



全日病 ニュース

2018.7.15

No.921

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

在宅医療で都道府県が取り組む事項を整理

厚労省・在宅医療WG

4県から先進事例を報告。横展開目指す

厚生労働省の「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」(田中滋座長)は6月27日、在宅医療を充実させるために都道府県が取り組むべき事項を整理した。データ分析による「見える化」や人材の育成・確保などで、明確な目標を定め、増加する在宅医療の需要に見合う体制整備を目指す。

在宅医療の体制整備は急務

2018年度から新たな医療計画や介護保険事業計画が開始され、在宅医療に関する目標も盛り込まれているが、充実のための具体的な方策は十分ではないと指摘されている。一方、高齢化による自然増や、長期入院患者の在宅への移行で、今後、在宅医療の需要は増大すると見込まれており、体制整備が急務の状況にある。

厚労省は同日、先進事例として、鳥根県、鹿児島県、富山県、滋賀県(大津市)からヒアリングを行うとともに、都道府県が取り組むべき事項を示した。事項は、◇都道府県全体の体制整備◇取り組み状況の見える化(データ分析)◇提供体制の整備◇人材の確保・育成◇住民への普及・啓発一に整理。委員から異論はなく、概ね了承を得た。

都道府県全体の体制整備では、本庁

の医療政策部局や介護保険担当部局の役割分担の明確化や年間事業スケジュールの策定をあげた。委員からは、「逆に、役割分担が明確化されすぎていて、連携が十分でない状況が起きている」との指摘が出た。

市町村の地域支援事業に対する支援体制整備を求める意見もあった。市町村は介護保険の実施主体だが、医療との関わりが少ないため、医療・介護連携で都道府県の支援が重要としている。

データ分析では、地域ごとの在宅医療の資源やニーズを把握する。富山県の報告では、在宅医療に関連する診療報酬項目の算定状況を指数化するなど、様々な在宅医療の指標をデータで示した。担当者は「データ自体はすでに公表されているもの」と説明。厚労省は、都道府県が公表データに基づく分析を行い、地域の課題を明らかにし、目標設定を促す考えだ。

情報共有の観点からは、市町村や関係団体との連携を求めた。個別の医療機関や訪問看護ステーションの調査も項目に盛り込んだ。同日の議論では、訪問看護ステーションの数を増やすことが在宅医療の充実に重要との意見が相次いだ。同時に「一定の規模を備える必要がある」との指摘もあった。

提供体制の整備では、◇入退院ルー

ルの策定、運用◇後方支援病院等との連携ルールの策定、運用◇急変時の患者情報共有ルールの策定、運用一を明記した。大津市は、「入院から退院までの間、病院とケアマネジャーが連携するための共通のルールを作り、『連携もれゼロ』を目指す」と報告した。鹿児島県も入院退院支援などで明確なルールを定め、運用しており、「退院調整もれ」の割合なども把握している。

また、後方病院の役割に対しては、委員から、「地域により、後方支援だけでなく、積極的に在宅医療に取り組むことが必要」との意見が出た。

人材の育成・確保では、医療従事者への普及・啓発事業やスキルアップ研修の支援、多職種連携に関する会議や研修の支援をあげた。鳥根県は、医療介護総合確保基金を活用し、郡市医師会に連携推進コーディネータを配置し、市町村などと連携する事業を紹介した。最後に、人生の最終段階における医

療・ケアの意思決定支援に関する普及・啓発を課題とした。ACP(アドバンス・ケア・プランニング)への取り組みとともに、がんの緩和ケアの体制整備などが重要との指摘があった。

また、厚労省は、都道府県の在宅医療の充実に向け、保健所の役割を強調した。具体的には、◇所管区域の医療に関する情報の収集・管理、分析◇救急医療における関係機関との調整◇医療機関の機能分担と連携、健康危機管理の拠点としての企画や調整一などを列記した。

厚労省はこれらの対応について、地域により事情が異なるため、地域の特性に合わせた柔軟な対応を求めるとしている。

ICTの活用を期待

全日病副会長の織田正道委員は、地域で在宅医療に取り組む医師数が十分でないことを踏まえ、「2018年度診療報酬改定でオンライン診療料等が新設された。オンライン診療を活用すれば、在宅医療の充実に資する」と述べ、ICT活用による効率化や負担感の軽減に期待を示した。



2018年度改定を今後の改定につなげる

中医協総会

迫井課長が改定の決定事項を説明

厚生労働省は6月20日の中医協総会(田辺国昭会長)に、「2018年度診療報酬改定の概要(背景と主な決定事項のまとめ)」を示した。今後の議論に向け、2018年度改定の概要を関係者が「基本認識として共有するもの」と位置付けている。今後の診療報酬改定が、2018

