全日病ニュース NEWS
2019.2.1
No.933
ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION　http://www.ajha.or.jp / mail:info@ajha.or.jp

未来に向けた病院運営を考える年に

四病協賀詞交歓会　新たな技術もいち早く導入

四病院団体協議会は１月11日、新年賀詞交歓会（新年の集い）を都内のパレスホテル東京で開催した。政界99人（うち秘書81人）、厚生労働省など省庁38人を含め、762人が参加した。

四病協を代表して全日病の猪口雄二会長が挨拶。元号が変わる新年を迎えて、「人口減少社会により、病院に働きに来る若者が確実に減っていく。外国人の活用もあるが、そんなに多くはやってこない。医療界は新たな技術の導入に、これまで遅れがちであったが、今後はAIやロボティクスなど新たな技術をいち早く取り入れ、未来に向けた病院運営を考えていく必要がある」と述べた。

昨年決まった2019年度税制改正大綱と2019年度予算案を踏まえた医療機関の消費税問題に対しては、「日本医師会や政界など様々な関係者の力で、設備投資に対する特別償却の拡大など税制上の措置と、医療ICT化促進基金など予算対応がなされ、一応これで決着したことになった」と謝意を表した。その一方で、「今後を考えると、個々の医療機関への対応は依然として難しいので、課税化を含めた新たな視点での消費税の議論が求められる」と強調した。

医師の働き方改革にも触れた。「３月までに医師の時間外労働の特例の上限が決まる。それだけではなく、宿日直や自己研鑽、インターバルの導入など大事な問題がいろいろとある」と指摘。これらに対する規定を設ける上で、「地域医療をいかに守るかという観点」が重要であるとした。

救急医療をはじめ大きな変革の可能性

日医の横倉義武会長は、「元号が変わる。変わるということは必ず新しいことが起こり、そこにチャンスがある」と述べ、医師の働き方改革に言及した。「医師に対する時間外労働規制は５年の猶予があるが、他の業種は今年４月から法律が施行される。病院には、様々な職種とそれをサポートする職員が働いている。病院のあり方も地域に合わせて、もう一度考え直さなければならない時代になった」と述べた。

今後は、「救急医療をはじめとして、大きな変革が必要になるかもしれないと思う。医師会は行政と協力し、それぞれの地域で休日当番制、病院輪番制を構築しつつある。しかし、医師会単位でできる地域は減っていくかもしれない。その場合は、もっと広域的な単位で体制を組まなければならない」と、働き方改革と人口減少の両者に対応できる地域に応じた取組みを促した。

根本匠厚生労働大臣も駆けつけ、挨拶した。「政府として、地域医療構想を通じた医療提供体制の再構築や地域包括ケアの実現に取り組んでいる。あわせて、医師偏在対策や医師の働き方改革を進めており、医師を取り巻く環境は大きく変化している。病院関係者には、引き続き地域医療の確保にとって、必要な役割を果たしてもらいたい」と述べた。

時間外労働の特例水準は年1,900～2,000時間

医師の働き方改革検討会　上限の基本は年960時間

厚生労働省は１月11日の「医師の働き方改革に関する検討会」に、医師に対する時間外労働規制の上限案を示した。2024年度から適用となる時間外労働の上限を年960時間、月100時間（例外あり）とする。さらに、地域医療を確保する観点から医療機関を指定して設ける特例水準は、年1,900～2,000時間、月100時間未満とした。いずれも休日労働を含む。特例水準では、連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休暇などを義務化する。

なお、一定の期間集中的に技能向上を図るための特例水準の上限は、まだ明示していない。厚労省は、地域医療の確保の観点とは別の観点で設定する時間数であるとして、別の時間数を設ける考えを示している。

厚労省の案に対し、救急医療の現場の医師の委員を含め、病院団体など医療側の委員は賛成した。しかし、労働組合側の委員は反対した。同日の検討会でまとめた骨子にも、上限時間は明記されず、引き続き議論を続け、今年度中に決着させる考えだ。

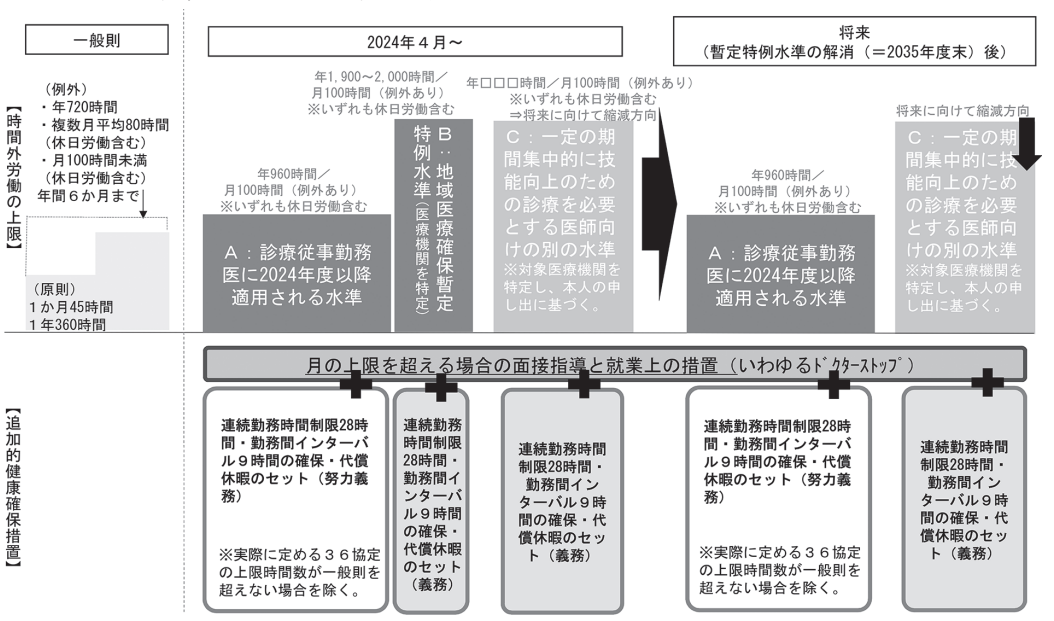
今年４月から施行される一般労働者に対する時間外労働規制の上限は、原則月45時間、年360時間であり、臨時的に必要との位置づけで、休日を含め、年960時間まで働ける。医師の場合は一般労働者の基準と同水準を目指すとしつつ、医療の特性・医師の特殊性を踏まえ、年960時間以内・月100時間未満を基本とする。時間数は、脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮した。

その上で、地域医療提供体制の確保の観点から「やむを得ない措置」として、特例水準を設定する。休日労働込みの時間外労働として、年1,900～2,000時間、月100時間未満を示した。現状で、年間1,920時間を超える医師が約１割、年間2,880時間を超える医師が２％であり、これとかけ離れた基準を設定すると、地域医療に与える影響が大きいことを踏まえた。なお、年間1,920時間を超える医師が１人でもいる医療機関は、大学病院の９割、救急救命センターの８割としている。

特例水準が適用される医療機関は、①救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するための整備がある②医療計画で政策的に医療の確保が必要との記載がある③代替することが困難な医療機関・医師―であることを基本とする。また、医師偏在対策の効果が現れることを期待し、特例水準の期限は2035年度とする。

特例水準では、追加的健康確保措置として、連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休暇を義務化する。ただし、これらを確保した場合の最大時間数は2,300時間程度であり、年1,900～2,000時間に抑えるには、それ以上の休息が求められる水準であるとしている。

一定の期間集中的に技能向上のために診療する医師に対する上限の時間数はまだ明示していない。特例水準と同様に、追加的健康確保措置を義務づけるが、経過措置の位置づけではない。



清話抄

創薬の進歩と保険財政

今年５月１日には皇太子さまが天皇に御即位され、元号が新しくなります。もう僅かしか残されていない平成の医療を顧みますと、医療のIT化、手術、創薬の進歩が挙げられるのではないかと思います。創薬の進歩では、私の専門とするリウマチ学の分野でも2003年に登場した生物学的製剤は、関節リウマチ（RA）の治療を根本的に変化させ、破壊された関節を手術で再建するしかなかった難病が、今や治る病気となりつつあります。生物学的製剤はサイトカインをブロックして治療効果を呈しますが、RA以外にも応用され、これまで不治の病と考えられてきた乾癬や強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎の治療にパラダイムシフトを起こしてきております。また、癌の治療においてもPD-1阻害抗体の登場は、癌治療に大いなる希望を与えていることは承知の通りですが、これらの抗体製剤の薬価は高価で、医療費の高騰が懸念されております。

今後、日本は新天皇の御即位に始まり2020年のオリンピック、2025年の大阪万博とお祝い事が続きます。この機会に日本がさらなる発展を望むことは国民として当然の事ではありますが、祭りの最後の大阪万博の年には、団塊の世代が後期高齢者となる時期と一致しており、ここでも医療費の増加が避けて通れません。これから続々と登場する免疫を利用した高額な新薬に対して、費用対効果との兼ね合いから見た適正使用についての議論をすることが必須になり、この場合、どんなに医学が進歩しても世界最高齢者は現在のところ1997年に死亡されたフランスのジャンヌ・カルマンの122歳164日で、この記録は現在も破られていないことも考慮する必要があるのではないかと思います。（行岡正雄）

主張　在宅療養支援病院の機能充実に向けて

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年以降は、医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。すでに地方では後期高齢者の中でも85歳以上人口が急増しており、それに伴い85歳以上の救急搬送患者も著しく増加している。

