

連載

千正康裕と考える 医療現場の未来

執筆：千正 康祐
株式会社千正組代表
元厚労省官僚



慶應義塾大学法学部卒。2001年厚生労働省に入省し、8本の法律改正に携わる。2019年に退官後、コンサルティング会社「千正組」設立。内閣府、環境省の有識者会議委員を歴任。慶應義塾大学総合政策学部特別招聘准教授。著書に「ブラック霞が関」(新潮社)など。

■ 2024年4月から医師の働き方改革関連法が施行

実務的には、医師の時間外労働時間の上限規制と捉える方もいるかもしれません、この問題はもっと大きなテーマです。「働き方改革」は、日本社会全体の将来のためにも、医療自体を守るために避けては通れません。

■ 広い視点・長い視野で医療を考える

筆者は、厚労省官僚時代に幅広い政策を担当してきましたが、最後に「医師の働き方改革」を責任者として担当していました。2019年9月末に退官し、独立起業した後も、施行に向けたプロジェクトに関与しながら、解説記事の執筆や講演など多く経験しています。医療以外にも社会保障、福祉、こども政策、労働政策など関連する専門分野があります。また、今は経営するコンサルティング会社を通じて、医療というものを政策の窓から見るし、職域団体、病院団体、製薬団体という窓から見ることもあるし、患者側の立場に立つこともあります。そして、ビジネス領域から見ることもあるし、労働者の視点で見ることもあります。この連載では、幅広い視点から医師の働き方改革について話していきたいと思います。読者の皆様は臨床や病院経営のど真ん中にいる方が多いと思いますが、広い視点、長い目で医療を考えるきっかけにしていただければ大変嬉しいです。

■ なぜ医師の働き方改革が必要なのか

医師の働き方改革は急に決まったことと思っているかもしれません、背景には国全体の大きな方針があります。日本は少子高齢化・人口減少の中で働き手がどんどん減っていく時代に入っており、今後さらに人手不足が深刻化してきます。女性や高齢者の就業率も上がっています。昭和の時代のように「働き手=いくらでも働ける男性」ではありません。働く人の置かれた状況や生活もかなり多様になり、今やほとんどが共働き世帯です。社会の指導層が育った時代のように自分の時間のすべてを仕事に使える人は少数派です。業種を問わずそのような働き方を続ける職場では、人材が確保できなくなっていくでしょう。働き手が減少していく中で、社会経済を維持していくためには、①働き手を増やすこと(女性・高齢者・外国人など)、②1人当たりの生産性向上、の2つが必要です。具体的には、長時間労働のは是正、一人ひとりの状況に応じた多様で柔軟な働き方の実現、雇用形態にかかわらない公正な待遇の確保(非正規雇用の待遇改善など)といった取組みです。

■ 医療は5年遅れ

こうした考えの下で、働き方改革関連法案が成立し、2019年4月から一般の職種では時間外労働の上限規制などが導入され、長時間労働が明らかに是正されてきています(図参照)。一般企業の働き方は既に大きく変わってきています。若い人に医療が選ばれる仕事であり続けるために、医療現場も今変わるべき時を迎えていると言えるでしょう。



厚労省で医師の働き方改革を検討する有識者会議の後、記者に質問攻めにあう筆者(写真中央)。2018年)



INDEX



SPECIAL INTERVIEW

2024年度診療報酬改定と急性期病院

病棟再編の道筋が示された今こそ地域における役割と機能の見直しを

工藤 高氏 株式会社MMオフィス 代表取締役

特 集: 診療情報管理士資格取得者の常勤雇用で院内のタスクシフトを促し、離職率も低下

連 載: 医療者が知っておきたい法律・法令知識

医療機関での写真、動画の撮影に関するルール運用のポイント

連 載: 千正康裕と考える医療現場の未来



SPECIAL INTERVIEW

2024年度診療報酬改定と急性期病院 病棟再編の道筋が示された今こそ 地域における役割と機能の見直しを

工藤 高氏

株式会社MMオフィス 代表取締役

1982年日本大学経済学部卒業。河北総合病院医事係長、亀田森の里病院医事課長、経営企画室長など18年間に及ぶ病院勤務を経て99年より現職。専門は診療報酬側面からの病院経営戦略立案。700床の地域医療支援病院から100床未満のケアミックス病院まで全国20病院強のクライアントを持つ。「日経ヘルスケア」(日経BP社)巻頭コラムなど連載も多数。