年度改定を踏まえて行われるものであることを強調した形だ。

迫井正深医療課長が、「次期改定に向けた議論を円滑に進める観点から、2018年度改定の背景や基本的な考え方、改定概要を整理した。次期改定に向けた議論に資するもの」と説明した。た

だし「今後の議論を拘束するものではない」と述べた。委員からは、「よい試み。しっかりと内容を残せば、次につながる」などの意見があり、概ね好評価だった。

入院医療については、「高齢者向けの医療ニーズが高まりつつある一方、医療介護の支え手の減少が見込まれている」と現状を指摘。その上で、「限られた医療資源の中で、今後の医療ニーズの変化にも対応しうる効果的・効率的なサービス提供が可能となるよう、

患者の状態に応じて弾力的に入院医療の提供体制を確保できるようにする必要がある」と明記している。

DPC制度の現況も報告。2018年4月時点のDPC対象病院は、1,730病院で2017年から66病院増加した。一般病床を持つ病院のほぼ3割に達する。

病床数は約49万床で、約5千床増加。一般病床の約55%で5割を超える。このうち7対1入院基本料の届出病床数は2018年3月時点で約40万床となり、DPC病床の約8割を占める。

救急医療体制見直しの議論始まる

厚労省・救急医療提供体制検討会

二次、三次救急の役割分担など課題示す

厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」(遠藤久夫座長)は6月21日、救急医療体制の見直しに向けた議論を始めた。現状の第一次～三次救急からなるピラミッド型の体制の見直しを含め、救急医療を担う医療機関の役割分担や体制評価の指標を検討する方向だ。

救急医療の体制は、患者の重症度に応じた搬送先として、第三次救急医療(救命救急医療)、第二次救急医療(入院を要する救急医療)、第一次救急医療(初期救急医療)で構成される。

2017年度末の時点で、第三次救急は、全国289カ所の救命救急センター(うち高度救命救急センター41カ所)、第二次救急は、病院群輪番制病院(396地区、2,874カ所)、第一次救急は、在宅当番医制(600地区)、休日夜間急患センター(563カ所)となっている。

救急搬送される患者の状態に地域差

厚労省は同日、第一次～三次救急に指定された医療機関に搬送される患者の状態が地域で異なることを示した。

ある消防本部の管轄地域では、救急搬送患者の6割が救命救急センターに搬送されている。救命救急センターと第二次救急医療機関で受け入れている患者の重症度に大きな違いはなく、重症度に応じた搬送先になっていない。

別の消防本部の管轄地域では、救命救急センターと第二次救急医療機関で受け入れている患者の疾病の傾向が異なる。診療科ではどちらも内科が多いが、救命救急センターでは、脳神経外科や整形外科、循環器系、外科も多く、一定の選別が行われていることが示唆される。ただ救命救急センターでも多くの軽症患者を受け入れている。

厚労省はこれらを踏まえ、◇1977年に制度化された救急医療体制は、高齢

化など社会が変化した現在でも適切に機能しているか◇重症患者を受け入れる二次救急医療機関は、第三次救急医療機関とどう医療機能を分化・連携すべきかを論点として示した。

メディカルコントロールの指標検討

患者の重症度に応じて搬送先を決めるには、適切な指標でメディカルコントロールを行う必要がある。搬送後の医療機関でもトリアージを行い、適切な医療機関に転院させることができる体制が必要だ。

厚労省は、緊急度や受入疾病のデータを活用した新たな指標を検討することを提案し、ICU(集中治療室)の生理学的指標に基づく重症度スコア(APACHE II)などを示した。

また、「災害拠点精神科病院」の指定要件を議論した。今後、指定要件を定め、該当する病院を都道府県が指定す

平成30年7月豪雨の被災地にAMATを派遣

この度の平成30年7月豪雨により、被災された皆様に心よりお見舞いを申し上げます。

今回の豪雨災害に当たり、全日病では3隊のAMATを先遣隊として派遣。筑波記念病院と南多摩病院が岡山県、加納総合病院が愛媛県において支援活動に入りました。

る方向だ。重症な精神疾患患者の保護室や研修室の設置、食料や飲料水、医薬品などの備蓄体制、災害派遣精神医療チーム(DPAT)派遣のための緊急車両などを求める体制とする。



医療広告ガイドラインQ&Aで34項目追加

厚労省・医療情報あり方検討会 機構認定専門医の広告は今後検討

厚生労働省の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」(桐野高明座長)は6月28日、医療広告ガイドラインに関するQ&Aの見直しを大筋で了承した。美容医療サービスの広告に関する消費者トラブルなどに対応し、医療機関のウェブサイトなどを対象とした新たな広告規制が6月1日に、施行されたことを踏まえた措置だ。

