービスが一体となったシステムを目指す。全高齢者を対象として、医療提供者が行う諸検査に加え、身体機能・精神機能の客観的情報、介護や福祉の従事者からの日常生活に関する情報を集め、介入条件を設定して必要に応じて最適な支援を行う。半年毎に定期的なチェックを行い、一定条件以上の問題が発生した場合に支援会議で対応を決める。

国民皆健診制度の確立を提案

健康・疾病予防については、これまでの報告書よりも踏み込んだ内容を盛



記者会見した猪口会長(右)と徳田常任理事

り込んだ。徳田常任理事は、「わが国の健診制度はOECDでも評価が低い」と述べ、健診制度改革を提案。健診センターを中心とする体制では健診後のフォローが十分ではないとし、診療所や中小病院がかかわる体制に改めるべきだとし、「国民皆健診制度」の確立を提案した。

猪口雄二会長は、20年に及ぶ「病院のあり方報告書」をふり振り返り、「初期の報告書には厚生労働省が取り入れ、現実の政策となったものもある。医療の先を読んだ報告書だった」とこれまでの取り組みを評価。「今回の報告書は、2040年を見据えて病院として考えなければならないことをまとめた。病院経営を考える上で参考にさせていただきたい」と述べた。

2022年度診療報酬改定に向け本格的な議論始まる

中医協総会

感染予防策のコロナ特例の恒久化で賛否

中医協総会(小塩隆士会長)は7月7日、2022年度診療報酬改定に向け、本格的な議論を始めた。9月までに各検討項目を一巡させる第1ラウンドの議論を行い、秋に意見の整理をまとめる。秋以降は、個別項目の具体的な評価を検討する第2ラウンドとなる。その後の予定は例年と同じで、来年1~3月に改定内容の諮問・答申を行い、2022年度改定を決定する。

厚労省は、外来・入院・在宅・歯科・調剤という通常の議題のほかに、コロナ・感染症対応を設け、同日のテーマとした。また、個別事項として、◇働き方改革の推進◇不妊治療の保険適用◇医薬品の適切な使用の推進◇歯科用貴金属の随時改定一の検討を明記した。

個別事項のうち、働き方改革は2020年度改定の最重要課題となったもので、2024年度の医師の働き方改革の施行に向け、引続きの重要課題となっている。不妊治療の保険適用は、菅義偉首相が直接、田村憲久厚労相に保険適用の拡大の検討を指示した案件となっている。

今後のスケジュールを踏まえ、日本医師会常任理事の城守国斗委員は、「2020年度改定が実施される時期に、新型コロナの感染拡大があり、医療現場は改定前の状況から一変した。政府の緊急経済対策や薬価財源を活用した診療報酬の特例対応、診療報酬や補助金の追加的な対策が実施されたが、患者の受療行動も変化し、通常の医療費増加分を考慮すれば、2.1兆円の医療費減となっている」と述べ、医療機関を取り巻く現状の厳しさを指摘した。

その上で、「2022年度改定に向け、2020年度改定の影響を把握するためのさまざまな調査が実施されているが、新型コロナの影響を除いた判断ができない」と通常の改定との違いを強調。

「新型コロナとの戦いは長期戦であり、それを踏まえると、2022年度改定は、2020年度改定を新型コロナへの対応に合うように『手直し』するという内容にならざるを得ない」との考えを示した。

コロナ・感染症対応を議論

全体のスケジュールを確認した上で、「コロナ・感染症対応」と「外来」をテーマに議論した。

厚労省は「コロナ・感染症対応」について、現状で新型コロナに対し各医療機関が、重症患者だけでなく、中等症患者への治療や自宅・宿泊療養を行っている患者への治療まで、それぞれの機能に応じて対応していることを示した。そのための支援として、緊急包括支援交付金などにより、「かかり増し」経費に加え、病床確保や休床に対する補助を含め、多方面から支援を講じていると説明した。

それとあわせて、診療報酬においても、新型コロナ患者の診療で生じる追加的な手間などを適切に評価するための特例等を設けている。また、新型コロナ患者を受け入れている医療機関に対して、診療報酬の人員配置の変更に伴う柔軟な対応や、実績要件の緩和などを実施している。