2024年度診療報酬改定の新点数が6月1日から施行されます。様々な新点数項目見直しに加え、「地域包括医療病棟入院料」が新設されたことで病棟再編の新たな道筋が示された今回の改定を、病院経営コンサルタントの工藤 高氏は超メジャー級と評します。このポイントとともに病棟編成の見直しを迫られる急性期病院へのアドバイスを伺います。

急性期一般入院料1の新基準を 満たせない病院が1~2割の予測も

ご存知のように2024年度は診療報酬に加え、介護報酬、障害福祉法のトリプル改定の年にあたります。さらに医師の働き方改革の施行、第8次医療計画の外来医療計画に基づく外来機能の明確化と連携、第9期介護保険事業計画の実施など「ポスト2025(2040年までの高齢者増加と多死社会)」を見据えたさまざまな改革が行われます。2024年度診療報酬改定は、介護報酬、障害福祉法だけでなく、これらの改革ともリンクする改定内容となっており、漢字一文字で表現するならば、まさに繋(つな)ぐの「繋」がふさわしいでしょう。

こうした背景のもと、今回の診療報酬改定は、高度急性期から回復期、慢性期、在宅医療・介護まで1本の柱が貫かれています。どのステージにおいても「医療・介護の連携」は当たり前、さらに「口腔・栄養・リハビリテーション・認知症ケア」への対応がすべてのステージで求められています。

一方、急性期病院が最も大きな影響を受けるのが入院基本料要件の見直しです。前回の2022年度診療報酬改定後、急性期一般入院料1(看護配置7対1)を算定する病床が全国で3300床増加しました。主な理由と

しては、①急性期充実体制加算において地域包括ケア病棟(以下、地ケア)の併設不可とされたため、地ケアを入院料1に戻した、②地ケア入院料に導入された減算を回避するために地ケアを入院料1へ戻したことなどが挙げられます。

今回の入院基本料の見直しでは、急性期一般入院料1を算定する病床こそが急性期病床に資する位置づけ、新基準を満たせない病棟を実質的に排除する改定内容となっています。厚生労働省のシミュレーションによると1~2割ほど減少する見込み案が4つ示されていました。同時に、昨年末に新たな入院料の創設が浮上し、「地域包括医療病棟入院料」が新設されました。答申書付帯意見では、この新設を踏まえ、看護配置「10対1」の急性期一般病棟の機能を明確にしたうえで「再編を検討する」ことが明記されています。

つまり、今回の診療報酬改定によって病棟再編の新たな道筋が示されたわけで、新入院料創設の超メジャー級の改定です。急性期一般入院料1以外の入院料2~6の病床は、これから数度の診療報酬改定を繰り返す中で「地域包括医療病棟」と「地域包括ケア病棟」に振り分けられていくでしょう。

診療報酬点数の多寡ではなく マクロで対応することが重要

2024年度診療報酬改定を踏まえ、それぞれの急性期病院がやるべきことは看護必要度等の経過措置が終了する9月末までに病棟編成を見直し、どの入院料を選択するのかを判断することです。なかでも入院単価が低い“自称・急性期病院”は急性期一般入院料1の看護必要度新基準を満たせない可能性が高いため、経営判断が必要です。そのモデルとして4機能を有するケアミックス型のA病院(199床)の事例を示しますので、1つの参考にしてください。

病棟再編を検討する際には地域の医療提供体制や競合状況を考慮し、自院の役割と機能を明確にすることが肝心です。選択によってはビジョン(あるべき姿)そのものを変えざるを得ないこともあるでしょう。しかし、9月末までに新たなビジョンを打ち出すのは他院の動向等もあり、時間的に厳しいため、当面は変更しやすい方法で乗り切り、中

■2024年診療報酬改定に向けた対応策

< A病院がある地域 >

人口4万人の地方都市。介護需要もピークに達している厳しい地域。同市内にはA病院と公立病院(280床)の2病院が稼働。公立病院では急性期一般入院料1のほか、最近になって地域包括ケア病棟2、回復期リハビリ病棟3を開始し、A病院の機能と重なる。

