



全日病 ニュース

2018.3.15

No.913

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

2018年度改定の省令・告示・通知出る。届出期限は4月16日

厚労省・改定説明会

急性期一般入院基本料などの詳細明らかに

厚生労働省は3月5日、2018年度診療報酬改定の省令・告示・通知を示すとともに、都内で改定説明会を開催。地方厚生局の担当者に、改定の趣旨や留意事項を説明し、来年度からの適切な運用を求めた。4月1日から算定するための届出期限は4月16日とした。通知等では、答申段階で未確定と

なっていた改定内容の詳細を示した。急性期一般入院基本料では、入院料を届け出る際に、「重症度、医療・看護必要度」の「Ⅰ」と「Ⅱ」のどちらを使用するかを届け出る必要がある。「Ⅱ」を用いる場合は、届出前の3カ月間、「Ⅱ」の基準を満たす患者の割合から「Ⅰ」の基準を満たす患者の割合を差

し引いた値が0.04を超えない」ことが必要とした。通常、該当患者割合は「Ⅱ」よりも「Ⅰ」の方が高いので、ⅡからⅠを差し引いた値はマイナスになる。それがプラスになり、0.04(4%)を超える場合は「データがおかしいと考えられる」(医療課担当者)ため、認めないとい



う趣旨。また、評価方法のみの変更は「4月または10月」とし、切り替える月の10日前までに届出を行う必要がある。なお、疑義解釈は年度内に示される予定である。

医師の働き方改革の論点整理に反発や懸念相次ぐ

厚労省・医療部会

猪口会長は医師偏在などを含めた対応求める

厚生労働省は2月28日の社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)に「医師の働き方改革に関する検討会」がまとめた中間論点整理を報告した。委員からは、医師の労働時間を減らすことが目的化しているとして反発する意見が相次いだ。全日病会長の猪口雄二委員は、「様々な問題との関わりがある。特に、医師偏在対策や専門医養成のあり方も網羅して対応する必要がある」と強調した。

働き方改革関連法案が成立すれば、罰則付きで時間外労働の上限規制が設定され、労使協定にも適用される。医師に対しては、別途議論することが必要とされ、検討会は来年度中に医師の時間外労働規制のあり方について、結論を出すことになっている。

中間論点整理では、医療提供体制を損なわない改革が必要としつつ、医師は他業種と比較して抜きん出て労働時間が長いことから、医師の健康や医療の質・安全の確保の観点から、長時間労働の是正を求めている。労働時間の実態把握の論点では、医師の労働時間のうち「自己研鑽」や「宿日直」の取扱

いが課題になるほか、裁量労働制が医師に適用できない理由の一つである「応召義務」のあり方も検討課題だ。

検討会は、論点整理とあわせて現状でも取り組むことができる緊急対策を6項目に整理。医療機関の取組みを求めた。他職種への業務移管を積極的に進めるほか、複数主治医制や当直明け勤務負担の緩和などを盛り込んでいる。

これらの内容に関し、委員から様々な意見が出た。特に病院関係の委員から、上限規制を設けて医師の労働時間を減らしても、様々な取組みを行えば、医療提供体制への影響は限定的になるとの見込みに反発する意見があったほか、医療現場の実態を踏まえていないことへの懸念が相次いだ。

「長時間労働をしている医師は被害者とみなす論点整理だが、長時間労働でも充実している医師は多い」、「労働時間とストレスは必ずしも相関しない」などの意見があった。一方で、「古い医師はそう考えるが若い医師が何を願っているかの視点も重要」との指摘もあった。「医師の労働時間短縮が目的化していると感じる。拙速に議論を

進めるべきではない」として、来年度中の結論は困難との意見もあった。

猪口委員も拙速な議論を避けることを求めた。その上で、「労働時間短縮の取組みにより、地域の救急、産科、小児科、へき地医療などのパフォーマンスを低下させかねない。様々な問題が絡まりあっており、医師偏在対策や専門医養成のあり方も網羅した対応をまとめる必要がある」と述べた。

新たな広告規制は厳格な運用求める

6月から施行される医療機関の新たな広告規制について厚労省から報告を受け、議論した。省令案を含め規制の枠組みは概ね了解を得たものの、今後の運用に対して厳しい指摘が相次いだ。今回の対応は、美容医療サービスに

関する消費者トラブルの相談件数が増加していることを踏まえ、医療機関のウェブサイトや「医療法上の広告規制」の対象とした上で、一部を例外とし、虚偽や誇大の基準に該当しなければ、幅広い事項を広告できる。

