

医業経営情報

REPORT

Available Information Report for Corporate Management

2018

02

制度改革

次期診療報酬改定を見据えて 今後の医療政策の方向性

- ① 医療提供体制の充実と次期改定に向けての施策
- ② かかりつけ医機能の強化とICTの利活用
- ③ 入院医療機能の分化と強化のさらなる推進
- ④ 働き方の検討と医療政策に対応する取り組み

1 | 医療提供体制の充実と次期改定に向けての施策

1 | 医療提供体制の充実が課題

近年の医療提供体制における課題としては、急激な少子高齢化に伴う疾病構造の多様化、医療技術の進歩、国民の医療に対する意識の変化等、医療を取り巻く環境変化を背景に、将来を見据え、どのような医療提供体制を構築するか、また、地域やへき地等における深刻な医師不足問題等にどのような対策を講じるか等が挙げられます。

社会保障審議会医療部会では、平成 29 年 9 月に今後の主要な検討テーマのひとつとして、『医療提供体制のあるべき姿（地域医療構想等）の推進』を掲げています。

◆今後の主要な検討テーマ～一部抜粋（出典）第 53 回社会保障審議会医療部会 資料 2

●地域の医療提供体制のあるべき姿（地域医療構想等）の推進

	現状と課題	現在の検討状況	今後の検討の進め方
医療計画	<ul style="list-style-type: none"> ●本年度中に地域医療構想を含めた第 7 次医療計画（平成 30 年度～35 年度）を策定予定 ●各都道府県において、地域医療構想の推進に向けて取り組み 	<ul style="list-style-type: none"> ●第 7 次医療計画策定に向けた指針等を改正し、都道府県に提示済み ●地域医療構想の達成に向けた取組みについて、「医療計画の見直し等に関する検討会」で議論中 	<ul style="list-style-type: none"> ●「医療計画の見直し等に関する検討会」において、地域医療構想調整会議における検討の進め方、今後の病床機能報告制度の在り方等について、議論を進める
医師偏在対策	<ul style="list-style-type: none"> ●平成 20 年度以降、医学部定員を臨時増員してきたが、医師の偏在があり、地域における医師不足は解消していない ●抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> ●医師の確保策、地域偏在対策等について、「医師需給分科会」において検討中 	<ul style="list-style-type: none"> ●「医師需給分科会」において、法改正を視野に、年末に向けて医師偏在対策の具体的検討を進める
専門医制度	<ul style="list-style-type: none"> ●平成 30 年度の研修開始に向け議論されている専門研修については、医師偏在の懸念が地域医療関係者より示される中、地域医療に十分配慮される仕組みとするための検討が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域医療に求められる専門医制度の在り方について、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」において検討中 	<ul style="list-style-type: none"> ●「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」において、今後の医師養成の在り方と地域医療について検討

（出典）社会保障審議会医療部会 2017/9/15 今後の主要な検討テーマ 資料 2 から一部抜粋

2 | 医師不足地域解消に向けての取組み

地域における医師不足に対し、これまでも国は「地域枠」の推進や、都道府県における地域医療支援センターの設置、地域医療介護総合確保基金を通じた医師確保など、様々な取組みを行っていますが、未だ問題解決には至っていない現状があります。

このような事態を踏まえ、厚生労働省は、具体的な医師偏在対策としていくつかの案を示し早期解決を図ろうとしています。

◆具体的な医師偏在対策

(1) 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化

- 3年ごとの「医師確保計画」の策定を都道府県に義務付け、都道府県が地域の医療ニーズに応じた医師確保の目標値を掲げて、大学医学部・大学病院などと連携しながら効果的な医師の派遣や医師の地域定着を図る。

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

- 医学部については、管内の大学に対し入学枠に地元出身者枠の設定・増員を要請することができる制度を法律上設ける。また一定の条件の下、医師が多い都道府県の大学医学部にも地域枠を設定することができる。
- 臨床研修については、大学病院を含めた臨床研修病院の指定及び募集定員の設定について、都道府県が地域医療対策協議会の意見を聴いた上で行うことができるようにする。
また、臨床研修医の募集定員上限については臨床研修医の都市部への集中を引き続き更に抑制していくために、平成 37 年度に 1.05 倍となるよう段階的に圧縮する。
- 新専門研修については医師偏在が助長されないよう、国や都道府県は、日本専門医機構や各関係学会に対して研修を受ける医師の募集方法の改善などを要請可能とする。
- 医師が将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに、将来必要な医師数の見通しを国全体・都道府県ごとに明確化し、国が情報提供する。

