



全日病 ニュース

2019.4.15 No.938

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

医師の働き方改革、医師偏在対策、消費税増税など問題が山積

臨時総会 7月の参院選への協力を要請

全日病は、3月30日に臨時総会を開催し、2019年度事業計画・予算、2018年度事業計画の一部変更・補正予算を報告するとともに、役員を選任および「外国人技能実習生受入れに係る事業」の名称変更に伴う定款変更を承認した。総会終了後には、支部長・副支部長会を開き、「医師の働き方改革」について特別講演が行われた(3面参照)。

消費税増税に伴う改定は早期に検証

挨拶した猪口会長は、各地で進められている地域医療構想について「どういう形で決まっていくかわからない」としつつも、地域間の格差が大きいことを指摘し、様々な情報を集めて提供する考えを述べた。

10月に実施予定の消費税増税に伴う診療報酬については「点数も決まり、前よりはよい形で動くと思う」と述べるとともに、病院経営への影響を把握するため、できるだけ早期に検証したいと述べた。

医師の働き方改革は、3月28日に報告書が取りまとめられたことを報告。同日の支部長・副支部長会で厚生労働省担当官の説明を聞いてほしいと述べた。

また、7月の参院選では、日本医師連盟が擁立する羽生田俊氏が全国比例区で立候補を予定しているほか、東京選挙区では武見敬三氏が出馬の予定であるとし、「我々の意見を通すためにもどれだけの票が集まるかが重要だ。選挙を乗り切るために応援しなければならない」と述べて、協力を呼びかけた。

医師の働き方改革に懸念

続いて日本医師会の横倉義武会長が来賓として挨拶。地域の実情に応じた医療提供の形をつくるのが重要として、「地域医療対策協議会に民間病院の代表が参加して地域の医療を考えてほしい」と述べた。

その上で公立病院に多額の補助金が入っていることについて、「補助金を必要とする病院と一生懸命がんばっている民間病院では、どちらが地域で必要とされるかを主張していただきたい」と呼びかけた。

医師の働き方改革については、「このままでは厳しい事態も予想される」と懸念を示した。原則960時間の時間外労働の規制に対し、地域医療を守る観点から1,860時間の特例水準の病院が認められるが、横倉会長は「労働時間の少ない病院に行きたいと考える医師が多くなると厳しくなる。悪循環に陥らないように調整することが大事」と述べた。

横倉会長は、「診療報酬の財源を確保することが医師会長の仕事」として、そのためにも医師の代表がどれだけの得票数をとるかが重要であるとして、7月の参院選への協力を求めた。

続いて自見はなこ・参議院議員が挨拶。3年前の当選から1年目で厚生労働委員会に所属し、現在同委員会の理事を務めていることは自身の得票数に対する配慮であるとして、得票数によって与党内のポジションが決まる事情を説明した。

医師の働き方改革に関しては、3月28日に羽生田議員とともに根本厚労大臣に申入れを行ったことを報告。「まだまだ解決することがある」とし、タスクシフト・タスクシェアや兼業の問題について発言していく必要があると強調した。

病院が直面する課題が山積

報告事項としては、織田正道副会長が2019年度事業計画と2018年度事業計画の一部変更、中村康彦副会長が2019年度予算、2018年度補正予算を説明した。

織田副会長は、2019年度事業計画の前文を読み上げ、「2019年度は医師の働き方改革、医療法・医師法改正に基づく医師偏在対策、消費税増税など、病院が直面する諸問題が山積している」と指摘。2019年度の事業として、①病院経営定期調査の実施、②病院における総合診療医の育成と提言、③介護医療院への転換を目指す際の諸問題の検討および提言をあげるとともに、外国人材の受入事業を推進すると述べた。

第61回全日病学会は愛知で開催

第61回全日本病院学会は9月28・29日に愛知県支部を中心に太田圭洋支部長を学会長として、名古屋国際会議場で開催する。また夏期研修会は、8月25日に福島県支部(土屋繁之支部長)で開催する。

2018年度事業計画の一部変更では、



教育・研修事業に「看護師の特定行為に係る指導者リーダー養成研修会」を追加したほか、「団体契約を通じた電話医療通訳の利用促進事業」を追加した。

2019年度予算は、経常収益は約3,200万円減の約6億7,600万円、経常費用は同じく約3,200万円減の約6億7,600円を見込んでいる。2018年度補正予算では、経常収益および経常費用とも当初予算に対して約5,100万円の増額となり、約7億800万円となった。

決議事項では、昨年10月に山本真史理事が逝去されたことに伴い、社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院の松波英寿理事長(岐阜県)を補充選任した。任期は6月の定時総会終了まで。また、「外国人技能実習生受入れに係る事業」の名称変更に伴う定款改正を了承した。