文言修正して公表へ

Q&A案には、新たに34項目が追加された。厚労省は35項目を提示したが1項目は要検討となった。委員の意見を反映させた文言修正を行い、速やかに公表する予定だ。

要検討となった項目は、「医療機関の検索が可能なウェブサイトに掲載された治療等の内容または効果に関する体験談」を広告規制の対象とする内容。当初案では、検索ウェブサイトは広告規制の対象となるウェブサイト該当し、体験談は患者に誤認を与える蓋然性が極めて高いため、体験談の掲載は禁止とした。しかし委員から、「有益な情報が遮断される」との意見があり、引き続きの検討となった。

今回新たに加わったQ&Aをみると、特定の表現が、広告規制の対象となる最上級の表現や、他と比較して優位性を強調する表現に該当するかの判断に関するものが比較的多い。

例えば、「最先端の医療」「最良の医療」「最適の医療」「最上の医療」の表現は、誇大広告や比較優位広告に該当し、広告できないことを明確にした。また、「プチ○○○」といった「短時間で、身体への負担が比較的少なく、費用も手軽」との印象を与える表現も誇大広告に該当するとした。

医薬品、医療機器の販売名を用いた治療は、広告禁止事項だが、ウェブサイトは「限定解除」の対象となり、広告できる。治療効果に関する内容は、裏付けとなる根拠があり、客観的に実証できれば、広告可能である。

医療機関のウェブサイト自体ではないが、関連するQ&Aもある。医療機



関の口コミ情報ランキングサイトは、比較優良広告に該当する可能性があり、広告できない。フェイスブックやツイッターなどSNSに、医療機関の治療等の内容や効果に関する感想を載せたものは、広告に該当せず規制の対象外。ただし費用を払って依頼している場合などは、広告とみなされる。

日本専門医機構認定の専門医は、現時点では、広告禁止事項だが、ウェブサイトでは「限定解除」の対象で広告できる。なお、今後、厚労省で広告可能事項に追加することの検討が始まる見込みだ。

NDBと介護DBを連結させたデータ活用で骨子案

厚労省・医療介護データ解析基盤有識者会議 来年の通常国会に法案提出

厚生労働省の「医療・介護データの解析基盤に関する有識者会議」(遠藤久夫座長)は6月28日、これまでの議論の整理(骨子案)をまとめた。レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)と介護保険総合データベース(介護DB)の収集・利用目的を法令で明確に定め、両者のデータを連結させることで、研究での活用が期待される。来年の通常国会への法案提出を目指している。次回中間まとめを行う。

同一人物が医療と介護サービスの両方をどう使っているかを把握できれば、様々な研究で活用できる。骨子では、「両データベースの連結解析により、地域包括システムの構築、効果的・効率的で質の高い医療・介護の推進等に寄与する医療・介護を通じた分析に資することが期待される」とした。

一方で、医療・介護のデータは個人の機微に触れる情報であり、個人情報に対する高いセキュリティ確保が求められる。このため「匿名での連結解析を前提に検討」とした上で、課題を整理した。

両データとも、すでにデータベース化され、厚労省が管理している。NDBは、医療費適正化計画の作成・評価に利用するという目的が明確にあるが、ガイドラインを定めて第三者提供を行っている。介護DBの法律の規定は、医療より利用目的が広い。NDBのガイドラインを参考に、今年度第三者提供の仕組みが始まる。

第三者提供はNDBの運用を参考に

骨子案によると、医療と介護のデータを連結して利用できるよう、法整備

とガイドラインの組み合わせで対応を図っている。現状では、NDBに関する法規定が限定的なもので、法改正で介護に合わせて利用目的を拡大すると考えられる。

個人情報保護の観点では、現行どおり、個人が特定できる情報は削除し、匿名化した上でデータを収集する。氏名・生年月日・性別の三情報を削除しても、希少な疾病や人口が少ない区域で要介護5であるなど、周辺情報で個人の特特定性可能であることから、周辺情報をどこまで許容するかは、第三者提供の程度に応じて、個別審査を行うなどして個人の特特定性を防ぐ。

技術的には、「三情報をもとに共通の乱数を生成し、匿名情報としての性質を維持した上で、同一人の情報を識別・連携する方法で連結解析を可能と

する」としている。

公益法人や研究者などへの第三者提供では、現状のNDBの運用を参考とする。公益目的による個別審査を伴う第三者提供のほか、標準的な項目で定期的に公表するオープンデータや試行的な分析のためのデータセット設定を連結データで行うことが想定されている。

費用負担は、「国が一義的な責任主体であることを踏まえ、基本的な部分は国で対応する」とした。ただし利用ニーズの多様化・高度化を想定し、費用も増える方向にあることから、利用者に費用負担を求めることについて、引続き検討する。

今後の対応としては、来年の通常国会への法案提出を目指し、秋を目途に引続き課題を検討する。データの収集・利用目的、対象範囲、第三者提供の具体的な運用とあわせ、実施体制・費用負担・技術面の課題がある。また、他の公的データベースとの関係も整理が必要となる。

