



全日病 ニュース

2018.12.1

No.930

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

労働として扱わない医師の研鑽の考え方を示す

厚労省・医師の働き方改革検討会

病院での上司による時間管理が課題

厚生労働省は11月19日の「医師の働き方改革に関する検討会」(岩村正彦座長)に、時間外労働時間に行う医師の研鑽に関する基本的な考え方を示した。一般の労働者と同様に、使用者の強制がなければ、時間外労働には含まない。強制的有無は、客観的な基準で上司が判断するため、病院としての労働管理が重要になる。医療の特性・医師の特殊性を踏まえ、研鑽を阻害しない適切な運用が課題となりそうだ。

一般的に労働時間は、使用者の指揮命令下に置かれる時間である。命令は明示される場合も黙示による場合もある。実際には労働せずとも、労働から離れることが保障されなければ労働時間に当たる。参加することが業務上義務づけられた研修や、使用者の指示による学習も労働時間として扱われる。たとえ、労働契約や就業規則、労働

協約で個別に定めても、労働の有無は、使用者の強制的有無で、客観的に定まる。ただ、使用者の強制があるかの判断は、個別具体的に判断される。

これらは、医師にも当てはまる。しかし、医師の研鑽については、医療の特性・医師の特殊性を背景に、判断が困難で、関係者の共通認識がない状況にある。厚労省は、研鑽の類型に従い、労働の範囲に含む医師の研鑽の基本的な考え方を示した。

「診療ガイドラインの勉強」「新しい治療法や新薬の勉強」「自らが術者である手術や処置等の予習や振り返り」は、診療の準備または診療後の後処理であれば、労働時間に該当する。ただし、自由意志で、上司の指示なく行う時間は、労働時間ではない。在院していても、上司の明示・黙示の指示がないと確認される場合は、労働時間ではない。

「学会等への参加、発表準備等」「院内勉強会への参加」「本来業務とは区別された臨床研修の論文執筆等」「大学院の受験勉強」「専門医の取得・更新時の症例報告作成、講習会受講等」も、基本的には、同じ考え方である。奨励されていても強制されていなければ、労働時間ではない。

「症例経験や上司・先輩が術者である手術・処置等の機会を確保するため、当直シフト外で時間外に待機し、診療や見学を行う時間」も、上司からの指示がなければ、労働時間ではない。ただし、見学中の手伝いや、見学中の診療が常態化している場合は、見学の時間すべてが労働時間に該当する。

労働に含まれない研鑽は、通常業務と明確に切り分ける必要がある。例えば、◇勤務場所とは別の場所を設ける◇白衣を着用しないなどの対応が求め



られる。また、診療体制に含めることはできない。一方、突発的な事態が起こり、研鑽中に診療等の通常業務を行った場合には、労働時間となる。

これらの時間管理を病院がどうやって行うかの運用面の課題がある。厚労省は、病院ごとに研鑽に対する考え方や時間外労働における取扱いを書面に記し、周知することや、手続きの履行を徹底する必要があるとしている。医師が労働に該当しない研鑽を行う場合は、自ら申し出て、上司による確認を得るなどの手続きも示した。病院内で医師への厳密な時間管理が可能であるかは、委員の間で温度差があった。

勤務間インターバルの導入が必要との意見相次ぐ

厚労省・医師の働き方改革検討会

6時間以上の睡眠確保が必要

厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」(岩村正彦座長)は11月9日、医師の健康確保策を議題とした。6時間未満の睡眠が脳・心臓疾患、高ストレス・抑うつの原因になるとの研究結果を受け、委員から、◇連続勤務時間制限◇勤務間インターバル◇個別性の高い健康管理—を病院に導入すべきとの意見が相次いだ。女性医師を支援する方策も議論した。

この日は、「医師の長時間労働と健康」について順天堂大学医学部の谷川武教授からヒアリングを行った。谷川教授は、「長期間にわたる1日4~6時間以下の睡眠は、脳・心臓疾患の有病率や死亡率を高める」と指摘。「労働時間の制限よりも、睡眠時間の確保が重要」と主張した。十分な睡眠のためには、連続勤務時間制限とインターバル規制を導入することや、当直時間帯での睡眠を確保することが必要とした。

ただ、医療現場では、手術などを時間内に終わられず、制限時間を超えることも多いと考えられる。その場合は、振替休暇とセットで健康確保策を講じる措置を示した。

睡眠不足対策としては、慢性睡眠不足や不眠症、睡眠時無呼吸症候群であるかなどを確認し、疑われる場合は検

査をして判断。睡眠不足が明らかであれば、面談の上、就業制限をかける仕組みが求められるとした。

高ストレス・抑うつも睡眠不足と関連する。精神疾患を予防するためには、同じ長時間労働であっても「やらされ感」の強い「ワーカホリズム」と内発的動機づけの強い「ワークエンゲイジメント」を区別することが、特に重要と指摘した。

一方、厚労省は「現行法の産業保健等の取組みがしっかりと実施される」ことを前提とした上で、新たに①現行制度でできる取組みの徹底②新たな取組みを追加的に行う—ことを論点として示した。②については、具体的な取組みとして、◇連続勤務時間制限◇勤務間インターバル確保◇個別性の高い健康管理—をあげた。

委員からは、「睡眠時間確保のため、原則実施すべき取組みを設ける必要がある。ただ、(取組みが実施できない)例外的な状況にも対応しなければならない」、「連続勤務時間制限とインターバル規制は、時間外労働時間規制と同じくらい重要だ」、「救急医療に従事する立場からいうと、今の状況で、連続勤務時間制限とインターバル規制の導入は厳しい」などの意見が出た。

女性医師の支援策を議論

女性医師の支援策も議論された。厚労省は、◇院内保育・病児保育の整備◇専門研修で出産や育児の休暇が取得できるカリキュラム制の整備◇研修病院が女性医師の勤務環境改善の取組み状況を「見える化」◇入院診療でのICTの活用◇男性医師の育休取得率の改善—を課題にあげた。委員からは、特に病児保育に関し、病院単独で整備するのは難しいため、複数の病院と共同で整備する仕組みを求めた。

医師の勤務負担軽減策では、◇タスク・シフティング、タスク・シェアリング◇国民の医療のかかり方◇地域医療提供体制の機能分化・連携により、医師の労働時間を減らす方針も示されている。医師に対する時間外労働規制



が適用される2024年4月までに、これらを推進することで、医師の労働時間を減らし、規制が地域医療に与える影響を少なくすることを目指す。

同日の議論では、医師の労働時間のうち、手術の時間を減らすことはできないが、外来や病棟、ICUで働く時間を減らすことができるとの論点が示された。特に、病棟やICUの管理を任せられることのできる看護師の人材養成の仕組みが必要との意見が複数の委員から出された。

四病院団体協議会 賀詞交歓会(新年の集い)開催のご案内

全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の四団体は、2019年の賀詞交歓会(新年の集い)を、下記の要領で開催します。

日 時●2019年1月11日(金) 午後5時30分~午後7時30分
(受付開始 午後4時30分)

会 場●パレスホテル東京 2F「葵」

会 費●1名様につき1万円(当日受付にて申し受けます)

※ご来場の際は、お名刺2枚をご用意ください。

問い合わせ先 公益社団法人 日本精神科病院協会

TEL 03-5232-3311 FAX 03-5232-3309

清 話 抄

民間救急車による 救急搬送活動

先日、友人が新しい病院を作り、お披露目を兼ねた勉強会に行きました。八王子地区では病院でグループを組み、介護施設、開業医、訪問看護から

の病院搬送など搬送先病院を救急要請者が探せるケースは、民間病院の救急車で希望病院に搬送し、消防救急車の業務負担軽減を図っているそうです。

現在この地区で救急車を出しているのはM病院だけですが、多くの救急患者様がM病院の民間救急車で搬送され、その68%がM病院を含む医療法人E会以外の病院に搬入されています。このような試みは、町田市、葛飾区、江戸川区などでも始まっているそうです。

私が子供のころ、50年余り前は、赤穂市でも赤穂中央病院(当時は古城病院)の救急車が赤穂市民病院の救急車とともに市内の救急搬送を担っていました。

その後、消防救急車が盛んになり、病院救急車は自院の患者様の転院や介護施設への転送にしか使われなくなりました。しかし八王子の取り組みを見ると、そろそろ消防救急も制度疲労を起し始めたのかもしれない。

かつて飛脚や馬喰が運んでいた信書

や荷物を郵便局や国鉄が担うようになり、やがてその業務は民間に移行、郵便局は民営化され、宅配便が発達しました。鉄道も、製鉄も、発電も、ガスも、電話も最初は民間が始め、整備が急務の時は国が担い、成熟すると再度民間が行っています。

そういえば、最近は病院所有のドクターカーもよく見かけますね。行政が行う救急車運営も曲がり角なのかもしれません。

(古城資久)