このような状況は、2030年頃には都会でも例外ではなく、総務省消防庁の年齢階層別救急搬送患者の将来推計でも同様に予測されている。

85歳以上の入院患者は、たとえ治療が終わっても、体力が落ちたり、介護が必要になったりするため、当然在宅復帰が難しいケースが多くなる。しかし、だからといって長期入院が許される時代ではなくなった。よって、病院においては入退院支援の強化、さらには在宅医療への直接的、或いは間接的関与が求められるようになってきている。

そのような状況にあって、国は診療報酬上、在宅医療の受皿として24時間対応可能な医療機関を、在宅療養支援診療所（在支診）、在宅療養支援病院（在支病）として評価した。しかし、地方では診療所医師の高齢化などもあり、在支診は2014年をピークに微減傾向にある。

一方、在支病は地域包括ケア病棟入院料等の要件になっていることもあり、逆に増加傾向にある。2017年には1,223病院が届け出ている。

さらに、厚生労働省・医療施設調査によると、在支病以外でも訪問診療を行っている病院は全国で増加しており、すでに2,692病院と、全病院の約30％に至っている。

現在、各地域で地域包括ケアシステムの構築が進められているが、急変時の対応など医療面での支援は、地域に密着した中小病院の関与が期待されている。今後、その果たすべき役割は、さらに大きくなるものと考えられる。

昨年10月、四病院団体協議会において、「在宅療養支援病院に関する委員会」が発足し、本格的に在支病の機能充実に向けた議論が行われることになっている。中小病院が多い会員の声を吸い上げ、より地域医療の現場に即した届出要件を提言すると共に、会員病院が「治し支える医療」時代の地域医療の要になられることを期待したい。

（織田正道）

外来の医師偏在対策の具体案を示す

医師需給分科会　多数区域での開業を思いとどまらせる

厚生労働省は12月26日の医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会（片峰茂座長）に、外来の医師偏在対策の具体策を示した。外来を担う医師が多い地域を外来医師多数区域に指定。そこで開業を計画する医師が地域の関係者と協議する仕組みを設ける。開業を計画する医師には、地域の医療ニーズの情報を提供し、判断材料にしてもらう。それでも開業する場合は、在宅医療、救急医療、公衆衛生など不足する医療機能を担うことを求める。

医師偏在対策に関しては、昨年の通常国会で改正医療法・医師法が成立したが、外来に対する法的措置は盛り込まれなかった。法律に盛り込む内容を議論した同分科会では、強力な外来の偏在対策を求める意見も強く出ていたが、法的規制を設けると、足元で駆け込み開設が起こる懸念もあり、見送られた。

むしろ、地域の医療ニーズの情報を適切に、開業を計画する医師に提供することや、地域の医療関係者と一緒に協議することで、過剰地域での開業が控えられることに期待する考えで、対策を講じる方針となった。

情報提供に関しては、自主的な経営判断が行えるような実態を踏まえた指標を作成する。すでに入院については、医師少数区域と医師多数区域を判断する医師偏在指標の計算式が示されている。同様の考え方に基づき、外来医師偏在指標を作成する。

その上で、全国335の二次医療圏ごとに指標を示し、一定値以上を外来医師多数区域に設定する。外来医師偏在指標により、外来医療ニーズの相対的な位置を把握できるようになるため、新規開業者の自主的な行動変容を期待する。例えば、人口当たり診療所医師数が多い都市部で、さらに開業があれば、診療所当たりの患者数が減る。

ただ、全日病副会長の神野正博委員は、「医療ニーズに対する外来医療の供給が多いのに、経営が成り立ってしまうところに、むしろ問題があるのではないか。それは診療報酬の問題になってしまうと思う」と発言した。

また、二次医療圏単位だと、経営指標とするには、地域として広すぎるので、市町村ごとに診療所や病院の位置を示した地図などのデータも提供するとしている。

地域関係者と協議の場で話し合い

外来医師多数区域で新規開業を計画する場合には、開業者が都道府県に届け出様式を入手する機会を捉え、届出様式に、地域で不足する医療機能を担うことを合意する旨を記載する欄を設けるとともに、それを協議の場で確認する仕組みを構築する。

方針に従わない場合は、協議の場への出席を要請し、協議の場での話し合いの結果を公表する。協議の形態は、適宜持ち回りを認めるなど、柔軟な運営を可能とする。これに関しては、「介入するタイミングが遅すぎると思うので、もう少し早い段階でアプローチできる方法を検討してほしい」との意見が出た。

地域で不足する医療機能としては、在宅医療、救急医療（特に、診療所が対応可能な診療として夜間・休日）、公衆衛生（学校医、産業医、予防摂取等）が示された。

また、外来医療の偏在対策を現行の医療計画の中間見直しに盛り込む。具体的な対策の検討では、地域医療構想調整会議が関与する。地域の協議方針に従わない医療機関に対しては、都道府県医療審議会に報告し、意見を聴取するなどチェック機能を持たせる。

追加合格者による減員の影響を緩和

文部科学省と厚労省が、医学部入試で不適切な事案を認めた各大学が、追加の入学者を入れた場合に、その後の入学定員減の影響を緩和する措置を明らかにした。

東京医科大学など10大学が2019年度入学の入試の不適切性を認め、追加合格者を認める一方で、2020年度は人員減をしなければならない状況にある。厚労省と文科省は、受験生への影響が大きいことから、緩和策を講じることを決めた。

中長期的に医師の需給を合わせる必要があるため、減員を行わなければならないが、2020年度だけで調整するのではなく、2024年までの５年間を上限に、減少分を分割することを認める。

急性期一般入院料と特定入院料（分類Ⅰ）の上乗せ率4.8％

中医協・医療機関等の消費税負担分科会　初・再診療の上乗せ率は5.5％

厚生労働省は１月９日の「中医協の医療機関等における消費税負担に関する分科会」（荒井耕分科会長）に、消費税10％への引上げに伴う医療機関の消費税負担への補てんの財源配分案を示した。すでに合意した考え方に従い、上乗せ率を算出すると、急性期一般入院料と、それと親和性の高い分類Ⅰの特定入院料は4.8％で一律になった。全日病会長の猪口雄二委員は、「データの制限があるのはわかるが、これで精緻化というと、まだ大雑把といえるのではないか」と発言した。

一方、初・再診料は5.5％の上乗せ率となった。ただ、今回の補てんは、前回の消費税８％への引上げ時の対応で補てん不足が生じていたため、新たな方法で５～10％の５％分を対象とする。このため、例えば、再診料だと前回対応分の点数を除いた69点からの上乗せとなるが、整数にするため、小数点の取扱いもある。単純計算すると、72点または73点になるが、ほかにも調整事項があり、今後の検討になる。

なお、診療報酬改定の告示をする時期は定まっていない。

消費税５～10％の５％分の補てんのための満年度の財源は、薬価・材料価格改定率を除く診療報酬改定財源額として、約4,700億円。うち医科が約4,000億円、歯科が約400億円、調剤が約300億円である。医科の病院と診療所の配分は、それぞれの医療費シェアと課税経費率に応じて配分し、病院が約3,000億円、診療所が約1,000億円となった。

これらの財源が、基本診療料の診療報酬項目の点数を引き上げることに使われる。引上げは消費税率が予定通り上がれば、10月からとなる。

補てんの基本的な考えは、費用面での医療機関が負担する控除対象外消費税と、収入面での診療報酬の上乗せが見合うようにすることである。しかし、医療機関の課税経費率は医療機関ごとに異なり、診療報酬の算定も医療機関ごとに異なる。

このため、個々の医療機関単位で、費用面の消費税負担増と、収入面での診療報酬の上乗せが、完全に一致することはない。分科会は、補てんの過不足をできるだけ生じさせないよう対応を「議論の整理」にまとめた。その手法により、今回、基本診療料の上乗せ率を計算した。

その結果、急性期一般入院基本料は4.8％、地域一般入院基本料は4.0％、療養病棟入院基本料は1.5％、精神病棟入院基本料は1.9％、特定機能病院入院基本料は8.8％、結核病棟入院基本料は5.1％、専門病院入院基本料は5.9％、障害者施設等入院基本料は2.9％となった。

ただ、５％分の対応であるので、初・再診料と同じく、８％への引上げ時の対応分の点数を除いた上での上乗せとなる。療養病棟入院基本料などは薬剤等が包括されており、それに相当する分の実勢価格分の引下げの影響もある。また、給食材料費は軽減税率の対象であるため、その分を差引く必要がある。これらを考慮して、点数設定が行われるため、最終的に点数がどう設定されるかは、現段階ではわからない。

今回の対応では、病院種別の補てんのばらつきを是正するため、それぞれの課税経費に応じた入院料シェアを把握し、特定入院料で異なった上乗せ率を設けることになったのが一つの特徴だ。しかし、特定入院料は種類が多く、それを算定する病院も様々である。そこで、各入院基本料と親和性の高い特定入院料をセットとして考え、４分類を設けることにした。

具体的には、◇救命救急入院Ⅰなど急性期一般入院料と親和性の高い分類Ⅰ（4.8％）◇回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰなど地域一般入院料と親和性の高い分類Ⅱ（4.0％）◇精神科救急入院料Ⅰなど精神病棟10対１、13対１入院基本料と親和性の高い分類Ⅲ（2.6％）◇精神療養病棟入院料など精神病棟15～20対１入院基本料と親和性の高い分類Ⅳ（2.2％）である。

