



AUGUST 2022

医師の働き方改革の施行に向けた準備状況の調査を実施 第8次医療計画

「外来医師の偏在解消」に向けた議論が始まる

- Point 1** 医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査
～勤務医の時間外労働の把握は39%、宿日直許可済みは32%にとどまる～
- Point 2** 第8次医療計画、「外来医療の提供体制」についての議論が始まる
- Point 3** 排尿自立支援加算、富山県が全国平均の約3倍
- Point 4** 透析時運動指導等加算の要件である研修受講要件について

医師の働き方改革準備状況の調査 ～勤務医の時間外の把握は39%、 宿日直許可済みは32%にとどまる～

全ての勤務医に対して新たな時間外労働の上限規制(原則:年間960時間以下)が適用される、いわゆる「医師の働き方改革」が2024年4月から始まるのにあたり、厚生労働省は6月3日の社会保障審議会・医療部会に、医師の働き方改革の施行に向けた準備状況の調査結果を示しました。

全病院を対象にした調査の回答率は44%(3,613病院)で、そのうち副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間を概ね把握していると回答した病院は39%(1,399病院)にとどまりました(図表1参照)。

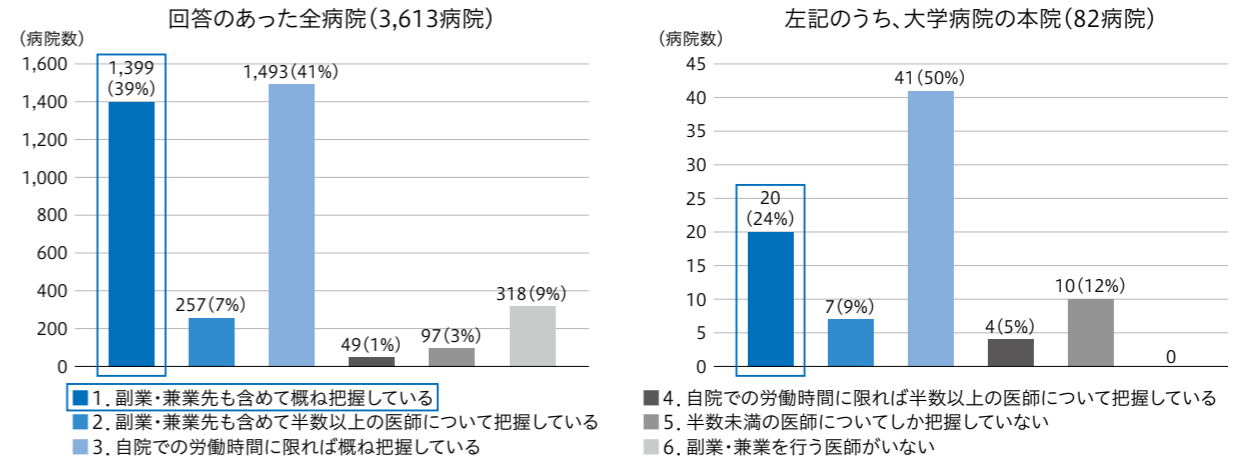
また宿日直許可の申請・許可状況に関しては、2024年4月以降も時間外・休日労働時間が960時間を超える医師がいる見込みがあると回答した529

病院のうち、「宿日直許可を取得している」のは32%、「申請予定」が44%、「申請予定なし」が16%であり、宿日直許可を取得している病院はまだまだ少ない状況が明らかになりました(図表2参照)。

さらに、医師の派遣に関しては、回答する病院の中でも、「派遣」の解釈にばらつきがあるなどの課題がありましたが、医師派遣を行っている68の大学病院のうち、4病院が「常勤医師派遣の中止・削減予定」、6病院が「常勤を非常勤化する予定」、2病院が「非常勤医師派遣の中止・削減予定」と回答しました。