< A病院の今改定における脅威 >

4機能のスーパー・モザイク・ケアミックス病院
(1)~(4)が1病棟ずつ
(1)DPC病棟(急性期一般入院料1)(40床)1日入院単価4.6万円

2024年改定の脅威

- ①看護必要度の見直し、②平均在院日数18日から16日へ、
③DPCデータ数90以上基準導入

(2)地域包括ケア病棟入院料1(55床)1日入院単価3.5万円

2024年改定の脅威

- ①短期滞在手術等基本料3該当の指標の見直し、②在宅医療実績6つのうち(5)訪問看護ST併設が除外へ、(3)ST実績は3月で医療保険300回以上から医療+介護で800回以上へ

(3)回復期リハビリ病棟入院料1(55床)1日入院単価4.4万円

2024年改定の脅威

- ①運動器リハビリ1日9単位から6単位上限による減収、②専従医師による体制強化加算廃止による減収

(4)療養病棟入院基本料1(49床)1日入院単価2.1万円

2024年改定の脅威

- ①医療区分を3分類から疾患・状態と処置を組みあせた9分類へ、
②中心静脈の医療区分3に対象限定または30日以内というルール設定

長期的に新ビジョンに基づいて病棟編成を考えいくのが賢明です。

一方で、診療報酬改定の度に医療現場からは「届出医療(加算)やチーム医療に取り組んでも採算が取れない」といった嘆きも聞こえています。しかし、加算とは厚生労働省からのメッセージ(政策誘導)であり、医療機関がやるべきことにインセンティブ(報酬)がついてきます。やるべきことをやっていない(加算を届出しない)医療機関の方が赤字が多いでしょう。また、チーム医療は「医療の質」を、タスクシフティングは「労働生産性」を向上させる目的があることを理解することも必要です。

いずれにせよ、今回の超メジャー級の診療報酬改定を乗り越えるためには、単なる点数の多寡ではなく、医療政策、人口動態、他院の動向といった見地から診療報酬全体を捉えたうえで、うまく対応していくことが重要です。

< A病院(199床)の病棟機能 >

- ・急性期一般入院料1
- ・地域包括ケア病棟1
- ・回復期リハビリ病棟1
- ・医療療養型1

< A病院が強化すべきポイント >

■リハビリ

- 早期介入の強化(まずは疾患別の早期介入で)
- 土日リハビリの強化(現在、出勤は半分程度)

■栄養

- 低栄養患者への介入強化(NSTの算定アップを目指す)
- 誤嚥性肺炎患者に対する嚥下機能評価の実施、摂食機能療法の充実(算定件数アップを目指す)

■経管

- 経管・経腸栄養患者の経口摂取機能回復強化

■薬剤

- 全国的に採用困難な薬剤の数を充実させ、処方提案やポリファーマシーへの取り組みを行う

■共通

- 多職種の病棟配置化
- 身体抱束ゼロを目指す(現在、45%と県平均を上回る)

特 集

診療情報管理士資格取得者の常勤雇用で院内のタスクシフトを促し、離職率も低下

平島 しおり氏

宮崎大学医学部附属病院 診療情報室長
医事課 専門員

社会福祉士の資格を持ち、医療機関でのソーシャルワーカー、行政のキャリアコンサルタントを経験。診療情報管理士養成校での教員時代に診療情報管理の活用に興味があり、2015年に宮崎大学医学部附属病院の医事課に診療情報管理士として入職。2021年から現職。



宮崎大学医学部附属病院では、医師事務作業補助者をドクターズクラークと呼び、全診療科に配置し、医師の業務のタスクシフトや診療科連携を促進しています。同院診療情報室長の平島しおり氏にドクターズクラークの業務や採用、育成について伺います。

医師の理解を促進し ドクターズクラークを全診療科に配置

宮崎大学医学部附属病院(632床:一般596床+精神36床)は県内唯一の特定機能病院です。職員は1,540名で事務職員は216名、そのうちドクターズクラークは50名です(2023年6月現在)。

