全日病ニュース NEWS
2019.3.1
No.935
ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION　http://www.ajha.or.jp / mail:info@ajha.or.jp

医師の時間外労働上限の特例水準は1,860時間

厚労省・医師の働き方改革検討会　研修期間の特例も同様の水準

厚生労働省は２月20日の医師の働き方改革に関する検討会（岩村正彦座長）に、2024年度から適用される医師の時間外労働の罰則付き上限の特例水準を1,860時間とする案を示した。前回までは1,900-2,000時間としていた。対象医療機関は、三次救急医療機関や救急車の受入台数の多い二次救急医療機関など約1,400程度。初期臨床研修と日本専門医機構が認定する専門医研修の期間と、審査機関が指定し先進的な医療技術を学ぶ医師を育成する期間の特例水準も1,860時間とした。

地域医療を守る観点で設定する特例水準は、医師の労働実態を調べた10万人調査（2017年）により、10％の医師が1,944時間を超えて働いていることから、これをゼロにするため、1,900-2,000時間の上限案としていた。その後の精査で、上司からの指示がない時間（4.4％）を除外すると、1,904時間となった。労務管理の観点から、12時間の倍数で近い数字を算出。1,860時間に設定したと、厚労省は説明した。

1,860時間に対しては、労働組合の委員から「現状を追認する基準にしてはいけない」と反対意見が出ているほか、副座長の渋谷健司委員が「上位10％で線を引く根拠が不明」と、厚労省に説得力のある説明を要求した。

特例水準の対象となる医療機関として、厚労省があげた要件は以下の通り。◇三次救急医療機関◇二次救急医療機関かつ年間救急車受入台数1,000台以上かつ医療計画で５疾病５事業の確保の役割を担う医療機関◇在宅医療で特に積極的な役割を担う医療機関◇小児救急のみを提供する医療機関やへき地で中核的な役割を果たす医療機関―。そのほか、代替が困難な医療を提供する医療機関をあわせ1,400程度となる。

一定期間、集中的に技能の向上のために診療する医師に対する特例水準も、1,860時間とすることが提案された。２種類に分かれ、一つは、初期研修と日本専門医機構が認定する専門医研修の期間。臨床研修病院ごとの臨床研修プログラムで、設定する上限の範囲内で、直近の実績から時間外労働の想定最大時間数を明示することになる。

もう一つは、新たに設置する審査機関が指定する先進的な医療技術を学ぶ医師を育成する期間の特例水準である。医籍登録後の臨床試験６年以降の者が対象となる。

地域医療を守る観点での特例水準は2036年までの時限措置だが、こちらは恒久措置との位置づけだ。連続勤務時間制限28時間や勤務間インターバルなど追加的健康確保措置が、地域医療を守る観点での特例水準と同様に、義務化される。初期研修医については、「その医師がいないと医療の提供が困難になるとは考えにくい」との観点から、より厳しくし、「連続勤務時間制限は28時間ではなく、15時間」、「代償休息での代用は認めない」としている。ただ、「初期研修医も戦力」との考えから、「24時間」を求める意見も出た。

四病協の調査で二次救急の39.5％大学からの非常勤医師が当直担う

日本医療法人協会副会長の馬場武彦委員は、四病院団体協議会の緊急調査結果として、年間９万台の救急車を受け入れる大阪府内の主な二次救急医療機関（26施設）の非常勤医師の割合を示した。

１カ月の延べ当直医師数のうち、近隣の大学病院からのアルバイトが大部分の非常勤医師の割合は、平均で約39.5％だった。馬場委員は、「非現実的な労働時間上限は大学の医師引上げを招き、二次救急の存続を危うくする」と訴え、特例水準を1,900-2,000時間に戻すことを主張した。

消費税対応で2019年度診療報酬改定を答申

中医協総会　10月の実施に向け適切な告示日を設定

中医協総会（田辺国昭会長）は２月13日、2019年度診療報酬改定を根本匠厚生労働大臣に答申した。消費税10％への引上げに伴い生じる医療機関などの控除対象外消費税問題に対応する。診療報酬への補てんには限界があるとの認識の下、できるだけ精緻な対応を図り、補てんの不足やばらつきが生じないことを目指した。

告示の時期は未定。消費税の引上げは10月だが、現場の混乱を防ぐため、余裕のある告示日が求められるが、消費税引上げの確実性を見極める必要もありそうだ。

田辺会長が大口善徳副大臣に答申書を手渡した。

田辺会長は、「中医協で精力的な議論を行って答申をまとめた。消費税引上げに伴って生じる医療機関などへの負担に、診療報酬で過不足なく補てんされ、的確に対応できるものになったと考えている。診療側、支払側、厚労省にはそれぞれ国民への理解を促すための広報活動、さらには改定の効果の検証など、残された課題に向けて協力をお願いする」と述べた。

今回の対応では、前回の消費税８％への引上げ時（2014年）での補てんにおいて、特に病院での大きな補てん不足や病院種別間のばらつきが生じていたにもかかわらず、検証結果に間違いがあり、それがわかるのが遅れた。病院種別の補てん率を100％とし、個別病院への補てんのばらつきもできるだけ減らすため、補てん方法を見直し、５～10％分の対応とする。

そのための財源は病院で約３千億円、診療所で約１千億円である。

国民への広報活動が重視されたのは、１月30日の都内での公聴会で、多くの国民は、医療は非課税だが、課税分が実質的に診療報酬に上乗せされていることを知らないとの指摘が多く出たことを受けている。

非課税であるのに、消費税引上げにより、医療費が上がることに、国民の理解と納得を得る努力が厚労省などに求められた。

大口副大臣は、答申を受け取り、「速やかな検証が必要」とも述べた。今回、検証の間違いが放置されたことへの反省から、新たな方法による補てんが適切であったかをできるだけ早く確認する必要がある。

しかし、2019年10月以降の補てんの適切性を確認するには、その後１年間を把握した医療経済実態調査の結果と、NDB（ナショナル・データ・ベース）の診療データを組み合わせて検証する必要がある。2020年度の次期改定には間に合わず、早くても2021年になってしまうとの見方を厚労省は示している。

告示日については未定とした。通常改定とは異なり、４月実施ではないので、年度内には告示されない見込み。厚労省は医療機関のシステム対応や医薬品・医療材料の価格交渉などで、現場に混乱を与えない適切な日を定める。新価格と旧価格が長く併存する形になるのは望ましくないとしている。

第７回臨時総会　開催のご案内

下記日程で第７回臨時総会を開催します。

公益社団法人全日本病院協会　会長　猪口雄二

□第７回臨時総会
日時　2019年3月30日（土）
　　午後1時～午後2時30分（予定）
会場　全日本病院協会　大会議室
　　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

目的事項
報告事項
（1）2019年度事業計画について
（2）2019年度予算について
（3）平成30年度事業計画の一部変更について
（4）平成30年度補正予算について
（5）その他
決議事項
第１号議案　役員の選任について
第２号議案　定款の変更について
その他

〈正会員の皆様に〉
臨時総会終了後（午後２時30分目途）に同会場で支部長・副支部長会を開催し、「医師の働き方改革について」（仮題）の講演を行います。
今回の支部長・副支部長会は、特別講演として開催しますので、当協会正会員の皆様もご参加いただけます。

清話抄

人生会議時代に突入して

昨年「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が改定され、それを受けて全日病においても、早速「ACP（アドバンス　ケア　プランニング）及び緊急時の事前指示書について」が策定され、その策定のご尽力に対して敬意を表したいと思います。

国のガイドラインでは本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則とされていますが、ACPを始めるにあたり心の状態についての評価には触れられておらず、私はその時点での精神科的評価をすべきであると考えます。なぜなら、うつ病やその他精神疾患により厭世観や希死念慮等が生じているケースは多く認められ、仮にそのような状態に陥っておられれば本人の意思は病に歪められている可能性がありうるからです。

また、重度の認知症等により本人の意思が確認できないような場合においては、家族やその他利害関係者の思惑がそこに入り込む可能性もあり、ACPを策定する際には本人にとって何が最善であるかについて、客観性・合理性・透明性等を担保すべく法律家や精神科医等にも参加を促し、少なくとも年１回程度は定期的に見直しを行った方が良いかと思います。

以上述べたことから、ACPについては本人が心身ともに健康な状態にある時点での意思表示がとても大事であり、今後例えば臓器提供カードの中にリビングウィルの項目を追加し表示する等の検討をしてはいかがでしょうか?

追記、昨年11月に厚生労働省はACPの愛称を「人生会議」に決定されました。（齋）

主張　地域医療対策協議会のあり方を考える

地域医療対策協議会は、都道府県における医師確保対策の具体的な実施に関わる関係者間の協議・調整を行う場である。

群馬県では、県や、県医師会、県病院協会、群大病院の代表を構成員とした「ぐんま地域医療会議」が組織され、小生もその構成員の一人として加わっている。医師確保は民間病院にとっても大きな問題であり、この解決に「地域医療会議」が機能することを期待したが、現実は極めて厳しいと言わざるを得ない。

これまでの会議において県内病院からの要望（需要）と群大医師の配置状況（供給）を調査、見える化したことは評価される。しかし、医師の供給元である大学病院の先生方は、公的病院を中心に議論しているように感じられた。小生は、公的病院への医師配置が優先され、民間病院が圧迫され地域医療がより悪化することにならないかと意見を述べた。これに対し「医師適正配置方針」に、「運営主体にかかわらず、各病院からの要望や地域で真に必要とされる医療の充足を目標とする」と明記されることになった。

このたび平成31年度に向けた医師適正配置方針において、喫急の対応が求められる事項として、K医療圏への外科医配置（県外の大学病院への医師引き上げ）、S圏域への小児科医配置（小児二次救急輪番体制の維持困難）、小児医療センターへの産科医配置の３点が発表された。