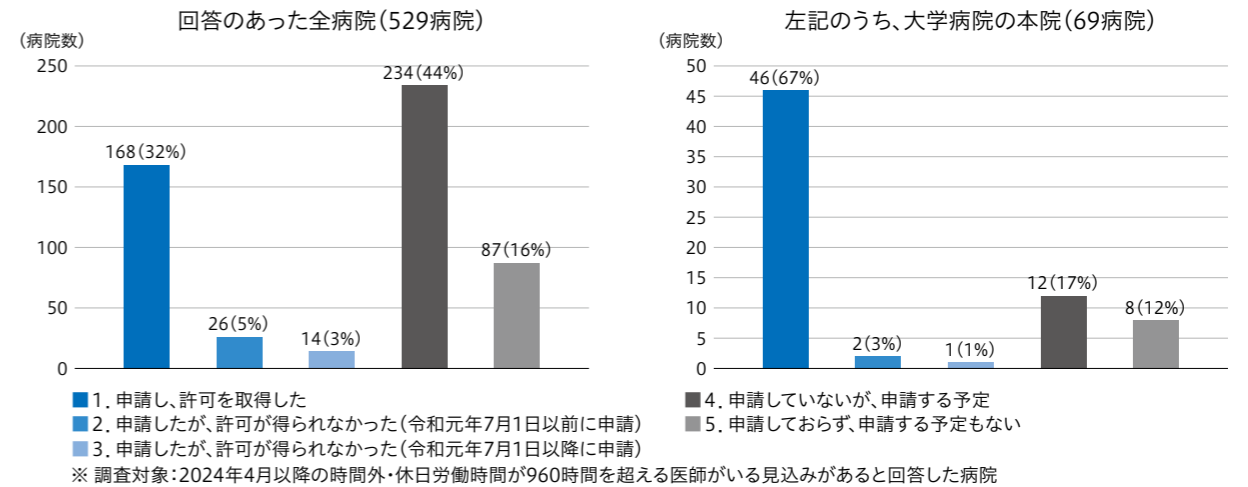
医師派遣を行っている110の地域医療支援病院のうち、2病院が「常勤医師派遣の中止・削減予定」、7病院が「非常勤医師派遣の中止・削減予定」と回答しました。中止・削減の予定については、現時点での状況を尋ねているため、今後の対応が未定の病院は「中止・削減の予定なし」と回答していると考えられます(図表3参照)。

■ 図表1 時間外・休日労働時間の把握状況



(「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査 調査結果」(2022年6月3日 第88回社会保障審議会医療部会資料)より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000945937.pdf>))

■ 図表2 宿日直許可の申請・許可状況



(「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査 調査結果」(2022年6月3日 第88回社会保障審議会医療部会資料)より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000945937.pdf>))

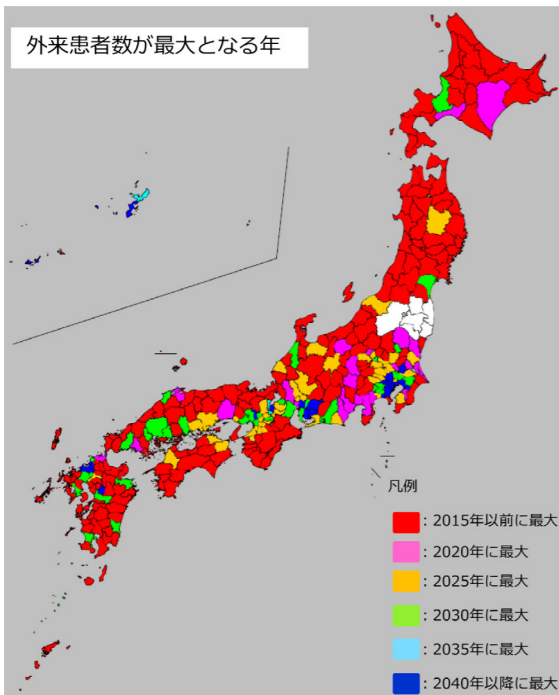
■ 図表3 医師派遣の実施および今後の派遣中止・削減予定の有無

医師派遣を行っている大学病院の本院(68病院)			医師派遣を行っている地域医療支援病院(110病院)		
	病院数	人数		病院数	人数
常勤派遣を行っている(注)	42	18,303	常勤派遣を行っている(注)	36	841
うち、派遣を中止・削減予定	4(10%)	33(0%)	うち、派遣を中止・削減予定	2(6%)	2(0%)
うち、非常勤化する予定	6(14%)	342(2%)*1	うち、非常勤化する予定	0(0%)	0(0%)
非常勤派遣を行っている(注)	50	21,936	非常勤派遣を行っている(注)	72	2,814
うち、派遣を中止・削減予定	2(4%)	9(0%)	うち、派遣を中止・削減予定	7(10%)	71(3%)*2