主張

病院の適正利益水準を考える

診療報酬改定の基礎資料として医療経済実態調査が実施されている。その際、損益差額率の経年変化で、値が上昇したか下落したかにより診療報酬が決定される。私は、病院が健全経営を維持していくために必要な利益水準を算出し、そこから逆に改定率及び各診療報酬点数を決めていくべきではないかと考えている。医療施設や介護事業所において利益率が高いところから切られていくという状況は、改めて検討

の余地があるのではないだろうか。実際の病院の経営においては、キャッシュフローが重要であり、資金繰りが立ち行かなくなると事業継続が困難になる。キャッシュフローから見た場合、銀行からの借入金返済のために「年間借入金返済額-年間減価償却額」が最低限必要になる。これに加えて、ビルメンテナンスコスト、建替え費用もかかる。さらに、災害等の不測の事態への備えや、生産性向上のため

のICT投資、経済成長を受けたインフレ上昇分等の資金も織り込む必要がある。医療費抑制が求められる中で、拡大再生産は難しいと思うが、地域医療を守るための単純再生産は維持しなければならないのではないだろうか。この点、病院の場合、収入は診療報酬という公定価格で規定されており、コスト面も人員基準や床面積等の施設基準で削減努力には限りがある。また、新たに病院や介護施設を開設しようにも、医療計画や介護保険事業計画の制約から自由にできるわけではない。このため、健全な利益水準から診療報酬を改定すべきと考えるのである。具体的には、地域別・病床機能別・規模別・

経営主体別に必要なキャッシュフローから「適正利益水準」を求め、それを確保するために必要な診療報酬を導き出すべきであろう。「病院のあり方に関する報告書2015-2016」でも、望ましい診療報酬として6つの要件を挙げており、その一つとして「診療に係る技術料、材料費、薬剤費等のランニングコストと、建物の初期費用、維持管理に要するコストを反映する」ことを求めている。私は、持続可能な医療制度を堅持していくには、診療報酬改定に際して「適正利益水準」という考え方を取り入れるべきだと主張したい。(安藤高夫)

NDBと介護DBを連結したデータを第三者提供

厚労省・医療・介護データ等解析基盤有識者会議 次期通常国会で法改正

厚生労働省の「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」(遠藤久夫座長)は11月15日、報告書をまとめた。NDB(ナショナル・データ・ベース)と介護DBを連結し、第三者に提供する仕組みなどを高齢者医療確保法など法律に位置づけ、2020年度からの実施を目指す。近く社会保障審議会医療保険部会・介護保険部会に報告した上で、次期通常国会に法案を提出する予定だ。

地域包括ケアシステムの構築に向け、医療・介護の「見える化」への取組み

が進む中で、様々な主体がデータを活用できるようにするため、法的位置づけを明確にする。NDBは都道府県の医療費適正化計画の策定などのために、レセプトと特定健診のデータを収集する本来目的があるが、第三者提供については、法的な位置づけがないため、あわせて法改正を行う。

第三者提供に当たっては、民間を含めた幅広い主体がデータを活用できる規定を整備する。法律成立後に、2020年度からの実施を目指し、ガイドラインの策定など細部の運用を詰める必要

がある。第三者提供の手続きや審査体制のあり方、データセットやオンラインリサーチセンター、定型的にデータを整理したオープンデータの取扱いなどの運用面の課題がある。

費用負担の問題も整理

第三者提供した場合の費用は、「個々の第三者提供に要する作業等に応じた費用負担を利用者から求めることを可能とするべき」とした。利用目的の公益性などを勘案し、費用を軽減する仕組みも検討する。他の保健医療分野の



公的データベースとの連結を想定した論点も整理した。なお、NDBと介護DBのレセプトなどのデータは、匿名化を施し、個人情報ではない形で格納されている。ただし、他の情報と照合して、個人が特定されることがないように、対応を図っている。

改革工程表や当面の医療保険関連の課題を協議

社保審・医療保険部会 75歳以上の窓口負担引上げで賛否

社会保障審議会の医療保険部会(遠藤久夫部会長)は11月14日、今年度中にまとめる新たな経済・財政再生計画改革工程表における医療保険関係の検討項目を協議した。また、保険者機能の発揮のための基盤強化に向け、当面対応が必要な課題が示された。

厚生労働省は、経済財政諮問会議の経済・財政一体改革推進委員会の社会保障ワーキンググループに提出した資料を説明し、委員から意見を聞いた。資料では、医療保険部会で議論している◇外来受診時の定額負担◇後期高齢者の窓口負担◇薬剤自己負担◇金融資産を勘案した負担一の検討状況のほか、データヘルス改革の推進や病床の

ダウンサイジング支援の追加的方策、地域独自の診療報酬のあり方、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づく取組み、後発医薬品の使用促進などの論点が示されている。

健康保険組合連合会の委員は「高齢者医療費の負担構造を見直してほしい」と要望。全国健康保険協会の委員は75歳以上の高齢者の窓口負担の2割への引上げを求めた。これに対し、日本医師会の委員は「年金生活者のこれ以上の負担は難しい」と述べ、後期高齢者の窓口負担引上げに反対した。

また、出入国管理法の改正に関連し、健康保険の適用条件の在外被扶養者の厳格化について質問が出た。

厚生労働省は、「報道にあるように、政府として健康保険の被扶養認定について、国内に居住していることを要件にすることを固めた事実はない」と説明。その上で、「在外被扶養者の適用の問題は今回の出管法の改正にかかわらず、我が国のグローバル化の進展に伴う健康保険制度が従来から直面している課題だ。与党の議論を踏まえながら、対応を検討していく」と述べた。

一方、保険者機能の発揮のための基盤強化に向け、当面対応が必要な課題として、①NDBと介護DB情報の連結②高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施③社会保険診療報酬支払基金の改革一を説明した。これら3点につ



いては現在、次期通常国会への法案提出に向けて検討している。このうち、支払基金改革により、今年6月の規制改革実施計画では、支部の最大限の集約化・統合化の実現や審査の一元化に向けた体制の整備などを求めている。支部の集約化については、9支部で実施した支部機能集約による審査業務への影響などの実証テストの検証結果を踏まえ、法案を提出することになっている。

患者の賢い医療の選択に向けヒアリング

厚労省・上手な医療のかかり方懇談会 厚労省はこれまでの議論を整理

厚生労働省の上手な医療のかかり方を広めるための懇談会(渋谷健司座長)は11月12日、医療関係者の取組みについてヒアリングを実施した。ヒアリングでは、患者が賢い選択をすることで、有限な医療資源を有効に使うためのアイデアが示された。また、厚労省が「これまでの議論の整理と方向性」の案を示した。

臨床研修病院群プロジェクト群星沖繩臨床研修センターの徳田安春センター長は、総合診療医としての取組みを紹介。2012年に米国で始まった学会主導の医療の選択キャンペーン運動に参加し、地域で、患者向けのパンフレット作成などに取り組んでいる。「兆候のない成人患者に、PET-CTや腫瘍マーカーによるがんスクリーニングをやらないこと」を呼びかけるなど具体例を示した。

日本医師会の今村聡副会長は、医療保険財政の持続可能性を高めることへの理解を得るために、厚労省と文部科学省による啓発と教育の必要性を強調した。さらに、「まず、国民はかかりつけ医を持つことが大切で、風邪で大規模病院を受診することは、大規模病院と患者ともに幸せなことではない」と述べ、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護の提供の構築を強調した。

健康保険組合連合会の河本滋史常務理事は、保険者として、加入員への上手な医療のかかり方を周知しているとした。具体的には、◇時間外・深夜・休日受診の不要不急な医療の抑制◇かかりつけ医を持つことの推奨◇重複受診の防止◇小児救急電話相談や救急相談センターの紹介など医療関連情報の提供一などを示した。

一方、厚生労働省は「これまでの議論の整理と方向性」の案を示した。前回までの2回の議論をまとめている。

小児医療については、患者・国民が不安を感じないように適切な情報を周知していくことが大事で、「困ったときに相談に乗ってくれる機能が医療機関内外に必要である」とした。現状でも子ども医療電話相談事業(#8000)がある。

だが、知らない人も多く、「既存の相談の仕組みを周知することからはじめるべきではないか」とした。その際に、電話番号だけでなく、スマートフォンなどにインストールするアプリなどの活用も指摘した。

医療情報まとめサイトの創設については、「まずは救急・小児の分野から着手し、順次他の分野の情報の充実を図る」ことを提案した。サイトには、



医療機関に関する情報も掲載し、どういう症状のときにどの医療機関にかかるべきか判断できる仕組みを整えようとしている。サイトだけでなく、マスメディアやパンフレット・リーフレットといった多様なツールを活用し、継続的な広報を実施する方針も示した。また、「医療者が大変だから受診抑制します、という発言の仕方では、国民の理解は得られないという意見」を踏まえ、救急医療などでの医師の働き方の現状を周知しつつ、あくまでも患者・国民のための取組みであることの周知が必要とした。