もう少し細かくみると、分類Ⅰには、特定集中治療室管理料やハイケアユニット入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料などがある。分類Ⅱには、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、特定一般病棟入院料などがある。

猪口委員は、急性期一般入院基本料と特定入院料の分類Ⅰが一律に4.8％になったことに対し、「現状のデータだと、これ以上の精緻化は難しいのかもしれないが、精緻化というには大雑把。今後の対応では、データをそろえて、もっと細かく配分できるようにすべきだ」と主張した。また、前回の対応と同様の手法で行われるDPC／PDPSでの補てんでは、「どう補てんされているか、もう少し具体的にわかるよう資料を示してほしい」と求めた。

救急救命士の業務見直しの必要性で委員の意見が一致

救急・災害医療提供体制等の在り方検討会　病棟での活躍を期待

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12月20日、救急救命士の業務範囲を見直すべきとの考えで委員の意見が概ね一致した。特に、「医療機関に搬送されるまでの間」に限定されている救急救命士を病棟でも活用できる業務拡大に期待が込められた。ただ、現時点で厚労省は、救急救命士の業務見直しを提案していない。

救急救命士は、厚生労働大臣の免許を受け、医師の指示の下で、救急救命措置を行う。ただ、救急救命措置を行うことができる場所は、救急車など特定の車輌により、医療機関に搬送するまでの車内に限られる。救急車に乗せるまでの間の救急措置は、例外的に認められるが、医療機関内では認められていない。

厚労省は同日、救急救命士の資格が十分に活かせていないとの資料を示した。2015年度で救急救命士の養成は1,393人。うち778人が消防職員に採用され、多くが救急搬送を担う職務に就く。しかし、残りの約600人は病院や警察、県庁、企業などに就職するが、救急救命士の資格を活かせているかは明確でないという。病院が救急救命士を採用しても、病棟内では資格に応じた業務を担えず、報酬上の評価もないのが現状だ。

厚労省は、救急救命士の有効活用の観点から、まずは質を確保する必要があると主張。今後、救急救命士が地域の様々な場所で活躍することを想定し、消防機関以外に属する救急救命士が医師の具体的指示の下に行う特定行為を実施する場合は、消防機関と同程度のプログラムが追加的に受講される仕組みを提案した。

この論点に対し異論は出なかった。しかし委員からは、「課題設定と具体的な論点に違和感がある。まずは業務範囲の見直しを含めて、救急救命士のあり方を議論すべきではないか」との意見が出て、多くの委員が賛同した。医師の働き方改革の議論で、医師の労働時間を減らすため、他業種とのタスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進が求められていることが背景にある。

特に、救急救命士に対しては、病棟内での救急医療での活用が期待される。ただ、そのためには法改正を含めた業務見直しの議論が必要になる。厚労省は業務内容の見直しは別の場での議論が必要と指摘。現時点で、業務範囲の見直しを具体的に提案するまでには、議論が煮詰まっていないとの認識を示した。

同検討会の委員間の議論では、業務内容の拡大を含め、何らかの見直しが必要との意見で概ね一致した。厚労省は同日の議論を今後の検討に活かしていく意向を示した。

災害拠点病院等に３日分の水の確保

相次ぐ自然災害に備えるため、災害拠点病院と救命救急センター、周産期母子医療センターに対して、長期の断水に耐えられるように、３日分の水を備えることを求めることを了承した。備蓄する燃料を含め、自家発電機や受水槽の保有または地下水利用に関する規定を通知に設ける。

これまでも災害拠点病院に対しては、飲料水を備蓄（３日程度）することの数値規定はあった。しかし、飲み水だけでなく、診療機能を維持するための水の確保に関しては、明確な数値を定めていなかった。また、救命救急センターと周産期母子医療センターは、災害時に「最後の砦」となる医療を提供する役割を担うことから、新たに規定に加えることにした。

厚労省は、昨年の関西を中心とした豪雨災害後に緊急点検を行った。それによると、災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センターをあわせた822病院のうち、給水設備の増設などが新たに必要な病院は207病院で、25％を占めた。保有する受水槽の水の容量だと、病院の診療機能を維持できる期間が３日未満で、地下水も利用していない病院が該当する。

地域医療構想調整会議の議論の結果を検証

地域医療構想WG　公立・公的病院の改革の実効性に懸念

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（尾形裕也座長）は12月21日、今後の「議論の進め方」をまとめた。各地の地域医療構想調整会議が2018年度末までの２年間で行った議論の結果を検証し、医療の分化・連携など構想が目指す実際の成果を実現させるための課題を整理するため、ヒアリングなどを今後実施する。

政府は、地域の医療機関の機能分化・連携などを進めるため、2018年度までの２年間を地域医療構想調整会議の集中的な議論を行う期間と位置づけてきた。現時点で、全国で調整会議が開催され、議論の結果、一定の結論は得られる見通しにある。

ただ、その議論の状況は地域ごとに異なり、結論の捉え方についても、必ずしも共通認識が得られていない状況にあると、厚労省は考えている。厚労省はこれまでも都道府県単位の調整会議の設置や地域医療構想アドバイザーの導入などを通じて、活性化策を講じてきたが、構想の実現に向けて課題は多いとの見方を示した。

このため、開催された調整会議の状況を検証する。「議論の進め方」では、2018年度末までに、議論の結果の検証方法や具体的な課題を整理するとした。今後数回にわたりヒアリングを実施し、各地の取組みを把握し、共通理解を得ることを目指す。

ヒアリングの視点としては、◇公民の競合◇医療機関の散在◇将来の病床数の必要量と病床機能報告の集計結果の単純な比較では測ることのできない地域の課題◇公立・公的医療機関でなければ担えない機能の重点化をどう把握し評価に反映させるか―が提示された。同日の議論では、公立・公的病院と民間病院の役割分担を医療機能の分化・連携の観点から、どう地域で整理していくかが話題の中心となった。

全日病副会長の織田正道委員は、「公立・公的病院に漫然と交付金が投入され、赤字が補てんされ続ける限り、本格的なダウンサイジングは行われず、非効率性が放置されてしまう」と、公立・公的病院の改革プランが着実に実施されるかに懸念を示した。

他の委員からも、「公立・公的な医療機関でなければ担えない機能を定量的に把握する指標が必要」、「公民両者が担える機能の場合、民間で十分に担える余力があるのであれば、民間がやるという方向で収れんさせるべき」などの意見が出た。一方、公立・公的病院の立場からは、「公的・公立病院の機能を明確にするといっても、例えば、高度急性期だけを担う病院はあり得ない。それ以外の機能をどう役割分担するかが重要だが、機能を特化させるのは難しい」と、不合理な医療機能の分化に反論があった。

また、同日のヒアリングでは、山形県の取組みを地域医療構想アドバイザーである村上正泰・山形大学教授から、福岡県の取組みを同アドバイザーである村松圭司・産業医科大学講師から、大阪府の取組みを生野弘道・大阪府私立病院協会会長から話をきいた。今後の検証の参考とする。

ヒアリングの結果を踏まえた議論でも、公民の役割分担の議論が中心となった。特に、調整会議で統合やベッド削減など、公立・公的病院の整理が決まっても、首長の意向で覆される事例があることに対し、対応が望まれるとの意見で委員の多くが一致した。問題を解決する妙案は現時点で見当たらないものの、調整会議の結論が実際に実行される政策決定プロセスが重要との認識を共有した。

臨床指標の標準化で医療団体に協議会を設置

医療情報提供内容等あり方検討会　全日病などを候補に事業者を選定

厚生労働省は12月20日の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」（尾形裕也座長）に、臨床指標の標準化などの取組みを行う協議会を事業採択事業者に設置し、国が財政支援する「医療の質向上のための体制整備事業」を来年度から実施することを報告した。事業採択事業者には全日病などすでに、医療の質評価・公表等事業に取り組んでいる団体などが候補となる。

ガイドラインや根拠に基づく医療（EBM）など医療の質を測定・評価する考え方が広まり、患者や国民の医療の質への関心も高まっている。厚労省は2010年度以降、「医療の質の評価・公表等推進事業」を実施しており、各医療団体が事業に参加。補助金がない場合でも、独自の事業を続けている。

全日病では、医療の質向上委員会（飯田修平委員長）が主体となり、疾患別や病院全体の臨床指標のデータを収集する事業を実施し、各年度で報告会を開催し、参加病院にフィードバックを行っている。参加病院は41病院。

その他の病院団体でも、◇日本病院会（実施施設数355）◇全国自治体病院協議会（同176）、恩賜財団済生会（同157）、国立病院機構（141）、全日本民主医療機関連合会（97）、日本赤十字社（74）日本慢性期医療協会（39）、労働者健康安全機構（34）が、独自の事業を実施している。

2019年度の事業では、事業者を一つに絞り、その事業者に「医療の質向上のための協議会」を設置。医療の質向上に向け、医療機関や病院団体などを支援する仕組みを構築するとしている。臨床指標の算出方法や評価・分析手法、公表、人材育成などに取り組み、臨床指標の標準化を図るとしている。

また、2016～18年度厚生労働科学研究（福井次矢・研究代表者）は、共通QIセット（クオリティ・インディケータ）として23種類36指標を整理。◇患者満足度◇インシデント・アクシンデント発生率◇血糖コントロール◇予防的抗菌薬の投与◇30日以内の予定外再入院率―などを例示した。

同日の議論では、これらの指標を現段階でそのままホームページなどに公表すると、誤った病院ランキングに近くなるなど、閲覧者に誤解を招くとの意見が大半であり、公表のための工夫が必要との意見が相次いだ。また、多くが急性期医療に関わる指標であり、回復期や慢性期の医療の質を評価する研究が必要との意見も出ている。

