



医師も罰則つき上限規制の対象に 救急医療提供などをどう確保すべきか

安 倍内閣が進める「働き方改革」の一環で、勤務医も労働者として罰則付きの時間外労働の上限規制などの対象になると決まりました。

具体的な仕組みは次のとおりで、労働基準法の改正が行われます。

- 1ヵ月当たり45時間、1年当たり360時間の上限を違反した場合には罰則を課す
- 労使が合意しても年720時間（月平均60時間）の上限を超えてはならない
- 労使合意による特例の上限を、2ヵ月から6ヵ月の平均で80時間以内、単月で100時間未満、年6回までとする

しかし、医師には応召義務が課せられており、この規制をダイレクトに適用すれば地域医療が立ち行かなくなります。そこで厚生労働省は、「医師の働き方改革に関する検討会」を設置し、規制の特例、労働時間

の短縮策などを議論していくことになっています。たとえば、「勤務医については上限を一定程度引き上げる」ことや、医師に特有とも言える「研究・自己研鑽などに費やす時間を労働時間から除外する」ことなどが検討される可能性があります。

医療現場からは、医療提供の縮小（救急医療の制限など）や、医師の大幅増員をせざるをえなくなるとの声があがっていますが、両者とも実現はきわめて困難です。特に、医療資源の乏しい地域では、医療提供の縮小を行えば患者が路頭に迷ってしまい、一方で、そもそも医療資源が乏しいゆえ医師の増員も困難です。

検討会では、規制の特例などを2019年3月までにまとめ、その稼働は2022年としていますが、どのような結論が出されるのか医療界全体が注目しています。医師偏在対策ともあわせて、我が国の医療提供体制確保に向けた重大な決断が迫られています。

地域包括ケアにおける医療マネジメント 第⑧回

株式会社日本経営 大日方 光明

地域包括ケアにおける外来・在宅医療の連携①



こ れまで本連載では、入院から退院、退所後の介護サービスとの連携に触れてきましたが、今回は外来医療、在宅医療の地域連携について述べます。

外来医療でも入院医療と同様に機能分化が進められています。先般の診療報酬改定で、大学病院などにおける紹介率水準の引き上げや、中小病院、診療所などでの主治医機能の強化が示されましたが、これからも同じような改定がなされていくでしょう。また、在宅医療では24時間対応体制、看取りを踏まえた機能強化が求められており、結果、サービス供給量自体は増加傾向にあります。しかし一方で、サービス供給量には地域差があるので、そうした事情を考慮した現実的な対応策が期待されています。たとえば、遠隔診療や遠隔死亡診断の導入などは重要な論点となるはずですが。

このような流れの中で、医療機関には連携先が提供

している外来サービスや連携する在宅医療がどのようなサービス、連携体制を有しているのかを把握する必要が出てきました。代表例としては、退院後のリハビリテーションにおけるマネジメントが挙げられます。

今後、外来リハビリテーションにおいて所定日数を超えた生活期リハビリテーションは介護保険のリハビリテーション（通所リハビリなど）への移行が予定されていますが、医療機関側は逆紹介先が提供する生活期リハビリテーション体制まで把握できているのでしょうか。単独施設で完結するのか、あるいは複数施設が連携しての提供となるのかなど、患者が適切なサービスを受けられるように体制を確認したうえで紹介を検討すべきです。機能や制度が変化する中で「連携先の医療・介護サービスの連携体制」についての理解も求められています。