これらの新型コロナに対応するための様々な特例等の今後の取扱いについて、城守委員は、「小児特有の感染予防対策を講じた上での6歳未満の乳幼児への外来診療等の特例や、感染予防策を講じた上でのすべての患者の診療への特例は、10月以降も当然継続すべき。基本診療料への包括化も検討すべき。外来での院内トリアージ実施料、入院での救急医療管理加算などの特例も、恒久化を含め継続すべき」と述べ、

コロナ患者の受入れの有無にかかわらず感染症対策を評価する特例の継続が不可欠であることを強調した。

なお、6歳未満の乳幼児への外来診療等の特例は、9月末までになっているが、今年度末まで規模を縮小した措置を講じることを基本としつつ、感染状況などの実態を踏まえ、柔軟な対応を行うことになっている。感染予防策を講じた上でのすべての患者の診療に対する特例も、9月末までになっているが、延長しないことを基本としつつ、年度前半の対応を単純延長することを含め、必要に応じて、柔軟に対応するとの取扱いになっている。

日本病院会副会長の島弘志委員は、感染予防策を評価した特例について、「すべての医療機関が感染予防策を講じていることなどにより、インフルエンザも激減している。特例は継続すべきであり、今後の新興感染症等への備えとしても、医療計画の見直しを踏まえ、評価の引上げを含め、恒久的な感染症対策の評価を議論すべき」と主張した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「新型コロナの影響による医療機関の経営危機は、そもそも医療機関の経営が脆弱であるためであり、入院基本料を含めて診療報酬が制限されているために、利益が少なく、有事に対する余裕のなさにつながっている。有事に対応できる体制をどう作るかが課題だ」と訴えた。

これらの診療側の意見に対し、健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、真っ向から反論した。まず、感染予防策を評価した特例の恒久化に反対した。「政府の新型コロナ対策として決定されたもので、中医協で必要性がきちんと議論されなかった。エビデンスを蓄

積してから、必要性を判断すべき」と主張した。新型コロナ患者に対する診療での特例については、「継続はやむを得ない」と述べた。

その上で、「強調したいのは、骨太方針2021に明記されたように、『感染症患者を受け入れる医療機関に対し、減収への対応を含めた経営上の支援』を診療報酬で考えることの是非だ。これは診療報酬の大原則を覆すもので、診療報酬が診療行為を受けた患者への対価であるという大原則を変えるべきではない」と述べ、財務省の建議(2021年5月21日)に盛り込まれた考えに反対した。

「外来」についても様々な議論が行われた。特に、外来医療の機能分化に向け、紹介状なしで受診する場合などの定額負担が義務化される病院の拡大の議論に伴う、かかりつけ医機能・医療機関連携のあり方や、初診からのオンライン診療の診療報酬における取扱いなどが課題とされた(次号8月1日号で詳報)。

【訂正とお詫び】

全日病ニュース2021年7月1日号1面「厚労省・事務連絡」の記事の2段目下から1~2行目にある「初診料・再診料・外来診療料は算定できないが」は、「初診料・再診料・外来診療料を算定できる」の間違いです。お詫びして、訂正いたします。

本号の紙面から

次期改定の入院の議論を開始	2面
医師の働き方改革の議論再開	3面
県の病床確保料の対応に苦言	4面

救急搬送や手術、治療室で急性期入院医療を評価する視点示す

中医協・入院医療等分科会

2022年度診療報酬改定に向け入院医療の議論開始

中医協の入院医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は6月30日、2022年度診療報酬改定に向け入院医療の議論を開始した。同日は、入院医療を取り巻く現状を概観するとともに、同分科会が実施した2020年度調査結果(速報)を踏まえ、主に急性期一般入院料をめぐる議論を行った。また、厚生労働省は、特定集中治療室など治療室を備えている急性期一般入院料1とそれ以外の急性期一般入院料1などを比較。救急医療や手術の実施状況、高度急性期医療の機能との連携の観点で、急性期入院医療の評価を考える視点を提供した。

急性期一般入院料1(旧7対1入院基本料)は2012年の35万7,569床に対し2019年は34万6,491床で、1万床ほど減少したが、急性期一般入院料2~7の2倍以上を占める現状は変わっていない。一方、旧10対1入院基本料は2012年の21万566床から2017年の16万9,638床まで減ってから急性期一般入院料2~7になった。地域包括ケア病棟の創設などで減少したと考えられる。