何れもわが県にとって妥当な方針とは思われるが、気になるのはK医療圏の優先的に外科医配置がなされる公的病院についてである。この病院の病床利用率は過去数年間にわたって70％前後で経過している。民間病院であれば経営的には危機的状況と思われ、まずは経営建て直しを検討するであろう。優先的に医師を配置するというのであれば、運営主体にかかわらず、その病院が優遇されるに値するか評価すべきかもしれない。

地域医療対策協議会のみならず、地域医療構想調整会議においても官民の問題が存在する地域は多いと思われる。このような会議で民間病院の代表として参加するのであれば、民間病院としての矜持をしっかりと示すことが必要であろう。（美原　盤）

臨床研修病院の指定権限の委譲で省令改正案を了承

厚労省・臨床研修部会

都道府県の恣意的な判断に根強い懸念

厚生労働省の医道審議会医師分科会・医師臨床研修部会（桐野高明部会長）は１月31日、臨床研修病院の指定権限の委譲など改正医療法・医師法関連の省令改正案を了承した。臨床研修病院の指定の継続や取消しの権限が国から都道府県に移る。地域の医療提供体制を構築する上で、都道府県に大きな役割を担ってもらうという方針に則った見直しだが、委員からは、恣意的な対応が行われた場合のチェック体制を懸念する意見が相次いだ。

昨年成立した改正医療法・医師法を踏まえ、これまで国が主導した臨床研修の体制も、2020年度から国から都道府県に権限が移る。ただ、同検討会では臨床研修病院の取扱いなどで、都道府県の事務能力や公平な判断が行われるかを疑問視する声があがっている。

厚労省はこれまでの指摘を踏まえ、課題を３点に整理。対応策を示した。課題は◇都道府県の臨床研修制度への十分な理解◇臨床研修病院の指定の取消しを含んだ判断を行なう訪問調査における適切な評価◇都道府県の地域医療対策協議会等により恣意的な判断があった場合の対応―である。

都道府県に臨床研修制度を十分に理解してもらうための対応では、事前説明会を複数回開催するほか、担当者向けの手順マニュアルの作成やＱ＆Ａのホームページへの掲載などを実施する。

臨床研修病院の指定の継続・取消しに関しては、都道府県が書面調査で指定基準を満たしていない疑いがあれば、臨床研修病院に訪問調査を行なう。これまでは地方厚生局が行っていたが、都道府県が実施することになる。訪問調査の際には、引き続き卒後臨床研修評価機構（JCEP）の職員が同行し、これまでに得た知見を活用する。

また、研修医への聴取を含めた訪問調査の結果は、これまで３段階だった総合評価を４段階とし、下から２番目の評価が連続した場合は、指定取消しの対象とするのを原則とする。

臨床研修病院の指定や募集定員の設定は都道府県の権限だが、厚生労働大臣に知らせる必要がある。もし、都道府県の地域医療対策協議会などを通じ、特定の関係者の意向が反映され、都道府県が恣意的な判断をした疑いがあれば、厚生労働大臣は都道府県知事に通知するとともに、当該臨床研修病院の調査をすることができる。ただし、病院の同意を得なければならない。

これについて、都道府県の恣意的な対応を懸念する根強い意見が出た。厚労省は、今後の医師偏在対策においては、国よりも地域の実情がわかる都道府県が権限と責任を持って、具体的な施策を講じていくことの意義を強調した。その上で、恣意的な対応をチェックできる体制を整えつつ、問題があれば、都道府県に適切な対応を促すと説明し、理解を求めた。

なお、設定基準の妥当性が疑問視される基幹型病院の「年間入院患者３千人以上」との要件については、そのあり方を含め、引き続き検討していく。

研修医の病院への配分方法を変更

都道府県別の臨床研修医の募集定員の上限の設定は、従来の方法を踏襲し、東京、神奈川、愛知、大阪、京都、福岡の大都市のある６都府県に、医師が集中しないよう都道府県調整枠を活用した上限設定とする。大都市の都府県の上限は、目標値を定めてさらに厳しく設定することになっている。

上限の枠内で都道府県が、各臨床研修病院に研修医をどう配分するかの方法は大きく変わる。基本的には、各研修病院への配分は地対協の議論を踏まえ、都道府県が決定するが、新たに指定される医師少数区域に重点的な配置を行う方式となる。

地対協で、医師少数区域への定員重点配置を念頭に、地域密着型臨床研修病院を含め、各病院の採用規模を確認しつつ、都道府県は定員案をまとめ、厚労省に通知する。問題がなければ、上限内で各研修病院の定員が設定される。その際に、過去の実績にかかわらず、都道府県の実情に応じて、個別病院の定員を設定できるとしている。

地域密着型病院で地域枠は別設定

2020年度から新たに指定される地域密着型臨床研修病院の地域枠を限定選考する手法も了承した。地域密着型臨床研修病院は、「地域医療に従事することを重視する研修医を対象とした研修プログラム」がある基幹型臨床研修病院である。医師少数区域における地域医療の研修が12週以上であり、臨床研修後も総合的な診療の研修が受けられる体制があることも条件となる。

地域密着型臨床研修病院は、臨床研修期間中に従事要件等が課されている地域枠の医師について、一般の医師とは別に採用することができる。ただ、地域枠を特別扱いし過ぎるのも適切ではないため、一定の制限を設ける。

具体的には、地域枠の医師の採用人数は、マッチング枠のうち、「募集定員の２割または５名の少ないほう以下」とした。例えば、地域密着型臨床研修病院で15人の採用枠があった場合、地域枠の上限は３人となる。

また、全日病副会長の神野正博委員は、地域密着型臨床研修病院の指定などにおいて、厚労省が示した通知案通りに手続きが行われることを検討会の場で厚労省に改めて確認。公民が差別されない公平な判断が行われることを求めた。

災害医療コーディネーターの活動要領を了承

厚労省・災害医療検討会

必要に応じて市町村にも配置

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２月６日、災害医療コーディネーターと災害時小児周産期リエゾンの活動要領を、大筋で了承した。厚労省は近く通知として活動要領を公表する。

厚労省は2014年から、災害医療コーディネーター等を養成する研修を実施している。災害医療コーディネーター等の任命状況や運用は、都道府県により差がある。100名を超えるコーディネーターを任命する県もあれば、0名の県もある。

厚労省が活動要領を作成し、コーディネーター等の役割や運用を明確にすることで、都道府県による任命が進むとの意見も出ている。

厚労省が提示した活動要領案によると、災害医療コーディネーターは、災害時に、都道府県の保健医療調整本部または保健所・市町村の対策本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に関する助言や支援を行うために、都道府県が任命する者。

災害医療コーディネーターが所属する施設は、平常時に都道府県と協定を締結する。所属施設は、コーディネーターが研修や訓練に参加できるように協力する。災害時には、協定に基づきコーディネーターを派遣する。

都道府県は、市町村と協議をして、必要があれば、市町村の災害対策本部にコーディネーターを配置できる。

全日病常任理事の猪口正孝委員は、「東京のような人口集中部では市町村の（本部で活動する）コーディネーターが重要なので、活動要領にその位置づけを記載してもらうのはありがたい。市町村のコーディネーターも都道府県が任命するということだが、それで市町村は納得するのか」と質問。厚労省は、「市町村と都道府県が協議し、個別に検討してもらうのが適切だ」と回答した。

災害時小児周産期リエゾンとは、小児・周産期医療に関する保健医療活動の調整について、災害医療コーディネーターをサポートする役割をもつ者で、都道府県が任命する。厚労省は同日の検討会に、災害時小児周産期リエゾンの活動要領案も示し、了承された。

厚労省は、災害医療コーディネーターと災害時小児周産期リエゾンの活動要領を、災害対策基本法に基づく防災基本計画に反映する考え。

今後のコーディネーター養成研修等においては、活動要領に合うようカリキュラムを更新する。

一方、同日の検討会では、災害時に精神科医療の提供において中心的な役割を担う「災害拠点精神科病院」の指定要件案と整備方針案を厚労省が示した。

整備方針案では、災害拠点精神科病院を「DPAT先遣隊を派遣できる医療機関」とした。2018年10月時点で、DPAT先遣隊を整備しているのは42自治体。医療機関数は64で、公立病院や大学附属病院が多い。

災害拠点精神科病院を「都道府県内に１カ所を原則」とする案に対し、日本精神科病院協会会長の山崎學委員は「１カ所しかない災害拠点精神科病院が被災することもある」と懸念を示した。同検討会は災害拠点精神科病院についての議論を今後も続ける。

医師少数と医師多数の都道府県を算出

厚労省・医師需給分科会　二次医療圏別の医師の多寡も示す

厚生労働省は２月18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、今後の医師偏在対策で、医師不足解消の対象として設定する医師少数三次医療圏（区域）と医師多数三次医療圏（区域）を明らかにした。今後、医師派遣や医師養成を通じた様々な取り組みにより、少数地域を中心に、医師確保を目指す。

単純な人口10万人対医師数では、医師不足の実態を反映できないことから、新たに医師偏在指標を開発した。それに基づいて、全国の三次医療圏（都道府県）と二次医療圏ごとに指標を算出し、下位３分の１を医師少数三次医療圏（区域）、上位３分の１を医師多数三次医療圏（区域）として並べた。

結果は右表のとおりである。新たな医師偏在指標は対人口10万人医師数をベースに、供給では医師の労働時間、需要では受療率などを勘案したものなので、人数で表される。全国平均は238.3人に対し、最下位の岩手は169.3人、最上位の東京は329.0人だった。下位をみると、岩手に次いで、新潟（169.8人）、青森（172.1人）、上位をみると、東京に次いで、京都（314.9人）、福岡（300.5人）となっている。

一方、二次医療圏でみると、全国平均は同様に238.3人。下位は、秋田県北秋田（69.6人）、北海道宗谷（79人）、北海道日高（80.4人）、山梨県峡南（81.5人）、鹿児島県曽於（81.7人）の順。上位は、東京都区中央部（759.7人）、東京都区西部（508.0人）、福岡県久留米（453.3人）、茨城県つくば（442.9人）愛知県尾張東部（431.3人）となっている。