厚労省は「(治療に関連しない)『感謝の声』などはホームページに掲載できる」と説明したが、委員から「治療に全く関係しない『感謝の声』があるのか」「『感謝の声』をたくさん掲載している医療機関と全く掲載していない医療機関を比べたら、住民はどう思うか。一律に禁止するべき」といった意見が出た。

また、成年被後見人等の欠格条項の見直しに伴う医療法・医師法等の改正事項を了承した。成年被後見人であることを理由に不当に差別されないようにするためのもので、医師や医療法人の役員・評議員になれない条件として、成年被後見人であることの条項は削除し、適否を個別に判断するとした。



人生の最終段階の医療ガイドライン改訂を了承

厚労省・人生の最終段階医療検討会

2017年度の意識調査の結果も報告

厚生労働省の「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」(樋口範雄座長)は2月23日、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂案を概ね了承した。入院医療だけでなく、在宅医療や介護の現場で活用できるように見直すとともに、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の考え方を取り入れた。2018年度から診療報酬の評価でも使われることから、年度内に改訂し、内容を周知する。

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」は2007年に作成された。その後、2015年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更されたが、

実質的には10年ぶりの見直し。近年、諸外国でACPが普及していることを踏まえ、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであるACPの考えを盛り込んだ。

ガイドラインの表題では、「医療」を「医療・ケア」に変えた。当初は入院医療での活用を主に想定したものだったが、今回は、在宅医療や介護施設での活用も想定した内容となっている。

ガイドラインは、本人の意思確認ができない場合に備え、本人の意思を推定する手続きを整理している。意思が確認できなければ、家族やそれ以外の者(親しい友人など複数人存在することも想定)が推定し、医療・ケアチームと合意形成を図る。

全日病常任理事の木村厚委員は、「病院としては、誰が患者の意思を代弁しているのかを知る必要があり、医療代理人を明確化してほしい」と求めた。これに対し、「医療代理人に法的な位置づけはなく、そもそも明確化できない概念だ」との意見があった。厚労省

も明確化に難色を示した。

また、従来のガイドラインと同様に、生命を短縮させる意図を持つ積極的安楽死は対象ではないと明記している。

意識調査の結果を公表

厚労省は同日、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の結果を報告した。調査は、1992年以降5年ごとに実施。今回は2017年度調査の結果をまとめた。

人生の最終段階の医療・療養の方針に関する患者・家族等と施設関係者との話し合いの状況をみると、「十分に行っている」との回答は、病院が32.3%、診療所が10.9%、介護老人福祉施設が51.5%、介護老人保健施設が48.0%だった。これに「一応行われている」を加えると、病院が87.5%、診療所が35.2%、介護老人福祉施設が94.1%、介護老人保健施設が89.4%となる。

ACPの実践状況では、「実践している」との回答が、病院で23.6%、診療所で13.3%、介護老人福祉施設で38.7

%、介護老人保健施設で32.4%となっている。

どのガイドラインを使っているかについては、厚労省のものという回答が、病院で51.5%、診療所で13.9%、介護老人福祉施設で37.9%、介護老人保健施設で35.4%となっており、診療所を除けば最も普及している。日本医師会のガイドラインは、病院で35.5%、診療所で16.0%、介護老人福祉施設で11.8%、介護老人保健施設で15.5%だった。全日病のガイドラインは、病院で10.6%、診療所で0.3%、介護老人福祉施設で1.2%、介護老人保健施設で1.6%となっている。

一方、医師の24.3%、看護師の29.1%、介護職員の34.3%が「ガイドラインを知らない」と答えている。ガイドラインや人生の最終段階の医療に関する普及・啓発が課題であり、同検討会は近く報告書をまとめる。同日は、報告書の論点を議論し、大筋で了解を得た。

その中で、ガイドライン等の普及・啓発が「決して医療費削減、営利目的等のために行うべきものではないこと」を留意事項として明記することが論点になった。木村委員は、「あえて明記する必要はない」と主張したが、賛否両論があり、今後の調整となった。



医療と介護の複合ニーズに対応して介護医療院を創設



全日病・介護報酬改定等説明会

介護医療院の基準と報酬を説明

全日病は3月1日、2018年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会を都内の会場で開き、厚生労働省老健局老人保健課の鈴木健彦課長が介護医療院の基準および報酬設定の考え方を説明した。介護医療院に関する説明の要旨は次の通り。