議事の最後に会員から、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)を普及させるため、診療報酬の加算の形で保険導入を求める意見があった。ACPについては地域包括ケア病院入院料やターミナルケア加算の算定要件となっているが、診療報酬においてACPに関する明確な規定はない。猪口会長は、「ACPの考え方が確立してくれば、具体的に点数化できるのではないかと述べ、引き続き検討する考えを示した。

勤務医の時間外労働規制で報告書まとまる

厚労省・医師の働き方改革検討会

医師の健康と地域医療の確保を両立

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3月28日、2024年4月に適用される医師に対する時間外労働規制のあり方で報告書をまとめた。基本的な時間外労働時間の上限を年間960時間としつつ、地域医療確保の観点で医療機関を指定する

「B水準」と、技能向上のため一定期間集中的に研修する期間の「C水準」として、年間1,860時間を設定した。

報告書には、1,860時間に賛同できないとする意見があったことを付記したが、今後、様々な手段を通じて、過重労働の医師の労働時間を短縮し、医

師の健康と地域医療の確保を両立させるため、関係者が強い決意で医師の働き方改革に取り組む姿勢で一致した。

報告書を受けて厚労省は、労働政策審議会での審議を経て、上限規制を省令で規定する方針だ。また、その他の事項についても、医事法制を含め法改正が必要かを精査する。

この4月から一般の労働者に対する時間外労働規制が施行され、医師は5年遅れの2024年4月からの適用になる。年間1,860時間の上限は、現行で年間1,900時間を超える時間外労働の勤務医が1割であり、それをゼロにする観点から精査し、導き出した数字である。

このため2024年4月までに、

上位1割の勤務医をすべて1,860時間以内に抑える必要があることから、該当する勤務医が働く医療機関は、医師労働時間短縮計画を策定し、行政の支援も得ながら、5年後に備えなければならない。

2024年4月以降についても、B水準の1,860時間は、2036年までの暫定措置との位置づけである。医師偏在対策の効果が現れることも見込み、医療計画見直しのサイクル(2027年度、2030年度、2033年度)で、規制水準の必要な引下げを実施すると明記した。一方、C水準は、2036年の解消を目指すものではないが、将来的な縮減の可能性を模索するため、検証手法の検討に入る。

時間外労働規制は年間の時間数だけではない。図表に示されているように、月の上限時間も定めている。ただ、月100時間未満の上限には例外がある。月100時間を超える場合は、面接指導の実施が義務づけられる。さらに、月80時間以上となった段階で、睡眠・疲労の状況を確認する必要がある。

B水準の場合は、連続勤務時間制限28時間(宿日直の許可がない場合)と勤務間インターバル9時間が義務化される。C水準の場合は、初期研修医だと、連続勤務時間制限が15時間(その後の勤務間インターバル9時間)または24時間になる。また、これらの連続勤務時間制限と勤務間インターバルが実施できなければ、代償休息を提供しなければならない。

○医師の時間外労働規制について

縮小 の 時 間 外 労 働 時 間 の 上 限 時 間 数 で 定 ま る	①通常の時間外労働(休日労働を含まない)	(A)水準		(B)水準		(C)水準	
		月45時間以下・年360時間以下					
②「臨時的な必要がある場合」 (休日労働を含む)		月100時間未満(ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり)					
		年960時間以下		年1,860時間以下			
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間(休日労働を含む)		月100時間未満(例外につき同上)					
		年960時間以下		年1,860時間以下			
適正な労務管理(労働時間管理等)		一般労働者と同様の義務(労働基準法、労働安全衛生法)					
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施		現行どおり (勤務環境改善の努力義務)		義務			
追加的健康確保措置	連続勤務時間制限28時間※1(宿日直許可なしの場合)	※2		努力義務 (②が年720時間等を超える場合のみ)		義務	
	勤務間インターバル9時間						
	面接指導(睡眠・疲労の状況の確認を含む)・必要に応じて就業上の措置(就業制限、配慮、禁止)	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務(月100時間以上となる前に実施※3)					

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

□ 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討(36協定にも記載)。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 (C) - 1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間(その後の勤務間インターバル9時間)又は24時間(同24時間)とする。

※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能(C) - 1水準が適用される初期研修医を除く。

※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

年代別の課題など次期診療報酬改定の検討項目示す

中医協総会 猪口会長は施設基準の緩和の観点を強調

厚生労働省は3月27日の中医協総会(田辺国昭会長)に、来年度診療報酬改定の検討項目を示した。夏までの第1ラウンドの議題として、幅広いテーマを網羅的に並べた。年代別の医療の課題を議論するとしたほか、昨今の医療問題の関連事項を取り上げた。具体的には、働き方改革や地域医療構想の推進、地域包括ケアシステムの構築、新規医療技術への対応、ICT技術の利活用などをあげた。