消費税率10%への引上げ対応で介護報酬改定の議論開始

厚労省・介護給付費分科会 12月に審議報告とりまとめ

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は7月4日、来年10月に予定されている消費税率10%引上げの際の介護保険サービスの取り扱いについて議論を開始した。今年12月に審議報告をとりまとめる予定だ。

2014年度に消費税率が5%から8%に引き上げられた折には、仕入れ等への影響分を補填するために介護報酬を0.63%引き上げる臨時改定が行われたが、同様の対応となる見通しだ。この時は、

基本単位数への上乗せを基本としつつ、消費税負担が相当程度見込まれる加算にも上乗せを行った。基本単位数への上乗せ率は各サービスの課税割合に税率引き上げ分を乗じて算出した。

厚労省は、過去の議論や医療保険における検討状況を踏まえて検討を進める考えを示し、具体的な論点として①介護サービスの課税割合②介護サービス施設・事業所における設備投資の状況③食費・居住費の平均的な費用額一

の3点を示した。

①各介護サービスに占める課税割合は、直近の2017年度介護事業経営実態調査結果を用いて把握することを提案した。

②介護サービス施設・事業所における設備投資の状況は、介護ロボット等に財政的支援を行っていることを踏まえるとともに、「介護サービス施設・事業所の設備投資に関する調査」を基本として、直近の状況は関係団体のヒ

アリングで把握することを提案した。

③食費・居住費の平均的な費用額については、2017年度介護事業経営実態調査結果を用いて、基準費用額の対応を検討することを提案した。

今後のスケジュールは、9～11月に団体ヒアリングを実施するとともに、論点を整理し、12月にも審議報告をとりまとめる予定だ。

そのほか、2018年度介護従事者処遇状況等調査の調査項目を一部見直して実施することを了承した。調査は10月に実施し、来年3月に結果が公表される予定。介護職員処遇改善加算の影響を評価するとともに、今後の介護報酬改定の基礎資料を得るために行う。

外国人材の受入れで「新たな在留資格」を創設へ

骨太方針2018 出入国管理法を改正、介護も対象に

政府が6月15日に閣議決定した「骨太の方針2018」(経済財政運営と改革の基本方針2018)に、「新たな在留資格」を創設する方針が盛り込まれた。現行の制度を拡充し、一定の専門性・技能を持つ外国人を受け入れるもので、対象の業種は今後検討されるが、介護が対象になると考えられる。

「新たな在留資格」による受け入れは、生産性の向上や国内人材の確保の取組みを行ってもなお、当該業種の存続・発展のために外国人の受け入れが必要と認められる業種で行う。

「新たな在留資格」の創設は、出入国管理及び難民認定法(入管法)の改正

が必要だ。法務省によると、「改正法案の提出時期は未定」だが、早期の国会提出を目指している。対象業種の検討は法案準備の動きと連動して進められる見通しだ。

受け入れに関する業種横断的な方針を政府の基本方針として閣議決定するとともに、これを踏まえて、法務省と所管省庁で業種別の受け入れ方針を決定する。

外国人材に求める技能水準は、受け入れ業種で適切に働くために必要な知識および技能とし、所管省庁が定める試験で確認する。

日本語能力水準は、「日本語能力試

験等により、ある程度日常会話ができ、生活に支障がない程度の能力を有することが確認されることを基本」とし、さらに受け入れ業種ごとに業務上で必要な日本語能力水準を考慮して定める。ただし、技能実習(3年)の修了者はこれらの試験を免除する。

移民政策とは異なる制度

移民政策とは異なるものとし、在留期間の上限を通算で5年とし、家族の帯同は基本的に認めない。ただし新たな在留資格の滞在中に一定の試験に合格するなど、より高い専門性を有すると認められた人には現行の在留資格へ

の移行を認め、在留期間の上限を付さず、家族帯同も認めるなどの措置を検討する。

「介護」については、技能実習生が入国1年後の日本語要件を満たさなかった場合にも引き続き在留を可能とする仕組みや、日本語研修を要しない、一定の日本語能力を有するEPA介護福祉士候補者の受け入れ人数枠を設けることを検討する。

新たに受け入れる外国人材の保護や円滑な受け入れを可能とするため、的確な在留管理・雇用管理を実施する。受け入れ企業、または法務大臣が認めた登録支援機関が支援の実施主体となり、外国人材に対して、生活ガイダンスの実施、住宅の確保、生活のための日本語習得、相談・苦情対応、各種行政手続に関する情報提供などの支援を行う仕組みを設ける。

診療報酬改定シリーズ 2018年度改定への対応④

長期療養（療養病床入院基本料、介護医療院）

医療保険・診療報酬委員会 委員 田蒔正治

地域医療構想ガイドラインが策定され、全国的にも回復期以外は病床過剰とされ、特に慢性期医療では医療区分1の70%の患者等を介護施設や在宅医療に、約30万人の移行を推計しており、介護医療院等への取組みが鍵となる。