ウェブ規制で医療広告協議会も設置

医療機関のウェブサイトの監視指導体制を強化するため、医療広告協議会を設けることも報告された。

厚労省は昨年６月に、医療機関のウェブサイトを念頭に医療広告ガイドラインを改訂した。同時にネットパトロール事業を実施しており、問題のある虚偽・誇大のウェブサイトを監視している。ネットパトロール事業などで、不適切なウェブサイトが見つかった場合、自治体に通報され、自治体が処分の判断を行う。

その場合、ガイドラインの見直しで、自治体が個別に判断しなければならない事例が増えている。自治体間の判断・解釈・指導内容などを全国で統一する仕組みを構築するため、医療広告協議会を設置する。主に、自由診療を提供する医療機関のウェブサイトの適正化につなげる。

また、新専門医制度発足に伴い、新たな専門医を広告可能とすることを検討することを了承した。医道審議会・医師分科会医師専門研修部会の議論を踏まえる。特定行為研修を修了した看護師の広告の可否も検討する。

社会保障関係費は31兆5,937億円で過去最大に

政府予算案　自然増は実質4,774億円の増加に抑える

政府は12月21日、2019年度の政府予算案を閣議決定した。厚生労働省分の社会保障関係費は31兆5,937億円で過去最大となった。対前年度伸び率は2.9％で、増加額は8,864億円。2019年度の社会保障関係費も例年通り、医療や年金などの自然増の伸びを５千億円程度とすることが求められ、実質的な伸びを4,774億円まで抑えた。しかし、10月予定の消費税引上げとあわせて行う社会保障の充実や、医療機関などに生じる消費税負担増に伴う診療報酬等改定、新たな経済政策パーケージの実施などを加わり、予算上は９千億円弱の規模の増加となっている。

社会保障関係費の内訳は、医療が最も多い11兆9,870億円で対前年度伸び率は1.6％で1,895億円の増加、次いで年金が11兆9,870億円で同3.1％、3,610億円の増加、福祉等が４兆3,321億円で同5.3％、2,185億円の増加、介護が３兆2,301億円で同3.7％、1,148億円の増加、雇用が470億円で同5.9％、26億円の増加となっている。社会保障関係費に占める比率は、医療が38％、年金が38％、福祉等が13.7％、介護が10.2％、雇用が0.1％となっている。

社会保障関係費が大部分を占める厚労省の予算額は32兆358億円で、初めて32兆円を超えた。社会保障関係費以外の費用は4,421億円で、人件費など義務的経費等を除いた額が政策経費となる。政策経費は、「人生100年時代を見据えた一億総活躍社会の実現」と「全世代型社会保障の基盤強化」を旗印に、①働き方改革・人づくり革命・生産性革命②質が高く効率的な保健・医療・介護の提供③全ての人が安心して暮らせる社会に向けた福祉等の推進―の３本柱を重要事項とした。

医療従事者の働き方改革予算を倍増

医療・介護施策を中心に３本柱の中身をみていく。

「①働き方改革・人づくり革命・生産性革命」では、医療従事者の働き方改革推進のための予算が15億円で、2018年度の6.9億円から倍増となった。タスク・シフティングなどの勤務環境改善の先進的な取組みを行う医療機関に補助するとともに、医療関係団体の好事例の普及などを支援する。「医療勤務環境改善支援センター」で、労務管理の専門家による医療機関の訪問支援なども行う。

外国人の活用に関する予算も100億円で倍増。新たな在留資格により外国人材を受け入れるに当たり、適正雇用管理を確保する体制や、相談体制の強化を図る。

医療機関の生産性向上では15億円を計上。特に、新規のtele-ICU体制整備事業で５億円を確保した。遠隔にある複数のICUをネットワークで連携し、中央ICUで集中的に患者をモニタリングし、管理する仕組みを促す。

「②質が高く効率的な保健・医療・介護の提供」では、医師偏在対策が119億円。医師少数区域等で勤務した医師の認定制度開始に向けて、全国的な医師の配置調整を行う仕組みや、必要なシステム構築に関する調査などを実施するとともに、都道府県の医療行政人材の育成を行う。新たな専門医制度について、日本専門医機構による研修プログラムのチェック、都道府県や関係学会との調整などを支援する。

災害医療体制と健康危機管理体制は、2018年度の4.2億円から94億円に大幅増となった。DMAT体制の強化や災害拠点病院などの耐震化を進める。保健所の非常用自家発電設備を整備する。また、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の機能を拡充する。

介護の自立支援・重度化防止策は210億円で、市町村や都道府県の取組みを支援するとともに、科学的に自立支援などの効果を裏づけるデータベースを構築する。認知症対策は119億円を計上し、認知症の人の支援ニーズに認知症サポーターをつなげる仕組み（チームオレンジ）や認知症疾患医療センターの整備促進などを図る。

外国人患者の受入れ体制整備では、医療機関の相談にワンストップで対応できる窓口設置や、多言語コミュニケーションに対応する環境整備への支援で、17億円を計上している。

「③全ての人が安心して暮らせる社会に向けた福祉等の推進」では、母子保健医療対策を妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援として行う（231億円）。不妊治療への助成、産婦健康診査、産後ケア事業などを実施する。市町村システムの改修も行う。

社会保障・税一体改革が完成

2019年度予算においても、社会保障関係費に対しては、抑制が求められた。基本的には、医療や介護、年金など社会保障制度の給付の伸びを、高齢化要因による伸びの分しか認めないとの考えがある。夏の概算要求段階で厚労省は、6,179億円を要求していたが、予算案段階ではこれを4,786億円まで圧縮した。圧縮に寄与したのは、今回も、薬価・材料価格改定で約500億円の削減となった。そのほか、介護納付金総報酬割の拡大や生活保護の生活扶助金見直しなどで達成した。

実質的な増加分が約4,800億円であるのに、予算上の伸びが8,857億円であるのは、主に、消費税が10月に10％に上がることに伴い、社会保障・税一体改革が完成し、社会保障の充実が新たに行われるためである。安倍政権の下で、介護職員への新たな処遇改善など、「新たな経済政策パッケージ」が実施されることも影響する。

医療関係だと、当初予定を上回り、地域医療介護総合確保基金が医療分・介護分で100億円ずつ増額されたことと、医療ICT化促進基金（300億円）が創設されたことが注目される。

平成31年度　厚生労働省予算案（一般会計）
社会保障関係費の内訳のイメージ

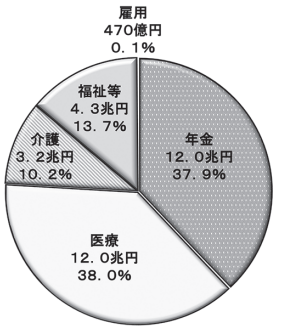
【平成30年度予算額と平成31年度予算案の社会保障関係費の比較】

（単位：億円）

区分	平成30年度予算額（A）	平成31年度予算案（B）	増△減額（C）（(B)－(A)）	増△減率（C）／（A）
社会保障関係費	307,073	315,937	8,864	2.9%
年金	116,260	119,870	3,610	3.1%
医療	118,079	119,974	1,895	1.6%
介護	31,153	32,301	1,148	3.7%
福祉等	41,136	43,321	2,185	5.3%
雇用	444	470	26	5.9%

［計数整理の結果、異動を生ずることがある。］

【平成31年度予算案の社会保障関係費の内訳】



（注１）平成30年度予算額は当初予算額である。
（注２）政府全体の社会保障関係費の増△減額は10,710億円、消費税率引上げとあわせ行う社会保障の充実等を除いた増△減額は4,774億円。
（注３）各特別会計の額は、それぞれの勘定の歳出額の合計額から他会計・他勘定への繰入分を除いた純計額である。
（注４）年金特別会計の額は、内閣府と共管の子ども・子育て支援勘定を含む。
（注５）計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある。

平成31年度の消費税増収分の使途について

〈31年度消費税増収分の内訳〉（公費ベース）　《増収額計：10.3兆円(注)》

- ○基礎年金国庫負担割合２分の１（平成24・25年度の基礎年金国庫負担割合２分の１の差額に係る費用を含む）　3.3兆円
- ○社会保障の充実　2.17兆円
  - ・子ども・子育て支援の充実
  - ・医療・介護の充実
  - ・年金制度の充実
  - ・幼児教育・保育の無償化
  - ・待機児童の解消
  - ・介護人材の処遇改善
- ○消費税率引上げに伴う社会保障４経費の増　0.47兆円
  - ・診療報酬、介護報酬、年金、子育て支援等についての物価上昇に伴う増
- ○後代への負担のつけ回しの軽減　4.4兆円
  - ・高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費

（注）軽減税率制度による減収分は考慮していない。

医療機関の設備投資で特別償却を拡充・延長

2019年度税制改正大綱　勤務環境改善や地域医療構想推進などが条件

政府は12月21日、2019年度税制改正大綱を閣議決定した。病院に関連する税制改正では、◇医師の勤務時間短縮◇地域医療構想の推進◇高額医療機器の共同利用の促進の３つの観点で、医療機関に設備投資した場合の特別償却制度を拡充する。10月の消費税引上げに伴う控除対象外消費税問題への対応では、新たな税制上の仕組みの実現には至らなかったが、病院に配慮した一定の対応が行われる形となった。

