



全日病 ニュース 2016.12.1 No.884

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

次期医療計画の基準病床数算定式を了承

厚労省・医療計画検討会 5疾病・5事業に新たな指標を設定

厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」(遠藤久夫座長)は11月9日、2018年度からの第7次医療計画における基準病床数の算定式を了承したほか、5疾病・5事業の見直し案について厚労省から説明を受けて議論した。

基準病床数算定式の分母に用いる病床利用率は、2010～2015年の平均をとって一般病床は76%、療養病床は90%を下限とする。これまでは、直近の病院報告の値を用いていたが、次期計画では下限値を定め、各都道府県の直近の値がこれを上回る場合は、その数値を上限として定める。

算定式の分子に用いる平均在院日数

は、地方ブロックごとの経年変化を踏まえて日数を設定することとした。これまでは、病院報告における地方ブロックの平均在院日数に0.9を乗じて日数を設定していた。「0.9」は平均在院日数の短縮傾向を基準病床に反映させるための数値。しかし、近年はブロックごとの平均在院日数の変化に違いがみられるため、次期医療計画では、地域差を是正するため、平均在院日数が全国平均を下回っている場合は、そのブロックの直近6年の短縮率を使う。平均在院日数が全国平均を上回っている場合は、「全国値+α」とそのブロックの直近6年の短縮率を比較し、より高い短縮率を使う。「α」は、地域差の是

正を目的として、適当な値を設ける。

また、療養病床の算定式の分子に用いる「介護施設対応可能数」は「在宅医療等対応可能数」に見直すこととした。将来的に他の病床等での対応が見込まれる分については、「療養病床の在り方等に関する特別部会」の検討状況を踏まえて見直す。

そのほか、減少傾向が続いている有床診療所は、地域包括ケアを推進する役割が期待されていることから、届出要件を緩和する。当分の間、地域における役割が届出の際に確認できる場合は、医療計画の記載を不要とする。

5疾病・5事業の見直しを協議

次期医療計画における5疾病・5事業および在宅医療について、厚労省が見直しの考え方を示すとともに、計画の実効性を確保するため、指標の見直し案を示した。

がんについては、均てん化を推進するため、がん診療連携拠点病院のない2次医療圏に地域がん診療病院を整備することとし、新たな指標として「拠点病院のない2次医療圏における地域がん診療病院の整備状況」を追加する。

脳卒中では、標準的治療を普及させるとともに、発症早期のリハビリテーションを推進し、回復期・維持期のリハビリテーションにスムーズに移行できるように、医療機関相互の連携を図る。「脳梗塞に対する脳血管内治療の実施」



を指標に加える。

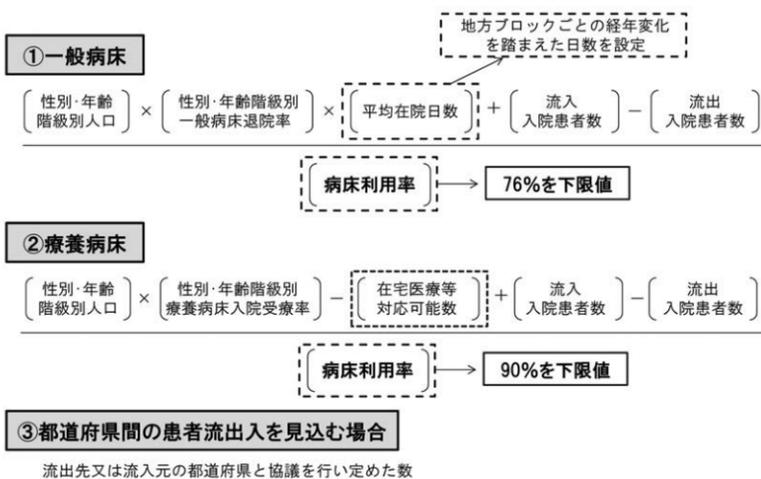
急性心筋梗塞は、「心筋梗塞等の心血管疾患」に名称を改め、急性期から回復期・慢性期までの一貫した医療提供体制を構築する。「来院後90分以内の冠動脈再開通達成率」を指標とする。