次期診療報酬改定の議論では、夏までに幅広いテーマを多様な視点で議論する第1ラウンドと、診療報酬の評価に直結する個別項目を議論する秋からの第2ラウンドに分かれる。

前回の2018年度改定の議論においては、2016年度中に議論を始めていた。それに対して、今回は、年度を越えてからのスタートで出足は遅い。前回改定が6年に1度の医療・介護同時改定であったことに加え、今回は今年10月に予定される消費税引上げに伴う対応や、医薬品・医療機器の費用対効果評価の仕組みで合意を得る必要があった。このことが、前回と比べて、議論が遅れている理由とされる。

時間に余裕がない状況だが、厚労省はかなり幅広いテーマを用意した。まず、患者の疾病構造や受療行動等を意識しつつ、年代別に分けて、課題を整理

するとした。◇周産期・乳幼児期(妊娠から出産、新生児、乳幼児)◇学童期・思春期(就学前、小学生、中学生、高校生、大学生等)◇青年期・壮年期・中年期(20代～30代、40代～60代)◇高齢期◇人生の最終段階一で分けている。

具体的なテーマとしては、「周産期・乳幼児期」では、ハイリスク妊婦の診療体制やNICUを退院した児に対する診療体制、「学童期・思春期」では、小学生以降のかかりつけ医機能や思春期のメンタルヘルス対策、「青年期・壮年期・中年期」では、仕事と両立できる産業保健との連携や生活習慣病対策、「高齢期」では、認知症への対応やフレイル患者等への取組み、「人生の最終段階」では、多職種による医療・ケアの取組みや意思決定の支援(人生会議等)の普及・定着などを例示した。

団塊の世代がすべて75歳以上となる2024年を見据えた対応が過去数回の改定を中心テーマだったが、今回はこれまでの改革の方向性を踏まえつつ、今年1月から2018年度改定で導入された「妊婦加算」が凍結されたことも背景に、年代別に課題を整理する方針を示したと考えられる。

続いて、昨今の医療と関連性の高いテーマとしての項目も明示した。

改定論議の際に、主要な項目になり

そうなテーマとして、◇かかりつけ医機能◇紹介状なしの大病院受診時の定額負担◇医師等の働き方改革◇業務の効率化の観点で踏まえた医師・看護師等の外来等の配置基準◇タスクシフト、タスクシェア、チーム医療◇地域医療構想◇医療機能の分化・連携◇地域包括ケアシステム◇新規医療技術への対応◇ICTやデータヘルスの利活用◇介護サービスとの連携◇後発医薬品の使用促進◇高額医療機器の共同利用一などがあがる。

幅広いテーマが示され、委員からは、「様々な課題を網羅的にあげてもらった。しかし、時間が限られている中で、すべてできるのか。表層的な議論で終わってしまうのではないかと懸念が示された。このため、第1ラウンドの議論であっても「診療報酬の評価に、どう結びつくかのイメージをつくれるような論点を出してほしい」との要望が出た。

全日病会長の猪口雄二委員も「幅広いテーマの中で、重点を絞って議論したい」と述べるとともに、今後の議論で人口減少社会を踏まえた対応を強調した。その上で、「働き方改革もある中で、医療の質を維持するには、業務の効率化の視点が不可欠である。ICTやロボティクスを導入することの評価も考えていく必要がある」と述べた。



費用対効果評価の結果を報告

医薬品や医療機器の費用対効果評価の試行的導入で選定された品目の価格調整案を了承した。対象13品目のうち、薬価引下げは抗がん剤のオプジーボだけとなった。試行的導入においては、一部の品目で、企業分析と厚労省の分析班の分析結果が大きく異なったため、検証作業が行われた。その結果、多くの品目で、価格調整は行わないことになったが、オプジーボは増分費用効果比(ICER)により、価格引下げの対象と判断された。

具体的な薬価引下げ方法は、同日に、正式に示された通知案に基づき、算定される。4月以降の薬価収載のタイミングで引下げが行われる見通しだ。

費用対効果評価の仕組みでは、医薬品と医療機器に加え、高額な医療機器を用いる医療技術の価格調整も検討対象となっていた。今回示された検討結果によると、現状で、「一律の価格調整方法を定めることは困難」と判断された。ただし、費用対効果評価の仕組みをどのような形で導入するかについては、今後、海外の事例を参考にしながら、中医協で検討していく。