ドクターズクラークは、文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に関する事務作業、行政上の業務が仕事です。本院は卒後臨床研修センターをもつ基幹型臨床研修病院として医師の教育も行っているため、ドクターズクラークが記録のすべてを代行するのではなく、退院時サマリ作成リマインドや画像診断・検査結果に伴う医師のアクションを確認するなど、「診療記録を読める」ことを自分たちの強みとした役割を担っています。もちろん、診断書作成などの事務作業の代行も行っています。最近ではインフォームド・コンセント時の説明記録の代行入力に注力しており、2023年度では全体の11%、救命救急センターでは43%の代行入力を実現しています。

本院では、2016年から診療情報管理士資格取得による病院特定常勤としての待遇の保障が始まりました。この年から特定機能病院入院基本料でも医師事務作業補助体制加算Ⅰの対象となり、医師

のタスクシフトも考慮して、ドクターズクラークに活躍してもらいたいという病院の思いがありました。以前は任期ありの事務補佐であったため、人の入れ替わりが激しく、業務の質を高めることができない状況でした。質の高い職場環境を生み出すために、よい人材を雇用し、長く勤めてもらおうということになったのです。

導入トライアルとして産科・婦人科と整形外科の外来に1人ずつ配属しました。両科は病院長と副病院長が所属し、病院全体を方向づける医師の理解が進みやすいと考えられたからです。また、整形外科の診療室は個室でありながらもオープンで、ドクターズクラークが対応しやすい一方、産科・婦人科はプライバシーへの配慮から個室にドクターズクラークの受け入れが可能かを検証するためもありました。このときに、患者さんに医療スタッフと認識してもらうため、事務服ではなく、スクラブを着用することにしました。

同時に、この2診療科でのドクターズクラークの業務を、どの診療科でも対応可能となるようマニュアル化し、外来全体、各センターなどの診療部門、病棟と、診療の流れに沿って配属先を拡大し、3年で全診療科配置を達成しました(図1参照)。配属直前には医師から「承認をするのであれば自分でやる方が早い」などの意見もありましたが、業務を

明確にしたこと、リマインドサポートを行うドクターズクラークが必ず近くにいることが安心につながり、病院内での理解に広がったと思います。ドクターズクラークは柔軟なつなぎ役となっています。

採用直後からの研修や スキルアップの機会を設ける

ドクターズクラークの応募条件には診療情報管理士の資格取得者または医療機関での勤務経験があることが条件です。診療情報管理士の資格を持たない場合は採用後に試験対策講座を実施しています。これまで多くの者が仕事をしながらスクーリングなどにチャレンジし、合格しています。その後もキャリアアップを目指し、がん登録実務初級・中級を取得した者もいます。採用後、医師事務作業補助体制加算の診療報酬上の算定要件となる6か月間は研修期間として業務を行いながら32時間研修を受けてもらいます(図2参照)。この研修は医師、薬剤部・検査部・放射線部・栄養管理部の技師長等、医療安全管理部、医療情報システム室、医事課職員を講師とし、診療の特徴や病院のしくみの理解を深めています。

また、宮崎県医師会が主催する医師クラーク育成スキルアップ研修をはじめ、経験5年以上のドクターズクラークには日本医療マネジメント学会主催の医師事務作業補助者指導者養成講習会への参加を促しています。さらに、診療情報管理士養成校のドクターズクラーク実習を受け入れています。

図1

医師事務作業補助体制加算・採用状況

年度	届出基準	採用者	異動	退職	産休者	離職率	異動率	産休率
2016	75対1	8	0	0	0	0	0	0
2017	40対1	18	3	0	0	0	13%	0
2018	20対1	20	1	2	1	5%	3%	3%
2019	15対1	5	0	1	1	3%	0%	3%
2020	15対1	2	0	4	3	9%	0%	7%
2021	15対1	2	1	2	2	5%	2%	5%
2022	15対1	11	1	7	2	18%	3%	5%
2023	15対1	6	4	6	1	14%	9%	2%
平均						7%	4%	3%

- 2016年7月 75対1申請
 - 2019年5月 上位15対1取得
 - ドクターズクラーク45名を全診療科に配置
- ※離職率=離職人数÷ドクターズクラーク数×100
※異動とは診療報酬請求担当・ドクターズクラーク・診療情報管理士間での異動