療養病床入院基本料

今回の同時改定では介護療養病床と医療療養病床のうち、25対1が廃止とされていたが、転換準備期間として廃止が再度6年間延長された。

診療報酬改定では、療養病床入院基本料は「看護配置20対1以上」とした上で医療区分2・3の該当患者割合が80%以上の入院料1と50%以上の入院料2に再編された。さらに療養1、2ともに医療区分1～3とADL区分1～3の組み合わせで、点数は従来のまま据え置かれた。20対1又は医療区分2・3の50%を満たせないと経過措置となり、25対1は経過措置1として1割減算、30対1は経過措置2として2割減算となる。

経過措置1の期間はまず2年間とされており、次期改定で再検討される。介護医療院と同様に6年間となる見込みである。経過措置2は、2年間とされている。改定前に療養1と2の病棟を運営していた場合、4月からどちらかとなり、療養1又は2の病棟と経過措置1又は2の病棟は併設できる。

医療区分の見直しは1項目だけで、「常時、監視および管理を実施している状態」は、他にも医療区分2・3に該当する項目がある場合のみ医療区分3とみなされる。

今回改定で一般病棟にDPCデータによる評価が導入されたが、療養病床の医療区分は従前のままであり、今後は一元化された評価項目による適切な見直しが望まれる。

その他、療養病床入院基本料の要件に看取り方針(ACP)が加わったほか、200床以上の病院におけるデータ提出加算に係る届け出が見直された。

在宅復帰機能強化加算の点数が10点から50点に増え、基準値は0.1以上から0.15以上に厳格化された。複数病棟あると全病棟で同加算を満たす必要がある。同加算は今年4月からは急性期一般入院料からの在宅復帰・病床機能連携率の算定や地域包括ケア病棟からの在宅復帰率の算定要件から外れた。

在宅から患者を受け入れた場合の在宅患者支援療養病床初期加算350点と急性期病棟から受け入れた急性期患者支援療養病床初期加算300点に分かれ点数が上がり、医療区分2、3の実績部分の評価に繋がるが、マンパワーの課題が残る。

介護医療院

これまで療養病床削減のために厚労省は2006年同時改定時に老健施設への転換、介護療養病床の廃止などを手掛けて来たが、一向に減らずに今回「介護医療院」の新設となった。

転換後には、従来の病院・診療所の名称を名乗ることも認めており、2区分(I型介護療養病床相当、II型介護療養型老健施設相当)があり、長期療養・生活施設となる。

I型は医師48対1(施設で3以上)、看護職員6対1、介護職員5対1。II型は医師100対1、看護・介護職員は各々6対1とされており、リハビリ職員、栄養士、放射線職員、介護支援専門員等は施設全体で配置する。

療養室は4人以下、1人当たり床面積8.0㎡以上で大規模改修までは1人当たり6.4㎡でもよいが、本則は8.0㎡以上のため下回る場合は療養環境減算II(25単位)の適応となる。運営基準は介護療養と同様で、医師の宿直は求めるが医療機関と併設の場合は兼任ができ、人員基準の緩和や設備の共用を認めている。

基本報酬はI型、II型ともそれぞれに相当する療養機能強化型や介護療養型老健より手厚く設定(I型では療養機能強化型Aと比べて各25単位アップ)されており、II型は基本報酬が低いが医師の配置が少なくすむ。一つの施設内にI型とII型の両方設けることは可能だが、一つの類型に複数の種

類(I～III)は併存できない。なお、I～IIIの算定要件を満たせないと特別介護医療院サービス費の算定となり、多くの加算(特に移行定着支援加算等)が算定できない。

介護医療院への転換説明を患者や関係地域住民に行った場合に移行定着支援加算(1日93単位)が転換の届け出日から1年間算定できるが、加算制度は2021年3月31日まで。ただし、最初の病棟転換から1年間のため、複数棟転換は全病棟を同時に転換するとメリットが大きい。