糖尿病では、医療機関と薬局・保険者が連携し、健診者および治療中断者への受診勧奨を行う。「糖尿病透析予防指導管理料の算定件数」を指標とする。

精神疾患では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するため、保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村との連携による支援体制を構築する。「都道府県・2次医療圏を集計単位とした指標」を追加する。

全日病会長の西澤寛俊委員は、脳卒中や急性心筋梗塞の見直しについて、「急性期から慢性期までを含めた医療体制を構築するというが、医療提供体制が十分でない医療圏もあり、一気に進めると混乱する。時間をかけて議論すべきだ」と述べ、慎重な対応を求めた。

次期医療計画における基準病床数(一般・療養)の算定式



総合確保方針改定の議論の整理案を大筋了承

厚労省・促進会議 都道府県と市町村が協議の場設置

厚生労働省の「医療介護総合確保促進会議」(田中滋座長)は11月14日、医療介護総合確保方針の改定に向けた議論の整理を大筋で了承した。医療・介護の連携が進むよう、医療計画と介護保険事業計画の整合性を図る。両計画策定の際に、都道府県と市町村が協議の場を設けることも明記。次回に改定案を了承した上で、告示改正する。

総合確保方針は医療介護総合確保促進法改正により、2014年9月に策定。今回は2018年度からの改定に向け、議論している。2018年度から新たな計画となる都道府県の医療計画や市町村の介護保険事業計画の両者の共通部分に関し、整合性を図るためだ。

行政の連携としては、医療計画や介護保険事業計画を策定する際に、都道府県と市町村が協議する場を設けることを明記することにした。

医療の2次医療圏と介護の老人福祉圏域について厚労省は、「一部の県(5県)に不一致がある」と説明。「可能な限り」という文言を加え、圏域の一致に努めるとした。

医療計画と介護保険事業計画のサービス必要量の整合性については、病床の機能分化・連携や療養病床の新たな受け皿の趨勢が定まっていなかった状況を踏まえ、「両計画の整備目標を整合的なものにする」との表現にとどめた。

サービス提供者等の役割はより具体

的に記述した。「入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて、切れ目のない医療、介護の提供体制を確保する」と明記した。連携の核となる人材確保については、

「医療、介護の両分野に精通した人材」が必要であることを明記した。

全日病会長の西澤寛俊委員が前回会で要請した資料を、厚労省が示した。都道府県と市町村の連携状況に関し、在宅医療・介護連携推進事業で都道府県保健所の支援を受けている市町村は全体の50.4%(704市町村)だった。

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、2017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●2017年1月13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●東京都内 帝国ホテル東京 本館3階「富士の間」
会 費●1名様につき1万円(当日受付にて申し受けます)
問合せ先 公益社団法人 全日本病院協会
Tel 03-5283-7441 Fax 03-5283-7444

清 話 抄

椎間板ヘルニアと痛み

椎間板ヘルニアは椎間板中央部の髄核が線維輪からはみ出して、後方の神経を圧迫して痛みを起すが、自然に消えることも多いと説明されています。

しかしヘルニアがあっても痛みが無い患者さんが結構います。その機序は髄核中の炎症を起す物質 TNF-α がなくなり、炎症がおさまって痛みがなくなるのです。

また、精神面や脳が腰痛に関与していることも分かっています。痛みの刺激が脳に伝わると脳内にフェージックドーパミンが産生され、それに伴ってミュウオピオイドが放出され、痛みが抑えられます。楽しい気分ではこのシステムが働いて痛みが抑えら

れます。逆に不安や抑うつが強いところのドーパミンが少なくなり、痛みが増幅されます。またストレス、不安、うつなどが存在すると他種のドーパミンが放出され、痛みが増幅されます。他にも精神的な状態が痛みに大きく作用していることが分かっています。医師や看護師の説明によって患者さんは自分の状態が良く分かり、不安が少なくなる。このような事自体がドーパミンシステムに働いて、実際に痛みを少なくするのです。痛みは手術や薬やプロ

ックだけがとるのではなく、言葉もとるのだということが科学的に立証されている訳で、ムントセラピーはまさに真実なのです。

情報が日々開示され、共有されていく現在、このようなことを知ってか知らずか、ヘルニアがあるというだけで手術をしたり、「寝たきりになったりする」などと患者さんを脅かして手術にもっていく様な医療は淘汰されるべきだと考えています。