(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- 医師偏在の度合いが指標により示されることにより、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能となることを踏まえ、この情報を新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として可視化する。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

- 医師の少ない地域で勤務する医師が疲弊しない持続可能な環境の整備として、都市部から派遣された医師が交代で勤務できるような支援や、育児休業明けの復職研修の実施や院内保育所の整備等に対する支援を行う
- 全世代の医師を対象とし、医師が少ない地域で一定期間以上勤務した医師のインセンティブとして認定制度を創設し、認定医師は地域医療支援病院のうち、医師派遣機能等を担う病院の管理者要件のひとつとする

(出典) 社保審－医療部会 2017/12/22 医師偏在対策から一部抜粋

3 | 次期診療報酬改定の基本方針からみる医療政策

平成29年12月、次期診療報酬改定の基本方針が公表されました。このなかで改定の具体的方向性として示された医療政策としては、地域包括ケアシステムの推進や、医療と介護の役割分担と連携の推進、医療資源の効率的な配分等の取組みが提示されました。

外来医療では、かかりつけ医機能の充実と大病院と中小病院・診療所の機能分化の推進、医師不足地域や在宅医療需要増加に対応するためのICTの利活用が挙げられます。

また、入院医療では、入院医療における医療機能の分化・強化、連携の推進、入退院支援の促進等が今後の施策として示されています。

◆次期診療報酬改定の基本方針

平成30年度診療報酬改定の基本方針（概要）		中医協 総-2-1 29, 12, 13
改定に当たっての基本認識		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現 ▶ 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（地域包括ケアシステムの構築） ▶ 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 【具体的方向性の例】 <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム構築のための取組の強化 ・かかりつけ医の機能の評価 ・かかりつけ歯科医の機能の評価 ・かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価 ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進 ・質の高い在宅医療、訪問看護の確保 ・国民の希望に応じた看取りの推進 	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 【具体的方向性の例】 <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 ・認知症の者に対する適切な医療の評価 ・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 ・難病患者に対する適切な医療の評価 ・小児医療、周産期医療、救急医療の充実 ・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 ・イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価 ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・利活用の推進 ・アウトカムに着目した評価の推進 	
3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進 【具体的方向性の例】 <ul style="list-style-type: none"> ・チーム医療等の推進等(業務の共同化、移管等)の勤務環境の改善 ・業務の効率化、合理化 ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入（再掲） ・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組の強化（再掲） ・外来医療の機能分化（再掲） 	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 【具体的方向性の例】 <ul style="list-style-type: none"> ・薬価制度の抜本改革の推進 ・後発医薬品の使用促進 ・医薬品の適正使用の推進 ・費用対効果の評価 ・効率性等に応じた薬局の評価の推進 ・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲） ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲） 	

（出典）中医協—総会 2017/12/13 平成30年度診療報酬改定の基本方針

2 | かかりつけ医機能の強化とICTの利活用

1 | 外来医療はかかりつけ医機能の強化へ

(1) 外来医療の方向性

外来医療は、さらなるかかりつけ医機能の強化と、外来医療の機能分化を推進していく方向性です。

かかりつけ医の普及と病院・診療所の機能分化を推進するため、これまでに 200 床以上の大病院において紹介状をもたない初診患者へ選定療養費を導入しました。また、紹介率・逆紹介率の低い大病院における初診料等の減額、さらに、特定機能病院・一般病床 500 床以上の地域医療支援病院では、紹介状なしに外来を受診する患者から、初診時に 5,000 円以上、再診時に 2,500 円以上の定額負担料を徴収すること等様々な対策を行ってきましたが、今後は、上記の定額負担料を徴収する対象範囲を拡大する見通しです。

診療所や中小病院においては、かかりつけ医機能の充実がさらに求められるといえます。

(2) 患者が期待するかかりつけ医機能

平成 29 年 7 月、日本医師会総合政策研究機構から「第 6 回日本の医療に関する意識調査」の結果が公表されました。本調査の調査対象は満 20 歳以上の男女個人 4,000 人で、有効回収率は 30.0%となっています。

