

第 44 号
2018. 3
年 6 回発行

日本病院会 愛知県支部ニュース

発行所 日本病院会 愛知県支部

〒450-0008 名古屋市中区栄四丁目 14 番 28 号 愛知県医師会館内

TEL (052)263-0800 FAX(052)242-4353 E-mail : jha-aichi@byouin-k.jp

発行人

支部長 松本 隆利

目次

○巻頭言

医師の働き方改革で急性期病
院の取るべき対応について

1

○専門医制度スタート

2

○日本病院会常任理事会報告

3

○支部理事会議事録

5

愛知県支部ニュースへの

ご寄稿のお願い

愛知県支部ニュースは、会員の皆様の意見交換の場として会員の皆様からの情報発信をお待ちしております。テーマ、字数の制限は特にありませんので、ご寄稿よろしくお願いします。

巻頭言

医師の働き方改革で急性期病院の取るべき対応について

理事 絹川 常郎

最近、病院長が参加する会議では、テーマが教育だろうが救急だろうが、すぐに話題の中心が医師の働き方改革のことになる。厚生労働省の失態もあり、労働基準法の改正の範囲は狭まったが、この法律改正の趣旨は、労働時間を適正化して労働者の健康を増進することを目指してはいるが、政府の本心は一人一人の労働者の時間当たりの GDP を引き上げ、日本の経済の再活性化することにあるものと考えて良からう。しかし、医療界では、その生産額のほとんどを国が決める保険診療の報酬額が占めており、24 時間医療の提供が前提の急性期病院にとっては、一人の患者につき込む医師数を減らさなければ、医師一人が達成する時間当たりの GDP は上がらないという構造上の問題がある。多くの病院が難しい対応を迫られている訳である。

今、進められている地域医療構想関連の会議では、急性期病床の削減と、その機能転換が議論の焦点である。この様な状況でも日本病院会所属の地域で信頼されている病院では、多少病床を減らしても、急性期病床中心の機能を維持しようとする管理者が多いものと予想される。しかし 2 次、3 次救急は患者当たり、最も医師数を必要とする医療である。同じ数の急性期疾患の患者に対し質を落とさず診療を提供しようとするれば、医療現場で考えられる医師の労働時間の適正化は簡単

ではない。医師同士の共働による医療の効率化、多職種によるチーム医療の推進、病院 IT システムへの AI の導入などに加え病院同士の連携などが対策として挙げられているが、それぞれの取り組みで、一定の成果を上げるのは簡単なことではない。本稿では、このような難しい問題の解決法を提言するつもりはない。病院を預かる現場の人間として私は、以下に示す例を参考に、今は、単純に医師の確保の重要性を強調したい。

私は、昨年 11 月より訳あって静岡市にある JCHO グループ病院の院長を併任することとなり、静岡市の 2 次救急体制について交渉する会議に数回参加した。この政令指定都市には医科大学が無く、医師は慢性的に不足している。設立母体は異なるが公的病院はいくつもあり、各病院で連携して 2 次救急を維持している。静岡市は名古屋市の 3 分の 1 程度の人口であるが、1 つの病院で全市の 2 次救急当番に対応しなければならないことしばしばであり、その調整は容易ではない。私の担当病院も東京の医大からの代務医数の確保だけが頼りである。よそ者の私から見て、余裕ある救急システムの維持は困難と

写る。地域の病院同士の単純な連携のみで地域の救急体制を維持する試みは、絶対的な医師不足の前には、いかんともしがたい。

労働基準法が厳格に医師にも適用されようとしている現状を考えると、愛知県の急性期病院は、病床数を減らしたり、一部を回復期病床に変換したりしたとしても、他県の苦しい状況を見る限り、医師数は維持すべきである。その観点からすると、気になることがある。新専門医制度が平成30年度よりいよいよスタートするが、愛知県で内科のプログラムに応募した医師が、直近3年に比べて30人余、少ないことである。元々、人口あたりの医師数が全国平均より少ない愛知県は、優れた救急体制を敷くことで救急患者に迷惑をかけずに来たが、限界が近づいているかもしれない。会員病院は情報共有しつつ、後期研修プログラムをうまく運用し、救急の基本である内科医や総合医の確保に全力を傾けなければならない。