(稲波弘彦)

主張

電子カルテと人工知能

中小病院の電子カルテ導入がなかなか進まない。かけた分の労力やコストが成果物として現場にフィードバックされていないことも要因であるが、いまだ成熟し切れていない電子カルテの領域としてデータマイニング機能がある。データマイニングとは簡単に「大量のデータ・情報を解析し、ある知識を発見する」ことであるが、電子カルテに打ち込んだ大量のデータから、現場が気づかない診断・治療やケアに対しヒントや解答を自動で示してくれる、

それが電子カルテにとっては苦手な作業なのである。「集めるデータ」から「生み出すデータ」となっていない。

しかし、画期的なテクノロジーがその難問を解決してくれるかもしれない。AI (Artificial Intelligence) と言われる「人工知能」である。AIは自動運転や将棋・囲碁の世界で有名となったが、医療の世界でもiPS細胞の品質管理にAIを活用するという報道が最近あったように、はるか先のことだと思われていた未来が加速度的に現実にな

りつつある。

問診、各種データ、画像などに加え、ウェアラブル機器によりAIが診断支援や推奨される治療方針などを瞬時に示してくれる時代は遠からずやってくる。在宅の現場でも、AIやロボット、IoTデバイスが高齢者本人のクリエイティブな活動を支援することで、結果として介護人材不足の解消にも役立つであろう。

既に銀行やホテルでも活用されているコミュニケーションロボットは、病院職員や患者の「個性」をディープラ

ーニングすることにより、ヒューマンネットワークの潤滑油として作用し、現場の新たな行動変容を生み出だすきっかけになるかもしれない。

政府もAI産業化に向け工程表案を提示したが、その一方で、来年夏頃を目途に「AI開発ガイドライン」を策定し、AI普及による社会・経済にもたらす影響やリスクに備える予定となっている。

我々も、経営能力をディープラーニングされる時代に備え、AIの恩恵を前向きに捉え、知識として準備しておくことが必要であろう。

(高橋 肇)

トルツ皮下注の再申請で薬価算定の不透明感高まる

中医協総会

薬価は約10万円下がる

中医協(田辺国昭会長)は11月9日に総会を開き、乾癬治療薬のトルツ皮下注(日本イーライリリー)を含む35品目23成分の新医薬品の保険収載を承認した。トルツ皮下注は8月24日の総会で、薬価が高いことから、処方制限を図った上で承認したが、企業側が申請を取り下げた経緯がある。今回、約10万円下がった薬価を認めたものの、薬価算定に対する不透明感がさらに高まる結果となった。

8月24日の中医協総会に、薬価算定組織によるトルツ皮下注の算定案が示された。効能・効果は既存治療で効果不十分な尋常性乾癬や関節症性乾癬。80mg1mL筒で24万5,873円だった。類似薬効比較方式で算定し、外国価格調整により、調整前の14万6,244円の約1.7倍になった。「薬価が高すぎる」として、中医協委員からは、承認に難色を示す意見が相次いだ。

その結果、中医協は、同種同効薬を使用しても効果が不十分な場合にトル

ツ皮下注の使用を限定する留意事項通知を出すことを条件に承認した。しかしその後、企業側が申請を取り下げ、薬価収載は行われなかった。

今回の算定案では、24万5,873円が14万6,244円となり、約10万円下がった。算定薬価が大きく下がったのは、外国価格調整のルールによる。

薬価算定における外国価格調整は、米、英、独、仏の薬価の平均である外国平均価格を算出し、それが調整前の価格の0.75倍を下回れば、引上げ調整を行うというルールだ。米国が示す薬価(リストプライス)が、他国と比べ突出して高いことから、このルールがトルツ皮下注の薬価を引き上げた。

ただし外国価格調整では、最低薬価の3倍を上回る国の薬価を除外する規定もある。今回の再申請の際の為替レート(期間が、ちょうど英国のEU離脱投票結果が尾を引くポンド安の期間に当たった。為替の影響で、英国と米国の薬価が3倍以上となり、米国の薬