長期療養・生活施設として創設

介護医療院は、2017年の介護保険法改正によって法律に位置づけられた。「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設として4月に創設される。

病院から介護医療院に転換した場合は、転換前の病院の名称を引き続き使用できる。〇〇病院から転換した場合、「〇〇病院 介護医療院」もしくは「介護医療院 〇〇病院」という形で以前の病院の名称が使える。

介護医療院は、要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話(介護)」を一体的に提供する機能を持ち、介護保険法上の介護施設であるが、医療法上は医療提供施設として位置づけられる。また、現行の介護療養病床の経過措置期間は、6年間延長することが決まった。

I型とII型の2つのサービスを導入

介護医療院は、医療と介護の複合的ニーズに対応する施設であり、介護療養病床(療養機能強化型)相当のサービス(I型)と老人保健施設相当以上のサービス(II型)の二つの類型を設け、そのための人員・設備・運営基準を定めた。

人員基準については、①医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、I型とII型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、②リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置することを念頭に設定した。

療養室については、定員4名以下、床面積を8.0㎡/人以上とし、プライバシーに配慮した環境になるよう努めることとした。療養室以外の設備基準については、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとする。

運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定した。医師の宿直については求めるが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮を行うこととしている。

なお、介護療養病床または医療療養病床から介護医療院に転換する場合は、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和など、配慮が必要な事項については基準の緩和等を行う。

人員基準と基本報酬

実際の報酬は、表のようになる。

I型介護医療院の算定要件は、介護療養病床の機能強化型Aの要件と同様である。サービス費(I)は、従来の機能強化型A相当であり、看護6:1・介護6:1が基準となる。

サービス費(II)と(III)は、機能強化型B相当で、サービス費(II)は看護6:1・介護4:1、サービス費(III)は看護6:1・介護5:1が基準となる。サービス費(I)と(II)は同じ人員配置だが、入所者の要件が異なる。

サービス提供単位

介護医療院のI型とII型のサービスについては、介護療養病床において病棟単位でサービスが提供されていることに鑑み、療養棟単位で提供できることとする。ただし、規模が小さい場合については、これまでの介護療養病床での取扱いと同様に、療養室単位でのサービス提供を可能とする。

全部の療養棟をI型介護医療院にそろえることもできるし、I型とII型でフロアを分けることもできる。ただし、I型介護医療院またはII型介護医療院の中で、サービス費(I)と(II)を組み合わせることはできず、サービス費は(I)か(II)か(III)のいずれかを選択しなければならない。

介護療養病床の基本報酬の見直し

介護療養病床の基本報酬も見直す。介護療養型老人保健施設では、一定の医療処置の頻度等を基本報酬の要件としていることを踏まえ、この要件を介護療養病床の基本報酬の要件とし、メリハリをつけた評価とする。

療養機能強化型A・B・その他の基本報酬は変えないが、「一定の要件を満たす入院患者の数が基準を満たさない場合の減算規定」を新設する。基準を満たさない場合、100分の95の減算とし、一部の加算のみ算定可とする。

加算関係

これまで介護療養病床で評価されている加算等その他の取扱いについては、引き続き介護医療院においても同様とする。なお、必要に応じて加算等の名称を変更する。また、介護療養病床から転換したことに伴い新たに創設される加算がある。

再入所時栄養連携加算(400単位/回)

介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養または嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合であって、介護保険施設の管理栄養士が

当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設に再入所した場合に、1回に限り算定できる。

栄養マネジメント加算を算定していることが要件となる。

重度認知症疾患療養体制加算

重度の認知症疾患への対応について、入所者のすべてが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置に加え、精神科病棟との連携を加算として評価する。

移行定着支援加算(93単位/日)

介護医療院への早期・円滑な移行を進めるために新設する加算である。介護療養病床または医療療養病床から介護医療院に転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者およびその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能である。

転換を行って介護医療院を開設した等の旨を地域の住民に周知するとともに、入所者およびその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与することが求められる。2021年3月までの期限を設けている。

緊急時施設診療費(緊急時治療管理)(511単位/日)

介護医療院は、病院・診療所ではないものの、医療提供施設として緊急時の医療に対応する必要があることから、介護老人保健施設と同様に緊急時施設療養費と同様の評価を行う。入所者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等の医療行為を行ったときに算定する。同一の入所者について1月に1回、連続する3日を限度とする。