医師偏在対策、地域医療構想・在宅医療の整理を報告

厚労省・医療計画等見直し検討会 年内に中間見直しをまとめる

厚生労働省は3月29日の医療計画の見直し等に関する検討会(遠藤久夫座長)に、医師偏在対策の「第4次中間取りまとめ」、地域医療構想の進め方と在宅医療の充実に向けた「議論の整理」の3つを報告した。医療計画は2020年度に現行計画の中間見直しを行うことになっており、これらを反映させた見直し内容を年内にまとめる必要がある。さらに、5疾病・5事業に関する記載も充実させていく方向だ。

都道府県が策定する医療計画は、2018年度に5年計画から6年計画となり、4年目以降となる中間で見直しが行われる。とりわけ、今回の中間見直しは、重要な節目になる。

まず、地域医療構想が2018年度から第7次医療計画に加わり、進捗状況がチェックされる。

在宅医療との関連では、医療計画を6年計画としたのは、介護保険事業(支援)計画が3年であり、介護との連携が重要視されたからである。医療・介護連携と関連性の深い在宅医療の充実が記載される予定であったが、療養病

床再編が途上であったこともあり、2018年度時点では、各地域が在宅医療の需要と供給を見込むことができなかった経緯がある。

そして、第4次中間取りまとめに基づく医師偏在対策については、地域で確保すべき目標医師数などを盛り込んだ医師確保計画を都道府県が医療計画に記載する。医師偏在対策の緊急性の高さから医師確保計画は、2020年度から開始することになっており、開始時は2020年度から2023年度までの4年計画。2024年度からは他の計画と歩調を合わせ、3年計画で、2036年度までの5回のサイクルを回し、どの地域でも医療需要を満たす医師を確保することを目標としている。

今後の医療計画に反映させる◇第4次中間取りまとめ(医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会)◇地域医療構想の進め方に関する具体的な対応方針の検証に向けた議論の整理(地域医療構想に関するワーキンググループ(WG))◇在宅医療の充実に向けた議論の整理(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))に対して、委員から様々な意見が出た。

地域医療構想の進め方では、同WG委員で全日病副会長の織田正道委員が、公立・公的病院が機能の重点化を図るために、代表的な手術など診療実績を分析し、一定の基準に合致した公立・公的病院を「代替可能性がある」と位置づけることについて、「今回、かなり踏み込んだ結論になった。まずは、これを都道府県がきちんと理解することが大事だ」と、議論の整理に示された方針が周知されることを求めた。

また、日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、公立・公的病院の重点化の議論をする上で、地域医療構想調整会議に公立・公的病院にどれだけの補助金等が投入されているかを示すよう、厚労省に要請した。

在宅医療の充実では、高齢化による自然増とは別に、療養病床の再編などで在宅医療、介護需要の増加が見込まれる30万人程度のいわゆる「追加的需要」を、市町村が把握していないこと



の懸念が示された。「大都市に慢性期で介護・在宅医療を必要とする高齢者があふれ、行き場がなくなる可能性がある」との意見が出た。織田委員は、「市町村で多職種が集まる地域ケア会議を有効に活用して、ボトムアップで在宅医療と医療・介護連携が進む体制を強化すべき」と述べた。

医師偏在対策の第4次中間取りまとめに対しては、加納委員が2022年度以降の医学部入学定員の臨時増員の取扱いを質問した。第4次中間取りまとめでは、医師少数区域のない都道府県は地域枠・地元出身者枠を要請できないと整理している。このため大都市でも病院の医師不足は深刻になる可能性があるとしたが、厚労省は第4次中間取りまとめの考え方に従い、今後、医学部の恒久定員と臨時増員の取扱いを検討すると答えるにとどめた。

災害拠点病院等の燃料と水の確保の要件を議論

厚労省・災害医療提供体制等検討会 相次ぐ災害に対応し診療継続を保障

厚生労働省の救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会(遠藤久夫座長)は3月29日、災害拠点病院などの燃料と水の確保に関して議論した。近年の相次ぐ災害を踏まえ、厚労省は、災害拠点病院や救命救急センター、周産期母子医療センターなど最後の砦となる病院の診療継続の保障を求めている。

現行の災害拠点病院の指定要件では、通常時の6割程度の発電容量のある自

家発電機等を保有し、3日分程度の燃料を確保するよう定めている。

厚労省は、要件を明確にするため、「6割程度」を「6割以上」、「3日程度」を「3日以上」とすることの必要性で議論を促した。これに対し、全日病常任理事の猪口正孝委員は、「検査機器などの電力消費量は増加している」と指摘。「6割程度の発電容量」は変化し一定ではないため、「あまり数字を厳密にすべきでない」と主張した。

水の確保については、病院が自ら水を確保する必要があることを明確化し、外部の支援を受ける給水協定の締結は、あくまで「必要に応じて」と定めることを厚労省が提案した。猪口委員は、「水の確保に関しては、地震対策で地域差がある」と述べ、基準を設ける上で、慎重な対応を求めた。