価が除かれ、その上で、ポンド安の平均外国価格が算出されたため、大幅に算定薬価が下がった。

診療側委員からは、「為替レートの変動がこれだけの影響を与えた。為替レートを利用した企業戦略に医療保険制度が翻弄されているのではないか」との意見が出た。

さらに、診療側の委員は「米国のリストプライスはメーカー希望小売価格。他は保険償還価格であり、フェアでない。米国は除外すべきではないか」と提案した。支払側の委員は、「10万円下がっても利益が出ることに驚く。薬価に含まれる営業利益率について今後議論が必要だ」と訴えた。

また、同日承認した新医薬品のうち、ミカトリオ配合錠(日本ベーリンガーインゲルハイム)とミケルナ配合点眼液(大塚製薬)を、処方日数制限の例外とすることを了承した。処方日数制限の取扱いでは、薬価収載から1年間は原則1日14日分を限度に投与するルールがあるが、既収載品の配合剤などの場合は制限を設けないとの取扱いと



なっている。

高額な医療技術で費用対効果評価

中医協総会は同日、医薬品などへの費用対効果評価の試行的導入で、「高額な医療機器を用いる医療技術」の具体例を費用対効果評価専門部会で選定することを了承した。費用対効果評価の試行的導入では、オブジーボヤソバルディ(ギリアド・サイエンシズ)、ハーボニー(同)などの医薬品や医療機器ですでに対象を選定済み。

医薬品と医療機器は2018年度改定で価格への反映を行うが、「高額な医療機器を用いる医療技術」での実施時期は決まっていない。実施時期を含めて、費用対効果評価専門部会での議論になる。2016年度診療報酬改定の附帯意見を踏まえた対応だ。

医療機関別係数の基本的な考え方の議論開始

DPC分科会

機能評価係数Ⅱの重み付けも課題

中医協の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会(小山信彌分科会長)は11月9日、DPC制度における医療機関別係数の基本的な考え方の議論を始めた。2018年度診療報酬改定で調整係数が全廃されることを踏まえ、①基礎係数②調整係数③機能評価係数Ⅱをテーマとする。機能評価係数Ⅱの各項目を再整理した上で、重み付けを行うなど、様々な課題が挙がっている。

基礎係数については、大学病院本院であるDPC病院Ⅰ群、診療密度や一定の機能がⅠ群に準じるⅡ群、それ以外のⅢ群がある。係数はⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群の順で高い。それぞれの類型で、DPC対象病院が一定の診療密度に収

れんしていくことを期待している。

しかし委員からは、現状でⅢ群がⅡ群を目指す状況を踏まえ、「基礎係数が病院の格付けのようになっている」との問題点を指摘する意見が出た。全日病副会長の美原盤委員は、「なぜ、Ⅱ群を目指すか」というと、係数が高いから」と述べ、基礎係数の見直しが必要との認識を示した。委員からは、「Ⅱ群、Ⅲ群とは異なった医療機関群を弾力的に検討すべき」といった指摘もある。

調整係数は段階的に縮小を進めてきたが、2018年度改正で廃止される予定だ。激変緩和措置としての役割をどのように代替していくかが課題となる。調整係数は、現行のDPC制度では評

価しきれない医療を担保してきた。標準的な診療内容から逸脱した症例や、包括範囲に含まれる診療内容が病院ごとに異なる状況を踏まえると、調整係数が担っていた機能は一定程度対応する必要があるといえる。

その趣旨で2016年度改定で「重症度指数」を新設した。だが「重症度指数」に対しては、「調整係数とは異なるのではないか」といった指摘がある。厚労省は、激変緩和措置が適用されている医療機関の「より詳細な分析が必要」と指摘。その上で、今後の対応を考えるべきと主張した。また、委員から、2016年度改定で導入した患者の重症度を勘案するCCPマトリックスが今後、調

整係数を代替していくとの意見も出た。

機能評価係数Ⅱについては、厚労省が「全体の再整理が必要。その際、それに適した重み付けを行うこと」を論点とした。機能評価係数Ⅱは現在、「保険診療指数」「効率性指数」「複雑性指数」「カバー率指数」「救急医療指数」「地域医療指数」「後発医薬品指数」「重症度指数」の8項目がある。評価は等分となっている。