2036年に医師過剰になる診療科算出

厚労省は同日、各診療科における将来の必要医師数の推計を示した。2036年時点と2016年時点の医師数を比べ、医師が不足する診療科と医師が過剰になる診療科を示した。必要医師数が現状（2016年時点）を下回る診療科で人数が多かったのは、精神科（1,688人）、皮膚科（1,414人）、耳鼻咽喉科（1,229人）、眼科（895人）となっている。

推計では、DPCデータを用い、各疾病と各診療領域の重み付けした対応表を用いている。必要医師数は、働き方改革を一定程度織り込んだ労働時間をすべての医師に当てはめた時間数で換算しており、その要素の影響が大きく出た。このため、全体より１割ほど労働時間が短い精神科では、必要医師数が現状の働き方の精神科医１人よりも、少なく算出されることになる。

逆に、医師不足の大きな診療科をみると、内科が１万4,189人、外科が4,363人、脳神経外科が2,523人、整形外科が1,993人、泌尿器科が1,003人。同様に、脳神経外科は全体より労働時間が１割強多いため、全体に合わせると、より多く医師が必要になる。

●医師多数（左）と医師少数（右）の都府県

順位	都府県	医師偏在指標	順位	都府県	医師偏在指標
1位	東京都	329.0	47位	岩手県	169.3
2位	京都府	314.9	46位	新潟県	169.8
3位	福岡県	300.5	45位	青森県	172.1
4位	沖縄県	279.3	44位	福島県	177.4
5位	岡山県	278.8	43位	埼玉県	178.7
6位	大阪府	274.4	42位	茨城県	179.3
7位	石川県	270.4	41位	秋田県	180.6
8位	徳島県	265.9	40位	山形県	189.4
9位	長崎県	259.4	39位	静岡県	191.1
10位	和歌山県	257.2	38位	長野県	199.6
11位	鳥取県	255.0	37位	千葉県	200.5
12位	高知県	254.3	36位	岐阜県	204.7
13位	佐賀県	251.3	35位	群馬県	208.2
14位	熊本県	248.5	34位	三重県	208.8
15位	香川県	247.8	33位	山口県	210.3
16位	滋賀県	243.5	32位	宮崎県	210.6

AGAやED、アレルギー性鼻炎は対面診療で

厚労省・オンライン診療指針見直し検討会　緊急避妊薬は改めて議論

厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」（山本隆一座長）は２月８日、医師との対面診療を必要とせず、オンライン診療だけで完結する診療として、要望が出ていた◇男性型脱毛症（AGA）◇勃起不全症（ED）◇季節性アレルギー性鼻炎◇性感染症を協議し、いずれも認めないことで合意した。ただ、緊急避妊薬は、産婦人科医など専門家を呼び、改めて議論する。

情報通信機器を用いたオンライン診療が認められる診療であっても、初診は対面診療で行い、定期的にも対面診療を求めるのが原則だ。リスクが極めて低いと考えられる場合には、例外的にオンライン診療だけで診療を完結させることを認めており、現行の指針では、禁煙外来のみが明示されている。指針が示されてから１年を経て、様々な要望が上がっており、個別に是非を判断することになった。

だが、◇男性型脱毛症（AGA）◇勃起不全症（ED）◇季節性アレルギー性鼻炎◇性感染症は、同検討会で議論した結果、いずれも初診の対面診療で、患者の状態に応じた医学的な判断を行うことが望ましいとの意見が大半で、オンライン診療の原則の例外としては、認められなかった。

一方、緊急避妊薬は産婦人科医など専門家を呼び、改めて議論する。「アフターピルの横流し」などのリスクを含め、安易な処方が広がる恐れもあるとの意見がある一方で、性被害の場合は対面受診に対する心理的抵抗が強く、オンライン診療でそれを軽減する効果があるとの両方の意見が出たためだ。他の要望項目と性格が違うとの判断であり、別に議論する。

「忙しい」が理由だと、なし崩しの懸念

同検討会では、５月頃に指針見直し案をまとめるため、様々な論点について、議論を行っている。

現在、初診であっても、オンライン診療を認める事例としては、他に「離島・へき地」など近隣に受診できる医療機関がない場合がある。そのほかで認める事例を議論したが、特に、検討会では提案はなかった。「忙しいサラリーマンが受診できるようにする」との観点での議論も促されたが、「忙しいことを理由にすると、なし崩し的になる。働き方改革の推進にもそぐわない」と反対意見が出た。

オンラインによるセカンドオピニオンは、オンライン診療ではなく、「オンライン受診勧奨」であると明確に位置付けた。オンライン受診勧奨であれば、対面受診原則の対象から外れる。資料では、亀田総合病院の「がんセカンドオピニオン外来」の事例紹介があり、オンライン診察で「当院で実施できる治療等を紹介し、治療の方向性等の相談を行う」としている。ただ、セカンドオピニオンの範囲として、患者の勧誘など、どこまでの相談を認めるかでは、意見の違いもみられた。

在宅医療の場合、現にオンライン診療を行っている疾患の延長での処方は、オンライン処方が可能。しかし、新たな疾患では対面診療が求められる。これに対し、予想される症状の変化の範疇で、診療計画に疾患名とともに記載があれば、オンライン処方を認めることを明確化する。在宅医療の患者でなくても、医療機関へのアクセスが極めて困難な患者は対象となる。

在宅医療では、診療計画で明示されていれば、異なる医師がオンライン診療で対応することも、例外的に認められている。同様に、主に健康な人を対象とした診療で、同一医師が行なう必要性が低い診療は、診療計画への記載などの条件で、複数医師のオンライン診療を認めることも明確化した。健康診断など自由診療が念頭にある。

オンライン診療の研修を義務化

なりすまし医師の実例があることから、本人確認は厳しくする。医師が医師免許を保有していることを患者が確認できる環境を整えておくとともに、診療の際に、「原則、医師と患者が身分確認書を用いて、お互いに本人であることの確認を行う」とした。

また、オンライン診療を実施する医師に対する研修を必修化する。現行の医学教育の中で、通信技術に関する知識は教えられていないため、情報セキリティなど最低限の知識の習得を求める。当面は経過措置を設ける。

医療コーディネーターを養成し外国人に対応

厚労省・訪日外国人医療提供検討会　診療価格算定ではマニュアル作成

厚生労働省の「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」（遠藤弘良座長）は２月８日、外国人患者に対応する「医療コーディネーター」に関して意見交換を行った。医療コーディネーターの育成や配置の考え方を整理。院内だけでの対応は難しく、民間事業者を活用しつつ、市場が成り立たない部分を行政が支援するとの考えを示した。また、「訪日外国人の診療価格算定方法マニュアル」の作成に向けた議論を始めた。

同検討会は年度内に訪日外国人旅行者等への医療提供のあり方について一定の方向性を取りまとめる予定だ。

医療コーディネーターは、院内外で、外国人患者を安全かつ円滑に受け入れるための調整役。その役割としては、◇外国人患者・家族への支援◇医療従事者の負担軽減と支援◇未収金等のトラブル回避と対応◇医療通訳者のサポート―がある。

厚労省は、「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」の速報値を報告。病院の半数（4,397病院）から回答があり、外国人患者対応の専門部署を設けているのは66病院（1.5％）、外国人患者対応マニュアルが整備されているのは312病院（7.0％）、外国人患者受入れ医療コーディネーターを配置しているのは82病院（1.8％）だった。コーディネーターは兼任が多く、その職種は事務職員、医師、看護職の順で担われている。

2019年度に５日間程度のコーディネーター養成研修を実施する。ただ、「院内のコーディネーターにすべて行わせるのは困難」。民間事業者が質の高いサービスを提供する市場形成が望まれるが、その補完を行政が担う。都道府県は、医療機関からの相談に対応する「ワンストップ窓口」の設置を予定。市町村との役割分担の明確化も求められる。厚労省は、ワンストップ窓口を置く都道府県の役割は、個別事例の介入ではなく、行政手続きの案内だとした。

同日、訪日外国人旅行者に関する診療価格の検討を開始した。厚労省は「自由診療であるため、各医療機関が、任意に診療価格を設定するもの」としつつ、「訪日外国人の診療価格算定方法マニュアル」を示すとした。

東京大学大学院の田倉智之特任教授が、厚労省の研究事業で作成中のマニュアル案の状況を報告。訪日外国人の診療価格の計算方法として、通訳などの費用と、通常診療に相当する範囲で余計にかかる外国人診療に伴う費用増をそれぞれ算定して合算。「訪日外国人の特別診療の全体原価」を出して、さらに材料費や利益を上乗せする考えを示した。公的診療報酬請求点数に、外国人診療に伴う原価増に相当する倍数をかけて算出できるようにする。

消費税率10%への引上げに伴う改定の主要項目

2019年度診療報酬改定

改定の基本的な考え方

今回の改定では、消費税率の引上げに伴い、医療機関などの仕入れに係る消費税負担が増加することから、2014 年度改定と同様に、基本診療料・調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に対応し、補完的に個別項目に上乗せする。

その際、直近の通年実績のNDBデータ等を用いることや、入院料について、病院種別や入院料別ごとの入院料シェアを考慮することにより、消費税率が５％から８％に引き上がった部分も含めた消費税率５％から 10%の部分について、消費税負担に見合う補てん点数となるよう配点を行う。