学生さんに教える立場に立つことで、ドクターズクラークの役割を振り返り、精査する機会になっています。

医療DXを担える人材の確保や 育成のための環境づくりが課題

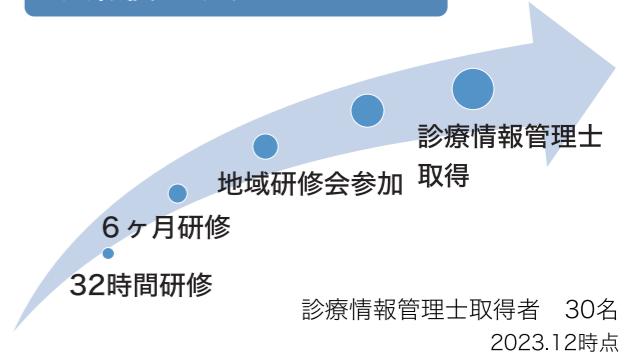
2021年に診療情報管理部が設置され、ドクターズクラーク、診療情報管理士、診療報酬請求担当の間での人事異動が可能となりました。これは医事スタッフの努力をマネタイズ(収益化)する医事課の役割の1つとし、人材育成、適材適所の実現によって離職を防ぎ、組織の活性化につなぐことを目指しています。

すべてのドクターズクラークがリーダーあるいはチームメンバーとしての立場を経験できるよう、チームリーダー制(総務、業務、教育、マネジメント)と業務リーダー制(診断書、様式、診療情報サポートチーム、診療情報共有伝達確認室の各業務)を敷いています。

将来的に人工知能(AI)が業務に取り入れられても、多職種をつなぐドクターズクラークの仕事は益々重要になると予想しています。ただ、医師からのタスクシフトでドクターズクラークの業務範囲が拡大し、人手不足で採用難になる可能性があるので、業務のデジタルトランスフォーメーション(DX)は必要です。DXには、業務を可視化し、DXを推進・実行するためのスキルを有し、柔軟に周囲にアプローチできる人材が求められます。DX人材の育成とチャレンジできる環境をつくることが私たち管理職の課題であり、責務だと考えています。

図2

入職後のキャリアアップ



連載

医療者が知りたい法律・法令知識 医療機関での写真、動画の撮影に 関するルール運用のポイント

執筆：越後 純子

弁護士・医師 湿美坂井法律事務所所属

メディアスホールディングス(株)社外取締役(監査等委員)

筑波大学医学専門学群卒業。同大学大学院医学研究科、桐蔭横浜大学法科大学院修了。2010年に弁護士登録し、同年より金沢大学附属病院で院内弁護士としての活動を開始。2015年より虎の門病院に勤務。2022年1月より湿美坂井法律事務所に所属。メディアスホールディングス(株)社外取締役。

このコーナーでは、ダブルライセンスの元院内弁護士が、医療現場で役立ちそうな法律や倫理的なトピックをご紹介します。



前回は、院内で録音を求められた場合の対応について解説しました。今回は、写真、動画の撮影について解説していきます。

施設管理権を使用し、 患者や職員のプライバシーを守る

個人の声紋で識別できるという点では前回扱った録音も個人情報ではありますが、顔が映った写真や動画では本人の識別が容易になりますので、保護の要請はより強まります。

自宅で自分自身を撮影することは自由ですが、他人の管理する施設において施設管理者によって禁止されている場合は、自分自身の撮影も自由に行えません。ただし、明示的に禁止されていない場合は、撮影が許容されていると受け取られ、自由に撮影されているのが現状です。

施設管理者は、自らの施設内において自らが管理・支配している範囲の施設や職員等のみの撮影であれば、自らの判断で決められます。しかし、来院者等の自らの支配権が及ばない者が映り込んでしまう形での撮影を肖像権上、無断で承諾することはできません。

病院における撮影には、そもそも来院していること自体を知られたくない患者や、他人の機微に触れる情報や信用に影響する内容が含まれてしまう場合があります。したがって、単に録音、録画の可否とい