美原委員は「後発医薬品指数と効率性指数・複雑性指数では、病院としての取組みが全然違う。是非、重み付けを考えてほしい」と述べ、厚労省の論点に賛同した。

また、厚労省は医療機関間の機能分担・連携を評価する論点も提示。美原委員は、「地域の総合病院が同じ疾病で患者を取り合うのではなく、こちらはがん、こちらは心筋梗塞というように連携の評価が考えられる」とした。

「医師偏在」がビジョン検討会の議題に加わる

厚生労働省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」(澁谷健司座長)が11月15日に第3回目の会合を開いた。ビジョン検討会の議題に、「医師偏在」が加わった。医師偏在対策を議論している

「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」との役割分担が課題となりそうだ。

厚労省によると、塩崎恭久厚生労働大臣がまとめた「保健医療2035」やビジョン検討会の初会合での挨拶を踏ま

えると、「医師偏在」がビジョン検討会においても、課題の1つになるという。一方、医師需給分科会は開催が延期されていて、「再開の意思決定ができていない状況」(厚労省)だ。

ビジョン検討会の課題としては、◇

自治体が実情に応じた政策展開を行うための医療従事者を確保するための手段◇医師の養成で地域の医療提供体制の確保と専門的な能力向上の両立◇限られた保険財政を踏まえた医療従事者の配置・養成のあり方などが「医師偏在」に関わるという。

整備指針改定に向け基本的考え示す

専門医機構

日本専門医機構は11月18日の理事会で、専門医制度整備指針の基本的な考え方を議論したが、とりまとめにいたらず、引き続き議論することになった。基本的な考え方では、機構と学会の役

割分担や、基本診療領域とサブスペシャリティの関係、研修における地域医療への配慮などを新たな整備指針に反映させることを検討している。

地域医療への配慮に関しては、日本

医師会が要望書を出しているが、今後各団体との調整が必要になる。四病協としては、日医の要望をもとに、より具体化した要望をまとめる意向だ。

日医は、地域医療への配慮で、◇大

学病院以外も基幹施設になれる◇都市部の専攻医の募集定員が過去3年の採用実績平均を超えない◇連携施設も専攻医を採用できる一などを要望した。

整備指針は今後の専門医制度の方向を決めるだけに、関係者の合意のもとに改定する必要がある。

介護療養病床などの受け皿の議論を深める

厚労省・療養病床特別部会

現場の実態を踏まえた対応を

社会保障審議会・療養病床のあり方等に関する特別部会(遠藤久夫部会長)は11月18日、前回の特別部会で厚生労働省が提示したたたき台をめぐり、議論を深めた。全日病会長の西澤寛俊委員が、「現場の実態を踏まえた議論が不十分」と指摘。全国抑制廃止研究会の吉岡充理事長をはじめ、介護療養病床を運営する委員の発言を促した。特別部会として、「病院」でなくなることへの不安に、制度として応える必要があるとの認識を共有した。

前回厚労省が示した「医療機能を内包した施設系サービス」と「医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設」を踏まえて、議論を行った。委員からさらなる具体化を求める意見が相次ぎ、厚労省は次回会合でとりまとめ案を示す意向を示した。12月初旬

のとりまとめまで、残り2回の議論を行う予定。当面は来年の通常国会に提出する法律事項を決める必要があるが、とりまとめでは、施設基準などのイメージをより具体化する方向だ。

ただ療養病床再編をめぐっては、2006年以降の経緯で、「国の方針で現場が翻弄された」との不信が根強い。介護療養病床廃止の方針自体に対する反対もなくなったわけではない。西澤会長はそのような状況を踏まえ、「現場の理解と納得」を得るための議論が必要と主張。特別部会での議論を促した。

吉岡委員は、前回に引き続き意見書を提出。たたき台に対する問題点を指摘した。「医療機能を内包した施設系サービス」が介護療養病床の機能を「そのまま残す」としながら、転換を強制

することに対し、「ベッド数削減のためだけではないか」と問いかけた。その上で、介護施設になれば、職員に「病院である誇り」が失われ、「最後には医療提供が覚束なくなる」と訴えた。

さらに吉岡委員は、東京都慢性期医療協会(会長=安藤高朗・全日病副会長)が作成した試算を参照し、「医療費は安くない」と主張した。療養病床の受け皿を整備しても、医療療養病床20対1への転換を目指す施設があるためだ。