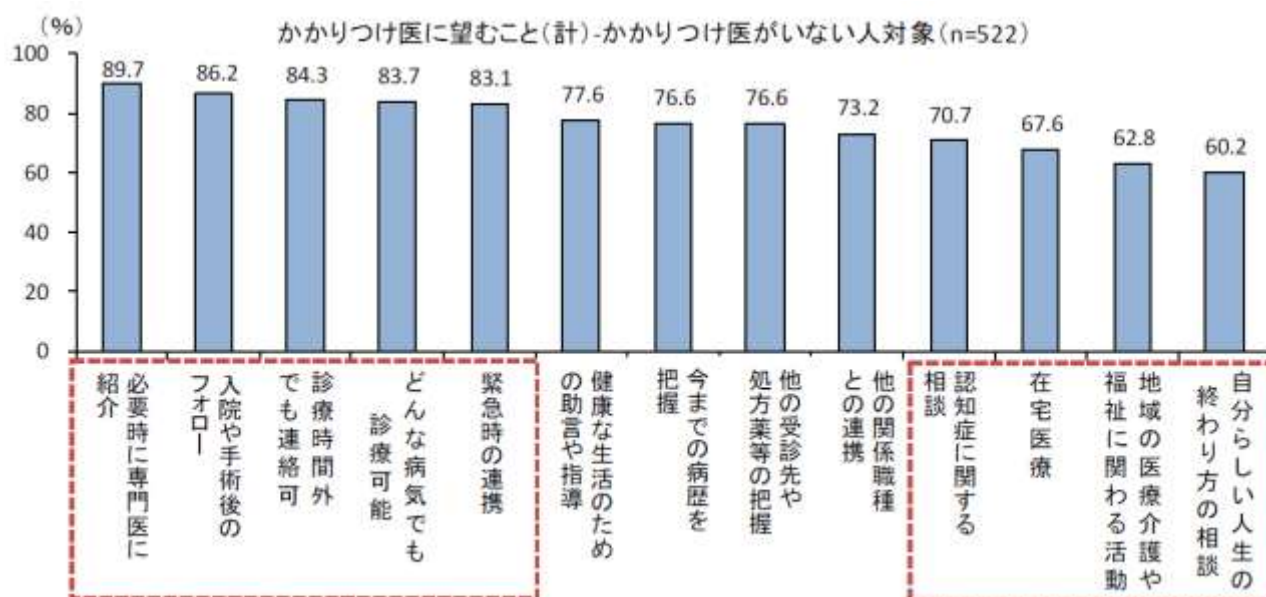
調査の結果から、かかりつけ医に対する期待は多大かつ多様であり、今後の普及に向けて、医療機関側のさらなる対応や連携体制を検討する必要があることがわかりました。

外来医療経営にとっては、患者のニーズを的確に捉え、かかりつけ医として信頼されて選ばれる医療機関を目指していくことが今後の重要な要素となりそうです。

◆かかりつけ医に関する調査結果(一部抜粋)～「第 6 回日本の医療に関する意識調査」

- 「かかりつけ医がいる」と回答した人は全体の 55.9%で、年代別にみると、70 歳以上は 81.6%と高い割合を示した。一方、20～30 歳代は 31.5%であり、年齢が若くなるにつれて低い割合になる。
男女別でみると、女性はかかりつけ医がいる割合が 61.6%で男性は 49.3%であった。
- かかりつけ医がいない人がかかりつけ医に期待することは、複数回答で、「必要時に専門医に紹介する (89.7%)」が最も高く 9 割を占め一番多かった。また、「在宅医療」や「地域の医療介護や福祉に係る活動」等も 6 割以上を超えており、多様な期待が寄せられていることがうかがえる。

◆かかりつけ医がない人がかかりつけ医に期待すること



かかりつけ医に「望む」「まあ望む」「どちらともいえない」「あまり望まない」「望まない」の5択

第6回日本の医療に関する意識調査の結果 2017/7/11 一部抜粋

2 | ICTの利活用推進に向けた新しい取り組み

(1) オンライン診療・医学管理を行う時代へ

遠隔診療は、対面診療の補完であるという考えを前提に、かかりつけ医と患者の双方向のコミュニケーションを可能とし、きめ細やかな医療の実現が期待されています。

オンライン診療を評価する場合の基本的な考え方や、診療報酬はどのように設定すべきか等について中央社会保険医療協議会では議論を重ねていましたが、平成29年12月に厚生労働省から新たな診療報酬を設定する考えが提示されました。