(独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 院長)

専門医制度スタート

理事 河野 弘

2013年5月に第三者機関として日本専門医機構が設立され、2017年4月からこの制度に乗った新しい研修が施行される予定であったこの専門医制度は、各種団体の懸念を受け、執行部刷新を経て、今年4月から当初より1年遅れでスタートされることになりました。対象は2018年3月で初期臨床研修を修了する医師です。現在、内科、外科、小児科、放射線科など18の基本学会が独自に施行している専門医制度をこの日本専門医機構が統一基準のもとにカリキュラムを作成し、審査を行うものです。18の基本学会からなる診療科に新たに総合診療科を加え、19の基本領域から成る専門医制度です。2017年10月10日に募集が開始され、11月15日に締め切られた1次募集では、卒後2年目の医師のうち約9割にあたる7,989名が登録され、現在第3次募集中です。1次募集登録の結果をみると、内科は3,224名で全体の32%でトップであるが、従来より20%減少しました。一部が総合診療科流れたという見方もありますが、2%程度です。内科は基本プログラムが複雑化して、ハードルが上がったのが敬遠されている一因といわれています。これに対し、専門医取得が複雑でない皮膚科、眼科などは増加したとあります。しかし、この内科専門医の変化も都道府県別に比較すると、東京は一人勝ちで、大きく増加しています。これに対し、愛知、千葉、大阪は大きく減少し、とりわけ愛知県は最も多く減少しています。また、主要プログラムの一つである外科は772名が登録され、5.9%減少となっていますが、これも地域差が大きく、とりわけ山梨県、高知県は1名のみ登録です。この数字をみると、単純計算上、10年間でこの両県は10名の外科専門医が誕生することになります。多くは大学所在地に勤務すると考えると、山梨県や高知県といった地方の県では10年間に一人も外科専門医がいない地域が生じる恐れがあります。東京都は人口比率では日本の10.9%ですが、専攻医所在では全体の22.9%と人口比率の2倍にあたる専攻医が集まることになります。東京都に大学病院が集中していることなどがこの結果に表れたと思われませんが、地域の偏在を是正するためと掲げられたこの制度はスタートから問題が生じています。

さて、愛知県では19の基本プログラムごとに、それぞれの基幹病院とその特徴がまとめられました。内科は4大学を含む30の基幹病院、外科は4大学を含め19の基幹病院が認められました。整形外科、皮膚科、精神科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、放射線科、病理診断科は4大学のみです。また、形成外科は3大学、臨床検査は2大学のみです。診療科によっては市中病院で多数の指導医を抱えることが困難な場合もありますが、中にはどうして大学集中なのと思わせる診療科もあります。これでは大学の影響が

より進んでいき、専門医制度の掲げた理念から離れていくと危惧します。

なぜ現在の学会主体の専門医制度から新たな日本専門医機構による新制度が必要かという理由について、機構は①専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準がされておらず、専門医として有すべき能力について医師と国民との間にギャップがあり、国民にとって分かりやすい仕組みになっていない。②医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療をめぐる重要な課題であり、この偏在を是正する必要がある。③患者が症状から基幹病院の何科を受診すればよいかわからない、よって臓器別診療科以外に総合診療科が必要である。等の理由によりこの専門医機構が発足しました。ただし、専門医機構は各基本領域のプログラムは審査するが、専攻医の身分保障には関与せず、各プログラムに丸投げです。この専攻医は3年間の間に、半年から1年間プログラム内にある他の病院での研修が義務づけられています。2つの病院の間で移動する専攻医はどちらの身分になるか、あるいは、医療事故が発生した場合、どちらの病院に責任があるのかなど各プログラムで決めることとなります。公立病院と民間病院での調整が一律になるとは限りません。特に公立病院ではその期間を、出向扱いか、あるいは退職扱いにするかの判断は分かれるでしょう。また、通勤許容外で、半年間だけのため引っ越しを余儀なくされ場合も想定されます。本来、このような身分、社会保障の基準は機構が統一していくべきではないでしょうか。それが専攻医ファーストと思います。