吉岡委員の主張を受け、療養病床を運営する委員からは、「新たな選択肢がどれだけ魅力的になるかがポイント。明るい未来に向け、施設基準や面積で緩和措置を講じる必要がある」、「病状の変化は少ないが、重症な患者が多い。老人保健施設での対応は難しい。ある



意味、行き場のない人たちを受け入れている」、「なぜ廃止しなければならないのかをもっと議論する必要がある」などの意見が出た。一方、「やむを得ず過ごすのが病床。新たな施設では生活の視点が重要だ」と、病院との違いを指摘する意見もあった。

西澤委員は、「現場の苦勞を理解するとともに、経済の観点だけではなく、利用者によりよいサービスを提供するという視点を重視しなければならない」と述べた。厚労省は、新たな施設の名称や経過措置について、これらの意見に配慮する考えを示した。

「在宅医療・介護の連携」で国・県の市町村支援内容を明確化

厚労省・介護保険部会

次期同時改定で入退院時の医療機関と介護の連携を評価

社会保障審議会・介護保険部会(遠藤久夫部会長)は11月16日、「在宅医療・介護の連携等の推進」について議論し、厚生労働省が提示した論点を了承した。遠藤部会長は「検討事項の議論は二巡した。次からとりまとめに入りたい」と述べ、次回会合から、報告書素案にもとづいて議論を進める意向を表明した。

医療・介護の連携については、(1)急性期から在宅医療・介護までのシームレスな提供体制を整えるという基本的課題に加え、(2)喫緊の問題となっている在宅医療・介護の連携を推進するというテーマがある。

厚労省はこの日の論点で、(1)に関しては、とくに入退院時における医療機関と在宅介護の連携を進めるために、2018年度の同時改定で対応することを提案。

(2)については、在宅医療・介護連携推進事業の進展に向けて市町村に対する支援を強化する必要があるとして、

国として、①事業立案に至る方法を市町村に具体的に提示する②医療・介護データの収集分析、在宅医療の体制整備、広域的な入退院時の連携等都道府県として実施すべき市町村支援の内容を明確にする③地域の実情に応じた事業の事例を市町村と都道府県に提供していく一との考えを明らかにした。

さらに、都道府県が2018年度に策定する介護保険事業支援計画に、在宅医療・介護連携推進事業にかかわる医療部局との連携を含めた、市町村支援の内容を盛り込む方針を打ち出した。

こうした介護保険法改正の方向に対して、介護保険部会の各委員は賛意を表明した。

市町村が実施主体の地域支援事業に組み入れられた「在宅医療・介護連携の推進」事業は、事業項目の一部を郡市区医師会、地域の中核的医療機関、他の団体等に委託することができる。

委託先の1つである日本医師会の鈴木邦彦委員は、厚労省の提案に賛同し

た上で、「(介護部局と医療部局だけでは)サービス付き高齢者向け住宅は抜けてしまう」と発言。整備計画と連携事業において都道府県がサ高住に関与していく必要を指摘し、「住宅部局と一体となった取組み」を求めた。

全国老人福祉施設協議会の榎田和平常委員は「医療資源が乏しい地域は市町村単位にこだわる必要はない。むしろ、医師会単位で取り組むべき規模の市町村もある」として、地域の実情にあわせて都道府県が支援することを提案した。

委員からはこのほか、「連携事業が医療・介護費用におよぼした結果を評価するべきではないか」「取組みが弱い市町村にペナルティを与えてはどうか」「都道府県に医療と介護を一体化した部局を設けるべきではないか」などの意見が出た。

一方、入退院時の連携については、「市町村は国保や介護のデータから入院で流出した高齢者の情報を活用す



べきだ」「医療機関と(ケアマネ等)介護関係者との間に情報提供のルールを確立すべき」「(在宅療養者が)入院した段階で地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に連絡が入る仕組みがほしい」「医療機関に医療介護連携のプロが配置されるべき」などの提案があった。

委員からは、「2018年度改定は2025年に向けた事実上最後の同時改定だ。医療介護連携のしっかりした枠組みをつくらなければならない」との声もあった。

2017年度介護報酬期中改定の基本が決まる

厚労省・介護給付費分科会

処遇改善加算にキャリアパス要件を追加

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は11月16日、政府方針によって月平均1万円相当の処遇改善を実現するために行われる2017年度介護報酬(介護職員処遇改善加算)改定の方針について議論した。