最近の診療報酬改定では、医療の必要性の高い患者の該当割合に一定の基準を設け、入院基本料の要件とする「重症度、医療・看護必要度」(以下、必要度)を厳格化することにより、急性期入院医療の入院基本料を適正化する方向での改定が行われてきた。2022年度でもその方向での改正が行われる可能性があるが、新型コロナの影響で、現状の把握が困難になっているほか、2020年度改定が十全に実施されていないことから、状況は不透明だ。

病床規模の大小による比較

そういった状況で厚生労働省は、一般病棟入院基本料について、医療ニーズに見合った医療資源を投入し、効果的・効率的に、質の高い入院医療を提供するという観点を踏まえ、看護必要度だけでなく、救急医療や手術等の実施、高度急性期医療との連携を含めて、急性期入院医療を評価する視点を提示した。

その議論をする際の資料として、まず、新型コロナの特例の取扱いの状況が示された。特例では、一般病棟でも

人員配置を同等にすれば、治療室の届出を行わなくても、救命救急入院料や特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料等を算定し、新型コロナ患者を入院させることができることになっている(「簡易な報告」)。

「簡易な報告」での病床数は、救命救急入院料で1,614床、特定集中治療室管理料で1,171床、ハイケアユニット入院医療管理料で1万744床であった。治療室の状況では、すべての特定機能病院で3つのうち、いずれかの届出があった。急性期一般入院料1を届け出ているその他の病院では、7割超の施設がいずれかの届出を行っており、特にハイケアユニット入院医療管理料の届出が多かった。

また、新型コロナ患者で人工呼吸器等使用患者の受入れ実績のある病院をみると、病床規模が大きいほど、受入れ実績のある病院の割合が高まるとの結果だった。

これを受け、全日病会長の猪口雄二委員は、「中小病院は元々治療室がない病院が多い。その中で、一定の数を

受け入れたのは、新型コロナ患者に対応するため、『簡易な報告』を活用し、受入れに努力した結果だと思う」と述べた。人工呼吸器を装着する新型コロナ患者の受入れについては、「100~200床規模でも2割超は受入れ実績がある。特に、東京や大阪など大都市で中小民間病院が頑張った」と強調した。

さらに、総合的かつ専門的な急性期医療を提供する病院への加算である総合入院体制加算を届け出ている病院の方が、新型コロナ患者を受け入れている割合が高いとのデータも示された。

全日病常任理事の津留英智委員は、「総合入院体制加算を届け出ている病院の多くが、新型コロナ重症患者を受け入れていることは間違いない。しかし、受入れ人数には幅がある。私が確認したデータでは、特定機能病院でも大部分は1日平均1~4人程度の受入れで、10名以上の受け入れは6病院だけだった。届出なしの病院も、半分近くは新型コロナ患者を受け入れているのであり、他の病院よりも総合入院体制加算を届け出ている病院だけが、新型コロナ対応で頑張ったとは、必ずしも言えないのではないか。」と述べた。

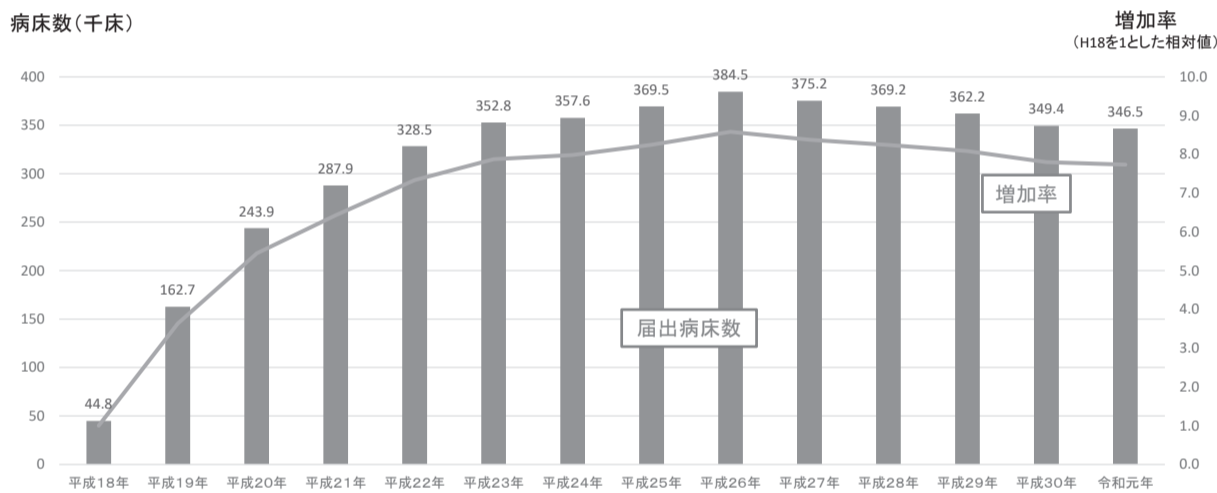
厚労省は、急性期入院料1を届け出ている病院における、そのほかのデータでも、◇病床規模の大きい病院の方が、治療室を届け出ている病院が多い傾向にある◇病床規模の大きい病院の方が、救急搬送件数が増える傾向がある◇手術の実施件数の多い病院の方が、治療室を届け出ている病院の割合が高い傾向にある一などを示した。