在宅医療の充実に向けて議論を整理

厚労省・在宅医療及び医療・介護連携WG

都道府県が市町村を支援

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(WG、田中滋座長)は11月12日、在宅医療の充実に向けた議論の整理を了承した。在宅医療の需要増が想定される中で、地域で在宅医療を受けられる体制整備に向け、都道府県が市町村を支援する仕組みや住民への普及・啓発の方針などをまとめた。年内に都道府県に通知する予定だ。

在宅医療のニーズがあっても、在宅医療を受けられる体制がなく、ニーズが満たせない地域がある。今後は、高齢化で在宅医療の需要はさらに増大し、医療機能の分化・連携が進めば、医療の必要性が低い患者が病院から在宅に移行する追加的な需要増も生じる(30万人程度を想定)。

都道府県は、在宅医療提供体制の目標を含め、医療計画を策定している。6年計画の第7次医療計画が今年度から始まったが、在宅医療提供体制については、診療報酬・介護報酬同時改定

があったことに加え、介護医療院が創設され、需要を正確に見込むことが難しかった。このため、定量的で具体的な目標は、2020年度の間見直しに盛り込むことを考えている都道府県も少なくない。

議論の整理は、このような状況を踏まえ、中間見直しの2020年度を念頭に、現状を把握し、速やかな対策が必要な事項については、すぐに実施されるよう、都道府県が市町村を支援する仕組みなどをまとめたものとなっている。その際に、介護保険事業計画との整合性を図る必要のある事項も記載し、確認を求めている。

中間見直しで数値目標の設定求める

都道府県に求める事項としては、6項目を設けた。①第7次医療計画の改善②都道府県全体の体制整備③取組み状況の見える化(データ分析)④各種ルールの整備⑤人材の確保・育成⑥住民への普及・啓発一である。

第7次医療計画の改善では、今年度から始まった医療計画に、定量的な目標を盛り込まなかった府県があるため、中間見直しでは、訪問診療を実施する診療所・病院数の数値目標などを設けることを要請している。都道府県の体制整備では、本庁の医療政策部局と介護保険担当部局の連携と役割分担の明確化が必要とした。市町村が実施する在宅医療・看護連携推進事業を推進する上で、都道府県の支援が重要であることも強調している。

データ分析は、都道府県・二次医療圏単位だけでは不十分であり、市町村単位のデータを集める必要性を指摘し、KDB(国保データベース)の活用を促した。各種ルールは、◇入退院支援ルールの策定◇後方支援病院等との連携ルールの策定◇急変時の患者情報共有ルールの策定が課題となっている。在宅医療圏ごとに、これらのルールを決めることを都道府県が支援することを明記した。



人材の確保・育成では、国が実施する在宅医療講師人材養成事業の修了者や地域医療総合確保基金を活用した研修の実施を促した。多職種連携に関する会議の開催による課題の共有にも触れた。住民への普及・啓発では、特にACP(アドバンス・ケア・プランニング)を例示し、人生の最終段階の医療・ケアの意思決定支援に関する普及・啓発を住民に行うことを求めた。

全日病副会長の織田正道委員は、「多くの人が中小病院を含めたかかりつけ医を持つことが、患者が望む人生最終段階の医療・ケアを受けられる体制づくりに重要となる。そうすれば、急変時の対応と看取りが整理され、在宅医療における日常の療養支援から看取りへの移行が自然に行われるようになるだろう」と、かかりつけ医の意義を強調した。

外国人患者を受け入れる医療機関を都道府県が選定

厚労省・訪日外国人旅行者等医療提供検討会

厚労省が結果をまとめ公表

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11月14日、都道府県が外国人患者を受け入れる医療機関を選定し、公表する仕組みを設けることで合意した。医療機関は「重症例を受入可能な医療機関」と「軽症例を受入可能な医療機関」に分ける。選定する医療機関の数は、訪日・在留外国人の数が地域により異なるため、基本的には、都道府県の判断とする。選定された医療機関は厚労省がまとめて、わかりやすい形で公表する。

外国人患者を受け入れる医療機関については、認証制度を含め、これまで関係省庁や団体が個別に選定し、公表してきた。しかし、情報が一元化されておらず、わかりづらいつの指摘が少なくなかった。取組み姿勢にも差があり、政府が観光先進国の実現を目指す中で、医療機関や自治体だけでなく、外国人患者、観光・宿泊事業者、地域の住民にもわかりやすい形で、情報提供する仕組みを作ることにした。

具体的には、都道府県が「外国人患者の受入拠点となる医療機関」を選定し、厚労省に報告する。病院、医科・

歯科診療所が対象になる。選定する医療機関数は都道府県の判断となるが、厚労省は今年6月の都道府県衛生部長会議で、「都道府県ごとに重症例を受入可能な医療機関を一カ所以上選定」、「外国人観光客が多い二次医療圏では、軽症例の受入可能な医療機関を選定」するとの考えを示している。

選定される医療機関の基準案では、都道府県単位の「重症例を受入可能な医療機関」の場合、医療計画における二次以上の救急医療機関としている。二次医療圏単位の「軽症例を受入可能な医療機関」の場合、選定を求める医療圏は、①ラグビーW杯またはオリンピック・パラリンピックの開催地を含む医療圏②訪日外国人観光客の多い医療圏③在留外国人の多い医療圏④その他、都道府県が指定する医療圏一としている。

都道府県が選定した医療機関は、厚労省がまとめ、各医療機関の体制や認証を取得情報などもあわせて提供する。例えば、日本医療教育財団の外国人患者受入医療機関認証制度(JMIP)は、在留・訪日外国人に安心・安全な医療を提供するための環境を整備した医療

機関を認証している(現在48医療機関)、メディカル・エクセレンス・ジャパン(MEJ)は、医療ビザで日本の医療を受けることを目的に来日する外国人患者に向けた医療機関を推奨している(現在45医療機関)。

また、観光庁は1,255医療機関を日本政府観光局のホームページを通して情報発信しているほか、厚労省は111病院に対して、「外国人患者受入環境整備推進事業」により、医療通訳者・コーディネーターの配置や、院内体制整備を行っている医療機関に財政支援を行っている。

同日の議論では、委員から都道府県の選定を受けることのインセンティブを設ける必要があるとの意見が相次いだ。これに関し、厚労省は「外国人患者受入環境整備推進事業」などに参加することによる財政支援がインセンティブになるとの考えを示し、来年度予算案の概算要求にも盛り込んでいる。

年度内に6項目の課題を検討

同検討会は同日が初会合。座長には、遠藤弘良・聖路加国際大学大学院公衆衛生学専攻科長が互選された。



厚労省は同検討会の検討項目として、①医療機関の整備方針②医療機関向けマニュアル、都道府県向けマニュアル③自由診療における診療価格④医療通訳者の養成・確保・配置⑤医療通訳・ICTの役割分担⑥医療コーディネーターを提示。年度内に結論を出すことを求めた。健康・医療戦略推進本部がまとめた総合対策のうち、厚労省で検討する必要のある事項を同検討会で議論することになっている。

日本医療法人協会副会長の小森直之委員は、「働き方改革の推進などで、医療現場は日本人だけで手一杯になっている。日本人よりも手間がかかる外国人が増えることは、中小病院にとって、負担が大きい」と配慮を求めた。また、「二次救急を受けて、三次救急に送ると、費用の回収が遅れる問題がある。カード決済も現金中心の中小病院にとっては、経営を揺るがす問題になり得る」と費用徴収における課題も指摘した。

医療経済実態調査の実施案を了承

中医協・調査実施小委員会

医療機関に比較可能な経営指標示す

中医協の調査実施小委員会(野口晴子小委員長)は11月14日、次期診療報酬改定の重要資料となる医療経済実態調査の実施案を了承した。全国の病院や診療所などに、来年5月末に調査票を配布。7月末に回収後、集計を行い、来年11月中の中医協に報告できるよう作業を進める。

調査対象時期は2019年3月末までに終了する直近2事業年(度)。抽出率は、病院が3分の1、特定機能病院・歯科大学病院・子ども病院はすべてを対象とする。

有効回答率を上げる工夫では、回答結果を一般的な経営指標で、全体の結果と自院を比較できる「見える化」を行うことで、回答のインセンティブを

高める。記入の負担軽減のため、電子調査票の利用も促進する。病院団体などへの協力依頼も引き続き実施するとした。調査項目は、費用の中で消費税課税対象部分を詳しく把握できるよう見直す。

来年10月の薬価・材料改定で一致

同日の薬価専門部会・保険医療材料専門部会は、来年10月の消費税引上げに伴う医薬品と保険医療材料の価格改定の時期について議論し、「実勢価格改定と消費税引上げ相当分の転嫁を同時に行うことが自然である」との認識で一致した。

ただし、価格改定の時期は、今後の予算編成過程で決定する。財政健全化

を目指した社会保障費の伸びを圧縮させる財源となるため、今後の動向が注目される。来年4月と10月、再来年4月と半年ごとに3回、価格改定が行われる可能性もまだ残っている。