※(*1)の回答の中には派遣している常勤医師を全て非常勤化するというもの、(*2)の回答の中には非常勤医師の派遣を全て中止するというものがあった
 ※調査対象:2024年4月以降の時間外・休日労働時間が960時間を超える医師がいる見込みがあると回答した大学病院の本院および地域医療支援病院(どちらにも該当する場合は大学病院の本院で集計)
 ※(注)医師派遣を行っているとは回答した病院のうち、派遣している人数が不明な病院は含まれない

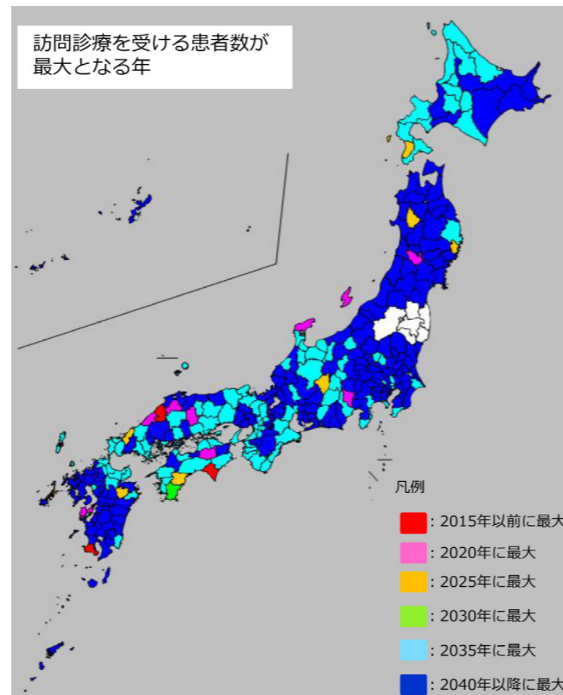
(「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査 調査結果」(2022年6月3日 第88回社会保障審議会医療部会資料)より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000945937.pdf>))

■ 図表4 外来医療需要の地域差



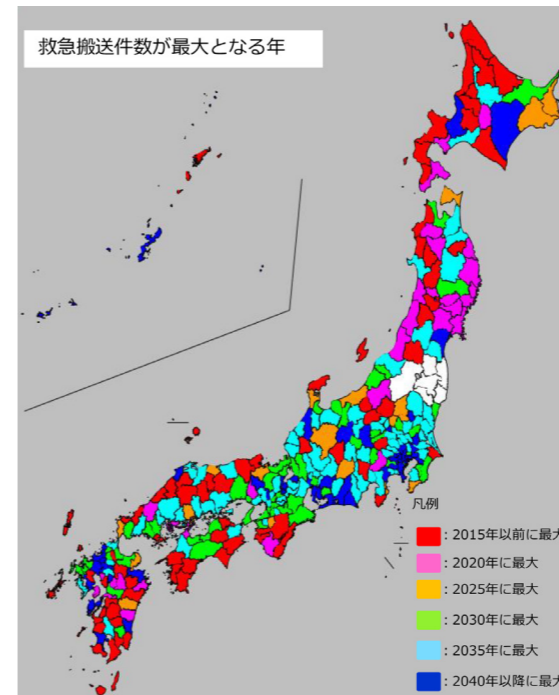
〔「外来医療の提供体制について」(第9回第8次医療計画等に関する検討会)より抜粋 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000950765.pdf>)〕

■ 図表5 訪問診療需要の地域差



〔「外来医療の提供体制について」(第9回第8次医療計画等に関する検討会)より抜粋 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000950765.pdf>)〕

■ 図表6 救急搬送件数推計の地域差



〔「外来医療の提供体制について」(第9回第8次医療計画等に関する検討会)より抜粋 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000950765.pdf>)〕

共同利用計画 KPI、目標を下回る

「医療機器の効率的な活用(上記⑤関連)」については、2020年度から外来医療計画に沿って、医療機関がCT等の医療機器を購入する場合には共同利用計画を作成し、都道府県は共同利用の推進に向け、外来医療の協議の場(地域医療構想調整会議等)における共同利用計画の確認や、情報公表等を実施することとされています。

そのため対象となるCT・MRI・PET・放射線治療機器(リニアック、ガンマナイフ)・マンモグラフィを新規導入する医療機関では、「共同利用計画」を作成するとともに、地域ごとの「共同利用状況」を公表すること等が求められています。

また、新経済・財政再生計画改革工程表2021においても、「医療設備・機器等の共同利用計画を策定した医療機関を2022年度末までに1,000件以上」「共同利用計画について、協議の場で確認した都道府県の割合を2022年度までに100%」とすることがKPIとして設定されています。