このようなデータを踏まえ、名古屋大学医学部附属病院教授の秋山智弥委員は、「急性期一般入院料1について、救急搬送と手術を実績として評価し、治療室を体制として評価する視点と考えられる」と厚労省の論点を解説した。

これに対し猪口委員は、「病院の機能はサイズだけでなく、地域により異なる。県庁所在地に立地する病院などは、複数病院で機能分化できるが、医療資源が少なく、全部の医療機能を引き受けなくてはならない病院もある。一律に評価するのではなく、地域の中でどのような機能が必要であるかを考え、そのために地域医療構想なども活用し、情報を共有して議論を進めることが重要になる」と強調した。

看護配置7対1の入院基本料の届出状況

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成27年以降減少傾向。



- [H18.4] 7対1入院基本料創設
- [H20.4] 重症度・看護必要度の導入
- [H24.4] 重症度・看護必要度 該当患者割合基準の見直し (10%→15%) 平均在院日数要件の見直し (19日→18日)
- [H26.4] 重症度、医療・看護必要度 A項目の見直し 在宅復帰率要件の導入
- [H28.4] 重症度、医療・看護必要度 A・B項目の見直し/C項目の追加 該当患者割合基準の見直し (15%→25%) 在宅復帰率の見直し (75%→80%)
- [H30.4] 重症度、医療・看護必要度Ⅱの創設 該当患者割合基準の見直し (25%→30%) 判定基準の追加 C項目の評価の見直し

出典: 保険局医療課調べ ※平成30年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数

オンライン初診に適さない症状や薬を検討

厚労省・オンライン診療検討会

医学会連合が提言

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6月30日、初診からのオンライン診療に適さない症状や医薬品を検討していく方針で一致した。

政府が6月18日に閣議決定した規制改革実施計画では、初診からのオンライン診療は「原則、かかりつけ医による実施」とした。かかりつけ医以外の医師が行うのであれば「あらかじめ診療録、診療情報提供書、地域医療ネットワーク、健康診断結果等の情報により患者の状況が把握できる」場合に限定した。

さらに、かかりつけ医がいない患者については、診療前に、医師が患者本人と「オンラインでのやりとり」で患者から医療履歴や基礎疾患の情報を聞き、「オンライン診療を行うことに合

意した場合」に、初診からのオンライン診療を可能とした。

これらを踏まえて、検討会では今後、初診からのオンライン診療に必要な医学的情報の詳細や、「オンラインでのやりとり」を議論していく方向だ。

初診からのオンライン診療に適さない症状や医薬品等も検討していく。このための参考資料として、日本医学会連合(門田守人会長)による「オンライン診療の初診に関する提言」が示された。提言では、オンラインの初診に適さない症状と、オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤を示している。

オンライン初診に適さない症状として、発熱などの風邪症状があり、かつ「高齢」や「高血圧」「肥満」などの重症化リスクがある場合などをあげた。投与に検討が必要な薬剤として、抗菌薬

や抗ウイルス薬、糖尿病治療薬などをあげている。

複数の委員が提言を評価した。日本医師会副会長の今村聡委員は、「提言が『検討が必要な薬剤』とした薬に、明らかに投与してはいけないものがある。投与禁止のものと投与に検討が必要なものと、段階を分けるべき」と要望した。