来年10月の価格改定は、「2020年4月には、通常の診療報酬改定が控えており、今回は、通常の価格改定とは異なる臨時的なもの」と位置づけている。薬価等の毎年改定が前倒しで実施されるようにも見えるが、毎年改定の仕組みは今後改めて議論するとの整理だ。

このため、改定ルールの適用に当たっては、次のような対応を図る方針となった。◇消費税引上げ分の上乗せでは、2014年度の算定式に準じる◇適用する各算定ルールの対象品目等は、



要件が外れることが明らかなものを除き、2018年度改定の状態を継続することを基本とする◇新薬創出・適応外薬解消等促進加算の加算は維持する。2018年度改定以降に後発医薬品が収載されるなどして、対象から外れた品目は、加算の対象としない。

来年度の対応は消費税引上げに伴う臨時的な対応であるため、限定的な対応とし、通常改定とは、ルールを切り分けた形だ。

続報・全日本病院学会 in 東京 10月6～7日に東京・台場で開かれた全日病学会の続報として、委員会企画の内容を4面～6面で紹介します。

病院事務長研修および看護部門長研修の成果

医療従事者委員会

医療従事者委員会委員長 井上健一郎

医療従事者委員会では事務長研修、看護部門長研修を行っている。それぞれのべ20日、9日の研修を行い、各人の病院の経営改善をテーマにディスカッションし最終日には研修のまとめとなる共通課題の解決方法をグループごとに集約し発表をしてもらっている。

せっかく計画を立てて実行したのだから、それがどのようにうまくいったのか、あるいはうまくいかなかったのか、うまくいかなかったのであれば、その原因は何か皆で議論しようということでフォローアップ研修会が行われている。フォローアップ研修では事務、看護でそれぞれ数グループに分かれて発表をもらうが、特徴的なことは、事務、看護が混じって発表し、お互い

に議論をするという形で開催していることである。共通する論点もあれば、職種特有の問題もあるが、違う立場でみることで反ってお互いの理解が深まるということ为好評であった。

今回の全日本病院学会in東京では、フォローアップ研修の発表演題の中から、さらに代表演題ということでそれぞれ1演題ずつを発表してもらった。

当日は約100名の方が参加され、池上直己教授(聖路加国際大学教授)、萩原正英氏(株日本経営支援センター代表取締役社長)のコメントをいただきながら活発な質疑応答が行われた。それぞれの部門の発表者からのコメントを記して、当企画の総括としたい。

【代表発表2題の演者の感想】

○事務部門；社会医療法人祐愛会

織田病院 村吉英樹

事務長研修では、様々なカリキュラムで多くの学びがあり、今後、私自身の業務に活かせる刺激ある研修だった。中でも、最も有意義だったのが研修生48人を出し合った約3,000の課題から8つを選定し、8チームに編成されたメンバーで共通課題としてそれぞれの

病院で解決に向けて取り組むという研修だった。課題解決のため、文献やインターネットから情報を収集し、研修で得た様々な手法を用いて分析することやアンケート調査による同期生病院の意見を確かめることなど、今後、様々な取り組みを実施するうえでこれらが重要であることが理解できた。また、チーム内のメンバーとの情報交換においても、それぞれの役割や進捗状況を定期的に確認することの大切さも知ることができた。

一番重要なことは、何事にも取り組むうえで情熱を持って行動に移すことだと実感した。今後も、この経験と学び、そして全国にできたネットワークを活かし、情熱を持って行動したい。また、そういう職場の風土を作っていきたい。

○看護部門；

社会医療法人社団新都市医療研究会

[関越]会 関越病院 下地成子

看護管理者は、看護師不足・定着率問題を解決するために、問題解決能力やコミュニケーション能力の強化が求められ、また多職種協働の推進を行い病院経営健全化に看護の専門性を発揮



し、主導的役割を果たしていくことが重要と言える。組織改革を推進し、その役割発揮ためには、医療制度改革や病院の経営的側面の理解と経営管理力の向上が必要ということを学んだ。

今回、計画立案、実践、成果を発表する機会を頂き、学習したことを現場で実践し、またその結果発表の評価やアドバイスを頂く、PDCAサイクルを回すことが出来た。期限が決まっているため、必ず結果を出す、そしてそれを人へ分かりやすく簡潔にまとめて伝える、グループ内の共通テーマに一貫性を持たせ繋がりを大事にする、論点の理解を深めることにも気づくことができた。その中でも、「同じ問題意識を持つ仲間との討論」「漠然とした問題の整理」「問題の本質は何か」この3つを深く考え、その思考のプロセスについては自分自身を成長させるような教育的な側面があったと言える。



地域包括ケアの中で、近未来へ投資せよ

看護師特定行為研修委員会

看護師特定行為研修委員会委員長 神野正博

学会2日目の午前看護師特定行為研修委員会企画による「地域包括ケアを担う中小病院が看護師特定行為研修を実施するわけ」を開催した。

まず、推進する行政の立場で島田陽子氏(厚生労働省医政局看護課課長)から、社会構造の変化の中で特定行為研修を修了した看護師に期待することとして、急性期、回復期、慢性期、在宅といった、いかなる環境においても地域包括ケアの担い手としての役割をあげ、そのために指定研修機関、指導者講習、さらには診療報酬上の評価など体制整備を実施するとした。

それを受けて、まさに地域包括ケアを担う中小病院として指定研修機関となった3病院(地方の2病院、都会の1病院)からそれぞれの導入戦略としての意義を紹介、その後、ディスカッ

ションとなった。

福岡県の横倉義典氏(社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院病院長)は、人口減少下における地方の地域医療構想の中で、医療レベルの向上は生き残りのための一つの道とし、地方においての卒後教育、経営者、チーム医療における同僚という視点で有用性をまとめた。特に、地域で働く同僚が理解し、正確性を担保し、責任感を持つ体制を醸成する、この教育研修を自院の中で行うことの意義を訴えた。さらには、この研修を通して手順の標準化を図れば、地域に拡張、ネットワーク化することができ、地域の医療レベルの向上を図ることができるとした。

同じく地方の病院の立場から、山形県の柴田聡氏(社会医療法人青嵐会本荘第一病院診療部長)は、地方におい

ては状況に応じて医療職に求められる役割は異なってくるとして、ポリバレントプレーヤー(複数のポジションをこなせる選手)が必要であるとし、ポリバレントドクターとして総合医、ポリバレントナースとして特定行為研修修了看護師の養成が必要とした。その教育の負担を近未来の投資と位置付け、指導者にもやりがいと誇りを持てるような体制づくりが重要とした。

看護師の流動性が高い都市部の高橋素子氏(医療法人財団慈生会野村病院副院長兼看護部長)は、中小病院においても看護師が求める職場環境は「研修が充実していること」だとし、あらゆる場で全国標準を目指し、教育環境を整備する必要性を訴えた。特に、特定行為研修の中でも臨床推論を看護師が養成機関で習ってこなかった卒後教育



と位置付け進めているとした。

その後のディスカッションを通して、中小病院であってもこの研修の研修機関となるための手続的なハードルはeラーニングの導入や厚生局の指導で、高くないことを確認した。それ以上に研修機関となることは、単なる看護師の研修というよりは、地域包括ケアの中での経営戦略に他ならないことを確認した。また、訪問部門や介護保険施設での特定行為研修修了看護師が少ないことに関しては、無理な施策を講じることよりも看護師のキャリアパスの中での移行の可能性が現実的解決策として示唆された。

成熟した社会が病院機能評価に求めるもの

病院機能評価委員会

病院機能評価委員会委員長 木村 厚

1997年に運用が開始された日本医療機能評価機構による病院機能評価事業も、評価方法、評価項目が年を追うごとに改定され、現在は第3世代となり2018年4月から3rdG:Ver.2.0が運用されている。当初は、医療界においても周知されていなかったが、現在では少なくとも病院関係者には知られるようになった。今後、広報活動を進め、一般の人に知られるようになれば、患者が病院選定の際の参考とするなど、認定の価値が上がると考えている。

成熟した社会は病院機能評価に何を求めるのであろうか、また、どのように応えていかなければならないのだろうか。3人の方に講演をお願いし、その後フロアのご意見も頂いた。

まず、日本医療機能評価機構専務理事、全日本病院協会病院機能評価委員会特別委員、東邦大学医学部社会医学

講座教授の長谷川友紀先生から「成熟社会において病院は機能評価をどのように役立てるべきか」というテーマで講演頂いた。

病院機能評価の概要は、病院の改善支援のために、評価調査者(サーベイヤー)が、所定の評価項目に沿って評価し、一定の水準に達していると認められた場合に「認定証」を交付(有効期間5年間)することである。問題点だけでなく優れている点、工夫している点も評価することで、病院の改善の意欲を高める効果を期待する。