厚生労働省の調査によると、診療所においては、機器の利用件数に占める共同利用の割合について近年増加傾向にあるものの、このKPIに対しては、新型コロナウイルスの感染拡大の影響もあり、2022年3月時点では、医療設備・機器等の共同利用計画を策定した医療機関は583件、共同利用計画について協議の場で確認した都道府県の割合は69%と、いずれも目標を下回っています(図表7参照)。

今後の論点として、「CT・MRI等の高額医療機器の配置状況や地域における活用状況を踏まえた上で、より効果的な共同利用の在り方や、共同利用計画の策定や協議の場での確認を着実に進めるための方策について」が挙げられています。

今後の外来医療の提供体制についての議論のゆくえが注目されます。

第8次医療計画、「外来医療の提供体制」についての議論が始まる

外来医療計画とは、医療法に規定する、医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもので、

- ①外来医師偏在指数を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況
- ②外来機能報告を踏まえた紹介受診重点医療機関
- ③外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化および連携の推進
- ④複数の医師が連携して行う診療の推進
- ⑤医療提供施設の建物の全部または一部、設備、器械および器具の効率的な活用

等の事項について規定しています。

このうち、外来医療に係る地域の医療資源に関しては、「人材配置(上記①④関連)」「医療機器の効率的な活用(上記⑤関連)」について、6月15日に開催された第9回第8次医療計画等に関する検討会で議論されました。

外来医療需要等の地域差

外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取り組みが個々の医療機関の自主的な取り組みに委ねられていること等の状況にあることから、それらへの対応が課題となっています。

外来医療需要については、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏のうち、214の二次医療圏(約65%)が2020年までに外来患者数のピークを迎えており、既に減少局面にある医療圏が多くなっています(図表4参照)。

一方、在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏でピークを迎えることが見込まれます(図表5参照)。

同様に、救急搬送件数も、多くの地域で今後増加し、2030年以降に202の二次医療圏において救急搬送件数のピークを迎え、全体では2035年にピークを迎える見込みです(図表6参照)。

■ 図表7 共同利用計画の進捗評価

<各都道府県における取組状況> (2022年3月時点)

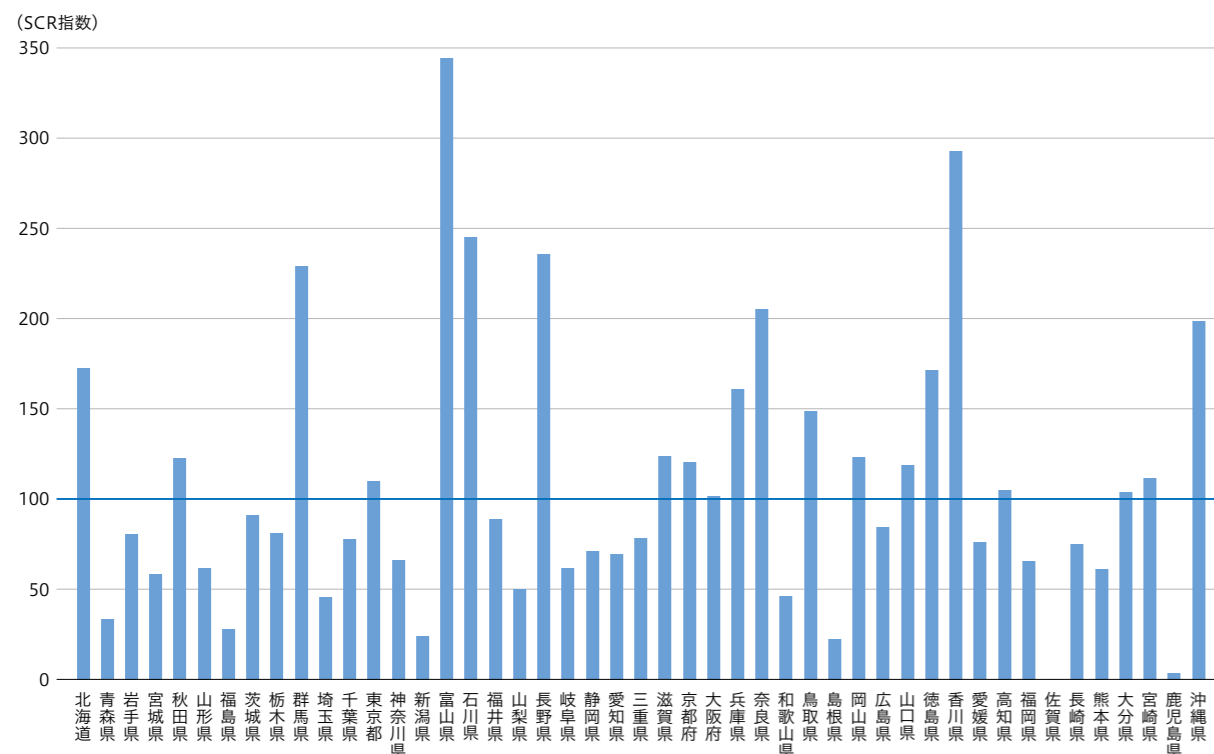
- ・医療設備・機器等の共同利用計画を策定した医療機関:583件
- ・共同利用計画について協議の場で確認した都道府県の割合:69%