項目	現行	改定案	
	現行点数	改定後点数	うち消費税対応分
初診料	282点	288点	18点
初診料（同一日２科目）	141点	144点	９点
初診料（紹介のない場合）	209点	214点	14点
初診料（妥結率が低い場合）	209点	214点	14点
再診料	72点	73点	４点
再診料（同一日２科目）	36点	37点	３点
再診料（妥結率が低い場合）	53点	54点	３点
外来診療料	73点	74点	４点
外来診療料（同一日２科目）	36点	37点	３点
外来診療料（紹介のない場合）	54点	55点	３点
外来診療料（妥結率が低い場合）	54点	55点	３点
急性期一般入院料１	1,591点	1,650点	84点
急性期一般入院料２	1,561点	1,619点	83点
急性期一般入院料３	1,491点	1,545点	79点
急性期一般入院料４	1,387点	1,440点	74点
急性期一般入院料５	1,377点	1,429点	73点
急性期一般入院料６	1,357点	1,408点	72点
急性期一般入院料７	1,332点	1,382点	71点
地域一般入院料１	1,126点	1,159点	51点
地域一般入院料２	1,121点	1,153点	50点
地域一般入院料３	960点	988点	43点
特別入院基本料	584点	607点	32点
療養病棟入院料１（入院料Ａ）	1,810点	1,813点	44点
療養病棟入院料１（入院料Ｂ）	1,745点	1,758点	42点
療養病棟入院料１（入院料Ｃ）	1,468点	1,471点	36点
療養病棟入院料１（入院料Ｄ）	1,412点	1,414点	34点
療養病棟入院料１（入院料Ｅ）	1,384点	1,386点	33点
療養病棟入院料１（入院料Ｆ）	1,230点	1,232点	30点
療養病棟入院料１（入院料Ｇ）	967点	968点	23点
療養病棟入院料１（入院料Ｈ）	919点	920点	22点
療養病棟入院料１（入院料Ｉ）	814点	815点	19点
療養病棟入院料２（入院料Ａ）	1,745点	1,748点	42点
療養病棟入院料２（入院料Ｂ）	1,691点	1,694点	41点
療養病棟入院料２（入院料Ｃ）	1,403点	1,406点	34点
療養病棟入院料２（入院料Ｄ）	1,347点	1,349点	32点
療養病棟入院料２（入院料Ｅ）	1,320点	1,322点	32点
療養病棟入院料２（入院料F）	1,165点	1,167点	28点
療養病棟入院料２（入院料Ｇ）	902点	903点	21点
療養病棟入院料２（入院料Ｈ）	854点	855点	20点
療養病棟入院料２（入院料Ｉ）	750点	751点	18点
特別入院基本料	576点	577点	14点
結核病棟入院基本料（７対１）	1,591点	1,654点	88点
精神病棟入院基本料（10対１）	1,271点	1,287点	36点
特定機能病院入院基本料（７対１）	1,599点	1,718点	152点
専門病院入院基本料（７対１）	1,591点	1,667点	101点
障害者施設等入院基本料（７対１）	1,588点	1,615点	49点
有床診療所入院基本料１（14日以内）	861点	917点	71点
有床診療所入院基本料２（14日以内）	770点	821点	64点
有床診療所入院基本料３（14日以内）	568点	605点	47点
有床診療所入院基本料４（14日以内）	775点	824点	64点
有床診療所入院基本料５（14日以内）	693点	737点	57点
有床診療所入院基本料６（14日以内）	511点	543点	42点
有床診療所療養病床入院基本料Ａ	994点	1,057点	82点
有床診療所療養病床入院基本料Ｂ	888点	945点	74点
有床診療所療養病床入院基本料Ｃ	779点	827点	63点
有床診療所療養病床入院基本料Ｄ	614点	653点	51点
有床診療所療養病床入院基本料Ｅ	530点	564点	44点
特別入院基本料	459点	488点	38点
救命救急入院料１（３日以内）	9,869点	10,223点	512点
救命救急入院料２（３日以内）	11,393点	11,802点	591点

項目	現行	改定案	
	現行点数	改定後点数	うち消費税対応分
救命救急入院料３（３日以内）	9,869点	10,223点	512点
救命救急入院料４（３日以内）	11,393点	11,802点	591点
特定集中治療室管理料１（７日以内）	13,650点	14,211点	711点
特定集中治療室管理料２（７日以内）	13,650点	14,211点	711点
特定集中治療室管理料３（７日以内）	9,361点	9,697点	486点
特定集中治療室管理料４（７日以内）	9,361点	9,697点	486点
ハイケアユニット入院医療管理料１	6,584点	6,855点	344点
ハイケアユニット入院医療管理料２	4,084点	4,224点	213点
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,804点	6,013点	302点
小児特定集中治療室管理料（７日以内）	15,752点	16,317点	817点
新生児特定集中治療室管理料１	10,174点	10,539点	528点
総合周産期特定集中治療室管理料（母体等）	7,125点	7,381点	370点
新生児治療回復室入院医療管理料	5,499点	5,697点	286点
一類感染症患者入院管理料（14日以内）	9,046点	9,371点	470点
特殊疾患入院医療管理料	2,009点	2,070点	116点
小児入院医療管理料１	4,584点	4,750点	239点
回復期リハビリテーション病棟入院料１	2,085点	2,129点	98点
回復期リハビリテーション病棟入院料２	2,025点	2,066点	95点
回復期リハビリテーション病棟入院料３	1,861点	1,899点	88点
回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,806点	1,841点	85点
回復期リハビリテーション病棟入院料５	1,702点	1,736点	80点
回復期リハビリテーション病棟入院料６	1,647点	1,678点	77点
地域包括ケア病棟入院料１	2,738点	2,809点	129点
地域包括ケア入院医療管理料１	2,738点	2,809点	129点
地域包括ケア病棟入院料２	2,558点	2,620点	120点
地域包括ケア入院医療管理料２	2,558点	2,620点	120点
地域包括ケア病棟入院料３	2,238点	2,285点	105点
地域包括ケア入院医療管理料３	2,238点	2,285点	105点
地域包括ケア病棟入院料４	2,038点	2,076点	96点
地域包括ケア入院医療管理料４	2,038点	2,076点	96点
特殊疾患病棟入院料１	2,008点	2,070点	116点
特殊疾患病棟入院料２	1,625点	1,675点	94点
緩和ケア病棟入院料１（30日以内）	5,051点	5,207点	291点
緩和ケア病棟入院料２（30日以内）	4,826点	4,970点	279点
精神科救急入院料１（30日以内）	3,557点	3,579点	117点
精神科救急入院料２（30日以内）	3,351点	3,372点	110点
児童・思春期精神科入院医療管理料	2,957点	2,995点	84点
認知症病棟入院料１（30日以内）	1,809点	1,811点	50点
認知症病棟入院料２（30日以内）	1,316点	1,318点	37点
特定一般病棟入院料１	1,121点	1,152点	49点
特定一般病棟入院料２	960点	987点	42点
地域移行機能強化病棟入院料	1,527点	1,539点	41点
短期滞在手術等基本料１	2,856点	2,947点	147点
短期滞在手術等基本料２	4,918点	5,075点	253点
小児外来診療料（処方箋交付・初診時）	572点	599点	39点
小児外来診療料（処方箋交付・再診時）	383点	406点	26点
外来リハビリテーション診療料１	72点	73点	４点
外来リハビリテーション診療料２	109点	110点	６点
外来放射線照射診療料	292点	297点	17点
地域包括診療料１	1,560点	1,660点	103点
地域包括診療料２	1,503点	1,600点	100点
認知症地域包括診療料１	1,580点	1,681点	104点
認知症地域包括診療料２	1,515点	1,613点	101点
小児かかりつけ診療料（処方箋交付・初診時）	602点	631点	41点
小児かかりつけ診療料（処方箋交付・再診時）	413点	438点	28点
在宅患者訪問診療料１（同一建物居住者以外）	833点	888点	58点
在宅患者訪問診療料１（同一建物居住者）	203点	213点	13点
在宅患者訪問診療料２（同一建物居住者以外）	830点	884点	57点
在宅患者訪問診療料２（同一建物居住者）	178点	187点	12点
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	144点	150点	９点

新たな「特定処遇改善加算」を導入

厚労省・介護給付費分科会　2019年度介護報酬改定を答申

社会保障審議会・介護給付費分科会（田中滋分科会長）は２月13日、2019年度介護報酬改定について根本匠厚生労働大臣の諮問を受け了承した。改定で10月の消費税率引上げに伴う対応に加え、税率引上げとあわせて行われる介護職員の更なる処遇改善を実施する。全体の改定率は2.13％。内訳は処遇改善分が1.67％、消費税対応分0.39％、補足給付分0.06％となる。

処遇改善では新たに「介護職員等特定処遇改善加算」を導入する。同加算では、現行の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅲ）の取得を前提に経験・技能のある介護福祉士に重点化しつつ他の職種を含めた処遇改善の実施も可能とする。

今後、告示案についての意見を公募。さらに年度内に開催する分科会で関連通知案を検討する。それを踏まえ、厚生労働省は年度内に告示を公布するとともに、通知を発出する予定だ。

経験・技能のある介護福祉士を評価

介護職員の更なる処遇改善は、一昨年12月に閣議決定した「新しい経済政策パッケージ」に基づくもので、経験・技能のある介護職員に重点化しつつ行うことが定められた。他の介護職員などの処遇改善も行うことができるよう柔軟な運用を認めることを前提に、介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について月額平均８万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に公費１千億円を投じ、処遇改善を行うとしていた。処遇改善の全体の規模は満年度ベースで２千億円となる（**図１**）。

これに基づき介護給付費分科会は昨年９月以降に検討を深め、12月に審議報告を取りまとめた。現行の介護職員処遇改善加算とは別に新たな加算を導入することになった。

新たな加算は、「介護職員等特定処遇改善加算」で、取得要件は、◇現行の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得していること◇処遇改善加算の職場環境等要件について複数の取り組みを行っていること◇処遇改善加算に基づく取り組みについてホームページへの掲載などにより「見える化」を行っていること―など。現行の処遇改善加算の算定が前提になり、上乗せされるイメージだ（**図２**）。

さらに「新しい経済政策パッケージ」の規定を踏まえ、各サービスの加算率は勤続10年以上の介護福祉士の数に応じて設定するとともに、対象サービス種類内の加算率も、介護福祉士の手厚い配置を評価する既存の加算の取得状況を加味して特定処遇改善加算（Ⅰ）と（Ⅱ）の２段階で設定することとした。