医療機関の設備に対する特別償却制度の見直しは２つが新規、１つが期間の延長である。新規では、医師の勤務時間短縮を目指す医師の働き方改革や地域医療構想の推進という政策目的に適合する設備の購入に対して、税制優遇を講じることになった。特別償却をどこまで認めるかの具体的な要件の設定が今後、注目される。

医師の勤務時間短縮の観点では、「医療機関が、都道府県に設置された医療勤務環境改善支援センターの助言の下に作成した医師労働時間削減計画に基づき取得した器具・備品（医療用機器を含む）」を対象とする。ソフトウェアの場合は、30万円以上。損金算入ができる特別償却割合は取得価格の15％となっている。

地域医療構想の推進の観点では、民間病院などが地域医療構想調整会議で合意した具体的な対応方針に基づく病床の再編などにより、建物などを取得した場合とする。対象設備は、改修工事を含めた病院建物とその附属設備で、「既存の建物を廃止し新たに建設する場合・病床の機能区分の増加を伴う改修（増築、改築、修繕または模様替え）の場合」としている。特別償却の割合は取得価格の８％である。

高額医療機器の共同利用の観点での税制改正は従前の特例の延長だ。CTやMRIの配置の効率化または共同利用を促す仕組みを講じた上で、特例の期限を２年延長する。特別償却の割合は取得価格の12％となっている。現行では、500万円以上の高額医療機器が対象だが、共同利用などの要件は設けていなかった。

社会医療法人等の非課税要件を緩和

病院団体の要望を受け、社会医療法人などへの非課税等の要件を見直す。社会医療法人や特定医療法人、認定医療法人は公的な運営が義務づけられる一方で、非課税等の特例措置が受けられる。要件の一つに、全収入に占める「診療報酬等」の収入の割合が８割を超えるというものがある。自由診療の収入を２割未満に抑えるためだ。

この「診療報酬等」に「障害福祉サービスに係る収入金額」を加えることで、実質的に要件を緩和する。外国からの観光客などが増えて、地域の病院を受診する外国人患者が増加している。観光客は自由診療となる場合が多いため、外国人の診療に対応した社会医療法人などで、支障が生じないようにすることも今後の課題となる。

医療機関に対する事業税における診療報酬の非課税措置やそれ以外の収入への軽減措置は存続させる。これらの特例措置のあり方については、今後、「税負担の公平性を図る観点」と「地域医療の確保を図る観点」の両面で検討する方針を明記した。

国民健康保険税は、課税限度額を58万円から61万円に引き上げる。あわせて低所得者への国保税の減額対象も見直す。対象世帯の判定で、所得を算定する際に、被保険者数に乗ずる金額を５割軽減では５千円、２割軽減では１万円の引上げとする。引上げにより、減額対象となる世帯の合計収入の基準が高くなる。

そのほか、医療・介護関連の税制改正として、◇要指導医薬品が薬局の事業税の課税対象になることを明確化◇研究開発税制の延長・拡充◇サービス付き高齢者向け住宅促進税制の延長◇中小企業等が購入した一定の設備に対する特別償却・法人税額等の特別控除等の延長―などがある。

費用対効果評価の本格導入の仕組みで骨子案

中医協・費用対効果評価等合同部会　価格全体では10%または15%が下限

中医協の費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保険医療材料専門部会合同部会（荒井耕部会長）は１月23日、４月から本格導入となる医薬品などの費用対効果評価の骨子案を了承した。費用対効果に応じた価格調整率などを決めた。価格全体の引下げ率の下限は、「10%または15%」。また、既存薬より効果が高く、価格も下がる（ドミナント）の場合だけでなく、ICER（増分費用効果比）が200万円／QALY未満の場合も価格を引き上げる。

ただ、業界団体からのヒアリングがまだ残っており、曲折も予想される。

現在、費用対効果評価の仕組みは試行的導入の段階だが、来年度から本格的に始まる。保険償還の可否に用いず、保険収載後の価格調整の手段とする。費用対効果が高いものは引上げ、開発のインセンティブとする。

対象品目は、本格導入後に収載される医薬品だと、有用性系加算があり、◇ピーク時市場規模予測が100億円以上（Ｈ１）◇同50億円以上100億円未満（Ｈ２）◇著しく単価が高いなど中医協総会で必要と判断した品目（Ｈ３）とする。原価計算方式の場合は、有用性系加算がなくても、製品原価の開示度が５割未満だと対象となる。

品目選定は、年４回の保険収載の機会を活用する。同時に多くの品目を選ぶのではなく、時期を分散させる。

指定難病や血友病、HIV感染症など治療方法が十分に存在しない希少な疾患のみに用いる品目や、小児のみに用いる品目は除外する。また、抗がん剤も配慮の対象となる。

分析は企業が事前に実施し、その後、厚労省の専門組織が公的分析を行う。様々な観点から考慮する総合的評価（アプレイザル）を経て、中医協に示し、中医協が価格調整を決定する。

価格調整はICERを用いる。生活の質（QOL）で調整した生存年（QALY）を１年延ばすのにかかる費用が、500万円以上だと費用対効果が低いとされ、価格引下げの対象となる。500万～750万円、750万～1,000万円、1,000万円以上の３段階がある。配慮が必要とした品目では、別の基準を用いる。

価格調整の対象は、価格全体ではなく、有用性系加算部分である。原価計算方式では、営業利益部分も対象になり得る。最終的な薬価（材料価格）は調整前の「10%または15%」を限度とした。患者に必要な医薬品などの安定供給を確保するためだ。

費用対効果がよければ価格引上げ

一方、「ドミナント」と呼ばれ、比較対照品目に対し効果が増加し、費用も削減される品目は価格を引き上げる。引上げ率は50%で、価格全体の10%を上回らない調整率とする。

さらに、ICERが200万円／QALY未満の場合も、引上げの対象とする。引上げ率は25%で、価格全体の５%を上回らない調整率とした。

この案に対しては、支払側の委員が、「財政に与える影響を考えると、費用対効果評価の趣旨に合わないのではないか」と疑問を呈したが、中医協として了承した。

支払基金に医療情報化支援基金を創設

改正健保法案　電子カルテの標準化目指す

厚生労働省の樽見英樹保険局長は１月18日の全国厚生労働関係部局長会議で、通常国会に提出予定の改正医療保険法案の概要を説明した。改正事項は主に７項目。被保険者のオンライン資格確認の導入や、被扶養者などの要件見直しとともに、医療情報化支援基金の創設を法律に規定する。

改正法案に盛り込む７項目は、①オンライン資格確認の導入②医療情報化支援基金の創設③NDBと介護DB等の連結解析等④高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等⑤被扶養者等の要件の見直し⑥審査支払機関の機能強化⑦その他である。

医療情報化支援基金の対象事業は、◇オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援◇電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援である。医療分野のICT化を支援するのが目的だ。今年10月の創設で、2019年度予算としては300億円を確保した。

基金の財源は消費税とし、社会保険診療報酬支払基金に基金を置く。医療機関が支払基金に申請し、支払基金が交付する形を取る。

オンライン資格確認は、医療機関などで医療を受ける場合の資格確認をオンラインで実施できるようにして、資格の確認間違いによる過誤請求の削減や、事務コストの低減を目指すものだ。被保険者番号を個人単位化した上で、個人番号カードを用いる。医療機関などがシステムを導入する必要があり、基金で初期導入経費を支援する。

法律では、これらを法定するとともに、プライバシー保護の観点から、健康保険事業と関連する事務以外に、被保険者番号の告知を要求できないようにする。

医療機関・薬局のシステム整備の支援では、国の指定する標準規格を用いて、相互に連携可能な電子カルテシステムなどを導入する医療機関での初期導入経費を補助するとしている。

データ分析では、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）と介護DBに収納されている情報について、匿名化を前提に、同一人の医療と介護のデータを連結し、分析できるようにする。あわせて、それを研究機関など第三者に提供できる仕組みの法的整備を行う。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施では、高齢者を対象とした事業を市町村が中心になって、一括して実施できるよう関係法令を整理する。75歳以上が被保険者の後期高齢者医療制度と国民健康保険は、保険者が都道府県単位だが、介護保険は市町村となっている。住民に身近な市町村が実施することによる効果を期待する。

被扶養者等の要件の見直しは、外国人労働者の増加が見込まれる中で、一度も来日したことがない被扶養者の家族が、日本の医療保険で給付を受けられることの問題の指摘を受けての見直しだ。被用者保険の被扶養者の要件は、原則として、日本に居住していることを求める。日本人も外国人も同様の取扱いだが、留学で海外にいる家族などの場合は、例外規定を設ける。

国保における被保険者の資格取得要件の仕組みも適正化する。

審査支払機関の機能強化では、社会保険診療報酬支払基金の本部調整機能を強化し、支部長の権限を本部に集約化する。支部は基本的に廃止となるが、審査業務は存続するので、審査事務局となる。また、支払基金にデータ分析に関する業務を追加する。

そのほか、国保と被用者保険の間の保険料の二重払いを解消する対応を行う。未適用事業所が遡及して被用者保険に加入する場合に二重払いが発生することがある。

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案（仮称）の概要

改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

1. オンライン資格確認の導入【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）】
・ オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止（告知要求制限）する。

2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】

3. NDB、介護DB等の連結解析等【高確法、介護保険法、健康保険法】
・ 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）

4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
・ 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、後期高齢者医療広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。

5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化【健康保険法、国民年金法、国民健康保険法】
(1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。
(2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。

6. 審査支払機関の機能の強化【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
(1) 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。
(2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。
(3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。