◆遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)を評価する場合の基本的な考え方

- 特定された疾患・患者であること
- 一定期間継続的に対面診療を行っており、受診間隔が長すぎないこと (*)
- 急変時に円滑に対面診療ができる体制があること
- 安全性や有効性のエビデンスが確認されていること
- 事前に治療計画を作成していること (*)
- 医師と患者の両者の合意があること
- 上記のような内容を含む一定のルールに沿った診療が行われていること

(*) 初診の患者は、当該要件を満たさないため、対象に含まれない。

(出典) 中医協—総会 2017/12/1 横断事項 (その5)

(2)ICTを活用した関係機関連携とその他ICTを活用した取り組み

厚生労働省は、医療・介護連携の必要性や情報共有が不可欠である一方、医療・介護関係者が多忙で一堂に会することが難しいこと、地理的に地方での会議が困難であることなどを考慮し、対面でのカンファレンスなどが評価の要件となっている診療報酬について、ICTを用いた会議などを組み合わせて開催回数や対象者などの要件を弾力化する案を示しました。これにより、退院支援加算1などの要件である対面での面会について、一部についてはICTを用いた会議に置き換えることができます。

ICTの利活用については、中央社会保険医療協議会総会で議論されており、以下のような内容となっています。

◆デジタル病理画像を用いた病理診断の評価要件

- デジタル病理画像を用いた病理診断の精度が鏡検と同等とされる種類の検体について、デジタル病理画像のみによって病理診断を行う。

◆情報通信技術(ICT)を利用した死亡診断における医師と看護師の連携～診療報酬上の評価

- 「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき行われる、ICTを利用した医師の死亡診断について、死亡日に往診・訪問診療を行わないものの、定期的に訪問診療等を行っている在宅の主治医に限り、死亡診断加算を算定できる。
- ICTを利用した医師の死亡診断において、法医学等に関する一定の研修を受けた看護師が、医師の判断に必要な情報を速やかに報告する等、医師と連携した場合において、訪問看護ターミナルケア療養費の加算として評価する。
- 評価の対象とする地域は、医療資源の少ない地域に限定する。

◆在宅酸素療法を実施する患者の遠隔モニタリング

- 在宅酸素療法を実施している患者に対し、医師の対面での診察の間に、在宅療養計画に基づき、患者のバイタルサイン等を遠隔でモニタリングし、必要時、療養生活の相談・支援等を行うことで、症状の重症化を未然に防ぐ取り組みについて、在宅酸素療法指導管理料で評価する。

3 | 入院医療機能の分化と強化のさらなる推進

1 | 入院医療を取り巻く環境の変化

現在最も多い病床種別は一般病棟 7 : 1 ですが、今後さらに高齢化の進展が予測されているなかで疾病構造が変化していくことを考慮すると、入院医療ニーズは、より高い医療資源の投入が必要な医療ニーズが減少し、代わりに中程度の医療資源の投入が必要な医療ニーズが増加するとみられています。

しかし、現在の評価体系では収入面や人員配置等を考慮すると簡単に 7 : 1 から 10 : 1 に移行することは難しい状況であり、入院医療の評価の基本的な考え方としては、医療ニーズに応じて適切に医療資源を投入することが、効果的・効率的な入院医療の提供にとって重要だと考えられています。

また、患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれがあります。

こうした背景や考え方があり、次期診療報酬改定において入院医療の評価については見直しが行われることとなりました。

◆ 病床種別ごとの病床数の年次推移



(出典) 中医協—中医協総会 2017/12/6 入院医療 (その8)