また、これまでの飲料水の備蓄を想定していたが、診療に用いる水の確保でも、定量的な要件を定める方針が示



されている。そのほか、災害拠点精神科病院の要件と整備方針を概ね了承した。「24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の精神科医療の必要な患者の受け入れおよび搬出を行うことが可能な体制を有する」とをはじめ、詳細な要件を定めている。

医師の働き方改革をめぐる法的規制と今後の課題示す

支部長・副支部長会(特別講演)**厚労省担当官が報告書の内容を説明**

3月30日の臨時総会終了後の支部長・副支部長会では、医師の働き方改革について、厚生労働省の乗越徹哉氏(医政局看護課看護職員確保対策官、医師・看護師等働き方改革推進官)の特別講演があった。医師の働き方改革の報告書は3月28日にまとまったばかり(1面記事参照)。乗越氏は冒頭、「(1,860時間という特例水準の賛否などで)本当に合意できるかが危ぶまれる厳しい状況もあった。最後は各委員が立場を超え、勤務医の勤務環境改善に向けて、まとまることができた」と述べた。

医師の時間外労働時間の上限については、「最終的には、年間960時間を目指すのが大原則」と強調。1,860時間の特例水準が認められる医療機関についても、外形的な医療機能だけでなく、実態として長時間労働があることを確認しなければならないとした。1,860時間は、約2万人の医師がそれを超える時間を現状で働いている水準であることから、今後の5年間

でそれをなくしていくことは、「非常に大変な事業」とも指摘した。

今後、特定の医療機関は医師労働時間短縮計画を立て、PDCAサイクルを回しながら、法適用までの改善を目指す。都道府県の勤務環境改善支援センターなどが、必要な支援を行っているとしている。

1,860時間を導き出した医師の実態調査は、2016年度に行われたもの。今後の医療提供体制、医師偏在対策、勤務環境改善策によって時間外労働の実態も変化することが見込まれることから、医師の労働時間を把握するための調査を適宜行う方針も示した。

医療機関に対する注文も述べた。医師の働き方改革に関する検討会がまとめた「緊急的な取組」に関する2018年9～10月の調査で、「36協定等の自己点検」を行っていない医療機関が26.7%あり、その34.5%が「36協定を締結しておらず、締結の必要もない」と回答している。

これに対し、「法定労働時間を超え

る労働が全くないとは考えにくい」と述べ、36協定を結ばずに時間外労働をさせることは違法と指摘するとともに、「今回の改革は管理者が労務管理をきちんとすることが前提」と強調した。その上で、4月以降に改めて調査を実施し、実態の把握に努める方針を示した。

医師の労働時間を把握する場合、「研鑽」と「宿日直」の解釈が重要になる。乗越氏は、「使用者の指揮命令下に置かれている時間が労働時間という定義に従って判断する必要がある」とした上で、基本的な考えを説明した。宿日直については、1949年に定めた古い規定を「現代化」し、より実態に合ったものに変更する。時間外労働ではなく、宿日直として許可するに当たっては、「特殊の措置を必要としない軽度の、または短時間の業務」が何であるかを明確化するとした。

研鑽については、「診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強」、「学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医



の取得・更新等」、「当直シフト外で時間外に待機し、診療や見学を行う」などを例示し、労働時間に当たらないものとみなす手続きを定めるとしている。具体的には、研鑽を行うことを上司に申告し、確認を得る。その場合に、院内にいても、通常診療と明確に切り分けるため、白衣を着ないなどの対応が必要になると説明した。

なお、猪口会長が研鑽と宿日直の明確な基準をいつ公表するかを質問したが、乗越氏は、「まさに今、整理している段階で、できるだけ早く示したい」と回答するとどめた。

最後に、今回の働き方改革は、地域医療構想の実現と医師偏在対策とあわせた三位一体の改革であると指摘。これらの改革が進まない、医師の働き方改革は実現しないと強調した。

訪日外国人への医療提供でこれまでの議論を整理

厚労省・訪日外国人医療提供検討会**医療機関向けマニュアルも作成**

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3月29日、これまでの議論の整理案と、「訪日外国人旅行者等に対する医療機関向けマニュアル」を了承した。

議論の整理案は、大きく①医療機関の整備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ツールの役割分担⑥医療コーディネーター⑦その他一で構成。今後の方向性を示した。

このうち医療機関の整備では、厚労省と観光庁の連名で「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」の選出を依頼する通知を都道府県に向け発出し

たことを報告した。厚労省は6月中旬に外国人患者を受け入れる医療機関の情報をとりまとめ、ウェブサイトで公開する予定だ。観光庁も英語・中国語・韓国語に翻訳して、日本政府観光局サイトに掲載する。医療機関リストは定期的に更新していく。