う視点だけではなく、管理者による管理権の及ばない他人の権利も含め、諸般の事情を総合的に考慮して許諾の要否を判断する必要があります。

録音に比べると、医療者が対象となる撮影は面と向かって行う性質上、無断では行いにくいため、許可を求められることが多いですが、相手が気づいていない状態で映り込んでしまう形での無断撮影は日常的に少なからず行われています。前述のように、画像は音声に比べて撮影された第三者を識別できる可能性が高く、無断撮影された者の権利を侵害する可能性も高いことを考慮すると、不本意ながらも無断撮影を甘受することは適切とはいえないかもしれません。

施設管理者には管理権がありますから、管理権に基づき、利用者の行動に一定の制限を加えることができます。他方、利用者においてはその指示に従う義務があります。したがって、管理者はその管理権に基づいて、来訪者に施設内での撮影等の行動を制限することもできます。

具体的には、無許可の撮影を禁止し、撮影時には目的やその態様によって事前許可を求めるという運用が実践的です。ただし前述のように、肖像権を有する者の撮影まで許可することはできないので、

個別に許可を得る必要がある旨を併せて伝えることが求められます。例えば、許可を求めるレベルは、入院している個室内とTV番組の取材では考慮要素が異なりますので、撮影等の態様によって、職員の映り込み等も含めて考慮した上でルールを定めれば、柔軟な対応が可能です。

拡大するオンライン化には 状況に応じたルール策定を

コロナ禍において、オンライン診療、病状説明、面会等非接触の面談が求められるようになり、大きくニーズが変わりました。これらはいずれも、相手方が限定されていますが、医療者が撮影対象になるか否かで判断が違います。厚労省が「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を発出しており、公的な見解と考えられますので、まずは、医療者が撮影対象となるオンライン診療について考えてみましょう。

同指針には、「患者に実施を求めるべき内容」として「医師側の了解なくビデオ通話を録音、録画、撮影してはならないこと。」が定められています。ネットを介したやりとりの場合、勝手に録画されても分からぬという状況があるので、それも念頭におき、発言には注意する必要があります。

次に、医療者が撮影対象とならない例としてオンライン面会があります。患者と面会者のみの直接のコミュニケーションであれば、通常、他者の権利を侵害することは考えにくいので、録画を許容しやすい類型になります。しかし、多床室の場合等は、他の患者や職員の映り込みを避ける必要があります。

実際、入院患者がモバイル端末を所持している以上、動画アプリでの院外へのコミュニケーションを完全に規制することはほぼ不可能なので、それに準じて考えることが現実的です。ただし、患者の意識が無い状態や、認知機能が低下している等、本人が撮影していることを了承していない状態で、室内の様子を監視するような目的でのカメラの設置を

求める家族に対しては、画一的に捉えるべきではなく、個別事情の検討が必要です。

医師と患者家族の面談については、必ずしも医療行為ではなく、前述のオンライン診療と、オンライン面会の中間くらいの位置づけになります。利用目的や頻度が医療機関によって異なりますから、それらに応じたルールを定めることが推奨されます。

インターネット配信のリスクを 見据えた対応も必要

院内で撮影された写真、動画の公衆送信や、動画のリアルタイム送信が可能なサイトを使って、配信するケースについて検討します。

個人の記録用として撮影等を行う場合と異なり、デジタル化して、ネットワーク上に置くことによって、特定の者に限定して配布したとしても、不特定にむけて公開するということが容易になり、瞬時に拡散することが懸念されます。

例えば、近時、飲食店の醤油さしを舐める等の行為を撮影した動画投稿が偽計業務妨害罪という犯罪に該当する行為として大炎上し、社会を震撼させました。

ひとたび事が起きると、社会的信用は失墜し、取り返しがつかないことになります。したがって、人の生命身体の安全を預かる医療機関の施設管理者としては、このような状況にならないように、平素から無断撮影を禁止する院内の規定を定める等、適切に管理権行使することが重要です。リアルタイムの公衆配信についてはとりわけ注意が必要です。

医療機関の性質によっては、一律に全ての投稿を禁止する必要はないかもしれません、事前に確認を求める等、管理権行使していることをアピールすることで、コントロールすることは有効です。そのような方法であれば、好意的な取材への対応も可能です。

次回は、防犯カメラ、手術映像等、医療機関側が撮影者になる場合について、検討していきます。