2 | 入院医療の評価体系は「基本部分」と「段階的評価部分」へ

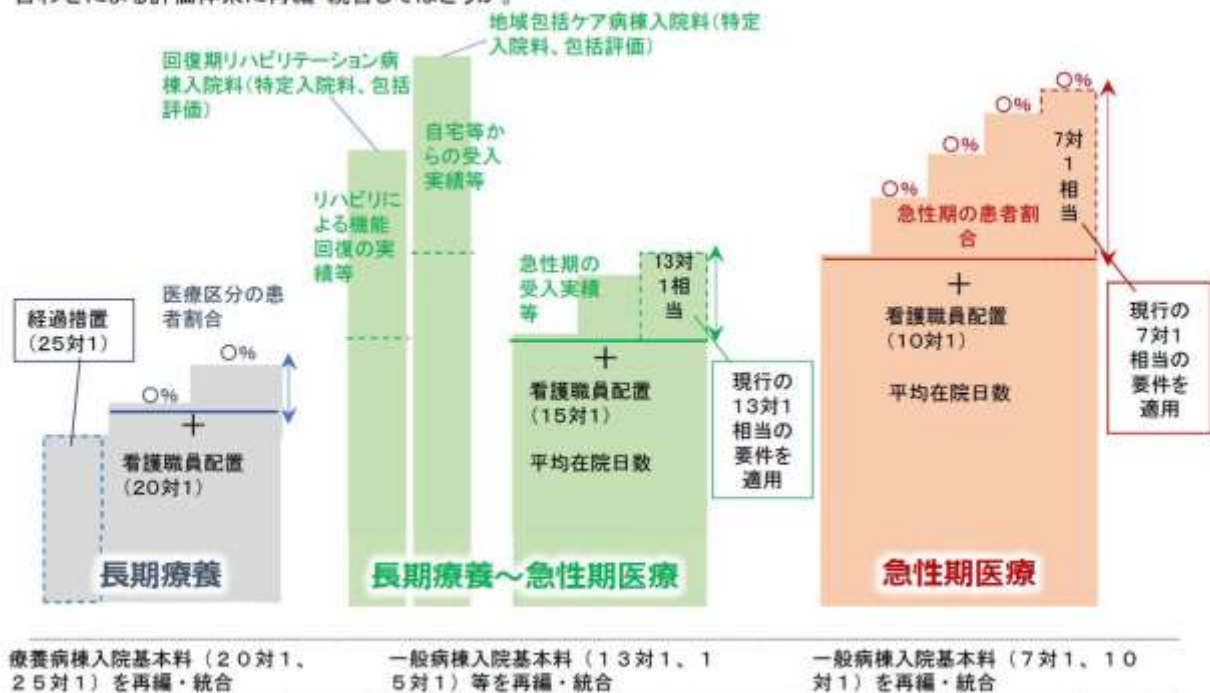
新たな入院料は、①急性期入院医療を提供する機能、②集中的なリハビリテーションの提供や自宅等への退院支援機能、③長期療養を要する患者への入院医療を提供する機能、という3つの異なる機能を軸として新たに再編・統合される案が示されています。

そして、上記3つの機能に対応できるように、看護配置などに応じた「基本部分」と、重症患者割合などの実績に応じた「段階的評価部分」を組み合わせた入院料を新たに創設することを検討しています。これにより、地域の医療ニーズと自院の患者像に沿って看護配置を弾力的に運用することができ、入院医療の整備に寄与することが期待されます。

また、現在経過措置となっている病棟群単位の届出や200床未満の医療機関における重症度、医療・看護必要度の基準値の取り扱いに配慮し、中間的な評価部分の設定も検討されています。

◆新たな入院医療の評価体系～次期診療報酬改定における考え方

- 将来的な入院医療需要の変動にも弾力的に対応できるよう、現行の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等について、3つの機能を軸に、入院料(施設基準)による評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との、組み合わせによる評価体系に再編・統合してはどうか。



※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。

(出典) 中医協-中医協総会 2017/12/6 入院医療について

3 | 入院医療評価手法の考え方

次期診療報酬改定における入院医療の評価手法については、厚生労働省から基本的な考え方が示されています。

◆基本部分の評価と診療実績に応じた段階的な評価～入院医療

●基本部分

- ・基本部分の評価は、看護職員等の配置や平均在院日数など、現行の施設基準の指標を用いる。
- ・各入院基本料に関連する加算等は、原則として、現行の入院基本料との整合性を確保しつつ、新たな評価体系に再編・統合する。

●実績部分

①評価指標

- ・診療実績に応じた段階的な評価は、多様な医療ニーズに対応した診療内容や患者の状態、アウトカムといった変動的な要素をよりの確に把握できるような指標や評価手法が求められる。
- ・2018年度改定については、患者割合に関する現行の指標（今回改定での見直しがあればその内容を反映させた重症度、医療・看護必要度、医療区分）を用いて評価するが、これらの評価手法については、今回の改定後、関係者の意見も踏まえつつ、より適切な指標や評価手法の開発に向けた対応を行う。