最後に新専門医制度では明記されていませんが、この専門医と保険診療報酬の問題があります。現在、専門医ということで保険診療点数に差があるのは麻酔科だけです。他の診療領域では、専門医資格による保険診療点数の差はありません。第三者機関という国の認定による新制度ですから、専門医をとるアドバンテージは必要と考えます。広告看板が可能というだけでは、これだけのエネルギーを費やす新たな制度変革としては淋しい限りです。是非、保険点数とリンクさせこの制度による専門医制度を実り豊かなものにしてもらいたいと願います。

(名古屋掖済会病院 院長)

日本病院会報告（平成29年度第6回常任理事会報告(平成30年2月24日)）

副支部長 末 永 裕 之

○ 報告事項

I 平成30年度事業計画(案)

1. 一般社団法人としての基盤整備
2. 適正な医療確保に向けた病院の基盤整備（追加分）
 - (1) 適正な医療提供体制へ向けた病院の基盤整備
 - ・療養病床転換への対応
 - ・病院における精神医療の在り方を検討
 - ・ICTを活用した医療連携
 - (4) 医療情報の国民への啓発
 - (6) 社会保険診療報酬支払基金の審査ソフトへの対応
3. 医療の質と安全の推進（追加分）
 - (5) 単回使用医療機器再製造制度に向けた取り組み
 - (6) 医療機関における安全な電波利用への取り組み
4. 情報提供と広報活動（追加分）
 - (4) 日本病院学会の国際活動
 - (7) 会員病院への円滑な情報伝達システムの構築

5. 病院職員の人材育成（追加分）

（2）日本専門医機構の専門医制度の評価と制度設計

6. 国際活動（追加分）

（6）外国人人材の確保と推進

7. 医療関連団体との連携推進

II 予算案報告

III 委員会報告

（1）感染症対策委員会

「感染症対策担当者のためのセミナー」は1日、3コースにしたこと、内容の変更により参加者が増加している。

再製造単回使用医療機器に関するアンケート調査を行う。

（2）医療の安全確保推進委員会

医療安全調査機構運営状況の報告：機構には1か月に30件ほどの報告があるが、当初予測の3分の1である。医療機能評価機構の医療事故収集事業も開始から4～5年後から増加経緯があるので今後を期待したい。事故発生報告から院内調査報告書の提出までに平均250日かかっているが、外部委員の参加や報告書のページ数の増加から見ると院内調査がしっかり行われていることの表れであろう。

本年10月には医療事故調査制度施行後3年となる。病院の医療安全に関する意識の変化を確認するために30年度中に調査票を固め再調査をしたい。

（3）医業税制委員会

平成30年度与党税制改正大綱をうけ、医療の控除対象外消費税への対応について、社会保険診療は非課税のまま、現行の診療報酬上乘せ方式では消費税10%への引き上げにどう配分するかが大きな問題として残る。病院規模等により補填率は違うため病院間で生じる差を論理的に調整するのは難しい。