特定処遇改善加算（Ⅰ）を取得できるのは、サービス提供体制強化加算（最も高い区分）や、特定事業所加算（従事者要件のある区分）、日常生活継続支援加算、入居継続支援加算を算定している事業所。こうした加算を算定していない事業所は加算（Ⅱ）を算定することになる。

さらに事業所内での配分でも事業所の裁量を認めつつ、一定のルールを設定することになった。

事業所内での配分では平均賃金額で①経験・技能のある介護福祉士②他の介護職員③介護職員以外の職種―の順で傾斜をつける。

具体的には、取得の基準上で、①経験・技能のある介護福祉士について最少でも１人は、賃金改善において「月額８万円」または「年収440万円」を行うこととする。「年収440万円」とは役職者を除く全産業平均の水準。リーダー級の介護職員について、他の産業と遜色のない賃金水準を実現することが狙いだ。

平均の処遇改善額で、①経験・技能のある介護福祉士は、その他の介護職員の２倍以上とする。②その他の介護職員は、③介護職員以外の職種の２倍以上とする。ただし介護職員以外の職員の平均賃金額が、②その他の介護職員の平均賃金額を上回らない場合は柔軟な取扱いを認める。

①経験・技能のある介護福祉士について、「勤続10年以上」を基本とするが、「勤続10年」の考え方は事業所の裁量による。また①～③内での一人ひとりの処遇改善額は柔軟に設定できる。

税率引上げ分を上乗せ

消費税率引上げに伴う介護報酬の取扱いは、税率５％から８％の引上げの際の対応を踏襲した。新たに発生する２％分の負担について、基本報酬への上乗せを行う。上乗せ率は、各サービスの課税費用の割合を踏まえて定める。

老健施設の所定疾患施設療養費など課税費用の割合が高い加算も上乗せを行う。その他の加算分の上乗せは、基本報酬への上乗せとともに基本報酬に反映される。

介護サービスにおける減価償却費も合わせた課税費用の割合は全体で21.0％。施設サービスでは、特養15.9％、老健施設23.0％、介護療養型医療施設29.2％となっている。介護医療院は介護療養型の数値を用いて反映される。

在宅サービスの利用量の上限である区分支給限度額も介護報酬の上乗せに伴い引き上げる。例えば、要介護５では現行の36万650円から1,520円引き上げられ36万2,170円となる。

施設等における食費・居住費の基準費用額も税率引き上げによる影響分を上乗せする

図１　新しい経済政策パッケージに基づく介護職員の更なる処遇改善

○ **新しい経済政策パッケージ（抜粋）**

介護人材確保のための取組をより一層進めるため、**経験・技能のある職員に重点化**を図りながら、**介護職員の更なる処遇改善**を進める。

具体的には、他の介護職員などの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう**柔軟な運用を認めること**を前提に、介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について**月額平均８万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠**に、公費1000億円程度を投じ、処遇改善を行う。

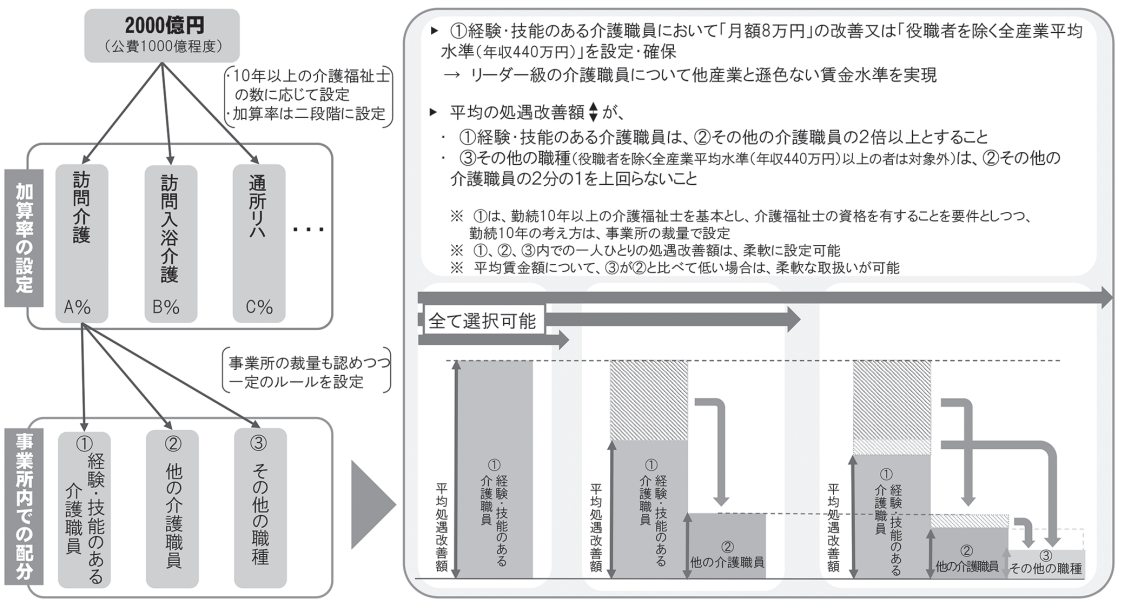
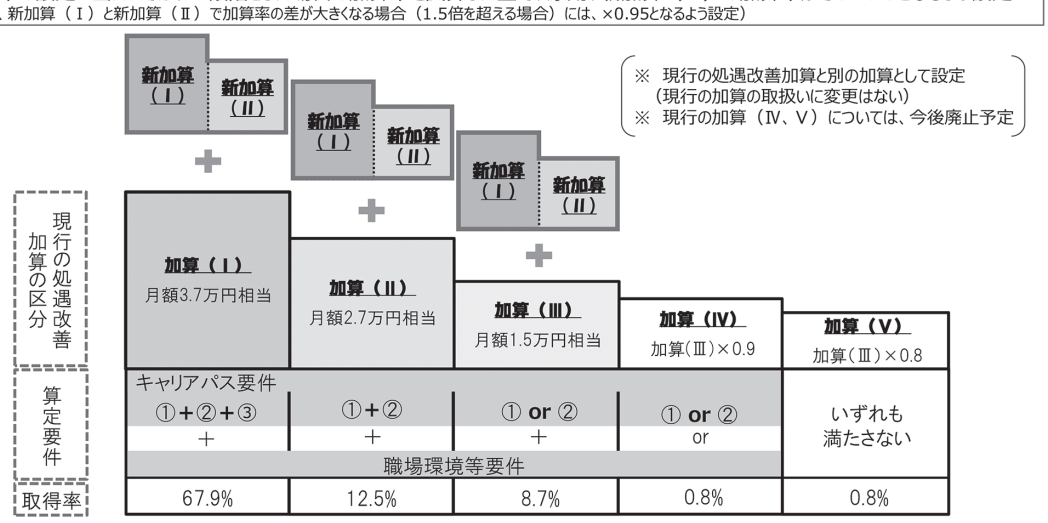


図２　処遇改善加算全体のイメージ

<新加算（特定処遇改善加算）の取得要件>
- 現行の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までを取得していること
- 介護職員処遇改善加算の職場環境等要件に関し、複数の取組を行っていること
- 介護職員処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っていること

<サービス種類内の加算率>
- サービス提供体制強化加算（最も高い区分）、特定事業所加算（従事者要件のある区分）、日常生活継続支援加算、入居継続支援加算の取得状況を加味して、加算率を二段階に設定
- 加算率の設定に当たっては、１段階とした場合の加算率を試算した上で、原則、新加算（Ⅱ）の加算率がその×0.9となるよう設定（ただし、新加算（Ⅰ）と新加算（Ⅱ）で加算率の差が大きくなる場合（1.5倍を超える場合）には、×0.95となるよう設定）



一般社団法人　全日病厚生会の
病院総合補償制度
全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ
従業員向け団体保険制度
勤務医師賠償責任保険
産業医等活動保険
看護職賠償責任保険
薬剤師賠償責任保険
病院向け団体保険制度
病院賠償責任保険（医師賠償責任保険）
医療事故調査費用保険
医療施設機械補償保険
介護サービス事業者賠償責任保険
マネーフレンド運送保険
医療廃棄物排出事業者責任保険
個人情報漏えい保険
医療法人向けD&O　保険（役員賠償責任保険）
経営ダブルアシスト・業務災害補償制度
●お問合せ　（株）全日病福祉センター（取扱幹事代理店）　〒101-0064　東京都千代田区猿楽町2-8-8　住友不動産猿楽町ビル7F　TEL. 03-5283-8066

シリーズ●全日病の委員会　第４回　プライマリ・ケア検討委員会　牧角寛郎委員長に聞く

プライマリ・ケアの現場で活躍する医療人を育成
総合医育成事業では一歩踏み出す気持ちを後押し

全日病の委員会を紹介するシリーズの第４回はプライマリ・ケア検討委員会。同検討委員会は、全日病「プライマリ・ケア宣言2013」に基づき、認知症とソーシャルワーカーの研修会を主な活動としてきた。昨年７月には総合医育成事業が始まり、さらに、今後は在宅医療の議論を本格化させる。

認知症の研修会を開催し ユマニチュード普及に貢献

―プライマリ・ケア検討委員会が設置された経緯を教えてください。

2013年８月７日に全日病が採択したプライマリ・ケア宣言に基づきます。この宣言では、プライマリ・ケアの重要性を認識した上で、新たな行動目標として、２点が提示されています。

第一は、「在宅医療・介護対応」で、「すべての会員施設が地域におけるそれぞれの役割を確認し、診療所をはじめ医療・介護・福祉施設との連携を進め、さらなる在宅医療・介護の充実に協働する」と謳いました。第二は、「認知症対応」で、「国民的な課題である認知症に、個別的かつ包括的に対応できるよう、様々な具体的方策を提言・実行する」と宣言しています。