居宅サービス

介護療養病床から提供可能であった短期入所療養介護、通所リハビリテーションおよび訪問リハビリテーションについては、介護医療院においても提供可能となる。

医療機関併設型の特定施設への転換

介護療養病床から「有料老人ホーム等と医療機関の併設型」に転換する場合は、生活相談員、機能訓練相談員、計画作成担当者の兼任を認めるほか、浴室、便所、食堂、機能訓練室の兼用を認める特例を設ける(省令改正)。

第7期介護保険事業計画

介護保険事業計画の関係では、介護療養病床から介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護に転換する場合、定員の増加分は、第7期介護保険事業計画の必要入所(利用)定員総数に含めないこととしている。

診療報酬での取扱い

介護医療院は、医療提供が内包されている施設であるため、その内容に応じて給付調整を行うこととし、介護老人保健施設に係る給付調整と同様に扱う。

また、在宅復帰・在宅移行に係る評価において、介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、居住系介護施設等に含め、「退院先」として扱う。

入院料において、在宅からの受入れに対する評価について、「自宅」と同様の取扱いとする。

医療に係る情報提供や共同指導については、介護老人保健施設と同様の取扱いとする。対応する報酬は、診療情報提供料(I)、退院時共同指導加算(訪問看護管理療養費)である。

病院の機能分化の観点から、介護医療院等の介護保険施設を有する医療機関については、総合入院体制加算の評価対象から除外する。

表 介護医療院の基本報酬及び算定要件

	I型介護医療院			II型介護医療院		
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 入所者等のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が50%以上 入所者等のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が50%^(注1)以上 入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が10%^(注2)以上 <ul style="list-style-type: none"> ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること ②入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること ③医師、看護職員、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること 地域に貢献する活動を行っていること 			<ul style="list-style-type: none"> 下記のいずれかを満たすこと <ul style="list-style-type: none"> ①喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上 ②著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が20%以上 ③著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が25%以上 ターミナルケアを行う体制があること 		
	サービス費(I) (強化型A相当) 看護6:1 介護4:1	サービス費(II) (強化型B相当) 看護6:1 介護4:1	サービス費(III) (強化型B相当) 看護6:1 介護5:1	サービス費(I) (転換老健相当) 看護6:1 介護4:1	サービス費(II) (転換老健相当) 看護6:1 介護5:1	サービス費(III) (転換老健相当) 看護6:1 介護6:1
要介護1	803	791	775	758	742	731
要介護2	911	898	882	852	836	825
要介護3	1,144	1,127	1,111	1,056	1,040	1,029
要介護4	1,243	1,224	1,208	1,143	1,127	1,116
要介護5	1,332	1,312	1,296	1,221	1,205	1,194

(注1) I型介護医療院(II)(III)では30% (注2) I型介護医療院(II)(III)では5%

報告 2017年度 個人情報保護に関するアンケート調査報告

個人情報保護法改正を受けて研修の参加意欲高まる

個人情報漏洩保険加入が30%を超える

個人情報保護担当委員会 委員 森山 洋



2006年より個人情報保護法認定保護団体としての活動の一環として、会員病院における個人情報保護の取り組み状況を把握し、経年変化を明らかにすることを目的に実施しているアンケートを、今年度も全会員施設病院個人情報管理担当者を対象に昨年8月に配布、9月末を回答期限として行った。

2015年度に番号法、いわゆるマイナンバー法の施行に伴い、個人情報保護法も改正され(以下、法改正)、2017年5月に完全施行された。『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス』(2017年4月14日通知、同年5月30日適用)も出されたところである。例年通り傾向等について考察し、報告する。

【調査方法】

2017年度は会員病院の2,504(前年度比+20)に対して、回答施設数は719(前年度比+40)、回収率は28.7%(前年度27.3%)であった。12年連続して回答頂いた施設は7(前年度28、前々年度39)であった。配布方法は2017年以降、①データ送信によるPDFファイル送信②メール利用③郵送④FAXとしている。調査票の回収状況は、表1の通りである。

表1 調査票回収状況

回収状況	全体											
	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
調査対象病院数	2,504	2,484	2,445	2,409	2,442	2,363	2,338	2,302	2,269	2,249	2,197	2,141
回答施設数	719	679	524	716	678	994	1,203	1,113	1,037	1,117	1,079	579
回答率(%)	28.7	27.3	21.4	29.7	27.8	42.1	51.5	48.3	45.7	49.7	49.1	27.0