その後、病院機能評価の概要について詳しく説明された。最後に病院機能評価は社会と病院との対話であり、成熟社会において重要性はますます増大すると締めくくられた。

続いて、日本看護協会会長の福井トシ子さんに「病院機能評価認定病院に

おける看護の価値」という題でご講演頂いた。看護職は丁寧に対応し、見守る役割があり、患者の安全を守るために必要とされている。看護師の専門性を患者があまり語ってなくても、看護師の存在は、患者に当然視されている。従って当然提供されるべきサービスが提供されないと、重大な不満や組織内葛藤が生じる。特別な満足ではなく、何も起きていないということが、患者の期待に込めている。看護職の仕事は潜在的な期待といえる。

更に、病院機能評価認定病院における看護の価値について述べられた。看護職はサービス提供のフロントラインであり、病院機能評価認定は、安全の質とサービス提供の質に貢献している。認定病院であるということは、患者が持つ看護職への潜在的な期待に込めているので、看護職への潜在的な期待は、

患者にとってなくてはならない看護の価値であると述べられた。

最後に全日病病院評価委員会委員である白岡中央総合病院事務長の朝見浩一さんに「病院機能評価を用いた質改善活動の進め方」の題で講演頂いた。

安心・安全で納得できる質の高い医療を提供し、適切な情報に基づき、患者自身が納得して主体的に医療を選択できる医療環境を整えていくことが求められている。組織として「医療の質」と「経営の質」向上の両立が必要であり、目標である。

であるならば、病院機能評価項目をツールとして活用し、指標やベンチマークデータを収集・分析することにより、良い結果や成果を改善事例として作成し、多くの病院で共有して普及させる試みが重要であると指摘。病院同士が全日本病院協会のような団体を通じて手を取り合い、質改善活動につなげていきたい、と述べた。

その後、フロアからいくつかのご質問を頂き、講師が応えてお開きとなった。

続報・全日本病院学会 in 東京

「地域包括ケアシステム」構築推進に向けた対応

病院のあり方委員会

病院のあり方委員会委員長 徳田禎久

「病院のあり方委員会」企画のシンポジウムでは、「地域包括ケアシステム」の持つ意味を再確認し、現在推進中の2地区(都市型 群馬/伊勢崎市・地方型 北海道/足寄町)の取り組みを全日病版共通フォーマットで対比し、異なる地域特性を持つ場合においても進捗評価を行う指標として適当かどうかを議論した。

全日病版共通フォーマットは、次のような項目から構成されている。

①地域の特性:人口/高齢化率/産業・文化の特徴/主要な医療・介護・福祉サービス 提供主体/これまでの連携の状況/情報共有の仕組み/行政のリーダーシップ

②主要な課題:住民-高齢化、健康意識、健康状況/コミュニティーの崩壊

等 提供主体の連携-特定のサービス提供の有無・情報の共有の仕組み・場の問題・リーダーシップ(呼びかけ人)の有無 結果評価・定着の仕組み

③取り組みの実際:重点は自助・互助・共助・公助のいずれか/主要な参加プレーヤー/経時推移/問題認識の共有から計画策定・実施/評価と定着/二次的な効果など

④教訓:他地域で利用可能な教訓等/今後の持続可能性に関する課題等

両地域の分析から共通フォーマットが有用であることが確認でき追加すべき項目も挙げられなかったが、2地区の実際の取り組みの経過には地域特性による大きな差があった。

伊勢崎市の場合、その取り組みは医療介護現場で危機感を持つ医師がまず

周囲を巻き込んで一定の組織づくりを行う中で、行政にその経過を示し理解させ徐々に大きなシステムに発展してきているというものであった。

一方、足寄町の場合も、きっかけは新しく赴任した町立病院院長が小さな町では早急に医療介護連携を行うことが必須であることを痛感して行動を起こしたのもだったが、早々に首長にシステム構築を具申し、理解した首長が他地域で先進的取り組みを行っている事業所から担当者を借り受けるという素早い行動をとったことで、一気に町ぐるみでのシステムづくりが実践できたという特徴があった。

両地域におけるシステムづくりに共通していたのが、共有すべき情報が何どのように行うのが効果的か考える

場面で、現場にいるものの判断を優先し、その推進に対して医師や行政が支援しているという点である。と同時に、関係者や住民への啓発活動も地道に行ってきた賛同を得ている点である。

現在、全国の「地域包括ケアシステム」の実情を確認すると大変遅れていることが判明しており、国は早急な取り組み開始のための施策を打ち出しているが、行政主導では現場感のない取り組みになる危惧があり、医師会や病院協会の関与が重要であることは会場からの意見としても挙げられた。

全日病会員は、医療介護複合体としての取り組みを行っていることが多く、医療介護連携を如何に行うべきかを提言でき、地域住民は何を望んでいるかを知る機会も多いことから、本システム構築に積極的に係わるべきであり、猪口会長も強くそれを望んでいる。

「病院のあり方委員会」では、年度中に会員向けの指南書を作成し配布したいと考えている。

第3期特定健診・特定保健指導の特徴

人間ドック委員会

人間ドック委員会委員長 西 昂

学会1日目の午後に行われた人間ドック委員会のセッションでは、「医療職のためのこれからの特定保健指導」をテーマに株式会社ミナケア代表取締役の山本雄士氏より講演をいただいた。

特定健診・特定保健指導制度は、医療保険者が実施主体であり、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて実施される。40～75歳の加入者が対象だ。2008年度から始まった同制度は、今年4月から3期目の計画期間に入った。

山本氏は、第3期計画の変更点を説明した。

2018年度から、特定保健指導の運用ルールが緩和され、実績評価期間はこれまでの6か月から3か月でもよいことになった。また、初回面接と実績評価の同一機関の要件は廃止になった。

特徴としてあげられるのは、積極的支援の対象者に柔軟な運用を認めるモ

デル実施が始まったことだ。保健指導の投入量ではなく、3か月後に腹囲や体重が改善しているかどうかを評価するもので、「成果が出ていればやるとみなす仕組み」(山本氏)。

山本氏は、2013年の日本再興戦略に国民の健康寿命の延伸が盛り込まれたことをきっかけに職場における健康づくりの機運が高まったことを説明し、「医療におけるプレイヤーとしての保険者の役割が高まってきた」と指摘。健康経営という言葉も生まれ、従業員の健康づくりに積極的な企業も増えている。

第3期の特定健診・保健指導では、保険者に対する予防・健康づくりを促すためのインセンティブ指標が強化された。特定健診・保健指導の実施率やメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少、がん検診や歯科検診の

実施や要医療の者への受診勧奨、糖尿病の重症化予防の実施などが指標として盛り込まれた。また、加入者の適正受診を促す情報提供や後発医薬品の使用促進の取組みも指標に取り込まれている。

インセンティブ指標の達成状況によって、保険者の後期高齢者医療支援金が加算・減算される仕組みで、2020年には最大10%の幅に拡大する予定だ。インセンティブ指標を達成することで支援金の負担を減らすことができるわけで、保険者も真剣だ。インセンティブ指標に対応できる健診機関を選ぼうとしている。

保険者が作成するデータヘルズ計画は、今年度から第2期に入った(計画期間は6年)。これは、健診結果とレセプトのデータを分析して有効活用することで加入者の健康づくりに役立て

ようというもの。健診結果とレセプトのデータを突き合わせることで、例えば健診でリスクがみつかったのに放置している人などを確認できる。

職場の健康づくりを進めるにあたっては、保険者と事業主が足並みをそろえることが大事だ。保険者と事業主の連携をコラボヘルスというが、企業の取組みを後押ししているのが健康経営である。東京証券取引所では、従業員の健康づくりに積極的な企業を健康経営銘柄に選定している。また、日本健康会議による健康経営優良法人の認定も始まっている。

企業や保険者は、健康寿命の延伸に向けた取組みを始めており、医療機関も対応する必要があるだろう。



東京学会の点描



続報・全日本病院学会 in 東京

病院の消費税問題をどう解決するか

医業経営・税制委員会

医業経営・税制委員会委員長 中村康彦

医業経営・税制委員会は「どうなる！！病院消費税」と題した企画を設けた。来年10月の消費税引上げに備え、医療機関に生じる控除対象外消費税の問題の解決に向けた検討が進んでいる。しかし、医療界が一致して要求する税制での対応が行われるかは、予断を許さない。議論は、現在の検討状況やこれまでの経緯、10%を超えて消費税が上がることを想定した対応にまで及んだ。

厚生労働省の樋口俊宏保険医療企画調査室長は、消費税5%から8%への引上げに対応した2014年度の診療報酬改定を検証した結果、病院に補てん不足やばらつきが生じていることが明らかになったことを示した。これを受け、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」で、改善のための議論を行っているとした。