7. その他
・ 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消するため、所要の規定を整備する。【国民健康保険法】

施行期日

平成32年4月1日（ただし、1については公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日、2は平成31年10月1日、3並びに6(2)及び(3)は平成32年10月1日（一部の規定は平成34年4月1日）、5(2)及び7は公布日、6(1)は平成33年4月1日）

東洋羽毛

睡眠セミナー 無料サービスのご案内

水と、空気と、睡眠と。

＊― 今よりもぐっすり、幸せな毎日のためのヒントがきっと得られるはずです ―＊

睡眠セミナー講師を無料で派遣いたします。

東洋羽毛では「睡眠健康指導士」の資格を有した社員が講師を務める充実したセミナーをご用意しています。
正しい情報を得て睡眠習慣を見直し、イキイキと健康的な毎日を歩むお手伝いをさせていただければ幸いです。

＊セミナーは研修内容及び研修時間についてご相談の上、実施させていただきます。
＊セミナーはご希望により何回でも承ることが可能です。

《テーマ例》
- 睡眠習慣を整え、キラキラ輝く私に
- よりよく眠る為のヒント 睡眠６カ条
- 体内時計を整えてよりよく眠る方法
- よく眠れる、眠りのお話！？
- 眠る門には福来る！
- 早起き・早寝・朝ごはんでいい事いっぱい

◎医療安全対策研修、メンタルヘルス研修、学校保健委員会に対応した内容も行っています。

TUK 東洋羽毛工業株式会社　〒252-0206 神奈川県相模原市中央区淵野辺2-26-5

セミナーに関するご相談はお気軽にお問い合わせください　お客様相談室 フリーコール 0120-410840（ヨイオハヨオ）

シリーズ●ICT利活用の取組み――その③

地域包括ケアシステムを支える情報連携を目指して

社会医療法人 高橋病院

ICT利活用シリーズの第3弾は、先進的な取組みで有名な北海道函館市の高橋病院。同病院は、全国に先駆けて、医療介護統合型の電子カルテを導入したほか、ID-Linkを活用した地域医療情報ネットワークを構築するなど、ICT活用のパイオニア的存在だ。

同病院の高橋肇理事長（全日病常任理事）と情報システム室の滝沢礼子室長にこれまでの取組みやICT利活用の課題について聞いた。

医療介護統合型電子カルテを導入

高橋病院は、2003年に医療介護統合型の電子カルテを導入した。きっかけは、病院機能評価で情報共有について指摘を受けたことだった。「情報が分散していたので一本化するようにと指摘され、職員で協議した結果、電子カルテを導入すべきという結論になりました」と高橋理事長。当時、電子カルテ・レセプト電算処理システム導入事業で電子カルテに半額補助が出ることになり、それを活用して導入することができたという。

電子カルテ導入に当たって、電子カルテ準備室（現在の法人情報システム室）を設置。病棟主任をしていた看護師の滝沢さんに白羽の矢を立て、室長に抜擢した。

「院内の情報化を進めるには、病棟をよく知っている者でないといけないと考え、それは看護師であろうということです。情報システム担当者は、ITに詳しくなくても人とITをつなぐインターフェイスの役割を担えばよい。滝沢室長はその条件を備えていました」（高橋理事長）。

一方の滝沢室長は、診療録管理委員会に関わった経験から、次のように述べる。「多職種の情報共有を考えていましたが、紙のカルテでは限界があると感じていて、情報を電子化することで共有できるようにしたいという思いがありました」。

電子カルテへの切換えに当たっては、入力の仕方など研修の時間をとって、職員のITリテラシーを高める教育を実施した。電子カルテの導入によって職員が辞めることはなかったという。

この時に導入したのが、医療と介護の混合型電子カルテだ。医療と介護は、保険制度が異なり、多くの電子カルテベンダーは別々のシステムを提供している。このため、医療保険の病棟から介護保険の病棟に移るとシステムが変わって、基本情報から入力をしなくてはいけない。「それはやめたいということで、共通の電子カルテにした」と高橋理事長。

ベッドサイド端末で患者と情報共有

2004年には電子カルテと連動したベッドサイドシステムを導入した。電子カルテの情報が中間サーバーを介して患者のベッドサイドで表示される仕組みだ。体温や血圧、飲んでいる薬の情報、検査結果、リハビリテーションの予定を見ることができる。

ベッドサイドシステムの導入の理由を高橋理事長は次のように説明する。「電子カルテは患者さんのものであり、患者さんが見られるものでなくてはいけないと思っていました。しかし、それは電子カルテベンダーに反対されて実現しなかった。それならベッドサイドシステムを使って、患者さんが見られる画面をつくろうと考えました」。

食事の選択メニューを画面から選べるほか、退院時のアンケートも入力できるので、患者の満足度が瞬時にわかるようになっている。

地域連携のためにカルテ情報を共有

2007年には、ID-Linkを導入して市立函館病院との間に地域医療情報ネットワークを構築した。これは、高橋病院の経営戦略から必然的に出てきた選択である。高橋病院は、リハビリテーション病院として役割と機能を明確化。急性期の病院から患者を受けるには、情報連携が不可欠だからだ。

３次救急である函館病院との間にはお互いに回診を行うなどヒューマンネットワークができていたことに加え、ちょうど地域連携パスが始まった時期でもあり、条件がそろった。

ID-Linkを開発したのは株式会社エスイーシー（本社：函館市）だが、開発には滝沢室長がかかわっている。ID-Linkのアイデアについてエスイーシーの開発担当者から相談を受けた滝沢室長は、「はじめは夢のような話と感じた」。一方で、電子カルテを導入したものの、法人の事業所全体をつなぐものになっていなかったので、何らかの形で連携できないかという気持ちがあった。ディスカッションしているうちに「すごくいいと思う。法人内で使いたい」と伝えた。その言葉が、担当者を後押ししてID-Linkの開発につながった。

滝沢礼子 情報システム室　室長

医療情報ネットワークの構築には、看護師としての滝沢室長の経験が活かされた。患者を受け入れる際にサマリーを確認するが、それだけでは十分な情報が得られないことが多い。

「患者さんは、転院の度に同じことを聞かれます。情報さえつながっていたら、そうした二度手間は要らなくなって確認だけですみます。ID-Linkによる情報連携はやりがいがありました」と滝沢室長は当時をふり返る。

ID-Linkによる医療情報ネットワークを運用するため、2008年に道南地域医療連携協議会を設立。「道南MedIka」と名づけた情報ネットワークに、39施設が参加して運用が始まった（現在の参加施設数は114）。

患者参加型ネットワークツールを開発

ID-Linkによって他の病院のカルテが目の前で見られるようなり、患者情報を地域単位で共有する時代をもたらした。しかし、高橋理事長にとっては必ずしも満足できるツールではなかった。ID-Linkは医療スタッフのみが使うものとなってしまい、患者が参加することが叶わなくなったからだ。患者・家族にも情報共有するツールをつくりたいという思いが、2011年に「どこでもMy life」の開発につながる。

「どこでもMy life」は、施設や在宅の患者が体重や血圧などのバイタルデータを測定し、自動送信するシステムで、その中心的な機能は見守りである。病院や施設から、自宅に帰って１カ月程度でADLが落ちてしまうことがある。そこで、ADLの情報を患者や家族が発信できるようにして、チェックする機能をもたせた。血糖値やインシュリンの測定もできる。

「ID-Linkは、非常に優れたツールですが、患者受け渡しのツールとして転院の際に見るだけのものとなっています。情報を渡す際に、それが診療記録なのか補完記録かなど医療機関の対応が遅れていると感じていて、患者さん自身が参加しない限りトラブルは多くなるでしょう」。高橋理事長は患者が参加できる情報ツールの必要性を強調する。

「どこでもMy life」はその後、iPadなどの携帯端末で使える「Personal Network ぱるな」に移行した。NDソフトウェア（本社：山形市）と共同開発したもので、SNSの機能を持ち、電子カルテや介護のシステムとも連携している。

情報連携に対する認識が不足

ICTに先進的に取り組んできた立場から、現状の課題をどう認識しているのだろうか。お二人に聞いてみた。

滝沢　2003年にはじまっていろいろやってきましたが、あまり進展がないと感じています。情報連携はするのですが、ID-Linkに優る製品は出てこないし、課題も当時からほとんど変わっていません。システムを使う人間の考え方が変わらないのでスムーズに進まないという現状は変っていないのです。情報連携により効率的にサービスを提供することで、医療費や介護費の負担も軽減できるはずだと思います。

高橋　情報をつなぐことの大切さをきちんと理解できているかということでしょう。急性期の病院は患者を送ったら「あとは知らない」というところがあるし、回復期の病院も「在宅に移ったらあとは知らない」というところもあります。医療と介護、あるいは急性期と慢性期の連携の大事さについて、まだまだ認識が不足していると感じます。

ICFに基づく生涯カルテが必要

ICTを活用する人間の側の問題が大きいということである。では、連携のためにはどんな情報を共有する必要があるのだろうか。

滝沢　医療の世界は、ICD（国際疾病分類）で情報がつながっていますが、患者さんを全人的に見ていくためにはICF（国際生活機能分類）の概念が必要です。しかし、それは電子カルテには入っていません。人生100年時代の医療情報、介護情報をどうやってつないでいくか。技術的な進歩はあっても、それを電子カルテという公的な診療記録のシステムの中で完結させることができるかが重要です。ICFの概念を使うためには、患者さんの個性をみていく必要があります。患者さんを助け、情報を入力しているスタッフを助けるようなシステムにどうつなげていくかを議論しています。