厚生労働省は、①介護職員が対象であることや加算で得た報酬は賃金以外に使えないことなど加算の性格は現行通りとした上で、②加算の(I)~(IV)以外に、賃金改善が昇給と結びついた

ものとなるようなキャリアパス要件を追加した加算を新設する③処遇改善加算のあり方は引き続き検討していくことを提案した。

新たな加算の内容は、現行のキャリアパス要件(I・II)に「経験、資格、実技試験等による評価のいずれかに応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期昇給を判定する仕組みを設ける」という要件(III)を追加、I~IIIのすべてを満たした場合に算定できる

というもの。

キャリアパス要件IとIIをともに満たした場合の加算(I)において、介護職員処遇改善交付金からの通算で1人当たり月額2万7千円相当の賃金改善が可能となるのに対して、新たな加算は1万円アップの3万7千円相当の賃上げを可能とする。

厚労省の提案に対して委員からは特別な異論は出なかったが、「処遇改善加算だけでは介護人材の確保・定着は



難しい。介護労働のイメージを変えるなど、抜本的な対策が必要ではないか」といった意見があった。

熊本地震の医療支援に対し 全日病に感謝状

熊本地震における全日病の医療支援活動に対し、熊本県から感謝状が授与された。全日病を代表して織田正道副会長が11月16日に熊本県庁にて、蒲島郁夫知事から感謝状を受け取った。蒲島知事は、発災直後から駆け付け、AMAT等の支援を展開した全日病に対し、感謝の言葉を述べた。11月19日の常任理事会で織田副会長が報告した。



「介護」の外国人受入れで 法案成立

外国人技能実習生制度の適正化を図るための「外国人の技能実習の適正な実習及び技能実習生の保護に関する法案」と、在留資格に「介護」を新設する「出入国管理及び難民認定法の一部を改正する法案」が、11月18日の参議院本会議で可決され、成立した。施行日は、1年以内に政令で定める日。

技能実習適正化法では、外国人技能実習機構を新設するなどして、外国人技能実習生の受入れ先の監督を強化する。法律事項ではないが、技能実習の対象職種に「介護」を加える。全日病は監理団体となることを検討している。入管法改正法では、介護福祉士の資格を有する外国人に係る在留資格を設ける。

続報・全日本病院学会 in 熊本 10月8～9日に熊本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4～6面で紹介します

病院のあり方に関する報告書2015-2016年版

病院のあり方委員会企画

病院のあり方委員会委員長 徳田禎久

「病院のあり方に関する報告書2015-2016年版」から4章の執筆責任者により各テーマについて解説があった。

「医療提供体制と中小病院 猪口雄二先生」：全日病を中心に提唱して来た「地域一般病棟」が「地域包括ケア病棟」となるまでの経緯説明と今後の展望、特に地域包括ケアシステムにおける病院の役割などが示された。この病棟が、軽症急性期、亜急性期、在宅生活復帰診療支援、介護との連携など幅広い機能を持つことから、中小民間病院の将来の選択肢として重要であると指摘。また、療養病床医療区分導入時のような安易な対応ではなく、軽症急性期や在宅診療をしっかりと行う体制を確立し、相応の診療報酬要求も強調された。

「医療従事者—必要職員の確保 木村厚先生」：医師をはじめとする各職種不足の実態と解消策を報告書に準じて解説がなされ、全職種で当面は育成促進が必要であり、偏在解消の努力、女性の勤務環境の改善、医師の事務作業補助などの対策が示された。介護職

不足の要因が業務そのものと給与水準の問題であることから解決の難しさが示され、日本語試験の問題解消を前提とした外国人労働者の導入が提唱された。

「医療圏と地域医療構想 川島眞之先生」：大都市部と地方では対応が異なることを東京、大阪の例・演者自身の医療圏の状況で示し、医療需要を疾病毎・救急などによって分析し、構想策定の際にそれに相応する医療圏を考える必要と近隣医療圏との協調も考慮すべきことが強調された。自施設診療圏がアクセスの関係もあって生活圏と合致していることから、地域医療構想調整会議で実際の医療圏を踏まえた議論を行っていくことを提唱された。