【今年度の傾向についての考察】

昨年同様、設問1の施設情報、設問2(1)~(4)および設問3の組織的対応に関しては注目すべき変化は見られない。昨年、新設した「設問2(5)電子カルテ・オーダーリングシステムの導入状況について」の結果は、①電子カルテ・オーダーリングシステム共に導入済が55.5%(前年度52.6%)、②オーダーリングシステムのみ導入の施設が12.1%(前年度14.1%)と導入率に変化は見られなかった。

情報システム関連で気になったのは以前にも指摘した「2(6)自院情報システムのセキュリティ対策について」で、いまだ、⑥の対策を実施していない施設が41(3.6%)あることである(表2)。また、「2(7)個人情報の外部持ち出し制限実施内容について」では、比較的安価で導入できる⑥プログラムによるUSB認識によるセキュリティ(登録済のセキュリティ付USBの利用)が設問を設定した2014年度以降15%程度を維持し、あまり進展していない(表3)。USB、USB-HDの紛失事故等が頻発している現状では、まだセキュリティ意識が低いと言わざるを得ない。

表2 自院情報システムのセキュリティ対策について(複数回答)

個人情報のセキュリティ対策	全体																					
	2017年(n=719)		2016年(n=679)		2015年(n=524)		2014年(n=716)		2013年(n=678)		2012年(n=994)		2011年(n=1203)		2010年(n=1113)		2009年(n=1037)		2008年(n=1117)		2007年(n=1079)	
	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)										
①ID・パスワードのみ	663	59.0	618	60.4	477	57.7	635	58.6	597	58.1	837	61.0	988	62.9	924	63.0	796	68.1	829	66.5	776	64.1
②バーコードによる認証	73	6.5	54	5.3	39	4.7	44	4.1	43	4.2	39	2.8	34	2.2	37	2.5	18	1.5	15	1.2	18	1.5
③指紋認証	9	0.8	16	1.6	9	1.1	17	1.6	17	1.7	27	2.0	32	2.0	34	2.3	19	1.6	26	2.1	22	1.8
④ICカード・タグによる認証	26	2.3	14	1.4	19	2.3	23	2.1	20	1.9	20	1.5	19	1.2	15	1.0	15	1.3	8	0.6	12	1.0
⑤サーバーによるアクセスログ管理のみ	289	25.7	274	26.8	229	27.7	279	25.7	257	25.0	289	21.0	290	18.5	279	19.0	126	10.8	127	10.2	108	8.9
⑥していない	41	3.6	37	3.6	31	3.7	56	5.2	58	5.6	123	9.0	147	9.4	137	9.3	143	12.2	186	14.9	193	15.9
⑦その他	21	1.9	11	1.1	18	2.2	21	1.9	31	3.0	30	2.2	42	2.7	33	2.2	36	3.1	44	3.5	55	4.5
未回答	2	0.2	0	0.0	5	0.6	9	0.8	5	0.5	8	0.6	18	1.1	8	0.5	16	1.4	12	1.0	27	2.2

表3 個人情報の外部持ち出し制限実施内容について(複数回答)

個人情報のセキュリティ対策	全体																					
	2017年(n=719)		2016年(n=679)		2015年(n=524)		2014年(n=716)		2013年(n=678)		2012年(n=994)		2011年(n=1203)		2010年(n=1113)		2009年(n=1037)		2008年(n=1117)		2007年(n=1079)	
	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)										
①制限していない	35	2.4	30	2.2	19	1.8	39	2.9	39	3.0	61	4.2	87	5.2	83	5.5	83	5.9	140	9.9		
②規定文書による制限のみ	445	30.6	417	30.3	329	32.0	433	32.1	397	30.9	429	29.8	519	31.2	509	33.5	509	36.1	557	39.5		
③メディア使用の禁止	352	24.2	330	24.0	246	23.9	325	24.1	298	23.2	416	28.9	443	26.7	409	26.9	304	21.6	256	18.2		
④持ち出し作業者の限定	193	13.3	183	13.3	134	13.0	175	13.0	152	11.8	239	16.6	286	17.2	254	16.7	249	17.7	229	16.3		
⑤メディア接続部の取り外し・封鎖	154	10.6	149	10.8	113	11.0	143	10.6	147	11.4	184	12.8	186	11.2	162	10.7	146	10.4	99	7.0		
⑥プログラムによるUSB認識に対するセキュリティの設定(登録されたUSBのみ使用可とする。)	229	15.7	217	15.8	152	14.8	168	12.5	187	14.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
⑦その他	37	2.5	38	2.8	32	3.1	56	4.2	57	4.4	96	6.7	114	6.9	90	5.9	101	7.2	111	7.9		
未回答	10	0.7	10	0.7	4	0.4	10	0.7	8	0.6	15	1.0	27	1.6	14	0.9	17	1.2	17	1.2		