これを受けて、丸山泉常任理事（当時）が日本の医療の喫緊の課題として、少子化・高齢化による担い手不足や人口の偏在に伴う医療施設の偏在など、解決すべき７つのテーマを示しました。それを踏まえ、2013年９月５日に、第１回プライマリ・ケア検討委員会を立ち上げ、プライマリ・ケアにかかる諸問題を重点的に対応することになり、現在に至っています。

検討委員会が始まって、具体的に何に取組むかを考えてきました。宣言発表から約５年間の代表的な活動をあげると、◇病院職員のための認知症研修会◇病院看護師のための認知症対応力向上研修会◇病院医療ソーシャルワーカー研修会になります。そして、昨年からは総合医育成事業を開始しました。

―認知症の研修会ではどのような研修を行おうと考えたのですか。

検討委員会の最初の取り組みとして、まずは認知症に対応するための研修から始めることになりました。認知症患者は予備群まで含めると、800万人以上になると言われています。高齢者は多疾患罹患の一つとして認知症を患っていることが多く、会員施設が認知症対応力を高めることは、喫緊の課題であると考えたからです。

2013年９月11、12日に第１回「病院職員のための認知症研修会」を開きました。その後、翌年の１月11、12日の第２回研修会では、認知症ケアの技法の一つである「ユマニチュード」の創始者であるイブ・ジネスト先生を招き、ユマニチュードを中心とした研修会になりました。イブ・ジネスト先生が、たまたま日本に来ているタイミングで幸運でしたが、丸山先生がイブ・ジネスト先生に知己があり、研修会に呼ぶことができました。患者に対して医療者は、しばしば「上から目線」的になってしまうものですが、ユマニチュードは逆に「下から見る」技法です。私自身、体験して有効な伝達方法だと感じました。

その後も毎年の研修会で、ユマニチュードを学ぶことを繰り返しています。ユマニチュードは全国に広まり、NHKの特集番組にも取り上げられ、一時期ブームになりました。私たちはその先駆けになったと自負しています。今では、全国各地の病院で、認知症に対する技法として欠かせないものとなっているようです。

さらに、2016年度診療報酬改定で新設された「認知症ケア加算」に対応するため、2016年５月26、27日に、第１回「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」を開きました。病院が加算を取れる看護師を育てることを目的とした注目度の高い研修会です。東京だけでなく、地方開催の要望も強く、2018年からは福岡での開催が実現しました。定員を超えるほどの受講者が集まり、好評でした。今後も地方開催を継続していきたいと思います。

１病棟に研修を受けた２人以上の看護師がいれば加算が取れるのですが、離職や定年退職で入れ替わりがあり、どの病院もそれ以上の人数を確保しておこうというのが実情のようです。病院にとって、需要の大きな研修会だと感じています。

―工夫していることはありますか。

第１回目は座学のみでした。まずは知識が第一歩になるからです。しかし会員病院から、現場で毎日患者と接する職員たちの研修であり、実習を多くしてほしいという要望がありました。そこで、ユマニチュードの技法を学んだ第２回目は、ほとんどが実習でした。

まずビデオで、反応の乏しかった認知症の患者がユマニチュードで明るく、元気になる姿を供覧後、技法を教えてもらうので、非常に説得力のある実習になりました。座学に加えてその３倍以上の実習という課程は、プライマリ・ケア検討委員会の伝統だと思っています。

MSWを病院の一部門に位置づけ

―病院医療ソーシャルワーカー研修会の内容を教えてください。

会員病院が地域のプライマリ・ケアの中核を担う病院になるには、地域における医療・介護連携が不可欠で、メディカル・ソーシャルワーカーを病院の一部門に位置付けることが重要になります。ソーシャルワーカーの責任ある成長を促すため、第１回目の「病院医療ソーシャルワーカー研修会」を2014年２月に開きました。この研修会は、公益社団法人日本医療社会福祉協会との共催で開催しています。

会員病院は、少子化・高齢化による患者の減少を現場で実感しています。医師がいくら専門性を謳っても、高価な機器を導入しても、患者が来ることが前提です。地域包括ケアという言葉に示されるように、地域のニーズに合った医療を提供しなければ生き残れません。これからの病院は、患者を治療して一件落着ではありません。地域に返す必要があります。それを医師や看護師ができるのかという問題意識がありましたが、その間を埋めてくれるのが医療ソーシャルワーカー（MSW）だと思います。MSWには、患者を地域に返す役割と同時に、連れてきてくれる役割があると思います。当時、全日病のMSWに対する認識は、高いとは言えませんでしたが、病院にとって大事な戦力となるようなMSWを作りましょうと日本医療社会福祉協会と意気投合し、協力を得ることができました。

最近はMSWだけでなく、看護師・事務長・院長・管理職も参加する多職種の研修に拡大し、病院にとって何が必要かを考える研修会に深化しつつあります。

総合医の育成は待ったなし

―新たな事業として、全日病総合医育成事業が始まりましたね。

医療制度全体の話として、昨年４月に、開始が１年遅れた新専門医制度の下で、総合診療専門医の研修が始まっています。地域医療を支える全日病の会員病院にとっても、臓器別に捉われない幅広い診療ができるプライマリ・ケアを担う医師は必須です。しかし、新専門医制度の総合診療専門医が、地域の我々の病院にまで充足するには、まだまだ時間がかかるでしょう。

会員病院は、地域に密着した診療活動を通して、少子化・高齢化という社会構造の変化や、医療制度の持続可能性の不透明感などの環境変化を目の当たりにしています。これまでとは異なる対応が必要であることを肌身で感じています。現状の地域医療は待ったなしで、時間的余裕はありません。

実際の現場では、すでに各領域の専門医として経験を積んだ医師が、同時にプライマリ・ケアを担っています。新たな事業では、そのような医師や、これから地域医療に貢献しようと思っている医師を対象に、専門医としてのキャリアを尊重しつつ、プライマリ・ケアへの対応能力を身につけてもらうことを狙っています。総合医が育つことにより、地域医療への貢献とキャリアチェンジの支援を目指しています。

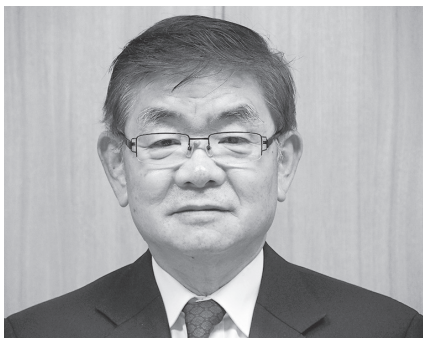
通常、専門医資格は卒後６年ぐらいで取得するので、経験６年以上の医師を対象としています。専門分野から一歩を踏み出し、現場で、地域医療を支えたいという気持ちを後押しできる事業になればよいと思っています。

昨年７月14日に、第１期生の開講式があり、研修プログラムが始まりました。定員は当初40名でしたが、57名の参加となり、関心の高さが伺われました。30代から70代まで、最年長は76歳です。病院を管理する立場での参加であろうと思われます。私の地元である鹿児島県からは、最多の７人が参加しましたが、感想をきくと、概ね好評価が得られており、安心しています。

全日病総合医育成事業の研修プログラムは、①総合診療e-ラーニング②「診療実践コース」「ノンテクニカルコース」「医療経営コース」の３分野からなるスクーリング③自施設での総合診療実践で構成されます。

平日はみなさん働いているので、土日を利用して、年12回の参加を想定し、皆勤であれば、１年程度で修了できます。現時点で、皆勤の受講者もいますが、概ね２年程度での修了を想定しています。

研修プログラムは、検討委員会のこれまでの研修のように、座学と実習をうまく組み合わせたものを作成したいという気持ちがありました。ちょうど



丸山先生が、日本プライマリ・ケア連合学会の理事長であり、副理事長の前野哲博筑波大教授とともに連合学会の全面的な協力を得ることができ、実習を重んじた研修プログラムができあがりました。

組織人としてのマネジメント能力を学ぶノンテクニカルコースを重視しているのも特徴の一つです。現場では、多職種協働のチーム医療が日常化しています。様々な医療従事者が働いていますが、医師がリーダーにならないと患者への医療は完結しません。しかし、大学の医学教育では、組織を管理する技術は教わりません。病院勤務の中で、「OJT」として学んで、なんとかやってきている状況です。

今後は、病院内だけでなく、地域を含めて様々な関係者と協働する上でも、医師として、リーダーや経営者として、管理能力がますます問われることになります。今回の研修プログラムでは、スクリーニングの中で管理能力を技術（ノンテクニカルスキル）として学ぶことができます。

全日病総合医育成事業では今年度、第２期生の募集が始まりますが、多くの医師が参加し、事業が発展していくことを願っています。

在宅医療の成功事例を集める

―プライマリ・ケア検討委員会の今後の展望はどうでしょうか。

認知症、ソーシャルワーカー、総合医の事業をさらに発展させていくことが第一です。加えて、新たに在宅医療に関する議論を始めています。

「プライマリ・ケア宣言2013」でも、在宅医療は重要な位置付けにありますが、西澤寛俊名誉会長が出席している厚生労働省の全国在宅医療会議から全日病のこれまでの取り組みの報告を求める依頼が来たのが発端です。

現在、具体的な取り組みを議論している最中で、まずは会員病院の現場の事例を収集して、成功事例あるいは失敗事例を集め、現場での活動の参考になるような事例の整理を行ないたいと考えています。というのは、地域の実情により、望ましい在宅医療の姿は異なるからです。少なくとも、大都市、地方都市、地方の郡市区、医療資源の少ない地域にモデルを分類できるのではないでしょうか。それぞれの地域の特性に合った在宅医療の姿を全日病として、描いていきたいと考えています。

プライマリ・ケア検討委員会・委員

委員長	牧角　寛郎
副委員長	小川　聡子
委　員	井上　健一郎
	神野　正博
	西澤　寛俊
	藤井　久丈
	丸山　泉
	宮地　千尋
特別委員	前野　哲博
担当副会長	織田　正道
会　長	猪口　雄二