大病院での活用期待の声

検討会では、東大病院でオンライン診療がスタートすることが報告された。「大学病院でオンライン診療の活用が進まないのは、赤字になるから」との指摘もなされた。

大病院や中核病院でのオンライン診療の活用を期待する意見が複数の委員から出される一方、病院でのオンライン診療のコストを下げる取り組みが必



要との意見も出された。

今村委員は「コストはシステム会社によりまったく異なるので、より廉価で安全性の高いオンライン診療のシステムを広める必要がある」と指摘。

さらに今村委員は、「大学病院や中核病院で、どういう医療にオンライン診療が適するか、研究を進めてほしい」と要望した。

規制改革実施計画では、「オンライン診療のさらなる活用に向けた基本方針」を策定して、先進的な好事例を展開していく方針が示された。委員からは、「医療の大きなデザインを描いた上で、そこにオンライン診療を位置付けてほしい」との意見が出された。基本方針の策定期間や検討の場は未定。

専門医機構の19基本診療領域の専門医は広告可能に

厚労省・医療情報提供内容等あり方検討会

サブスペの広告の是非は見送り

厚生労働省の「医療情報の提供内容等のあるあり方に関する検討会」(尾形裕也座長)は6月24日、日本専門医機構(以下、機構)が認定する19の基本診療領域を取得する医師が、医療法で認める資格として専門医を広告できるとする方向で議論することを了承した。実施は秋を予定し、広告できる専門医名など詳細は今後整理する。一方、日本専門医機構が認定するサブスペシャルティの専門医については、機構での議論が煮詰まっておらず、当面見送る。

2013年の「専門医の在り方に関する検討会」(高久文磨座長)の報告書では、第三者機関が認定する新たな専門医制度を創設し、医師の専門性に関する資格名等として、広告を可能とすべきとの意見が盛り込まれた。2018年度には日本専門医機構が運営する新たな専門医制度が開始され、3年経った。

今年度は、第1期の19の基本診療領域の研修が終了し、専門医の認定が行われる段階にある。厚労省は、これらの状況を踏まえ、19の基本診療領域については、「広告への対応」が必要であると提案した。一方、サブスペシャルティ領域については、まだ、機構認定の専門領域が決まっておらず、「詳細

が整理されていない状況」であるため、詳細の整理を待って、検討するとの考えを示した。

また、すでに広告可能となっている学会等が認定する資格名の広告の取扱いは、「会員数が千人以上」など現行の外形的な基準のあり方を含め、広告できる範囲や期間を検討するとの課題を示した。なお、現在56種類の専門医が広告可能となっている。歯科医師は5種類、薬剤師は1種類、看護師は27種類で合計89種類。

19の基本診療領域の専門医認定を広告可能とすることに、委員から概ね異論はなかった。ただ、総合診療専門医については、他の基本診療領域と異なり、実績が不足しているとの指摘があった。

また、現状の専門医等の広告制度の問題として、各職種で広告できる専門性の意味合いが異なることや、他の法令との整合性など現行の基準の曖昧さを指摘する意見が出た。

日本医療法人協会副会長の小森直之委員は、「例えば、19の基本診療領域のうち、総合診療専門医の名称では、診療報酬の請求ができない。また、広告可能な専門医が、医療機関が標榜で

きる診療科とも一致していない」と指摘。これに対し、厚労省の担当者は、広告できる専門医と標榜できる診療科、診療報酬の請求で求められる専門医などの整合性が取れていない現状を説明するとともに、標榜できる診療科の議論をする場合には、医道審議会の意見を聴く必要があるとした。

広告規制違反のHPの状況を報告

医療機関などの不正・不適切なホームページ(HP)を見つけ出し、改善するためのネットパトロール事業の報告があった。広告規制違反が明らかになり、ネットパトロール事業により、注意喚起を受けたにもかかわらず、改善に至らず、自治体に報告されても、「継続対応中」となっている案件が、2018年度分で16件あることに「問題」との発言が委員から相次いだ。

2018年度分の案件は80件であるため、2割が「継続対応中」ということになる。佐賀県医療センター好生館理事長の桐野高明理事長は、「16件が2年間も放置されている。放置しても健康被害は生じないと厚労省は判断しているのか」と質問した。厚労省の担当者は、「法の趣旨に則って対応する」と述べ



るにとどめつつ、状況を確認すると回答した。健康保険組合連合会の幸野庄司委員は、「罰則があるのに適用されないのであれば、不正事例が繰り返されるのではないかと懸念を示した。