表4 外部研修への参加の有無

職員の参加の有無	全体																							
	2017年(n=719)		2016年(n=679)		2015年(n=524)		2014年(n=716)		2013年(n=678)		2012年(n=994)		2011年(n=1203)		2010年(n=1113)		2009年(n=1037)		2008年(n=1117)		2007年(n=1079)		2006年(n=579)	
	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)										
①はい	453	66.7	211	31.1	190	36.3	206	28.8	188	27.7	247	24.8	272	22.6	304	27.3	322	31.1	403	36.1	474	43.9	472	81.5
②いいえ	260	38.3	460	67.7	330	63.0	493	68.9	481	70.9	736	74.0	904	75.1	786	70.6	687	66.2	714	63.9	576	53.4	105	18.1
未回答	6	0.9	8	1.2	4	0.8	17	2.4	9	1.3	11	1.1	27	2.2	23	2.1	28	2.7	0	0.0	29	2.7	2	0.3

ついに!外国人技能実習生受入事業 監理団体としての許可

全日病が予てから外国人技能実習機構(法務省・厚生労働省の認可法人)と調整、手続きを行っていた外国人技能実習生受入事業に伴う監理団体とし

ての許可が、2月28日付で下りた。今後は、全日病が監理団体として、外国人技能実習生の介護人材を海外の人材送出機関と協力し、募集・教育を

設問4の院内研修に関する設問では変化が見られなかったが、その他自由記述欄にて研修内容として、確認テストの実施、具体的事例研究、eラーニングの実施、院内巡視等、会員病院に参考となる意見を頂いた。来年度以降選択肢として増やすことを検討したい。

次に設問5の院外研修参加については、興味深い結果が出た。「5(1)外部研修への参加の有無」で過去5年間30%前後であった参加率が66.7%へ跳ね上がった(表4)。これはやはり法改正への対応を目的としたものであろう。とすると設問2の組織的対応に変化がなかったことは、法改正について一定の理解の上で(設問9(1)の結果 表5参照)、変更の必要はないと判断したと推測できる。

「設問6(1)個人情報漏洩への対応」として、保険への加入状況では、調査開始以来20%台であった加入割合が30.5%と30%を超えた。こちらも法改正への対応の一環と考えられる。一方、設問6(2)から設問7に至る個人情報保護に関する苦情受付数や金銭補償件数、相談件数、また、「設問8 開示請求に関する回答」にも注目すべき変化は見られない。

最後に設問10(1)以下の当委員会の活動の認知状況に関しては、(1)研修会の認知度は70%超、参加率は徐々に向上し、複数回答ではあるが、ベーシック(37.9%)とアドバンスコース(12.2%)を合わせて50.1%と初めて半

数を超えた。(2)以下の当会の個人情報保護認定保護団体としての活動内容理解やホームページの規定等事例活用に変化はなかった。

【まとめ】

毎年このアンケートを通じ、個人情報保護法に関わる認識変化や各施設での管理体制整備経過を全体傾向として掴んできた。平成29年7月の仙台における医療マネジメント学会において、本報告に基づく口述発表も行った。法改正への対応も必要であり、マイナンバー法施行による環境変化もある。

本報告を機会に、あらためて現場レベルで当委員会の管理者養成研修会参加や本アンケート結果等を参考にし、ぜひ自院の個人情報保護管理体制を見直す機会としてほしい。

最後になるが今回のアンケート配布前には間に合わなかったが、法改正後への実務対応の参考となるよう、当委員会委員による「医療・介護における個人情報保護Q&A 改正法の正しい理解と適切な判断のために」(じほう2017/9)を出版したのでぜひ活用願いたい。

表5 個人情報保護法改正の認知度

改正認知	全体			
	2017年(n=719)		2016年(n=679)	
	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)
①知っている	566	78.7	538	79.2
②知らない	142	19.7	129	19.0
未回答	11	1.5	12	1.8

日本語N3相当の語学力を持った技能実習生候補者。2019年夏頃に第一陣の来日を目指し、以降、順次来日を予定しているが、詳細は事業の進行に合わせて逐一ご案内する。外国人技能実習生の受入れについて、4月以降、東京、大阪、福岡などで説明会を行う予定だ。