2014年度の対応では、病院全体に15% (2016年度)の補てん不足があり、

病院種別ごとのばらつきも大きかった。補てん不足やばらつきが生じた理由としては、①対応後の医療費シェアの変化②対応後の課税経費率の変化③補てん点数項目の1年分の算定回数の見込みが実際と異なる一が考えられる。実際に検証した結果、それぞれに変化があり、補てんが見込みとずれた要因であることがわかった。

樋口室長は、病院の補てんが不十分であることを認めた上で、診療報酬での補てんを精緻化するための論点を示した。具体的には、2014年度の対応を見直し、◇初再診料と入院料の配分方法を変える◇看護配置が異なる入院基本料別に課税経費率を把握する◇病院の収入における入院料のシェアを考慮する一などを検討しているとした。

川原経営総合センターの川原丈貴社長は、消費税10%時の対応で、税制上の仕組みを設けられず、診療報酬だけの対応になった場合の対応策を考えて

おく必要があると指摘した。具体的には、委託費の削減や設備投資計画、社会保険診療報酬以外の収入増を考慮すべきとした。MS(メディカル・サービス)法人を活用している場合に、消費税が余計にかかってしまうことのメリット・デメリットを勘案しなければならないことも指摘した。

日本医療法人協会の伊藤伸一会長代行は、過去の経緯を振り返りつつ、診療報酬による対応では、個々の医療機関への正確な補てんが不可能であるため、根本的な問題を解決するには、税制上の仕組みが不可欠であると強調した。

しかし、その実現には、与党の理解を得る必要がある。伊藤会長代行は、与党に説明すると、「医療界で一致した案かと必ず言われる」と述べ、今年8月末に四病院団体協議会と三師会が「控除対象外消費税問題解消のための新たな税制上の仕組み」で一致したことの意味は大きいとした。



消費税が10%を超えて上がる場合の財源への懸念も示された。もし、税制上の対応がなされず、医療保険で財源を賄うのであれば、消費税20%だと2兆円近い補てん財源を保険料などで確保する必要がある。伊藤会長代行は、「保険者がそれを出せるか。代わりに、診療報酬本体が下げられるかもしれない」との懸念を示した。

座長の中村康彦全日病副会長は、「消費税8~10%での対応と、5~8%での補てん不足の2つの問題がある」と述べ、議論を促した。ただ、樋口室長は、「診療報酬の仕組みは、足りなかった分を後で返すということを想定していない」と回答するにとどめた。伊藤会長代行は、「後で検証できるように補てんの方法に、ブラックボックスを作らないことが重要だ」と強調した。

外国人技能実習生(介護分野)の受入れについて

外国人技能実習生受入事業

国際交流委員会 委員長 外国人技能実習生受入事業 担当役員 山本 登

2018年10月6日(土) 10:30~11:50 グランドニッコー東京の第2会場において、「外国人介護人材の登用に於ける全日本病院協会の取組み—新たな技能実習『介護』を中心に」をメインテーマとしてシンポジウムを行い、100名超の方が参加された。

座長、各演者のテーマは下記のとおり。

○外国人技能実習生(介護分野)の受入れについて

座長 外国人技能実習生受入事業担当役員 山本 登

○医療従事者の確保~外国人介護士~ 演者 外国人技能実習生受入事業構成員 大田 泰正

○外国人技能実習生(介護分野)の受入れについて その問題と今後

演者 外国人技能実習生受入事業構成員 二文字屋 修

○介護技能実習生への期待!

演者 国際協力株式会社代表取締役会長 マイ アイン

はじめに座長の山本先生から、近年の介護人材不足の現状と将来予想、そしてこの人材不足対策として、介護分野における外国人登用の制度概要(図1)、2017年11月技能実習法の施行、外国人技能実習生(介護分野)の紹介、外国人技能実習生への応募・採用・受入(図2)・来日から帰国までの流れ、介護福祉士国家資格の取得、帰国後のベトナム人看護師の展望、事業立上げから今日までの経緯等の説明を行った。本事業はベトナム人看護師(医療短大3年卒以上)が日本の病院・施設で介護士(看護補助者)として実習を行い、日本の医療・介護技能等の移転を図り発展途上国の医療レベル向上を担う人材育成を目的としている。更には、最近の動向として人手不足

への対処で特定技能という新在留資格の説明も行われた。その内容は建設・農業・宿泊・造船・介護(予定)については、最長5年間の在留可。更には技能実習修了者(3・5年)には無試験で特定技能へ移行可能(計8・10年)。求める日本語能力は業務上必要な水準で、法律施行は2019年4月の予定。またベトナム国内経済状況の好転により、ベトナム技能実習生が集め難い状況になりつつあり、次の技能実習生候補国としてミャンマーを想定し視察を行ったことも説明。

本事業の今後の方針は、「松・竹・梅」コースと銘打って、「松」ベトナム：医療短大看護学科3年卒・N3相当、「竹」ベトナム：介護専門学校2年卒・N4相当、ミャンマー：一般大学・短大等卒・N3相当(以上が技能実習)、「梅」外国人労働者(特定技能)として人材を受け入れる予定。(図3)

次に大田先生から、自院の外国人看護師・介護士(看護補助者)の確保・育成の取組みについて説明。同院では2011年からベトナム人材送出し機関と交渉を開始し、2013年に外国人留学生看護師が入国、その後1名が准看護師に合格。同院ではベトナム・中国からの留学生を受け入れているが、日本語



教育・看護技術指導・日常生活支援を担当する職員を配置し、お互いに情報共有・連携を行い、手厚いサポートを実施していることの説明があった。

続いて二文字屋氏から、技能実習生の失踪者数推移、課題等について説明。特に課題については技能実習制度の理念と実態の乖離、失踪回避対策として雇用のミスマッチを防ぐこと、そのためには渡航前の事前教育、雇用条件の透明性、お互いの異文化理解が大切であることの説明があった。

最後にマイ氏から、国際協力株式会社の技能実習生の育成方針、ベトナム人の特徴、実際にベトナム人留学生看護師を受け入れている病院等について説明。技能実習生は日本に好印象を持っており、受け入れる日本側にも、そのことを充分理解していただき、お互いに成長できる関係が築ければ本望であることの説明があった。

図1 介護分野における外国人登用の制度概要



図2 外国人技能実習生への応募・採用・受入等の概念図

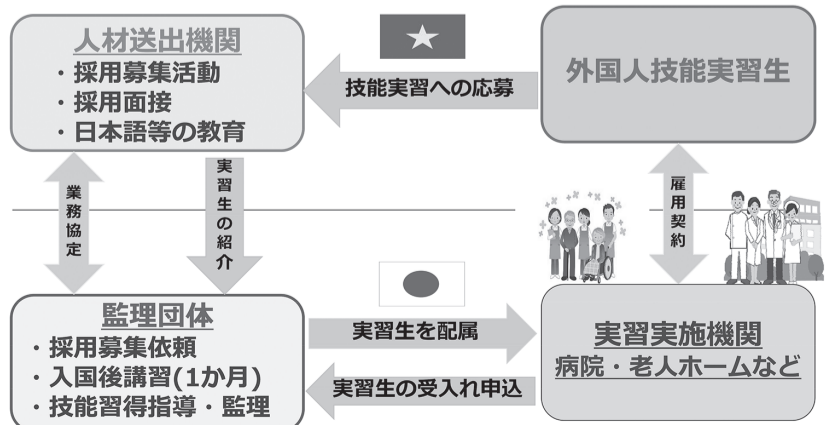


図3 今後の方針予定

技能実習制度・特定技能(仮称)による受入れ		
松	ベトナムの場合 高度人材育成・医療短大看護学科3年卒業生 N3相当の日本語能力	
竹	ベトナムの場合 介護専門学校2年卒業生など N4相当の日本語能力	ミャンマーの場合 一般の大学、短大等卒業生 N3相当の日本語能力
梅	特定技能(仮称)による受入れ 募集対象はこれから検討予定であるが、想定としては 元技能実習生(日本語の心配無し)・一般の大学、短大等の卒業生 介護に特化した日本語能力	

診療報酬での補てんの改善策で議論の整理

中医協・消費税負担分科会

収入に占める入院料シェアを考慮

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)は11月21日、議論の整理を大筋でまとめた。医療機関の消費税問題に診療報酬で対応するには限界があるとの趣旨を盛り込む修正をした上で、総会に報告する。消費税を8%に引き上げた2014年度の対応では、病院に大幅な補てん不足があったことを踏まえ、税率10%での改善策を盛り込んだ。

冒頭、補てん状況の検証で、データに誤りがあり、過去の検証結果が間違っていたことについて、「厚生労働省から謝罪があったが、分科会として、誠に遺憾であり、再発防止の徹底を求める」と明記した。

今回の補てんの対応では、消費税5%~8%での補てんのばらつきが大きく、全体でも補てん不足があったことを踏まえ、5%~10%の部分で改善策を講じる。医科に関しては、①課税経費率②入院料の配点③初再診料と入院料の配点に分けて、改善策を示した。個別項目への補てんについては、議論の経緯に触れた上で、対応は困難との考え方が示された。ただ、個別項目に関しては、支払側の委員から、引続きの検討を求める意見が出ている。