また、国民や関係者に違反例をわかりやすく紹介するための医療広告違反事例の解説書案が示された。広告が禁止・不適切な事例などを、図入りでわかりやすく説明している。

医療の質向上事業の現況を報告

全日病も参加している「医療の質向上のための体制整備事業」の現況を、日本医療機能評価機構の亀田俊忠理事が説明した。「医療の質向上のための協議会」として、今年3月に中間まとめを行っており、「指標を用いた測定」、「測定結果を基にした改善活動」、「ベンチマーク評価」、「公表のあり方」の4つの論点で議論を進めていることが報告された。

臨床研究医の募集で周知活動始める

日本専門医機構

一般より2カ月早い9月から募集開始

日本専門医機構の寺本民生理事長は6月28日の会見で、臨床研究医コースの今年度の募集スケジュールの見通しなどを説明した。昨年度に初めて募集を開始した臨床研究医コースは、40名の枠に対し採用は26名で、想定を大きく下回った。寺本理事長は、周知不足が理由の一つであるとして、7月中旬に日本専門医機構による周知活動を行う。

日本の基礎医学の水準は低下傾向をたどっており、各国との比較でもそれ

が表れている。2000年に入ってから低下し始めており、2005年と2014年を比べると、基礎医学論文数は4%減っている。寺本理事長は、「基礎医学の凋落に強い危機感を持っている」と述べ、臨床研究医コースがその歯止めになることに期待を示した。

臨床研究医コースは、各診療領域のプログラム制やカリキュラム制と同じく、日本専門医機構が実施する研修であり、臨時定員増の枠である医学部の基礎研究医とは別である。7年間の研

修のうち、5割以上を研究に充て、それ以外は臨床の専門研修を行う。専門医取得後は大学教員など基礎医学に係る業務に従事することが想定されている。

日本専門医機構による研修だが、臨床研究医コースは、都道府県別・診療科別のシーリング(定員の上限設定)の枠外となる。このため、「シーリング逃れ」の懸念もある。実際に研究者としての研修が行われることを担保するため、大学院の卒業には、英語論文

2本を医学雑誌に投稿することなどを求める。詳細は今後整理する。

ただ、昨年度に募集を開始したが、40名の枠に対し採用は26名だった。寺本理事長は、周知が不十分であったことと、始まったばかりの制度であるため、身分保障やキャリアパスへの不安が専攻医にあると説明した。その上で、将来的には「100名ぐらいまで増やしたい」との認識を示した。このため、7月中旬に機構による周知活動を行う。

臨床研究医コースの募集は、一般の専攻医の募集の11月より2カ月早い9月から開始する予定だ。臨床研究医コースの採用に至らなかった専攻医は一般の専門医研修に応募することができる。

医師の働き方改革の議論が再開

厚労省・医師の働き方改革検討会

大学病院勤務医の実態調査も報告

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7月1日、改正医療法の成立に伴い、2024年度からの医師の働き方改革の施行に向け、検討会の議論を再開した。同日は、今後のスケジュールの大枠を確認したほか、勤務医に対する情報発信に関する作業部会の設置を了承した。

医師に対する時間外労働規制が2024年度から適用される。時間外・休日労働は年間960時間が上限となるが、年間1,860時間の特例水準も設けられる。

改正医療法では、◇勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成◇地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設◇当該医療機関における健康確保措置一などが盛り込まれた。

今後、時間外労働規制の適用に向けた具体的な議論を進めていく。同日は、①医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査報告②勤務医に対する情報発信に関する作業部会の設置③医師労働時間短縮計画作成ガイドラインが議題となった。その他の重要な課

題である追加的健康確保措置の詳細や医療機関勤務環境評価センターの運営に関する事項、C-2水準(専攻医を対象とした集中的技能向上水準)に関する事項、医師の労働時間短縮等に関する大臣指針は、次回以降の議題となる。

厚労省から、同検討会が法案内容をまとめた後に、変更のあった部分の説明があった。同検討会のまとめでは、時間外・休日労働が年960時間を超える特例水準で医師が勤務する医療機関に対しては、2021年度中から医師労働時間短縮計画を策定し、計画に基づく取組みを実施することを義務付けるとしていた。

しかし、法律が施行され、実際に時間外労働規制が適用となる前に、計画の策定を義務付けることは、法制上困難との内閣法制局の解釈があったほか、新型コロナウイルスの対応に苦慮する医療機関に配慮すべきとの判断もあり、2023年度末までの計画策定は努力義務となった。