有床診設置の特例で調整会議が一定の判断

地域医療構想WG等合同会議

織田委員は特例の実施に懸念表明

厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ・在宅医療及び医療・介護に関するワーキンググループ合同会議」は3月2日、有床診療所の特例の取扱いを概ね了承した。病床過剰地域でも特例で有床診を開設できる制度について、地域医療構想調整会議の協議を経ることを明確化した。ただ全日病副会長の織田正道委員は、「増床が難しい地域では問題が生じかねない」と述べて有床診療所の特例に懸念を示した。

病床過剰地域で都道府県知事が病床の増設などを認めない規制は、病院と同様に有床診療所にも適用されるが、有床診には特例がある。在宅医療やへき地医療、小児・周産期医療を提供する有床診として、医療計画に記載する場合は許可ではなく、「届け出」で開設できる。2018年度からはこの特例が

大する。具体的には、①在宅療養支援診療所②急変時の入院患者の受入れ(年6件)③患者からの電話等に常時対応④一般病棟からの受入れ(入院患者の1割以上)⑤看取り⑥全身麻酔(年間30件)などの実施⑦在宅・介護施設への受け渡しなどの機能を担う場合に広げる。都道府県知事が都道府県医療審議会の意見をきいて、これらに該当すると判断すれば、設置が可能となる。

地域包括ケアシステムの構築を目指す上で、有床診が在宅医療や緊急時対応、病院から在宅・介護施設への受け渡しなどの機能を担うことが期待されている。有床診は減少傾向にあり、制度的に支援するため、特例を設けた。しかし、人口減で地域の病床の必要量が減る状況では、有床診による増床が全体として不適切になる場合もあり得

る。このため厚労省は、特例の拡大に際して、地域医療構想調整会議の協議を経ることを明確化して、地域に必要な有床診であるかを見極める手続きを求めたことにした。病床の必要量を把握し、地域全体の医療機関の役割を議論する調整会議に、一定の判断を求める考えだ。ただ織田委員は、「調整会議の議論は地域差が大きく、十分に進んでいない。地域全体の増床が難しい状況で、有床診の特例で増床になると問題が生じかねない」と懸念を示した。

また、織田委員は、特例の要件が示されていないので、「見込み」で認めるしかないことも問題視した。

佐賀で国立病院機構が病床削減

厚労省が地域医療構想調整会議の先



進事例として佐賀県の状況を報告した。具体的な医療機関名をあげた協議が行われており、主要な病院がどの機能を担っていくかで合意を得ている。例えば、国立病院機構東佐賀病院は協議を経て、「休棟55床の削減」で合意した。「東部区域においては、回復期は民間の今後の取組みにより充足が見込まれることで一致した」という。

織田委員は、「佐賀では、回復期の病床不足が現状で他の医療機能で担われていることが、調整会議の構成員に理解されている」と述べた。

そのほか、来年度から始まる新たな医療計画の3年後の中間年での見直しに向け、在宅医療の取組み状況を把握するために、都道府県に確認を求める事項を了承した。

2018年度診療報酬改定をめぐり協議

日病協・代表者会議

急性期のあるべき姿の評価体系の議論推進で一致

日本病院団体協議会は2月23日の代表者会議で、2018年度診療報酬改定をめぐり協議した。入院基本料等の見直しについて、急性期は10対1の看護配置を基本に診療実績を積み上げる体系を推進すべきとの意見で一致した。「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合では、DPCの診療実績データで判定するために用いる計算ソフトウェアをできるだけ早く配布するよう厚生労働省に求める意見があった。

2018年度改定で入院基本料の体系が変わる。急性期は10対1の看護配置を基本に、診療実績を積み上げる形になる。ただ、最も点数の高い「入院料1」

に7対1水準を求めるなど、当面の変化は大きくない。一方で厚労省は、評価体系の「あるべき姿」として、医療ニーズに応じて医療資源を投入する体制とするため、柔軟に入院料を選択できるイメージを示している。

会見で山本修一副議長は、「将来的には、(7対1水準の評価を含め)10対1をベースに柔軟に上がり下がりできる体系に持っていきたい」と述べた。

「重症度、医療・看護必要度I」の7対1相当の該当患者割合について、中医協の公益裁定で「30%」に引き上げられたことに対し、改めて「厳しい」との認識を示す意見が出た。また、

DPCの診療実績データの判定(重症度、医療・看護必要度II)を選択できることについて、各入院料の判定方法の詳細を通知で確認する必要があるとの指摘があった。

「重症度、医療・看護必要度」のIとIIのどちらを選択するかでは、IIで該当患者割合を判定する計算ソフトウェアを開発した病院もある。ただ改定による手術料等の変更もあり、正確に計算できない可能性がある。このため厚労省が計算ソフトウェアをできるだけ早く配布するよう求める意見が出た。