さらに厚労省は2019年度から新たに「地域における外国人患者の受入体制検討推進事業(仮称)」を実施する。この事業で都道府県は、医療機関や病院団体を含む幅広い関係者からなる協議会を設け、情報共有や連携を強化するとともに、地域の外国人患者受入体制における課題への対応方針を策定する。この協議体で拠点となる医療機関も選出する。

また新たに「翻訳ICT技術に対応したタブレット端末等の配備事業(仮称)」を実施することも示した。

都道府県向けマニュアルの作成に向けては、5都道府県の「地域における外国人患者受入れ体制のモデル構築事業」を今年、実施。事業成果などを踏まえ、2019年度中にマニュアルを作成する予定だ。診療価格については、調査研究事業である「訪日外国人に対する適切な診療価格に関する研究」による診療価格の算定方法などを盛り込んだ報告書を初夏にも公開する。

医療機関向けマニュアルを了承

検討会が了承した「訪日外国人旅行者等に対する医療機関向けマニユ



アル」では、医療目的で訪日した外国人は対象外。全額自費負担となる可能性がある外国人に対して、医療費概算の事前提示の重要性を強調している。

意見交換では、日本医療法人協会副会長の小森直之委員が、外国人患者による未収金問題に言及するとともに、医療機関でカード決済を導入することが困難な状況を説明した。「病院は利益率が2%前後しかなく、カード会社に手数料を3%支払うと数少ない黒字の病院も赤字になる」と述べ、導入できない小規模の医療機関が多いと指摘。「何らかの対応が必要」と訴えた。

初診対面なしで緊急避妊薬のオンライン処方認める

厚労省・オンライン診療指針見直し検討会**3カ月後の受診などの要件設ける**

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3月29日、緊急避妊薬を一定の条件の下で、オンライン診療の初診対面診療原則の例外として認めることを了承した。オンライン診療だけで緊急避妊薬を入手できることには、様々なリスクがある中で、性犯罪が疑われる事例で、緊急避妊薬を求める女性に対応することが必要との意見で一致した。

初診の対面診療なしのオンライン診療だけで、緊急避妊薬の処方を認めることをめぐっては、前回も議論したが、リスクと必要性の両方の観点から意見があり、産婦人科医など専門家の意見をきいた上で、改めて議論することになっていた。今回、厚労省が専門家の意見を踏まえ、考え方を整理した。

日本の人工妊娠中絶は2017年度で年間16万4,621人。避妊の手段の一つである緊急避妊薬は処方薬であり、スイッチOTC化も検討されたが、見送られている。一方で、転売による違法な手段による入手が横行している。緊急避妊薬は性交後72時間以内に服

用する必要があるが、地域によってはアクセスが難しい。性犯罪であれば、被害者が受診を避けることもある。

一方で、懸念事項としては、◇容易に緊急避妊薬が入手可能になり、適切な避妊法が行われなくなる◇使用者が緊急避妊薬の十分な知識を持っているか疑問◇犯罪被害が疑われる場合は、逆に十分な対応ができなくなる◇転売等による組織的犯罪に使用される恐れがある一が想定される。

このため、初診対面診療の原則の例外として、緊急避妊薬を認める上で、以下の対応を図る。

十分な知識を持った医師が処方し、3カ月後の産婦人科受診の約束を取り付ける。1回分のみの処方を徹底し、薬局では薬剤師の前で内服することを推奨する。繰り返し処方を求める利用者には、他の避妊法の紹介や産婦人科受診勧奨を行う。性犯罪の可能性がある場合は、警察署への相談を促す。未成年の場合は、児童相談所に通報する。

なお、オンライン診療は対面診療が原則。対面なしの診療が行えるものとして、禁煙外来のみ例示されている。

「D to P with D, N」を整理

オンライン診療における「D to P with D」と「D to P with N」(Dはドクター、Pはペイシエント、Nはナース)の考え方を整理した。

「D to P with D」で例示されたのは、術者が手術ロボットと情報通信機器を使って、手術室の遠隔地から患者をリアルタイムで手術する技術だ。日本外科学会の袴田健一氏は、◇すでに日本に手術ロボットが300台以上配備され、5G通信技術の整備で、遠隔手術操作の遅延が解消できる◇オンライン手術は、遠隔診療の理念に合致し、D to Pに属する診療行為であり、ガイドラインに合致する◇質の高い医療の均てん化に寄与する◇関連分野の情報開発を促進する一と説明した。