②基準値

- ・2018年度改定では、現行の指標を活用することから、原則として、既存の基準値等の実績値を参考に、段階的な評価部分について、複数の選択肢が設定されるような基準値を検討する。

③評価期間

- ・2018年度は、現行の施設基準に係る届出等の期間を踏まえて、適切な期間となるよう設定する。
- ・なお、評価期間は、短期間の設定では頻回の変動に対して事務手続きが非効率となる一方で、長期間の設定では現場の弾力的な対応が反映できないことに留意する必要がある。

◆機能別の評価～入院医療をめぐる次期診療報酬改定の考え方

【平成30年度改定での評価(案)】

	長期療養	長期療養～急性期医療		急性期医療
実績に応じた段階的な評価の要件	【〇〇料(仮称)】 ◆実績による評価部分 ・医療区分2・3に該当する患者割合〇%～〇%	【〇〇料(仮称)】 ◆リハビリテーションの実績(回復期リハビリテーション病棟) 【〇〇料(仮称)】 ◆自宅等退院患者や在宅等入院患者の割合(地域包括ケア病棟)	【〇〇料(仮称)】 ◆13対1相当の評価部分(現行13対1相当) ・看護配置13対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数24日	【〇〇料(仮称)】 ◆最も高い評価部分(現行7対1相当) ・看護配置7対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数18日 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇% ◆中間的な評価部分 ・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合〇%～〇%
基本部分の評価の要件	【〇〇入院料(仮称)】(現行20対1相当) ・看護配置20対1 ・医療区分2・3に該当する患者割合〇%	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ・現行の基準 【地域包括ケア病棟入院料・管理料】 ・現行の基準	【〇〇入院料(仮称)】(現行15対1相当) ・看護配置15対1 ・看護比率4割 ・平均在院日数60日	【〇〇入院料(仮称)】(現行10対1相当) ・看護配置10対1 ・看護比率7割 ・平均在院日数21日
備考	・療養病棟入院基本料2(25対1)は、療養病棟入院基本料1(20対1)の経過措置として整理。 ・診療実態を把握するため、データ提出の推進や提出項目の見直し等を行う。	・回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟についても、同様の評価体系となるよう見直しを検討。 ・回復期リハビリテーション病棟はリハビリの実績指数、地域包括ケア病棟は自宅等退院患者割合や在宅等入院患者等を踏まえた評価体系に再編・統合。		・実績による評価部分は、DPCデータを用いた判定を選択可能とする(基準値は別に検討)。 ・中間的な評価部分(新たな評価)については、DPCデータによる判定を要件とする。

(出典) 中医協総会 2017/12/6 入院医療について

4 | 働き方の検討と医療政策に対応する取り組み

1 | 医師の働き方についての議論

労働環境の改善は、企業だけではなく国全体の課題となり、現在の日本は、生産年齢人口（15～64歳）が総人口を上回るペースで減少しています。

こうした状況を踏まえ、平成28年に内閣総理大臣は働き方改革の取り組みを提唱し、同年3月には内閣総理大臣が議長を務める「働き方改革実行会議」において、「働き方改革実行計画」を決定しました。計画では労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制を設けるとして、医師も5年後を目途に規制の対象となることが明らかとなりました。

一方で医師には医師法第19条に規定されている応召義務があり、これら論点を踏まえつつ議論が進められる見通しですが、将来的には医師にも労働時間の上限規制が設けられると、救急などでは医師数の確保が困難となることが想定されるため、この点に関する影響も考慮される方向が示されています。

◆働き方改革実行計画(抄)（平成29年3月28日 働き方改革実現会議決定）

●時間外労働の上限規制

週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を、原則として月45時間、かつ年360時間とし、違反には以下の特例の場合を除いて罰則を課す。特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間（≒月平均60時間）とする。かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることのできない上限を設ける。

この上限について、

- ① 2か月、3か月、4か月、5か月、6か月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含んで、80時間以内を満たさなければならないとする。
- ② 単月では、休日労働を含んで100時間未満を満たさなければならないとする。
- ③ 加えて、時間外労働の限度の原則は、月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これを上回る特例の適用は、年半分を上回らないよう年6回を上限とする。