高橋　地域包括ケアシステムに求められているのは、慢性疾患を抱えている人の人生・生活をいかに支援していくかです。地域全体が横のつながりを持って、患者さんを核として安心、満足を提供することが求められている。そのためには情報の共有が必要なのですが、医療・介護の関係者や民生委員、さらに近隣に住んでいる人を含め、必要な情報が共有できていないという気がします。

高橋肇理事長

医療と介護の連携が言われますが、それぞれ欲しい情報は違うのです。例えば、医療では、どこまで延命医療を望むのかを知りたい。また、患者の家族の中でキーパーソンは誰なのか、退院先は確保できているのかといったことを知りたい。言ってみれば、患者や家族とのトラブルを避けるための情報が欲しいのです。

一方、介護の側が欲しい情報は、やってはいけないケア行為は何か、誰が医療側をまとめてくれるのか、主治医は誰なのかということですね。

お互いが欲しい情報は、データそのものよりもトラブルを回避する情報ではないかと思っているのです。そういう情報はどこにあるかというと、ICFの中にあります。ICFで個人の生活史をとらえる必要がある。入院している１～２週間の情報ではなくて、生涯を通じてその人の情報を蓄積しておく必要があり、そのためには、生涯カルテが必要になります。

電子カルテの標準化は進むか

最後に2019年度予算に盛り込まれた医療ICT化促進基金について、高橋理事長にコメントしてもらった。電子カルテの標準化は進むだろうか。

高橋　300億円の基金ができることは評価しますが、電子カルテの標準化は以前から言われていることです。進まなかった一因として、大手のベンダーは、どうしても自社の製品を売ることを優先したがります。システムを構築する手間と労力はたいへんなものです。それを考えると、企業の枠を超えガバナンスの効いた組織で標準的なシステムを開発するしかないと思います。

新規会員獲得のためのセミナーを開催

長野県支部　未収金対策と病院BCPがテーマ

未収金対策をテーマに開かれた10月18日のセミナー

全日病長野県支部は新規会員獲得のためのセミナーを２回にわたり実施した。セミナーの内容については事前に会員病院にアンケートを取り、日時も含めた各病院の希望を参考に選定し、県内全域の未加入病院にも案内し参加頂いた。

まず、10月18日に「医療未収金対策セミナー」というテーマで１回目を開催した。黒澤一也長野県支部長はセミナーの冒頭で、病院にとって未収金対策は重要な課題であり、法的な部分も含め様々な問題に対応していかなければならないと挨拶。続いてEY新日本有限責任監査法人の中村一氏が「どうすれば良い？会計監査導入と未収金回収に向けた対応」と題して、2017年６月に公布された民法改正のポイントである職業別の短期消滅時効の廃止について、また民法における限度額について、個人の身元保証人や連帯債務者から徴求する場合、事前に極度額を設定し、入院患者の保証人に予定金額を伝えなければならず、そのため医療機関が定める極度額によっては、身元保証人や連帯債務者からの徴求の問題が予測されることなどが解説された。続いて（株）イントラストの中村育紘氏が同社で行っている未収金回収の取組みについて説明された。

このセミナーには、会員７病院から18人、非会員12病院から26人と多くの方が参加され、病院にとって重要かつ非常に興味深い課題であると感じた。

２回目は毎年12月に日本医療法人協会長野県支部と共催で実施する経営セミナー（今年度は12月１・２日）において、１日目の研修で「病院BCPワークショップ型セミナー」を開催した。近年各地で発生している様々な自然災害において、被災時にどの業務を優先的に実施し、経営資源を投入するか、事業の継続や復旧を速やかに遂行するための継続計画 BCP（事業継続計画）策定について東京海上日動火災保険株式会社の園田浩嘉氏から講演があり、引き続き策定のワークショップを行った。参加者はランダムに組まれた各グループ毎に大規模地震発生を想定した緊急地震速報により机の下へ隠れるといった模擬訓練を通して、初動対応、災害時の優先業務、停電の影響、上水道停止の影響、医療ガス停止の影響、職員へのサポート、災害拠点病院からの受入れ、下水道停止の影響などについての制限時内でそれぞれのテーマをグループでディスカッションを行った。

活発な討議の後、各グループからの発表を行い、最後に講師からの解説などがあり終了となった。今回は時間の関係もあり、約２時間という短い時間であったため参加者からはもう少し時間があればよかったとのご意見も頂いた。

経営セミナーの２日目には全日病猪口雄二会長の講演会もあり、会員病院４病院から29人、非会員４病院から12人の参加があり、２日間にわたる非常に充実した研修が行われた。

今回実施したセミナーは会員増強の一環として行われたが、これを機に1病院が入会し、複数の病院が入会を検討して頂いているとのことで、本セミナーの目的がある程度達成できたのではないかと思われる。

医政局予算案は補正予算案と合わせ25%増

厚労省・医療部会　2019年度は2,190億円

厚生労働省は１月17日の社会保障審議会医療部会（永井良三部会長）で、2019年度医政局予算案を説明した。医政局予算案は、2018年度補正予算を合わせ、対前年度比489億円増の2,428億円。医政局は、各局予算に厳しい査定が行われる中で、医療が直面する課題に、財政当局が一定の理解を示し、25％増の予算額になったと報告した。

2019年度医政局予算案は2,190億円で対前年度比13％増（251億円増）。2018年度第一次、第二次世補正予算案は238億円で、両者を合わせると、2,428億円であり、補正予算込みでの対前年度比は、25％増（489億円増）となる。

第一次補正予算案は、被災した医療施設などの早期復旧の補助（94.4億円）である。一方、第二次補正予算では、「防災・減災、国土強靭化のための3カ年緊急対策」として、◇災害拠点病院等の耐震化等（43億円）◇広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）の機能拡充（2.8億円）◇有床診療所等におけるスプリンクラー等の設置（20億円）など、災害対策を中心としつつ、年度予算の性格に近い予算項目が並ぶ。

2019年度予算案は、◇地域医療構想の推進◇医療分野の生産性向上と働き方改革◇医師偏在対策や救急・災害医療、医療の国際展開など医療提供体制の確保◇研究開発が主要施策となる。

地域医療構想の推進の予算のほとんどは、地域医療介護総合確保基金で、今回、医療分・介護分それぞれで100億円の増額があり、医療分は公費1,033億円（国689億円、地方345億円）である。対象は、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業」で公費570億円、それ以外の財源は、「居宅等における医療の提供に関する事業」と「医療従事者の確保に関する事業」に配分する。

これに関して、委員から「未執行分が増えているときいている。もっと使い勝手をよくするため、対象事業を柔軟に考える必要があるのではないか」との要望が出た。これに対し厚労省は、基本的には、医療機能の分化・連携など地域医療構想の推進につながるための基金であり、それを踏まえた対象事業が決まるとの考えを改めて示した。

地域医療構想の推進では新規事業でほかに、都道府県職員研修やアドバイザーの養成に８千万円、地域医療構想に関する病院長などへの研修費用で１千万円を計上している。

医療分野の生産性向上と働き方改革に関しては、新規事業で、◇Tele-ICU体制整備促進事業（５億円）◇タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業（４億円）◇医療機関の勤務環境マネジメント向上支援（５千万円）などがある。

医師偏在対策や救急・災害医療、医療の国際展開など医療提供体制の確保に関しては、新規事業で、◇医師少数区域等で勤務した医師の認定制度創設等に伴う対応（５千万円）◇地域医療構想・医師偏在対策推進支援事業（８千万円）などがある。

また、「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」（尾形裕也座長）で行われている医療情報提供制度の報告項目見直しの検討状況が報告された。新たな項目の一つに、医療被ばく線量の管理がある。「線量表示機能を有する対象医療機器の有無や台数」を報告項目に追加する方向となっている。

一冊の本　book review

賢い患者

著者●山口育子
発行●岩波新書
定価●820円＋税

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOMLの理事長である山口育子氏による本書は、山口氏自身のがん患者としての経験やCOMLにおける活動、そして前理事長の故・辻本好子氏の闘病生活を支えた経験をもとに、患者の医療への向き合い方、そして医療者へのメッセージが書かれている。

住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けていくため、一人ひとりがどのように自分自身の健康を守り、豊かで、楽しく、安心して生活を送っていけばよいか。医療者として何ができ、何が求められているか。患者様との共同作業としての「医療」を再考するために、すべての医療関係者、そして患者様にも読んでいただきたい一冊。

2018年度　第９回常任理事会の抄録　12月15日

【主な協議事項】

●入退会の状況（敬称略・順不同）

正会員として以下の入会を承認した。

東京都　医療法人社団杏順会越川病院　理事長　越川貴史
熊本県　医療法人室原会菊南病院　理事長　室原良治

他に退会が１会員あり、正会員は合計2,527会員となった。

準会員として以下の入会を承認した。

埼玉県　医療法人社団武蔵野会TMGサテライトクリニック朝霞台　院　長　笠井　恵

他に退会が１会員あり、準会員は合計92会員となった。

賛助会員として以下の入会を承認した。

シスメックス株式会社（上席執行役員　松井石根）
株式会社長大　まちづくり事業部建築設計２部（部長　山本憲彦）

他に退会が２会員あり、賛助会員は合計100会員となった。

●外国人技能実習生受入事業の名称変更を了承した。
●今後の風しん対策を了承した。
●岐阜県支部長の交代、支部事務局の変更、業務委託覚書の変更を了承した。
●第12回病院機能評価委員会の地方（福岡）開催を了承した。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保険医療材料専門部会合同部会、医療機関等における消費税負担に関する分科会、薬価専門部会、保険医療材料専門部会、総会、調査実施小委員会」、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」、「医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会」、「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」の報告があり、質疑が行われた。