ただし、2024年度以降の計画策定は義務であり、特例水準の指定を受ける医療機関における実質的な対応はそれ程変わらないと考えられる。

また、厚生労働科研究調査研究事業に

よる「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・慶大特任教授)の結果が報告された。10大学病院に長時間労働が多い診療科2~3を選択してもらい、合計26診療科における医師(531人)の副業・兼業先の勤務を含めた勤務実態を調べた。

大学病院・副業・兼業先で「待機」を含む時間外労働は、A水準が40.1%、連携B水準は27.3%、B・C水準は9.4%、B・C水準を超過した医師は23.2%であった。これについて、大学



病院での「待機」は時間外労働に含め、副業・兼業先での「待機」を時間外労働から除くと、B・C水準超過は10.4%に下がった。

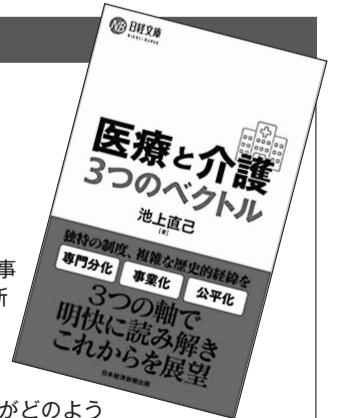
宿日直許可が得られれば、B・C水準超過の医師が減ることが示唆され、社会医療法人ベガサス理事長の馬場武彦委員は、「宿日直許可基準が改善されたのに、副業・兼業先での取扱いが曖昧なままの病院が少なくない。さらなる周知や支援をお願いする」と求めた。

一冊の本 book review

医療と介護 3つのベクトル

著者●池上直己
発行●日本経済新聞
定価●1,100円(税込み)

全日病の監事であり、医業経営・税制委員会と医療従事者委員会の特別委員を務めておられる池上直己先生の最新作。医療と介護の構造の変遷を、「専門分化・事業化・公平化」の3つのベクトルから欧米と比較しつつも解いていく。現代における長期的ケアの課題と今後の医療と介護の体制の展望を論じた章もあり、今後の医療と介護がどのような方向性に向かうかを考えるうえで参考になるだろう。医療と介護における仕組みの入門書にも最適なので、学び直しとしてもぜひ一読いただきたい。(安藤高夫)



コロナ感染フェーズ変更時の病床確保料の県の対応に苦言

日病協 医療現場の実態踏まえた対応求める

日本病院団体協議会は6月25日に代表者会議を開いた。終了後の会見で議長の齊藤正身・日本リハビリテーション病院・施設協会会長は、福岡県の新型コロナの病床確保の補助金の対応をめぐり苦言を呈した。実際の状況を確認した上で、関係者に現場の実態を訴える考えだ。

新型コロナの感染状況の指標であるフェーズが下がり、感染者の低下が見込まれ、必要なコロナ病床数が減れば、確保分を一般病床に戻していくことになる。それに応じて、補助金の病床確

保料も支払われなくなるが、その対応が性急であれば、病院にとっては収入面の問題が生じる。

齊藤議長は、新型コロナの病床から一般病床に戻しても、すぐに患者が戻るわけではなく、新たな感染拡大が起これば、再び新型コロナの病床を準備しなければならないと指摘。病床転換は一朝一夕にできるものではないため、病床確保料についても、一定期間は支払われるべきと主張した。厳格すぎる対応に対しては、医療現場の実態を踏まえ、配慮を求めた。さらに、福岡県

の対応が全国に広がることに懸念を示した。

DPC 分科会の復活を求める

骨太方針2021が閣議決定されたことについては、特に「さらなる包括払いのあり方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し」が明記されたことに、言及があった。

日本私立医科大学協会参与の小山信彌副議長は、「さらなる包括払いの検討を、厚労省の入院医療等の調査・評

価分科会のDPC/PDPS等作業グループで行うのは、非公開であるため不適切。従来のDPC評価分科会を復活させて、病院団体の委員を複数入れて、公開で議論すべきだ」と述べた。また、「さらなる包括払い」の具体的な内容について、「短期滞入手術等基本料の拡大があるのではないか」との考えを示した。

また、新興感染症等の医療提供体制が事業に加わる医療計画の見直しに関係する感染症の予防計画の検討会や、電子カルテの標準化に向けた議論の場においても、病院団体の委員が複数参加することが望ましいと主張した。