他方、労使が上限値までの協定締結を回避する努力が求められる点で合意したことに鑑み、さらに可能な限り労働時間の延長を短くするため、新たに労働基準法に指針を定める規定を設けることとし、行政官庁は、当該指針に関し、使用者及び労働組合等に対し、必要な助言・指導を行えるようにする。

（出典）社保審－医療部会 2017/4/20 「働き方改革実行計画」について

◆働き方改革実行計画(抄) (平成 29 年3月28日 働き方改革実現会議決定)

● 現行の適用除外等の取扱

現行制度で適用除外となっているものの取り扱いについては、働く人の視点に立って働き方改革を進める方向性を共有したうえで、実態を踏まえて対応の在り方を検討する必要がある。(中略)

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

(出典) 社保審－医療部会 2017/4/20 「働き方改革実行計画」について

2 | 医師の勤務環境改善に向けた対策

平成 29 年 9 月 21 日開催の「医師の働き方改革に関する検討会」で提示された資料によると、常勤医師の平均労働時間は約 57 時間でした。また、週当たりの勤務時間が 60 時間以上の常勤医師は、全体の約 39%という結果が出ています。

こうした医師の勤務実態を受けて、医師の働き方改革に関する検討会では、医師の労働時間削減に向けた他職種へのスムーズな業務移管等について議論されています。

◆医師の勤務環境改善策

(1) 診療業務の効率化等

- タスクシフティング (業務の移管)、タスクシェアリング (業務の共同化) の推進
- AI や ICT、IoT を活用した効率化
- その他の勤務環境改善策 (仕事と家庭の両立支援策等) の検討

(2) 確保・推進策

- 医療機関の経営管理 (労働時間管理等) の在り方、意識改革
- 勤務環境改善支援センターの機能強化、地域医療支援センター等との有機的連携
- 女性医師の活躍支援
- その他勤務環境改善のための財政面を含む支援の在り方

(出典) 医師の働き方改革に関する検討会 2017/12/22 医師の労働時間を取り巻く状況について

また、次期診療報酬改定に向けた議論の中では、常勤医師の配置を要件としている診療報酬項目を見直し、常勤を要件としている一部の項目について、週一定時間の勤務を行っている複数の医師の組み合わせにより、常勤の医師が配置されているものとみなす案が示されています。

3 | 医師の働き方改革を踏まえた今後の展開

医師の勤務状況の変化は、医療を受ける側にとって影響が大きいものと考えられています。医療提供体制が十分な状態を維持しつつ、労働時間削減に努めていかなければなりません。

そうした国の政策を考慮すると、他の医療機関と連携し、複数の医師が患者を協働して診療にあたる体制が作られていくことが考えられます。

今後、外来・在宅医療及び入院医療が目指すべき方向としては、これまで以上に他医療機関・介護サービス提供施設とのネットワーク構築や、連携先の確保と情報の共有が重要だといえます。

4 | 地域ニーズと政策動向を見据えた取り組み

外来医療は、これまでも推進している機能分化と連携強化のため、次期診療報酬改定などを通じ、診療所や中小病院には慢性疾患をもつ患者への対応や他の医療機関等への紹介機能等を促進し、一方で大病院には、一般外来を縮小して専門的な診療に注力する施策が引き続き実施される見通しです。

診療所や中小病院の今後の対応としては、かかりつけ医機能充実に向けた患者との信頼関係構築と、連携先の確保が重要になります。

一方で入院医療においては、患者の状態に合った効率的な医療の提供と、病床機能の分化および強化を図ろうとしています。効率的な医療の提供を目指す医療政策の推進により、全体的に平均在院日数の短縮は進んでいるものの、患者数の減少から病床稼働率が上がらずに、経営面で影響を受けている医療機関も少なくない状況です。

地域密着型の病院であれば、地域の医療ニーズが高く自院が提供できるサービスを組み合わせ、連携ネットワークの医療機関・施設において、患者の円滑な移行に取り組む必要があります。

とりわけ人口減少が進む地域では、医療機関の統廃合や撤退、介護サービス提供施設への転換など、自院の診療圏における地域医療構想に合致する再編が進むと予想される中で、医療機関としては、地域の医療ニーズや国の政策動向を注視しつつ、自院の役割と機能を見極め、そのあり方を判断することが求められています。