これを踏まえ厚労省は、一定の要件で、オンライン診療での外科手術を認めることを提案した。一定の要件としては、以下をあげた。

適用対象は、遠隔にいる医師でないと実施が困難な手術で、その医師の下に、患者を搬送することが困難である場合とする。情報通信機器は、重大な



遅延等が生じない環境を整え、事前に確認する。一時的に通信に不具合が生じる場合に備え、手術の継続が可能な体制を組む。

ただ、委員からは、未実施の技術であり、山本座長も通信設備の安定性に懸念を示すなど、慎重な意見が相次いだ。詳細な規定を設けることについては、厚労省が改めて整理する。

また、情報通信機器を用いた遠隔からの高度な専門性を持つ医師による診察・診断についても、手術と同様に、一定の条件を整理した。

「D to P with N」では、オンライン診療時に、訪問看護の看護師が患者の側において、医師は診療の補助行為を看護師に指示し、点滴や注射などを行う状況が想定されている。このような場合の取扱いも、医師による初診対面原則などガイドラインで定めたルールに則った診療を行うべきと整理している。また、医師と看護師の所属機関が異なる場合は、医師と看護師が患者の病状の情報を共有していくことが望ましいとした。

専門医機構のサブスペ連動研修見送りに様々な意見



ていくべきだ」と述べた。

医師偏在対策をまとめた医師需給分科会の第4次中間取りまとめについては、2022年度からの医学部入学定員の臨時定員の取扱いで懸念が出たという。第4次中間取りまとめでは、医師少数区域等で医師を確保するため、臨時定員の設定方法をゼロから議論し直すことになっている。総合部会では、病院の医師不足が全国的に生じている中で、医師養成数を厳しく抑制するのは問題とする意見があったと報告した。

生じた際には、次の点を含めて特段の取り計らいを求めた。

①期間中の入院患者数が許可病床数の上限を超えた場合、地域の実情に応じて一定割合(数)の上限を超えた入院(いわゆるオーバーベッド)や期間中の人員配置基準の緩和措置を要望する。

②地域の実情に応じて、期間中のレセプト提出・受付期限や処方箋有効期限の延長を要望する。

四病協・総合部会 働き方改革では2次救急医療機関への影響を懸念

四病院団体協議会は3月27日に総合部会を開いた。日本専門医機構認定のサブスペシャルティ23領域の4月からの連動研修が見送られたことについて、様々な意見が出た。会見した全日病の猪口雄二会長は、四病協としての意見は集約していないとしつつ、「機構認定の専門医は基本診療領域だけにすべきとの意見や、専門医制度のあり方自体をもう一度議論し直すべきとの意見があった」と述べて、総合部会での議論を紹介した。

3月28日にまとまった厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会の報告書をめぐっては、報告書自体には一定の評価を与えながらも、今後、働き

方改革は医療提供体制に様々な影響を及ぼすとの認識を猪口会長は示した。特に、特例水準の1,860時間の時間外労働上限や追加的健康確保措置の義務化が、2次救急医療機関に与える影響に言及。今後の宿日直や副業・アルバイトの考え方の整理にもよるが、当直体制をどう確保するかが医療機関にとって大きな問題になることを指摘した。

また、医師の働き方改革が、医療機能の分化・連携の加速化につながる可能性も指摘し、特定の医療機能の集約化や、高度急性期・急性期を担う医療機関と、地域密着型の地域包括ケアなどを担う医療機関の役割分担が進む方

向にあることを示した。

同日、中医協総会で、次期診療報酬改定に向けた今後の議論の進め方が議論されたことから、委員である猪口会長は、診療報酬に関しても、見解を示した。

医師の働き方改革を含め、医療従事者の確保が今後ますます難しくなっていく状況を踏まえ、「少子化・高齢化、人口減を前提に、医療の質を維持しながら、医療提供体制を効率化する必要がある。2018年度改定でも一定の対応が行われたが、診療報酬でやれることがある。看護配置などストラクチャーだけでなく、医療の成果を評価し、施設基準について、一定の緩和を検討し

10連休の休日加算等の取扱いで要望書

日病協 不測の事態には特段の取り計らい求める

日本病院団体協議会(山本修一議長)は3月28日、「10連休等の長期連休における休日加算等の取扱いについての要望書」を根本匠厚生労働大臣あてに提出した。

4月27日から5月6日までの10連休

中の診療報酬の扱いについては、厚生労働省より1月31日付で通知が発出され、初・再診料、外来診療料に係る休日加算および処方箋の交付について、いずれも「従前の通り」とする取扱いが示されている。

日病協としては、大型連休中の医療提供体制が混乱をきたさないよう全力で取り組むこととしているが、地域の実情によっては、一定の医療機関に患者が集中する可能性も指摘されている。このため、突発的かつ不測の事態が発