<共同利用計画を協議の場で確認できていない主な理由>

- 新型コロナウイルス感染症の影響により、外来医療に関する協議の場が開催できていないことや関係者との調整ができていない。
- 医療機関が個別にどのぐらいの機器を持っているか等、現状の把握が困難なため。
- 共同利用計画の提出は、地域の実情を踏まえ、必要に応じて提出することとしている。
- 共同利用計画に関して、医療機関からの提出を求めているが、各構想区域の議長の判断により、結果として会議招請不要となる場合が多く、協議の場が開催されないため。

〔「外来医療の提供体制について」(第9回第8次医療計画等に関する検討会)より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000950765.pdf>)〕

■ 図表8 排尿自立支援加算の算定状況の地域差



〔「医療提供状況の地域差:令和2(2020)年度診療分(都道府県・診療行為区分)」(内閣府)より抜粋・加工 (<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/tiikisa.html>)〕

排尿自立支援加算、 富山県が全国平均の約3倍

高齢化がますます進行する日本において、医療や介護における排尿・排泄ケアの重要性が増していることは言うまでもありません。

その中で、令和2年度診療報酬改定では、入院患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケアである「排尿自立指導料」が見直され、「排尿自立支援加算(200点・週1回)」が新設されました。改定により、算定可能な入院料が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・精神科救急入院料などにも拡大され、算定期間の上限は12週間に見直されました。

厚生労働省が公表しているレセプト情報等を集約したNDB(National Data Base)を活用したSCR※を見ると、地域によりその算定状況の差があることがわかります。SCRによると、富山県における排尿自立支援加算の算定状況は、344.1と全国平均100の約3倍であり、次いで香川県、石川県等でもSCRが高くなっています(図表8参照)。

※SCR(Standardized Claim data Ratio)とは
全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待されるレセプト件数と、実際のレセプト件数とを比較して数値化したもの。年齢構成の異なる地域間の比較に用いられ、SCRが100以上の場合は全国平均より当該項目の件数が多いとされる。

透析時運動指導等加算の要件である 研修受講要件について

<よくある質問例>

新設された「透析時運動指導等加算(75点)」について、医療機関から代表して研修参加した職員が1人でも存在すれば、研修受講していない看護師が指導した場合でも点数はとれるのか?

令和4年度診療報酬改定において、人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状および療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価「透析時運動指導等加算(75点)」が新設されました。

質問の内容に関しては、通知に「透析患者の運動指導に係る研修を受講した医師、理学療法士、作業療法士又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した看護師」が療養上必要な指導等を行った場合に算定できると記載されていますので、研修受講していない看護師が指導した場合は算定できないと想定されます。

ちなみに、算定要件の研修については、「現時点では、日本腎臓リハビリテーション学会が開催する腎臓リハビリテーションに関する研修が該当する」とされています。

注:当該内容は2022年7月時点の診療報酬に係る解釈に基づくものであり、算定要件や施設基準等を保証するものではありません。実際の算定に際しては、地域の厚生局などに医療機関からお問い合わせいただくことを推奨しています。

《発行》

アステラス製薬株式会社
東京都中央区日本橋本町2-5-1 〒103-8411

《内容についてのお問い合わせ先》

医療総研株式会社 (担当:Mesa編集室)
東京都渋谷区渋谷1-7-5 青山セブンハイツ 8F 〒151-0002
Mail: mesa.info@iryu-soken.co.jp