緊急時医療は緊急時施設診療費として評価されている。栄養マネジメント

加算要件が緩和され、常勤の管理栄養士1名以上の配置で、同一敷地内に他の介護施設(1施設に限り)との兼務が認められた。

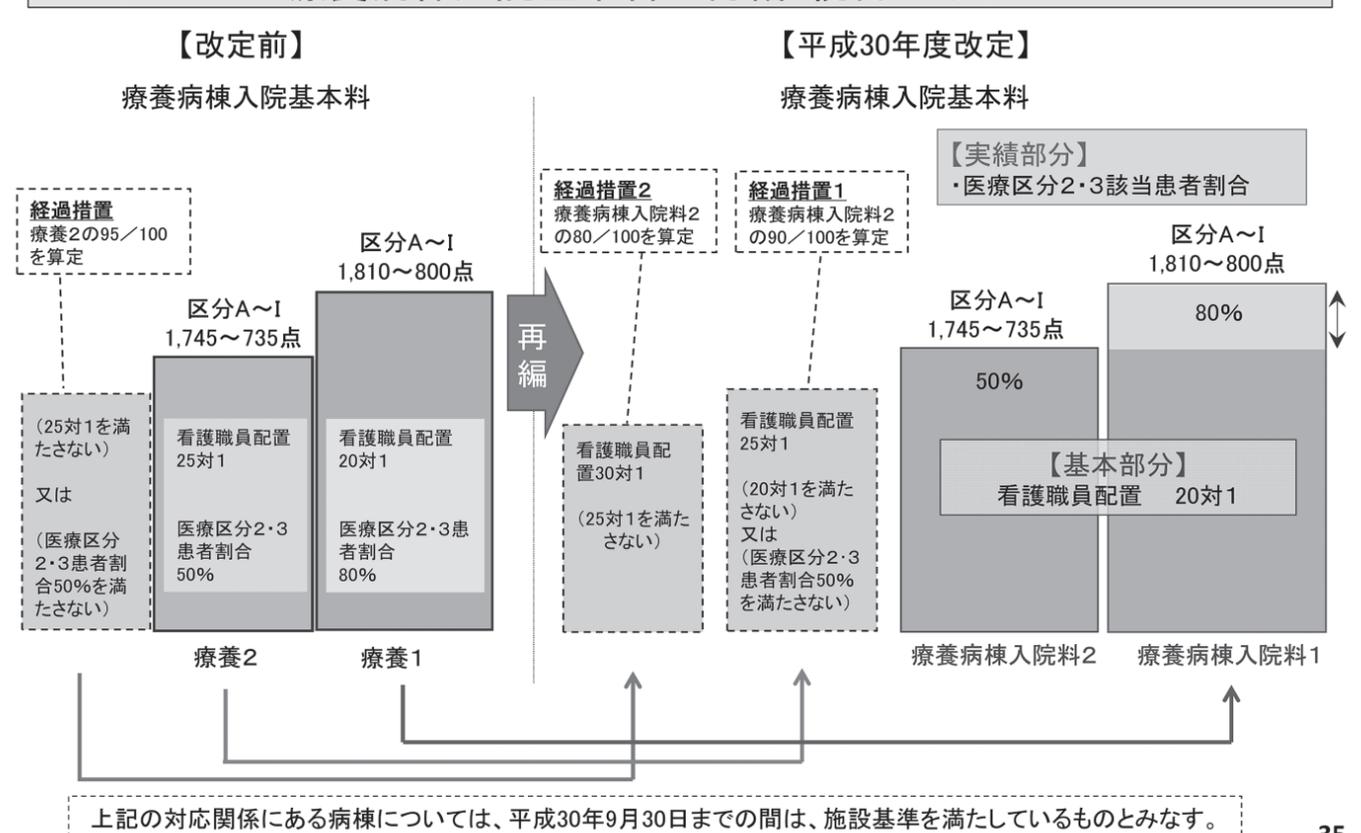
今後の課題はII型と在宅支援・復帰を目指す介護老人保健施設との競合や、市町村財政が逼迫する中、介護療養病床以外からの介護医療院が今後どこまで整備されるのか疑問。厚労省は3月6日に病床転換における地域医療介護総合確保基金からの施設整備費の支援単価を62万円から80万円に引き上げる方針を示しているが、地方自治体での情報開示と民間病院にも転換時の確実な基金支援を望む。

介護医療院の人員施設基準と基本報酬

分類	介護医療院							
	I型療養床				II型療養床			
	I型・I	I型・II	I型・III	I型特別介護医療院サービス費	II型・I	II型・II	II型・III	II型特別介護医療院サービス費
機能	療養機能強化型A相当	療養機能強化型B相当	療養機能強化型B相当	その他相当	介護療養型老人保健施設(転換老健)相当			
医師	48対1(施設で3以上)				100対1(施設で1以上)			
看護	6対1				6対1			
介護	4対1	4対1	5対1	5対1	4対1	5対1	6対1	6対1
療養室	定員4人以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可							
基本報酬(多床室の場合、1日につき)								
要介護1	803	791	775	736	758	742	731	694
要介護2	911	898	882	838	852	836	825	784
要介護3	1144	1127	1111	1055	1056	1040	1029	978
要介護4	1243	1224	1208	1148	1143	1127	1116	1060
要介護5	1332	1312	1296	1231	1221	1205	1194	1134

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑨ (3) 長期療養

療養病床入院基本料の再編・統合のイメージ



35

働き方改革関連法が成立

時間外労働の上限規制は2019年4月から施行、医師は2024年4月から

通常国会の最重要法案だった働き方改革関連法が6月29日の参議院本会議で自民、公明、日本維新の会などの賛成多数で可決、成立した。これにより時間外労働の上限規制は2019年4月から、短時間労働者および有期雇用労働者に対する不合理な待遇差の禁止は2020年4月から施行されることになっ