課税経費率は精緻に把握できるよう工夫する。一般病棟と療養病棟を持つ病院は、療養病床の割合で分類するなどの対応を行う。なお、看護配置基準別の課税経費率では、特定の傾向は確認できなかった。

入院料の配点は、病院種別や入院料ごとの入院料シェアを考慮し、消費税負担に見合う補てんを行う。2014年度の対応では、入院料シェアを考慮しなかったため、入院料シェアが相対的に低い病院種別は、補てん超過の傾向に、入院料シェアが相対的に低い病院種別は補てん不足の傾向が生じた。

例えば、精神科病院の収入に占める入院基本料の割合は約16%、特定入院料の割合は約31%であるのに対し、特定機能病院ではそれぞれ約13%、約5%で、上乗せがある診療項目の収入に占める割合が異なる。それにもかかわらず、費用面の課税経費率の割合の違いだけに着目して、補てんの水準を決めていたため、2016年度の調査では、特定機能病院の補てん率は、精神科病院の129%に対し、61.7%だった。

初再診料と入院料の配点は、病院における初再診料と入院の比率を変え、入院料の割合を高めることとする。

使用するデータは、課税経費率の把握では、直近の医療経済実態調査を用いる。補てん点数項目の算定回数は、直近のNDBの通年の実績データを用いる。これらにより、可能な限り実態に即した計算を行うとした。

基本診療料以外の個別項目に対して補てんすることについては、様々な議論があったが、困難との結論になった。

これまでの議論で、診療側からは、「個別項目につけると後から検証できなくなる」、「どこまで細かくみるか」という問題と、それにより精緻化できるかという問題がある」などの意見があった。一方、支払側からは、初再診料だけにあてたことが、診療所の補てん超過の理由であるとの疑念が強く、個別項目への補てんを検討すべきとの意見があった。

しかし、今回の改善策を講じたシミュレーション結果からも、ばらつきは相当程度是正されることが示されたこともあり、個別項目への補てんは見送ることで合意を得た。

全日病会長の猪口雄二委員は、「病院団体は2014年度での消費税対応以降、補てん不足とばらつきがあることを主張してきた。だが、厚労省の検証に間

違ひがあり、それが明らかになるのに時間がかかったのは残念だ。病院の経営は今厳しい状況にあるが、特に急性期病院の危機の一因がこの問題であることは間違いない。診療報酬で個別の医療機関に正確な補てんを行うことは不可能だが、より精緻な対応を図ることが必要になる」と述べ、議論の整理案に賛成した。

改善策を反映させ、シミュレーション

厚労省は同日、今回の議論の整理における改善策を2016年度の補てん状況に当てはめたシミュレーション結果を公表した。病院の補てん率は改善前では、85.0%(1施設当たり年間▲315万円)から100.6%(同12.9万円)となり、100%を上回った。

直近のデータは把握できないため、今回の改善策を講じた場合、消費税負担3%分の補てんがどうなるかを、2016年度の実績数値に基づき、過去にさかのぼってシミュレーションした。

右図の結果をみると、病院の補てん不足がほぼ100%に改善したのに対し、一般診療所は、111.2%が99.8%まで下がったことがわかる。歯科診療所と保険薬局も補てん不足であったが、100%近くまで改善した。一般診療所の1施設当たり1年間の補てん不足は▲1千円という数字になっている。

病院間のばらつきについては、精神科病院と特定機能病院の補てん状況のみを示した。2016年度補てん状況調査の結果では、精神科病院の補てん率は129.0%(同285万円)、特定機能病院は61.7%(同▲9,240万円)であった。今回のシミュレーションの結果では、精神科病院の補てん率は100.7%(同7万円)、特定機能病院は102.5%(598万円)となり、特定機能病院で大きく改善している。



ただ、他の病院タイプの比較は示しておらず、ばらつきがどれだけ改善するかを確認するには、不十分な内容。このため、「ばらつきの幅は大きくなったのか、それとも小さくなったのか」、「基本診療料の上乗せは何点になったのか」といった質問が相次いだ。

しかし、厚労省は、「ばらつきの程度は集計していない。点数の変化については、あくまで消費税5%から8%での対応におけるシミュレーション結果であり、今回の5%分の対応とは異なり、点数が下がるという混乱を与えかねない」との説明に終始した。

(1施設・1年間当たり)

<2016年度補てん状況調査の結果>

	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局
報酬上乗せ分(A)	17,860千円	818千円	374千円	263千円
3%相当負担額(B)	21,005千円	736千円	406千円	297千円
補てん差額(A-B)	▲3,145千円	82千円	▲31千円	▲35千円
補てん率(A/B)	85.0%	111.2%	92.3%	88.3%
医業・介護収益(C)	2,964,340千円	132,220千円	52,879千円	165,676千円
集計施設数	(994)	(1,252)	(448)	(900)

<今回のシミュレーションの結果>

	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局
報酬上乗せ分(A)	21,135千円	735千円	400千円	290千円
3%相当負担額(B)	21,005千円	736千円	406千円	297千円
補てん差額(A-B)	129千円	▲1千円	▲6千円	▲7千円
補てん率(A/B)	100.6%	99.8%	98.7%	97.7%
医業・介護収益(C)	2,967,615千円	132,137千円	52,905千円	165,703千円
集計施設数	(994)	(1,252)	(448)	(900)

2018年秋の叙勲で会員6人が受章

2018年秋の叙勲で全日病の会員から下記6人の受章が決まり、それぞれに以下の勲章が授与された(敬称略・順不同)

旭日双光章	川島 真人	社会医療法人玄真堂川島整形外科病院	理事長
	角野 禎子	医療法人社団柏信会青木病院	理事長
瑞宝小綬章	安藤 義孝	医療法人社団日高会日高病院	理事長
	小川 嘉誉	社会医療法人きつこう会多根総合病院	理事長
	杉山 和	特定医療法人仁政会杉山病院	理事長
	高石 利博	医療法人博寿会とぶ記念病院	院長

2018年度 第8回常任理事会の抄録 11月17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。

北海道 医療法人同仁会函館記念病院 理事長 安東直之

福島県 社団医療法人容雅会中村病院 理事長 中村雅英

神奈川県 社会福祉法人聖テレジア会聖ヨゼフ病院 院長 白井 輝

神奈川県 医療法人新都市医療研究会「君津」会南大和病院 院長 茅野修史

島根県 公益社団法人益田市医師会立益田地域医療センター医師会病院 院長 狩野稔久

福岡県 社会医療法人製鉄記念八幡病院 院長 土橋卓也

他に退会が2会員あり、正会員は合計2,526会員となった。

準会員として以下の入会を承認した。

愛知県 医療法人社団進興会ミッドタウンクリニック名駅 院長 横地 隆

準会員数は合計92会員となった。賛助会員数は退会が1会員あり100会員となった。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中医協調査実施小委員会、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、総会、医療機関等における消費税負担に関する分科会等」、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「規制改革推進会議医療・介護WGヒアリング」、「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」、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討

会」の報告があり、質疑が行われた。

●厚生労働省平成30年度災害医療チーム養成支援事業が報告された。

●介護技能実習生等受入れ説明会in東京のご案内-ミャンマー・ベトナム一般大卒者等を介護人材へ登用-が報告された。

●第61回全日本病院学会in愛知の趣意書が報告された。

●病院機能評価の審査結果について □主たる機能

【3rdG:Ver.1.1, Ver.2】~順不同

- ◎一般病院1
 - 北海道 川西内科胃腸科病院 更新
 - 北海道 えにわ病院 更新
 - 大阪府 運動器ケアしまだ病院 更新
 - 兵庫県 東神戸病院 更新
 - 広島県 梶川病院 更新
 - 広島県 原田病院 更新
 - 福岡県 宗像医師会病院 更新

- ◎一般病院2
 - 神奈川県 昭和大学横浜市北部病院 更新
 - 石川県 城北病院 更新
 - 静岡県 榛原総合病院 更新
 - 大阪府 大阪警察病院 新規
 - 福岡県 福岡記念病院 更新
 - ◎リハビリテーション病院
 - 東京都 いずみ記念病院 更新
 - 静岡県 すずかけヘルスケアホスピタル 更新
 - 大阪府 八尾はあとふる病院 更新
 - 大阪府 鶴見緑地病院 更新
 - 広島県 西広島リハビリテーション病院 更新
 - ◎精神科病院
 - 北海道 島松病院 更新
- 10月5日現在の認定病院は合計2,192病院。そのうち、本会会員は869病院と、全認定病院の39.6%を占める。