地域包括ケア病棟入院料等に関しては、200床未満の病院が地域包括ケア



の実績部分の報酬を上乗せし、従来よりも高い点数を算定できることを評価する意見が地域包括ケア病棟協会から出た。回復期リハビリテーション病棟入院料に関しては、最も点数の高い新たな「入院料1」のFIM(機能的自立度評価表)の実績指数37に対し、「厳しい」との意見が日本リハビリテーション病院・施設協会から出た。療養病棟入院基本料に関しては、点数が変わらずに看護配置が20対1に統一されたことから、「実質的には減算」との意見が日本慢性期医療協会から出た。

専門医制度に関する委員会を設置へ

四病協・総合部会

働き方改革で厚労省に意見書提出

四病院団体協議会は2月28日に総合部会を開き、専門医制度について原点から考えるための委員会を設置することを決めた。4月から始まる新専門医制度では医師偏在の拡大に歯止めがかからないとの認識が背景にある。また、医師の働き方改革に関して、医師の労働時間短縮だけでなく、医師偏在対策や専門医制度のあり方と絡めた対応が必要であると訴えるため、意見書を厚生労働省に提出することを確認した。

新専門医制度は日本専門医機構が運営し、医師偏在に対しては、福岡、大阪、愛知、神奈川、東京の5都府県の専攻医数に上限を設けるなど対策を講

じている。日本専門医機構は2次登録を終えた段階で、新専門制度による医師偏在の拡大は生じていないとの見解を示しているが、疑念は根強い。四病協では、5都府県の上限設定に関して各学会が、どのデータを用いているかが不明であることや、基幹病院が医師不足の地域にある連携病院に専攻医を期待どおりに派遣するかについて懸念がある。

これらを踏まえ、医師養成のあり方や地域・診療科ごとに必要な専門医数の議論を含め、専門医制度を原点から考える委員会を四病協に設置することを決めた。日本専門医機構の理事であ

る全日病の神野正博副会長や日本精神科病院協会の森隆夫副会長が中心になる見通しだ。

医師の働き方改革に関しては、厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」が中間論点整理と緊急的な対策をまとめている。ただ、同検討会の議論に対しては、医療提供体制全体に大きな影響を与える問題であるにもかかわらず、医師の労働時間短縮の取組みだけが前面に出ていることに不満が出ている。このため、四病協としての意見書をまとめ、厚労省に提出することになった。

医師の健康や医療の質・安全の確保



を前提にしつつ、医師に特有な働き方を十分に踏まえた働き方改革が必要であることを訴えるとともに、拙速な議論は避けるよう主張する方向だ。

また、経営実態調査を来年度から3団体合同で実施することになった。全日病と日本病院会、日本医療法人協会の3団体が、各団体が実施してきた調査の継続性をできるだけ確保しつつ、合同調査とする。なお、日本精神科病院協会は既存調査の回答率が高く、精神科病院という特性もあることから、合同調査には加わらない。

■ 現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
医療安全管理者養成課程講習会 (200名) (第3クールは1回あたり約100名)	第1クール6月23日(土)、24日(日) 第2クール8月4日(土)、5日(日) 第3クール①9月16日(日)、17日(月祝) ②10月27日(土)、28日(日) 【全日病会議室】	83,160円(103,680円) (税込) (第1クール・第2クール・第3クールの受講料、テキスト代、昼食代を含みます)	講習会プログラムは厚生労働省の「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則ったもの。講義2クール(4日間)と演習(2日間)の全日程の修了者に「認定証」を授与する。診療報酬の「医療安全対策加算」の取得の条件を満たす。また、新設される「医療安全対策地域連携加算」の講習会を企画しており、本講習会修了者が受講資格となる。
全日病 総合医育成プログラム (40名) ※第3単位以降のコースは日時・会場が確定後に案内	2018年7月14日(土)(開講式) 医療経営コース(第1単位)7月14日(土) 医療経営コース(第2単位)7月15日(日) 【全日病会議室】	432,000円(540,000円) (税込)	全日病による総合医の認定制度が2018年度から始まる。対象は6年以上の経験のある医師で、プログラムは①自施設での総合診療実践②スクーリング受講(「診療実践コース22単位」「ノンテクニカルスキルコース10単位」「医療経営コース2単位」)③総合診療e-learningで構成する。