た(中小企業はいずれも1年遅れの施行)。

労働基準法で定める労働時間の原則は1週40時間、1日8時間だが、「時間外労働・休日労働に関する協定」(通称36協定)を締結すると、法定労働時間を超過して労働させることができる。今回の改正では、この時間外労働の限

度時間に罰則付きの上限を設け、原則として「月45時間、年360時間」を上限とする。例外として1年間で6カ月まで原則の上限を超えて労働させることができるが、年720時間を超えることはできない。

医師については、5年間の猶予期間を設け、2024年4月から時間外労働の

規制が適用される見込みだ。厚労省の検討会での議論を踏まえ、具体的な上限時間を省令で規定する。

28日の参議院厚生労働委員会では、47項目の附帯決議が採択された。医師の働き方については、応召義務等の特殊性を踏まえ、長時間労働等の勤務実態を十分考慮しつつ、地域における医療提供体制や医師の健康確保の視点を大切にしながら検討を進めることを求めた。また、産業医等産業保健活動の専門職の育成等を通じて、産業医・産業保健機能の強化を求めている。

日本医師会の会長に横倉義武氏が4選

副会長は現職の今村・中川・松原氏、全日病会員の江澤氏も当選

日本医師会は6月23日の定例代議員会で役員改選を行い、会長選挙では、現職の横倉義武氏が、前奈良県医師会長の塩見俊次氏を退けて4選を果たした。また、副会長選挙では今村聡氏、中川俊男氏、松原謙二氏の現職が選ばれた。横倉氏の推薦を受けた常任理事の松本純一氏が落選し、推薦候補から外れた松原氏が当選した。常任理事には、全日病会員の江澤和彦氏が当選した。

今回の役員改選は、会長(1人)・副会長(3人)・常任理事(10人)・理事(15

人)のいずれも代議員による投票で決まった。新役員の任期は2020年6月の定例代議員会終了まで。

会長選は投票総数367票のうち、横倉氏が328票、塩見氏が19票、白票19票、無効票1票で、横倉氏が当選した。

副会長選は当初、5名が立候補していたが、常任理事の今村定臣氏が辞退したため4名での選挙となった。今村氏270票、中川氏261票、松原氏214票、松本氏174票、白票176票、無効票0票となり、今村、中川、松原の3氏が当選した。

常任理事は11名が立候補。横倉氏が推薦した10名は、江澤氏を含め、全員が当選した。推薦候補外の現職の温泉川梅代氏は落選した。江澤氏の職務分担任は、介護保険・福祉、精神保健など。

代議員会終了後に会見した横倉会長は、「これまで培ってきた経験をもとに、会員一人ひとりの活動と声を丁寧に汲み取り、国民皆保険と医療提供体制が一体となったわが国の保健医療システムをより高度なものに高めていきたい」と述べた。

松原氏の当選について「推薦候補か



ら外した理由は、本人によく説明している。本人も「直すべきところは直す」ということだから、一緒になって頑張っていきたい」と述べた。推薦候補から外した理由としては、日本専門医機構の運営の透明性の問題をあげた。

日本専門医機構の役員人事については、「松原副会長とよく相談しながら決めたい」と述べた。

日本専門医機構の新理事25人が決定

機構・社員総会 四病協から神野全日病副会長と森日精協副会長

日本専門医機構は6月29日に社員総会を開き、新任理事25人を決定した。近日中に理事会を開催し、新理事長、新副理事長を互選する。四病院団体協議会推薦の新理事は、従来通り神野正博・全日病副会長と森隆夫・日本精神科病院協会副会長となった。

これまでの理事長・副理事長は、新たな理事に選出されず、交代が決まった。吉村博前理事長を選出した日本医学学会連合の推薦は寺本民生氏と南学正臣氏、松原謙二前副理事長を選出した日本医師会の推薦は今村聡氏と羽鳥裕氏、山下英俊前副理事長を選出した

全国医学部長病院長会議の推薦は有賀徹氏と寺本明氏となっている。なお、監事には四病協から相澤孝夫・日本病院会会長のほか、松原前副理事長が就任した。

新理事・監事は以下の通り(敬称略)。(日本医学会連合推薦)

寺本民生、南学正臣(日本医師会推薦)

今村聡、羽鳥裕(全国医学部長病院長会議推薦)

有賀徹、寺本明(四病院団体協議会推薦)

神野正博、森隆夫

(内科系社員学会推薦)

渡辺毅、久住一郎、森井英一(外科系社員学会推薦)

池田徳彦、市川智彦、大川淳(日本医療安全調査機構推薦)

木村壯介(医療研修推進財団推薦)

北村聖(学識経験者)

井戸敏三、遠藤久夫、花井十伍、塩見公雄、本田浩、向井千秋、兼松隆之、里見進、浅井文和(新監事)