■ 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
医師事務作業補助者研修 (eラーニング研修)	2021年6月1日(火)～2022年3月31日(木) (アカウントの有効期限) ※アカウント情報通知書発行日から60日間	27,500円(税込) (1アカウント)	「医師事務作業補助者研修」をeラーニングで提供する。受講期限(60日間)内であれば、好きなタイミング(オンデマンド)で受講できる。受講修了後に所定のレポート等を提出した方に「受講修了証」を発行する。
看護部門長研修コース (48人)	第1単位 2021年8月3日(火) 第2単位 2021年8月24日(火) 第3単位 2021年9月10・11日(金・土) 第4単位 2021年10月5日(火) 第5単位 2021年10月19日(火) 第6単位 2021年11月2日(火) 第7単位 2021年11月19・20日(金・土) 【オンライン研修】	165,000円(275,000円)(税込) 原則7単位(9日間)	看護部門長の「経営革新・実践力強化」を目的として、経営感覚やイノベーション、実践力の3つの狙いを軸に講義・演習等を行い、原則7単位(9日間)の出席および課題の提出の条件を満たした方を「看護管理士」として認定する。全面オンラインで開催する。
人間ドック研修会 —日本医師会認定産業医教育講演— (303名)	2021年8月22日(日) 【岡山県医師会館】 ※WEB参加も可能	学会(第62回全日本病院学会 in 岡山)の参加費に含まれる	第62回全日本病院学会 in 岡山の委員会企画として実施する。日本医師会認定産業医研修会として認められており、認定産業医の単位取得となる。「全日病 保健指導士」の資格更新のための2単位にも該当する。「職域における特定保健指導」や「特定健診・特定保健指導の今後の展開」について、識者からの講演を実施する。
業務フロー図作成講習会 (20病院)	2021年9月4日(土) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	49,500円(77,000円)(税込) (3～5名)/1病院 ※昼食代(1,100円/1名)(税込)、書籍代含む	医療の業務改善はもちろん、医療事故調査においても、業務プロセスの各職種内、職種間の流れを可視化し検討することは必須となる。業務改善は業務フロー図に始まり、業務フロー図に終わるといっても過言でない。特性要因図作成研修会に参加するとさらに効果が出る。
特性要因図作成研修会 (20病院)	2021年9月5日(日) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	49,500円(77,000円)(税込) (3～5名)/1病院 ※昼食代(1,100円/1名)(税込)、書籍代含む	魚骨図とも呼ばれる特性要因図は、医療事故調査制度の根本原因分析の骨格をなす。親和図、特性要因図、業務フロー図を活用し、根本原因に至る講習会などを具体的事例を元に実施する。業務フロー図作成研修会に参加するとさらに効果が出る。
医療事故調査制度事例検討研修会 (60名)	2021年9月26日(日) 【全日病会議室】 ※会場参加とWeb参加のハイブリッド形式	13,200円(16,500円)(税込) ※昼食代含む	医療事故調査制度に対しては「報告事例数が少ない」「報告すべき事例が報告されていない」などの指摘が出ている。本研修会では、事故発生時に本制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に、事例を選択した。グループワークが中心になるので、1病院から複数名の参加が望ましいが、1名の参加も可能。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定の研修会に該当する。
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)	2021年10月7日(木) 【WEB開催】	23,100円(税込)、資料代含む	初級編である「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」の応用編として、事例研修を中心とした年1回の研修会を開催する。講師として弁護士3名を招き、法の解釈についてより深い議論を行う。
院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会 (70名)	2021年10月9日(土) 2021年10月10日(日) 【全日病会議室】 ※会場参加とWeb参加のハイブリッド形式	27,500円(33,000円)(税込) ※2日目の昼食代、書籍代含む	2011・2012年度の厚生労働科学研究費補助金「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」に基づく「院内医療事故調査の指針 第2版」を教材に研修会を開催する。事故発生時の対応を系統的に体験するグループワークが中心になるので、1病院から複数名の参加が望ましい。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定の研修会に該当する。
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 (100名)	2021年12月11日(土)、12日(日) 【全日病会議室】 ※WEB参加も可能	27,500円(33,000円)(税込) ※昼食代、テキスト代含む	医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための医療安全管理体制相互評価の実務を想定した講習会。研修会の受講は施設規準の要件ではないが、近い将来、体制構築および運用の実態が問われることは必至と考えられる。