非課税還付方式を主張する場合は、慎重な議論が必要であり、再度、消費税の「医療へのゼロ税率適用」について主張すべきではないか等の意見が出ている。

医業税制委員会では「医療人材確保と育成に係る費用について会員病院調査」をする。

（4）中医協報告等は省略 議論項目のみ列挙

・平成30年度保健医療材料改革の骨子

・医療技術の評価

ロボット支援下内視鏡手術 12項目が評価対象

・個別改定項目

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取り組みの強化

I-2 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価

I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

I-4 外来医療の機能分化、重症化予防の取り組みの推進

I-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

I-6 国民の希望に応じた看取りの推進

I-7 リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

- Ⅱ-1 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - Ⅱ-1-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - Ⅱ-1-2 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - Ⅱ-1-3 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - Ⅱ-1-4 難病患者に対する適切な医療の評価
 - Ⅱ-1-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - Ⅱ-1-6 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - Ⅱ-1-7 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - Ⅱ-1-8 薬剤師・薬局による対人業務の評価
 - Ⅱ-2 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや ICT 等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - Ⅲ 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進
 - Ⅲ-1 チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
 - Ⅲ-2 業務の効率化・合理化
 - Ⅲ-3 ICT 等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
 - Ⅲ-4 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取り組みの強化
 - Ⅲ-5 外来医療の機能分化
 - Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化
 - Ⅳ-1 薬価制度の抜本改革の推進
 - Ⅳ-2 後発医薬品の使用促進
 - Ⅳ-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - Ⅳ-4 外来医療の機能分化、重症化予防の取り組みの推進
 - Ⅳ-6 医薬品の適正使用の推進
 - Ⅳ-7 備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進
 - Ⅳ-8 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- (5) 医師の働き方改革に関する検討会
- 「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組み案」「中間的な論点整理案」
 - ①労働時間管理の適正化、②36協定の自己点検、③既存の産業保健の仕組みの活用
 - ④タスク・シフティング(業務の移管)の推進、⑤女性医師等に対する支援
 - ⑥医療機関の状況に応じた取り組み

※ 「平成 30 年診療報酬改定に於ける入院医療の方向性」の説明が日本病院会副会長・中医協委員・聖マリア病院院長の島弘志先生から行われました。レジメは事務局にお問い合わせください。

(小牧市民病院事業管理者)

第 6 回日本病院会愛知県支部定例理事会議事録 (抄)

日時：平成 30 年 3 月 6 日 (火) 15:00~16:00

場所：愛知県医師会館 6 階 研修室

出席理事：松本隆利、末永裕之、山本直人、渡邊有三、小谷勝祥、絹川常郎、今村康宏、岩瀬三紀、宮田完志、河野弘、木村衛、加藤岳人

出席監事：小林武彦、細井延行

(定数報告)

・理事 15名のうち 12名出席により理事会は成立した。

(支部長挨拶)

・平成 30 年度診療報酬・介護報酬の同時改定の概要が明らかになってきた。まだ詳細については月末の国通知、あるいはQ & Aを待つことになる。病院経営についてプラスに働くかどうかの判断は今の段階では難しい。

(協議事項)

(1) 平成 29 年度補正予算(案)及び決算見込みについて

・医師事務作業補助者コースの研修を行ったことについて、本部から 698,614 円の交付があり、歳入予算 3,565,614 円とした。歳出では愛知県病院団体協議会会費を計上した。

・執行見込みについては、歳入 3,618,614 円、歳出 3,503,200 円となり、差額+115,414 円となる。30 年度への繰越額は 3,653,674 円を予定している。特に意見も無く承認。

(2) 平成 30 年度事業計画(案)について

・新たに諸団体との連携の項目の中に「愛知県病院団体協議会」を加える。特に意見も無く承認。

(3) 平成 30 年度予算(案)について

・歳入 3,451,000 円、歳出 5,530,000 円、差引-2,079,000 円。次期繰越 1,574,674 円となる。特に意見も無く承認。

(日本病院会理事会報告(第6回常任理事会(平成30年2月24日)))

◎診療報酬改定について

・改定に当たっての基本認識

①人生 100 年時代を見据えた社会の実現、②どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現、③制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

・改定の基本的視点と具体的方向性

①地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進、②新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実、③医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進、④効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

・改定率が全体で-1.19%、本体で+0.55%となった。特徴は、入院基本料の評価体系の再編・統合である。再編の対象となるのは、一般病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料である。

定例総会及び特別講演の開催について

(1) 日時

平成 30 年 7 月 3 日(火) 午後 4 時～定例総会

午後 5 時～特別講演

午後 6 時 30 分～懇親会

(2) 場所

名古屋市中区金山町 1-1-1

ANAクラウンプラザグランコート名古屋(電話:052-683-4111)

日本病院会愛知県支部ホームページ

<http://www.byouin-k.jp/jha-aichi/>