地域医療支援病院の要件見直しの議論を開始

厚労省・特定機能病院及び地域医療支援病院検討会

医師派遣機能の強化を目指す

厚生労働省の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」(遠藤久夫座長)は11月16日、地域医療支援病院の要件見直しの議論を開始した。医師偏在対策のため、医師派遣機能を強化した地域医療支援病院を位置づけることを目指す。ただ、同日の検討会では、公的病院による民間病院圧迫の議論も絡み、地域医療支援病院の抜本的な見直しを求める意見が出た。地域医療支援病院の実態を調査した上で、来年夏頃の取りまとめを予定する。

地域医療支援病院は、患者に身近な地域で医療を提供することが望ましいとの観点から、①紹介患者に対する医療の提供(かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む)②医療機器の共同利用の実施③救急医療の提供④地域の医療従事者に対する研修の実施—の4機能を満たす病院である。

承認要件としては、◇紹介率80%以上または紹介率66%以上かつ逆紹介率41%以上または紹介率51%以上かつ逆紹介率71%以上◇原則200床以上◇救急医療の提供◇建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保◇研修の実施—がある。

1997年の医療法改正により創設され、今年9月現在で都道府県知事の承認を受けているのは、586病院。民間病院

もあるが、多くは公立・公的病院である。診療報酬では、患者の入院初日に1,000点を加算できる「地域医療支援病院入院診療加算」がある。

地域医療支援病院の状況を調べると、4つの機能における各病院のばらつきが大きいことがわかっている。また、委員からは、「特定の地域に地域医療支援病院が集中している」、「公的病院が多く、民間病院と競合している」、「全国一律の基準を設定することに違和感がある」、「4つの機能を1セットで持つことを要件化している意味を問直すべき」といった指摘が出ている。

同日の議論でも、「地域医療支援病院と診療所で医療を完結し、民間病院を圧迫している地域もある。地域医療構想におけるすべての公立・公的病院と同じく、その病院でなければ提供できない機能であるかを確認し、同じ地域の中小民間病院と競合している場合には、廃止を含め、その役割を見直す必要がある」との意見が出るなど、抜本的な見直しを求める意見があがった。

医師偏在対策として機能を見直し

一方で、改正医療法・医師法が成立し、医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会の第2次中間取りまとめに沿って、検討を進めていく必要もある。第2次中間取りまとめでは、医

師偏在対策として、地域医療支援病院に着目し、「医師派遣機能やプライマリ・ケアの研修・指導体制の確保などその環境整備に、一定の機能を果たすものを評価し、その役割、機能、評価のあり方等を含め、別途検討すべき」としている。

さらに、医師少数区域で、地域医療に従事した医師を認定し、認定医師であることを一定の医療機関の管理者の要件とする制度も創設される。一定の医療機関として、地域医療支援病院が想定されており、その際に、医師派遣・環境整備機能を有する病院とそうでない病院を分けるなど、類型化することが課題となっている。

これらを踏まえ、厚労省は、①かかりつけ医を支援する機能の見直し②医師少数区域等を支援する機能の追加—の2点を論点にあげた。その上で、年内に現状の地域医療支援病院を調査し、来年3月以降に議論を本格化し、来年夏に報告書をまとめる方針を示した。調査に関しては、「公立・公的病院と民間病院の競合状況」がわかる調査項目設定を要請する意見が出た。

医師少数区域を支援する機能を追加

医師少数区域等を支援する機能の追加では、①医師派遣機能(代診医の派遣含む)②24時間の技術的助言機能③



プライマリ・ケアの研修・指導機能—があがった。これらの機能を備える病院を地域医療支援病院の一類型に位置づけ、認定医師を管理者の要件とする考えだ。医師派遣といっても、様々な派遣の形があるので、機能強化の方策について幅広く検討する考えだ。

厚労省は、かかりつけ医を支援する機能も重要事項にあげた。在宅医療を提供している医療機関と連携し、緊急入院を受け入れる体制の確保を要件とすることを提案している。

厚労省は、地域医療支援病院の在宅医療の後方支援機能が不十分と指摘している。ただ、委員からは、「病院が後方支援する病診連携は、多くの地域でできている。むしろ、(地域包括ケアから高度急性期・急性期への)病病連携の方が課題だ」との意見が出た。

地域医療構想調整会議の協議を踏まえ、地域ごとに独自の機能を要件として追加する案も示された。その際に、厚労省は、地域の医療需要や現状の病床稼働率を踏まえ、地域医療支援病院でなければ担えない分野に重点化されているかを確認する必要があるとしている。

消費税対応で介護報酬に単位を上乗せ

社保審・介護給付費分科会

基本単位を中心に個別項目にも

社会保障審議会の介護給付費分科会(田中滋分科会長)は11月12日、来年10月の消費税率10%への引上げに伴う介護保険での対応を議論した。厚生労働省は5%から8%への引上げ時の対応を参考に、介護報酬の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個別加算項目にも上乗せを検討することを提案した。これに対し複数の委員が賛意を示した。

基本単位数への上乗せ率は、単位数のうちの人件費や非課税品目を除いた課税経費の割合を2017年度介護事業経営実態調査結果から把握し、これに税率引上げ分を乗じて算出する。

課税費用の割合が大きいと考えられ

る個別の加算に対しても上乗せする方向だ。税率8%への引上げ時は、「所定疾患施設療養費」や「緊急時施設療養費」などに上乗せした。

その他の課税費用の割合が小さい加算や元の単位数設定が小さく上乗せ単位数が1単位数に満たない加算など、個別に上乗せ分を算出して対応することが困難なものは、基本単位数への上乗せに際し、これらの加算の消費税相当分も含めた対応を図る考えだ。

介護施設の食費・居住費の基準費用額や補足給付、区分支給限度基準額は、税率8%への引上げ時の対応を参考に、2017年度介護事業経営実態調査などを引用した対応を検討する。

介護保険制度において、食費・居住費は原則、自己負担だ。ただし低所得者は、一定の負担限度額までを負担し、その負担額を基準費用額から差し引いた額が補足給付として給付される。区分支給限度基準額では、要介護度別に使えるサービス量を定めている。

例えば、税率8%への引上げ時に、基準費用額は、2016年介護事業経営概況調査結果から実態を把握して検討した結果、据え置いた。

これらの検討に際し、厚労省は、「今回は、(基準費用額などに含まれる)課税経費対象額の取扱いを議論する。基準費用額の高さやあり方そのものは3年に一度の改定で議論する」と説明した。



食費・居住費については委員から、「2017年度の調査によると、1月当たりの食費は基準費用額を超える」、「居住費の基準費用額の設定では、減価償却に関する制度の見直しの影響を踏まえ、精緻な調査を実施する必要がある」、「基準費用額を引き上げ、負担限度額を据え置くと、補足給付が増える」などの指摘があがった。

来年10月の消費税引上げの対応に向けては、今後、介護人材の新たな処遇改善の加算の導入も含め、年内に審議報告をまとめる。

専攻医の募集「順調に進んでいる」寺本理事長

日本専門医機構

日本専門医機構(寺本民生理事長)は11月20日に会見を開き、10月22日に

始まった専攻医の第一次募集について、「順調に進んでいる」(寺本理事長)との見方を示した。第一次募集は11月20日までとなっており、19日時点で7,652

人の登録があった。寺本理事長は「昨年と同水準」と述べた。

登録に際して、これまで特定の地域での診療に従事する義務のある地域枠

の医師を確認する仕組みがなかったが、それをチェックできるシステムの変更を行う考えを示した。

また、機構のガバナンスの不備や情報漏洩問題を検証する第三者委員会は、年内の報告のため、近く関係者にヒアリングを行う。

■ 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
医師事務作業補助者研修(福岡開催) (100名)	2018年12月3日、4日(月・火)【リファレンス駅東ビル】	30,000円(税込) (受講料、テキスト料、昼食代含む)	「医師事務作業補助体制加算」は2008年度に新設され、その後評価が拡大され、2018年度改定でも増点されるなど、医師不足解消の一助として注目されている。集合研修を修了し、研修提出後レポートを提出した方には、同加算の研修要件を満たす「修了証」を授与する。
介護技能実習生等受入れ説明会 in 東京—ミャンマー・ベトナム—一般大卒者等を介護人材に登用— (50名)	2018年12月20日(木)【全日病会議室】	3,000円(5,000円)(税込)	ベトナム人看護師・日本語能力N3相当の受入れを想定していたコース【松コース】に加え、非看護学校卒業でミャンマー人・日本語能力N3相当、ベトナム人・日本語能力N4・N3相当の受入れコース【竹コース】、来春施行予定の特定技能受入れコース(検討中)【梅コース】に関して、受入れ費用や準備に必要な事項を説明する。
第4回 医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 (100名)	2019年1月5、6日(土・日)【全日病会議室】	27,000円(32,400円)(税込) (受講料、テキスト代、昼食代含む)	2018年度診療報酬改定では、医療安全対策地域連携加算が新設された。現時点で、研修会の受講は施設基準の要件ではないが、感染管理加算と同様に、体制構築および運用の実態が問われると考えられる。「医療安全管理者養成課程講習会」の継続講習の意味もある。