DPC病院で在院日数短縮進む

中医協・退院患者調査　病床利用率は上昇

厚生労働省は２月13日の中医協の基本問題小委員会（田辺国昭小委員長）に、DPC制度導入の影響を評価するための2017年度「退院患者調査」の結果を報告した。特に大部分を占めるⅢ群のDPC対象病院で、在院日数の短縮や病床利用率の上昇が続いていることが確認できた。計画外の再入院率や退院時転帰（治癒・軽快）の割合でも変化はみられず、医療の質の低下にはつながっていないと考えられる。

2017年４月から2018年３月までのDPC対象病院等の退院患者を調査した。大学病院が中心のⅠ群は82病院、診療実績などで特定の要件を満たすⅡ群は140病院、それ以外の大部分を占めるⅢ群は1,441病院となっている。DPC準備病院は267病院、DPCデータを提出する出来高算定病院は1,771病院となっている。

表１をみると、DPC対象病院Ⅰ～Ⅲとも、2013年度～2017年度の５年間で継続的に、平均在院日数が短縮している。2017年度では、Ⅱ群が11.64日で最も短く、次いでⅢ群の12.02日、準備病院の12.68日となっている。大学病院の在院日数はまだ高い傾向にあるようだ。

表２をみると、病床利用率はⅢ群で継続的に上昇している。2013年度と2017年度を比べると、Ⅲ群は79.9％から81.9％に上がった。Ⅱ群は85.5％から85.7％で足踏み状況にある。Ⅰ群も81.1％から82.9％に上昇している。

ただ、平均在院日数も病床利用率も変化幅が最も大きいのは、DPC準備病院である。

「退院患者調査」は、DPC制度が導入され、包括評価と平均在院日数の短縮へのインセンティブが制度に組み込まれる中で、粗診粗療や「患者の追い出し」につながっていないかを確認するために始まった。そのため、退院時転帰（治癒・軽快）や再入院種別の割合などを調べている。

退院時転帰（治癒・軽快）の割合は、Ⅰ群で2013年度の77.3％が2017年度で77.6％、Ⅱ群で79.8％から80.5％、Ⅲ群で81.3％から82.0％で、変化はわずかだ。再入院種別は2016年度から「計画的」と「計画外」の違いで集計しているが、「計画外」の割合を2016年度と2017年度で比べると、Ⅰ群は3.3％、Ⅱ群は4.2％、Ⅲ群は4.5％で変化はなかった。

厚労省はこれらの結果から、「アウトカムの状況を確認する限り、医療の質の状況は変わらないと考えられる」との見解を示している。

【表１】在院日数の平均

施設類型	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
DPC対象病院Ⅰ群	13.98	13.66	13.35	13.11	12.79
DPC対象病院Ⅱ群	12.46	12.22	11.90	11.80	11.64
DPC対象病院Ⅲ群	13.35	13.00	12.60	12.24	12.02
DPC準備病院	14.95	13.82	13.26	13.12	12.68
出来高算定病院	13.74	12.95	13.78	13.71	13.69

※　施設類型毎の在院日数の平均

【表２】病床利用率

施設類型	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度
DPC対象病院Ⅰ群	81.1%	81.7%	82.4%	82.2%	82.9%
DPC対象病院Ⅱ群	85.5%	85.3%	85.3%	85.5%	85.7%
DPC対象病院Ⅲ群	79.9%	80.3%	80.4%	81.0%	81.9%
DPC準備病院	76.6%	76.1%	76.2%	78.1%	79.6%
出来高算定病院	76.6%	78.3%	77.1%	76.1%	78.1%

※　施設類型毎に退院患者数を包括払いの対象となる病床数で除した値

※　合併分割病院など年間データでの欠損が存在する医療機関は除く

先進医療の患者数は年間2万8,539人

同日の総会で、2018年度の先進医療の実績報告もあった。2018年６月30日現在で、先進医療Ａは28種類、先進医療Ｂは64種類で合計92種類。実施医療機関数は先進医療Ａが794施設、先進医療Ｂが233施設で合計936施設。これまでの全患者数は先進医療Ａが２万7,832人、先進医療Ｂが707人で合計２万8,539人となっている。

先進医療Ａで年間の実施件数が多いものをみると、◇陽子線治療（1,663件）◇重粒子線治療（1,008件）◇多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術（２万3,859件）がある。陽子線治療の自費である１件当たりの先進医療費用は271万６千円、重粒子線治療は313万４千円、多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術は65万６千円となっている。

先進医療Ｂで最も年間の実施件数が多かったのは、「Ｓ－１内服投与、シスプラチン静脈内投与及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法（腹膜播種を伴う初発の胃がん）」で、１件当たりの先進医療費用は７万９千円で58件となっている。

先進医療Ａと先進医療Ｂを合わせた総額は約285億円。うち保険外併用療養費（保険診療分）は約45億円、先進医療費用は約240億円となっている。全医療費のうち先進医療分は84.3％を占める。

オンライン資格確認を導入、医療情報化支援基金を創設

健康保険法一部改正案を通常国会に提出

政府は２月15日、健康保険法等の一部改正案（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）を閣議決定し、通常国会に提出した。施行日は一部を除き2020年４月（オンライン資格確認の導入は公布日から２年を超えない範囲内で政令で定める日。基金の創設は今年10月）。法案の概要は、以下の通り。

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）】

医療機関で医療を受ける際の被保険者資格の確認をオンラインで行えるようにする。受診の際にオンラインで資格を確認できれば、失効した保険証による過誤請求を大幅に減らすことができるほか、保険者の事務コストを削減できる。

個人番号カード（マイナンバーカード）を使って、2020年度末頃からの開始を目指す。

被保険者記号・番号は、世帯単位から被保険者・被扶養者ごとの個人単位とする。世帯単位で発行されている保険証の番号に個人を識別する２桁の番号を追加して個人単位の番号とし、保険者を異動しても資格の管理を可能とする。

オンライン資格確認の流れは、**図１**の通り。患者が個人番号カードを医療機関等に提示すると、ICカードリーダーで読み取られた個人番号カードの電子証明書が、支払基金・国保中央会の運用するオンライン資格確認等システムに送られる。電子証明書のシリアル番号と被保険者記号・番号は結びつけられており、判明した保険証の資格情報が医療機関等に戻される。

なお、プライバシー保護の観点から健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号を要求することを禁ずる。

２　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】

医療分野のICT化を支援する目的で、2019年度予算に300億円を計上し、医療情報化支援基金を今年10月に創設する。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。

基金は、社会保険診療報酬支払基金に設置され、医療機関が支払基金に申請し、支払基金が交付する（**図２**）。

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】

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。

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】

高齢者を対象とした保健事業を市町村が中心になって、介護予防と一体的に一括して実施するようにする。

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】

被扶養者の要件を見直し、原則として日本に居住していることを要件とする。留学で海外にいる家族などの場合は、例外規定を設ける。

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】

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、審査業務は存続し、審査事務局となる（**図３**）。

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】

図１　被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認等のイメージ

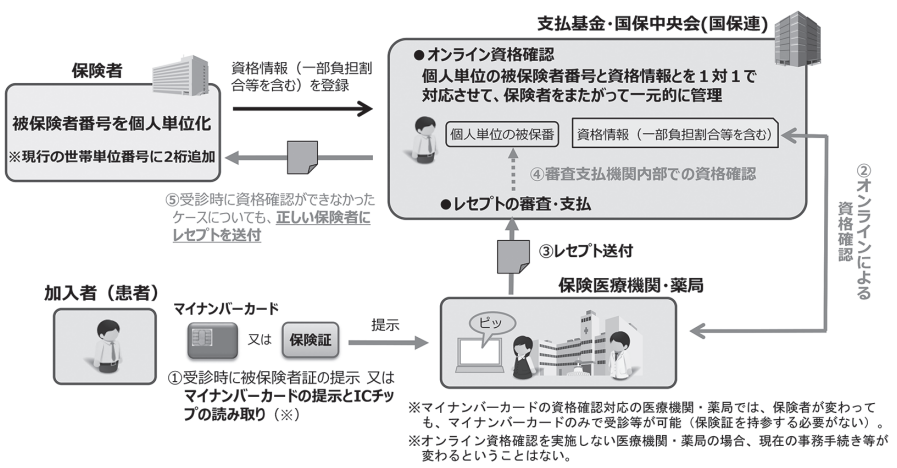


図２　医療情報化支援基金の創設

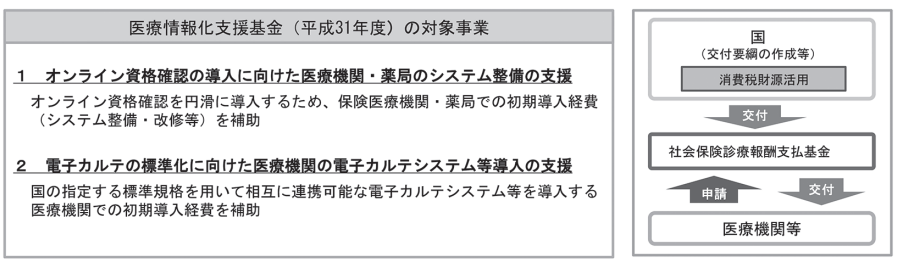
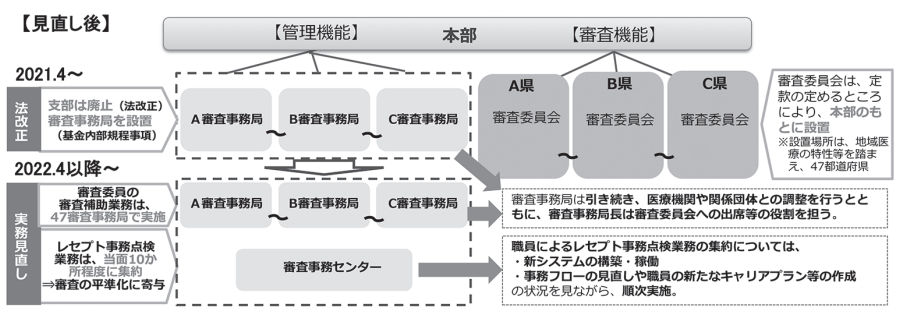