●2019.02 Myanmar Ministry of health（保健省）及びMinistry of Social Welfare, Relief and Resettlement（社会福祉救済復興省）等との共催セミナーの実施、11/26介護技能実習生 ベトナムマッチング結果、11/26～29介護技能実習生ミャンマー人材送出機関との業務協定の締結について報告された。
●会員病院の認定率向上キャンペーンのモデル事業について報告された。
●平成30年度病院経営定期調査結果報告・概要報告について報告された。
●外国人技能実習生受入事業の今後の予定について報告された。

●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能
【3rd G：Ver.1.1,2.0】～順不同

◎一般病院１
沖縄県　海邦病院　更新
宮崎県　黒木病院　更新

◎一般病院２
茨城県　つくばセントラル病院　更新
北海道　札幌南三条病院　更新
東京都　南町田病院　更新

◎慢性期病院
鹿児島県　高田病院　更新

11月２日現在の認定病院数は合計2,526病院。そのうち、本会会員は870病院と、会員病院の34.4％を占める。

●討議事項として、「消費税」と「医師の働き方改革」をテーマに意見交換を行った。

5月の10連休の医療体制の確保で対応を協議

四病協・総合部会　医師の働き方改革の検討状況の報告受ける

四病院団体協議会は12月19日に総合部会を開き、５月の大型連休（10連休）における医療体制の確保をめぐって協議した。

先の臨時国会で、「天皇の即位の日及び即位礼正殿の儀の行われる日を休日とする法律」が成立したことにより、即位の日（５月１日）を休日とすることが決まり、これに伴って今年のゴールデンウィークは10連休となる。10日間連続の休日で、医療体制の確保に懸念が生じていることから、総合部会は厚生労働省に対し、早急な対応を求めることを確認した。

終了後に記者会見した全日病の猪口雄二会長は、入院患者の手術や救急患者の対応などをあげて、「10日間も医療提供を休んでいいのかという問題がある。各病院で対応を考えなければならない」と説明した。

外来に関しては、10日間すべてを休みにして急患対応にするのかという問題がある。連休中であっても、透析患者には対応しなければならないが、その場合、休日の扱いになるのかなど整理が必要になる。

物流についても不安があり、医薬品卸が10連休をとる場合、個々の病院で備蓄する必要が生ずる。

職員の勤務体制についても、連休中は休日出勤の扱いにして代休を取得することにすると、５月は看護体制のシフトが組めなくなると猪口会長は指摘した。

かつてない大型連休により病院運営上、多くの課題があり、各病院で準備しなければならないことから、厚生労働省に早急に対応を検討してもらう必要があると強調した。

総合部会ではそのほか、医師の働き方改革の検討状況について報告を受けて意見交換した。連続勤務時間制限や勤務間インターバルが設定される方向で、連続勤務時間は28時間まで、勤務間インターバルは９時間（当直明けは18時間）とするなどの案が示されている。いずれも現状の病院運営からみて厳しい対応が必要になることから、検討会の状況を見守ることを確認した。

新たな仕組みの検討が必要と強調

日病協　消費税問題で見解示す

日本病院団体協議会は12月21日の会見で、控除対象外消費税問題への対応を盛り込んだ2019年度税制改正大綱に対する見解を示した。山本修一議長（千葉大学附属病院長）は、医療機関の設備投資に対する特別償却の拡大など、今回の一連の対応に一定の評価を与えつつも、消費税が10％を超えて上がっていくことを想定し、新たな仕組みの検討が必要との考えを強調した。

山本議長は、今回の対応では、診療報酬の補てんに加えて、設備投資での特別償却の拡充などが講じられることは、医療が非課税という状況の下では、医療機関に対して一定の配慮が行われたとの認識を示した。しかし、個々の医療機関に対応する正確な補てんではないことから、「現行の非課税のままで今回の大綱以上の対応を行うことは、無理であることが明確になった」と述べた。

その上で、消費税が10％を超えて上がることを想定し、個々の病院の控除対象外消費税に対応できる新たな仕組みを「今後、早急に検討していくべき」と述べた。自民党の宮沢洋一自民党税制調査会会長が会見で、「課税転換できれば、いろいろと対応は可能だが、課税転換できないとすれば、税における対応は不可能」と発言したことを踏まえた検討が必要としたが、現時点で、医療の課税化を主張することには言及しなかった。

また、特別償却の拡大などとあわせて講じる2019年度予算案での医療介護総合確保基金の増額など、予算における配慮については、補てん対応には当たらないとの見解を示した。

診療報酬での補てんについては、前回の補てんよりも精緻な対応が行われているかを、できるだけ早く検証するとともに、第三者も検証できるよう厚労省が、補てんの手法を詳細に公開することを求めた。

専門医研修のカリキュラム制の仕組みで合意

日本専門医機構　履修期間で柔軟に対応する研修を可能に

日本専門医機構の寺本民生理事長は１月21日の会見で、１月18日の理事会が、専門医研修における「カリキュラム制」（単位制）の仕組みで概ね合意を得たことを報告した。特定の地域で一定期間の診療義務のある地域枠出身の医師や、出産・育児・介護など研修を一時的に中断しなければならない専攻医が、専門医資格取得で不利にならないよう、研修期間で、柔軟に対応する仕組みを位置づけた。

機構は、年次ごとに定めた研修プログラムに従って、基幹施設と関連施設を移動する循環型の研修により、指導医が継続的に、研修の状況を把握できる「プログラム制」を専門医研修の原則とする考えを示している。

一方で、一定期間の集中的な研修を受けることが困難な専攻医も、専門医資格取得が可能となるよう「カリキュラム制」（単位制）を設けることになっていた。

厚生労働省の医道審議会・医師分科会医師専門研修部会からも、「カリキュラム制」（単位制）を明確に位置づけることが求められていた。

今回決まった「カリキュラム制」（単位制）の仕組みは以下の通り。

◇基本診療領域学会などが専門医資格取得に必要な単位数や経験すべき症例を定める◇専攻医は、必要な単位を期間の定めをせずに取得することができる◇必要な単位をすべて取得し、必要症例を経験した時点で、学会と機構が研修修了と受験資格を認定する◇必要な単位を取得した専攻医は、「プログラム制」の専攻医と同様の筆記試験と面接を受ける―などの規定を設ける。

研修期間を定めないが、無制限ではなく、「（二桁の年数にはならない程度の）常識の範囲内」（寺本理事長）での履修を求める。また、単位はフルタイムの労働時間換算で１カ月を１単位とする。プログラム制の研修期間は３年が標準であるので、36単位以上が目安になる。フルタイムの勤務ができない場合は、短時間勤務などの時間数に応じて、１単位を計算する考えだ。

なお、これらの詳細は、各基本診療領域の特性によって、異なると考えられる。

「カリキュラム制」（単位制）の対象者は、◇特定の地域で一定期間の診療義務がある地域枠や自治医科大学出身の専攻医◇出産・育児・介護で休職する専攻医◇２つ以上の資格取得を目指すダブルボードで研修する専攻医◇その他合理的な理由がある場合―となっている。

これらの考え方を「新整備指針」に盛り込むため、改訂を検討する。

また、事務局長の紹介があった。元日経BP社で編集などを経験した堀部眞人氏が２月１日から着任する。堀部氏は、「今まで、各部門がばらばらにやっていた。それは、組織として真っ当ではなく、そこを変えていきたい」と述べた。

また、寺本理事長は、今年初めての会見に際し、「今年は正念場だと考えている。予定通り、専攻医の募集を開始し、制度を軌道に乗せたい。３回目の専攻医の募集は一つの節目になる」と抱負を語った。

■ 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
個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース（東京会場）（90名）	2019年２月28日（木）【全日病会議室】	12,960円（17,280円）（税込）（資料代・昼食代含む）	医療・介護関係事業者における改正個人情報保護法に対応するため、個人情報保護委員会から講師を招いた講演。さらに、グループワークで検討する課題では、全日病の個人情報相談窓口に実際に問い合わせのあった事例を用いて、見直しを図り、これまでとは一味違った課題を提供する。
災害時のBCP研修（東京会場）（60名）	2019年３月14日（木）【全日病会議室】	20,000円（21,600円）（税込）	災害が発生した場合でも、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）。今回の研修では、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「気づき」を得ることを目指す。
平成30年度 第３回 AMAT隊員養成研修（東京会場）（60名）	2019年３月１日（金）、２日（土）【全日病会議室】	10,800円（32,400円）（税込）（AMAT隊員登録証発行費用、AMATベスト、AMATヘルメットの費用含む）	全日病の災害時医療支援活動の実績が認められ、厚生労働省の「平成30年度災害医療チーム養成支援事業」の実施団体に選定された。従来の参加費よりも低い価格で研修を実施できるようになっている。全日病と日本医療法人協会の共催で実施する。
平成30年度 第４回 AMAT隊員養成研修（東京会場）（60名）	2019年３月22日（金）、23日（土）【全日病会議室】	10,800円（32,400円）（税込）（AMAT隊員登録証発行費用、AMATベスト、AMATヘルメットの費用含む）	同上

発行所：公益社団法人全日本病院協会／発行人：猪口雄二／〒101-8378 東京都千代田区神田猿楽町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル7F／TEL（03）5283-7441／FAX（03）5283-7444