跡見裕、松原謙二、相澤孝夫

前理事長、前副理事長が退任挨拶

吉村前理事長は退任挨拶で、「新専門医制度は機構と学会が連携し、全国統一的な後期研修の仕組みを構築するもの。医師の地域偏在など課題が山積しているが、曲がりなりにも、この4月に新たな仕組みをスタートさせることができた」と述べた。地域偏在に関しては、「新専門医制度だけでは解決できない」とし、国の対策とあわせた今後の取組みに期待を示した。

松原前副理事長も、「新たな仕組みを始めることができたのが最大の成果」と強調した。

山下前副理事長は、「学会は大変熱意を持って取り組んでいる。専門医を全国統一のルールで養成することは、日本で初めての取組みで画期的なことだ」と述べた。

麻しん・風しん予防指針の改正を了承

厚生科学審議会・感染症部会 新型インフルエンザ対策も議論

厚生科学審議会の感染症部会(倉根一郎部会長)は6月15日、麻しんおよび風しんに関する特定感染症予防指針の改正について了承した。厚生労働省は、2つの感染症の予防接種ガイドラインや手引きの作成に反映させる考えだ。

改正では、定期予防接種率向上の対策の強化のため、麻しん指針・風しん指針で、接種率を95%以上とするよう、国と都道府県が市町村に働きかける。児童福祉施設や医療機関の従事者は、0歳児や予防接種の実施が困難な人に接する機会が多いため、強く予防接種

を推奨する。

そのほか、感染症部会では、新型インフルエンザ対策について議論し、世界的な大流行の前に予防的に使用するプレパンデミックワクチンの備蓄用ワクチン株を、鳥インフルエンザウイルスのH7N9株とすることを了承した。

2017年度まではチンハイ株を備蓄しているが、2019年度中にこのうちの900万人分のワクチンの有効期限が切れる。

H7N9株は重症度が高く、中国で人への感染が確認されている。中国と日本との往来が多いため、ウイルスの亜型のなかで最も危機管理上の重要性が高いと判断した。2018年度末までに国内のワクチンメーカーは、細胞培養法での製造体制を整備する見込みとなっている。

第3期がん基本計画の進め方を議論

厚労省・がん対策推進協議会 評価指標の検討を進める

厚生労働省のがん対策推進協議会は6月27日、第3期がん対策推進基本計画の今後の進め方などについて議論した。新しい会長に静岡県立静岡がんセンターの山口建総長を選んだ。

第3期基本計画は、3月に閣議決定された。全体目標を「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服をめざす」とし、①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実②患者本位

のがん医療の実現③尊厳を持って安心して暮らせる社会一の3項目をかかげている。

今後、3つのステージに分けて協議会を進めていく。まず、第3期基本計画の評価指標を議論・決定し、研究班によって測定を行う。次に、医療計画・介護保険事業計画を踏まえつつ、評価指標をもとに議論して中間評価の報告書を公表する。最後のステージでは、

中間評価を反映して、第4期基本計画の作成を議論し、2023年ごろに第4期基本計画をスタートするというスケジュールを描く。

がん検診や緩和ケア、がん診療連携拠点病院およびがん研究10カ年戦略の見直しなどの個別施策は、検討事項に対応した検討会で議論する。次回の会合から具体的な議論を開始する。

加藤勝信厚生労働大臣は冒頭挨拶で、



「第3期計画では、希少がん、難治がん、小児・AYA(思春期と若年成人)のがん医療の充実やがんゲノム医療中核拠点病院の整備を取り上げた。現在、望まない受動喫煙を防ぐための法改正の議論が、国会で行われている。新しい課題に取り組むため、議論をお願いしたい」と述べた。

■ 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
院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会 (60名)	2018年8月18日(土)【全日病会議室】	27,000円(32,400円)(税込)(昼食代含む)	全日病は医療事故調査支援団体として、会員病院・遺族への相談・支援活動を実施している。『院内医療事故調査の指針 第2版』を教材に研修会を開催する。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会主催)の継続認定の研修会に該当する。
災害時のBCP研修 (60名)	2018年9月13日(木)【全日病会議室】	20,000円(21,600円)(税込)	災害時に事業の継続、復旧を速やかに遂行するために作成する計画がBCP(事業継続計画)。研修では、BCP/BCM(事業継続マネジメント)の説明、大規模地震発生を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応体制、対応方法の現状課題の「気付き」を得る。
機能評価受審支援セミナー(東京会場)(診療・看護合同領域60名、事務管理領域60名)	2018年9月16日(日)【診療・看護合同領域：全日病会議室】【事務管理領域：日本医療機能評価機構会議室】	8,640円(12,960円)(税込)	2018年4月から新たな病院機能評価の枠組みと評価項目(機能種別版：3rdG：ver.2.0)の運用が開始されている。新たな評価項目改定の概要説明と受審対策を行う。