図３　審査支払機関の機能の強化（社会保険診療報酬支払基金法の改正）



妊婦加算凍結に伴い妊産婦への医療で検討会発足

厚労省・妊産婦保健医療体制検討会　診療報酬の評価は議論せず

厚生労働省は２月15日に「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」（五十嵐隆座長）の初会合を開き、妊産婦が安心できる医療提供体制や健康管理に向け、議論を始めた。１月１日に診療報酬の「妊婦加算」の算定が凍結されたことに伴うものだが、妊婦加算の評価自体は議論せず、検討結果を中医協に報告する。妊産婦へのアンケート調査などの実施を含め、月１回程度を開催し、６月頃に検討結果をまとめる予定だ。

妊婦加算は2018年度診療報酬改定で導入された。初診料で75点、再診料で38点の加算で、妊娠に配慮した診療を評価する観点で、設けた。しかし、十分な説明がないまま加算が算定された事例や、コンタクトレンズの処方など妊婦以外の患者と同様の診療を行った場合にも算定される事例などがSNSなどを通じて広がり、批判的な論調が盛り上がった。根本匠厚労相が12月14日に、算定の凍結を発表するとともに、妊産婦への医療のあり方を議論する検討会を立ち上げ、その報告を踏まえ、中医協が2020年度改定での評価のあり方を議論することになった。

同検討会では、妊婦加算を検討会発足の契機としつつも、妊産婦に対する保健・医療体制のあり方を幅広く検討する。妊産婦に対しては、近年、診療報酬や助成制度により、周産期体制の整備やハイリスク妊産婦への医療の充実を図ってきた。その一方で、出産年齢の上昇など、特に健康管理が必要な事例も増えている。妊産婦の診療に消極的な医療機関もあると指摘される。

初会合では、様々な観点から、幅広い意見が出された。

妊婦加算に関しては、「妊婦に特有のコストを誰が負担するかの議論が、妊婦加算では十分ではなかった」「加算の趣旨を理解していない医療機関があったと思う。患者からみると、配慮を受けたのかわからない場合も多い」「妊婦の特有の疾患への対応と、風邪など偶発的な疾患への対応は分けて考える必要がある。妊婦加算は偶発的な疾患に対する配慮を評価したもの」などの意見があった。

妊産婦への保健医療提供体制については、「妊娠しても自治体に届け出ない。産まれるまで医療機関にかかわらないなど、社会的なリスクを多重に抱える人がいる」など、行政や医療機関との接触がないところで、社会的なケアが必要な人をどう支援するかを検討すべきとの意見も出た。

厚労省は、妊産婦に対し医療機関の配慮が不十分と感じた経験などをきくアンケート調査を３月中に実施し、４月に公表。検討会の議論で活用する。医療機関を受診する①妊婦健康診査（36週以降）で受診した妊婦②入院中の褥婦③産後健診（産後２週間や1カ月）で受診した褥婦が対象となる。

検討会は月１回程度開催し、委員や委員外の有識者からヒアリングを実施する。５～６月に検討結果をまとめる。

介護助手の導入が有効

厚労省・介護現場革新会議　介護人材対策で攻めと守り

厚生労働省は２月14日に開かれた「介護現場革新会議」に、今後の介護人材確保等の取組みに関する骨子案を示し、その中で「介護助手」の導入が有効であるとする考えを提案した。同会議は、３月に方向性を取りまとめる予定だ。

厚労省は喫緊の課題である介護人材対策について、「攻め（新規人材確保）と守り（離職防止）の観点があり、車の両輪としてともに実施していく」と方向性を示した上で、「来年度から実施される働き方改革への対応を進めることも必要」とした。

運営モデルとして介護現場の業務の明確化と役割分担の重要性をあげるとともに、介護職員がケアに特化できる環境整備を行う観点から地域の元気高齢者を活用して、「介護助手」を導入することが有効とした。その際、配膳など周辺業務を明確に切り分けた上で任せることが必要とした。さらに介護ロボット・ICTの活用による効率化・省力化もあげた。

加えて2018年度の生産性向上事業で効率的な業務運営に取り組むことができるよう、ガイドラインを作成していることを紹介し、その活用を求めた。

こうしたことを踏まえ、会議のとりまとめに向けて、都道府県（または政令市）と関係団体が協力して、2019年度に全国数カ所でパイロット事業を実施し、全国展開につなげていくことを示した。

免疫アレルギー疾患研究10か年戦略を公表

厚労省・検討会　本態解明、社会の構築、疾患特性の3つの戦略示す

厚生労働省は１月23日、「免疫アレルギー疾患研究10か年戦略」を公表した。免疫アレルギー疾患に対し、本態解明・社会の構築・疾患特性の３つの戦略を進め、安心して生活できる社会の構築を目指すもので、2019年度から取り組みを始める。

厚労省の「免疫アレルギー疾患研究戦略検討会」が昨年12月にまとめた報告書を踏まえ、策定した。

10年後に目指すべきビジョンとして、免疫アレルギー疾患の「病態活動性や生活満足度の見える化」や「病態の見える化に基づく階層化医療および予防的・先制的医療の実現」を通じ、ライフステージに応じて安心して生活できる社会を構築することを掲げた。そのために、産学官民の連携と患者の参画に基づく取り組みを進める。

10か年戦略では、ビジョン実現に向け、①本態解明②社会の構築③疾患特性－の３つの戦略をあげた。

「本態解明」の基盤研究では、「免疫アレルギー疾患の根源的な本態解明を目指す」と目標を設定した。革新的な医療技術に基づく階層化医療および予防的・先制的医療の実現に向けて、基盤となる基礎研究・疫学研究・臨床研究を推進する。

「社会の構築」に関する横断研究では、「研究成果の社会への効果的な還元を目指す」と位置づけた。国内外の産学官民のあらゆる力を結集して国際的な研究開発を進められる仕組みづくりを進めるとともに、研究成果を患者を含む国民に対して還元することを目指す。

「疾患特性」に着目した重点研究では、「各疾患の特性に応じた予防法や治療法を、広く社会に普及させること」を目指す。ライフステージ等の疾患特性に応じた医療の適正化を進めるとともに、一部の重症免疫アレルギー疾患における『防ぎ得る死』をゼロにすることに取り組む。

サブスペシャルティ認定の基本的な考え方示す

日本専門医機構　現在90学会・領域が申請

日本専門医機構（寺本民生理事長）は２月18日の会見で、サブスペシャルティ領域専門医制度認定のための基本的な考え方を示した。寺本理事長は４月からのサブスペシャルティの正式認定に向け、現在90学会・領域から申請があることを明らかにした。９月には、新たな仕組みでの研修プログラムの募集開始ができるようにする。

機構がレビューシートを送付したのは106学会・領域で、回答があったのは90学会・領域。寺本理事長は「今回は認定要件などをみて、準備が間に合わず、見送ったのではないか」と推測した。認定では、基本的な考え方の要件を満たすとともに、関係する基本診療領域学会の承認を得る必要がある。

基本的な考え方では、サブスペシャルティの認定に当たって、「基本領域との連続性や関連性が明確であること、国民にとって、受診の目安となるような領域であって、どこに居住していても一定範囲内で診療が受けられること、そして、医療従事者にとっての共通認識が醸成されていて、医療連携に役立つ領域であることが原則」とした。

サブスペシャルティは承認を得る学会の違いで３種類にわかれる。１つ目は循環器内科など特定の基本診療領域の中で大多数を占めるもの。２つ目は、リハビリテーション科など複数の基本診療領域にまたがるもの。３つ目は緩和医療など様々な基本診療領域で構成される診療科である。

サブスペシャルティであるためには、国民にわかりやすい専門医を目指す観点から、一般に知られている必要がある。このため、常勤のサブスペシャルティ専門医が属する診療科や専門外来が、大学病院本院の一定数以上にある、または地域医療支援病院や類する病院で一定数以上あることを要件とした。

ただ、希少疾患であるなどの理由で、要件を満たせない場合は例外とする。

研修施設数・指導医数では、要件を満たす指導医のいる研修施設が全都道府県に１カ所以上あることを求める。それが満たせない場合は、地域ブロックの研修体制を確立し、３年以内に全都道府県の要件を満たす必要がある。

診療科としては、創設から10年以上経過しており、明確な基準で１回以上更新した専門医数が一定以上いることや、無試験で認定された専門医数が一定未満であることも要件となる。

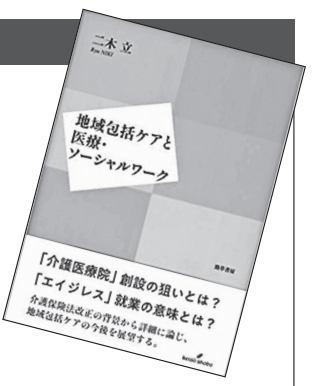
これらの認定要件は機構において、適宜見直す。認定試験も機構に承認されていることが必要だ。

来年度の専攻医8,500人超える水準

寺本理事長は、現時点での専攻医の登録状況を発表した。１次募集で8,031人、２次募集で497人を内定した。多少の異動を含め、8,500人を少し超える水準であり、今年度より微増するとの見通しを示した。３次募集を経て、最終的には３月15日に決まる予定だ。

一冊の本　book review

地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク



著者●二木　立
発行●勁草書房
定価●2,500円＋税

2017年3月まで日本福祉大学の学長を務められた二木立先生の最新作。本書では、医療・社会保障政策の動向が、様々な視点から明快に分析されており、病院経営者が国の目指す方向を見定め、病院を経営していく上での重要な指針となるだろう。経営幹部はもちろんのこと、特に「第２章　ソーシャルワークと介護人材確保」については、現場のソーシャルワーカーや介護従事者にも読んでいただきたい一冊。

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