病院の2割弱で外国人の未収金

厚生労働省は3月27日、「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」の結果を発表した。2018年10月の1カ月間で、調査対象となった1,965病院のうち、372病院(18.9%)が、外国人患者による未収金を経験していることがわかった。

すべての病院に調査を依頼し、3,980病院(約47%)の回答を得た結果をまとめた。このうち、1,965病院の約5

割で、外国人患者の受入れがあった。

未収金があった病院をみると、病院あたりの発生件数は平均8.5件、未収金総額の平均は42.3万円だったが、総額が100万円を超える病院もあった。患者あたりの未収金の平均は、在留外国人が2万2,917円、訪日外国人旅行者が4万9,708円、医療渡航が10万6,624円となっている。請求日より1カ月たっても、診療費の全額が支払われて

いない状況を「未収」としている。

また、訪日外国人旅行者に対する診療価格は、有効な回答(4,899病院)のうち、9割が診療報酬基準で1点10円、

または消費税込みで10.8円および11円としていた。JMIP 認証病院など外国人患者の受入れの多い病院では、3割弱が1点20円以上の請求だった。

外国人材受入事業に名称を変更

3月30日に開かれた全日病臨時総会において、事業名称の変更に伴う定款改正が決議され、これまでの「外国人技能実習生受入に係る事業」(外国人技能実習生受入事業)の名称は「外国人材受入に係る事業」(外国人材受入

事業)となった。

なお、同事業の事務局は国際人材交流課、お問合せは下記まで。(専用ダイヤル)

電話: 03-5283-7442
FAX: 03-5283-7447

■ 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
2019年度第1回「病院職員のための認知症研修会(ユマニチュード®入門研修会)」(80名)	2019年5月11日(土)、12日(日)【一橋講堂】	34,560円(43,200円)(税込) (資料代、昼食代含む)	増加の一途である高齢者認知症の対応として、患者・家族にとっても、さらには職員のモチベーションにも役に立つ「ユマニチュード®」をテーマとした研修会を開催する。同一施設から複数名の参加を推奨する。2日間通して参加した方には「受講証」を発行する。「認知症ケア加算2」対応研修ではない。
2019年度「第1回 業務フロー図作成講習会」(20病院)	2019年5月24日(金)【全日病会議室】	48,600円(75,600円)(税込) (昼食代、書籍代含む)	各医療機関における医療の質向上、経営の質向上を目的として、医療の質向上委員会を中心に、業務フロー図に関する講習会を継続的に開催している。今回の課題は、①入退院支援の対応②インフルエンザ疑い患者の受入れ対応③持参薬の対応④事故が疑われる死亡事例発生後の対応⑤その他一のうち、希望の課題を一つ選択してもらう。
2019年度第1回「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会(100名)	2019年6月28日(金)【全日病会議室】	10,800円(16,200円)(税込)	2015年度から毎年、開催しており、2019年度も各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的に、研修会を開催する。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定の研修会に該当する。
「2019年度 医療安全管理者養成課程講習会」(第1クール・第2クール講義: 200名、第3クール演習: 1回あたり約100名)	第1クール(講義) 2019年6月1日(土)、6月2日(日) 第2クール(講義) 2019年8月30日(金)、8月31日(土) 第3クール(演習) ①2019年9月15日(日)、16日(月祝) ②2019年11月2日(土)、3日(日) ③2019年11月9日(土)、10日(日)【全日病会議室】	83,160円(103,680円)(税込) (受講料、テキスト代、昼食代含む)	全日病では、安全管理・質管理の基本的事項や実務指導に関わる教育・研修を行い、組織的な安全管理体制を確立する知識と技術を身につけた人材(医療安全管理者)を育成・養成することで、安全文化を醸成し、医療の質向上を図ることを目的に、昨年度に引き続き「医療安全管理者養成課程講習会」を開催する。2007年3月に厚生労働省より出された「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則った内容となっている。診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たしており、「認定証」は研修証明になる。

一冊の本 book review

いまさら聞けない病院経営 ～明日からの病院経営改善に向けて～

著者●小松本悟
発行●経営書院
定価●2,400円+税

本書は、長期にわたって黒字経営を続け、全面移転やJCI 認証取得など、さまざまなチャレンジを強いリーダーシップと冷静な判断でリードしてこられた小松本悟院長が、経営者としての心構えや、経営データの見方と経営戦略についてコンパクトに示されたご著書である。

病院が健全で安定した経営を維持していくためには、経営上の問題点を改善するとともに、中長期的な展望に立った経営方針や経営戦略を策定し、着実に実行していくことが必要である。病院長のみならず、経営幹部、経営幹部候補者にも読んでいただきたい。本書を片手に、自院の経営について思いを巡らせてはいかがだろうか。