「医療の質管理—地域レベルでの質確保をどう考えるか 飯田修平先生」：「質は顧客の要望への適合で、総合的な評価が必要」だが、顧客の対象やその要求によって質の評価が異なるので、概念整理の必要性を強調。地域医療の質確保では、サービス、組織管理、提供者、顧客満足などの各項目で検討が必要

とし、演者の東京練馬区での実態を種々の視点から考察。地域の規定については、行政区画、医療機関からの距離と交通網などで異なることから境界の設定は困難、医療圏/生活圏の整合性も困難であることに加え、評価すべき質、評価される客体の決定も難しく、患者利用者の状態が多様、関係する法律や保険も多いことから、「地域レベルの質評価・確保」は困難と結論付けられた。

ディスカッションでは、「地域包括ケア病棟」については、DPC要件厳格化に伴う亜急性対応として転換する流れが出るだろうが、地域包括ケアシステムの中で急性期から在宅まで担うとする地域一般病棟の理念にそって開設すべきであること、厳しい地域もあろうが会員病院が諸条件をクリアして取得することが望まれるとされた。「医療従事者問題」では、外国人労働者導入を、国が方向性を明確にし教育など受け入れ態勢充実を条件に肯定すべしとの意見と、まずはアクティブシニアの登用等工夫が先との意見があった。「医療圏」では、地域医療構想調整会



議で人口動態や診療実態など十分な情報から共通認識をしっかりとって議論すべきで、住民の理解も必須とされた。全体を通じて大きな問題提起として、限られた財源の中で提供する医療の範囲を国民に問う時期にきており、求める医療によっては応分負担の必要性を問うべきとの提言があった。

会長から、進行中の医療計画などが国主導トップダウンの施策に対して、地域医療構想策定では現場の意見集約から物が言えるボトムアップのチャンスなのでしっかりと対応すべきであり、今一度、現場の視点から提供体制を考える報告書の作成が必要であるとの認識が示された。

救命救急現場の自殺症例からひもとく 健診・メンタルヘルスケアの重要性

人間ドック委員会企画

人間ドック委員会委員長 西 昂

今回、日本医師会認定産業医教育講演として、日本医科大学の布施理美先生より、「救命救急現場の自殺症例からひもとく健診・メンタルヘルスケアの重要性」についてご講演いただいた。

以前、全日病の「平成27年度 保健指導士更新研修会」においても、ストレスチェック制度の義務化に伴い、メンタルヘルスについて講演を行ったことがあったが、布施理美先生は、運ばれてきた自殺者に処置を施しても、一週間後にはまた搬送されてきてしまう現状や、逆に自殺を図ったが処置をされ

るうちに生きたいと思直すも、助けられなかった話など、実体験に基づく救急現場ならではの内容をご講演いただいた。

その一見重くなりがち内容を布施理美先生は、フジテレビで放映された「救命病棟24時」における医療指導の経験等、様々な話題を用いて、決して重い雰囲気を作らず参加者の興味を二時間惹き続けた。

年間自殺者数は厚労省のデータによると、平成27年度では24,025名に至ると、直近では過労死のニュースが報道さ

れ、誰もがそうなる前に手を差し伸べることが出来なかったのか、と心を痛ませたはずである。

このメンタルヘルスケアとは、そういった方々を予防する役割がある。

だが、現時点においてメンタルヘルスケアに対する理解は浅く、普及についても時間がかかると思われる。

今後、人間ドック委員会はこのメンタルヘルスケアの重要性について再認識し、予防医学の観点からも真摯に取り組んで参りたい。



機能評価受審の問題点 —いかに解決して再更新したか—

機能評価委員会企画

機能評価委員会委員長 木村 厚

近年、日本医療機能評価機構の病院機能評価の更新を辞退する病院が増加しており、認定病院が減少する原因となっている。今回、更新を辞退したが問題点を克服し再更新をした3病院の代表の方と当委員会の美原盤委員に講演頂き、その後討論した。

まず東京の寿康会病院看護部長の小野寺都留子氏の報告があった。1997年に同病院がリニューアルした年に評価機構が設立され、東京でも7番目と割と早い時期に認定を受け、1回は更新を受けたが、その後更新しなかった。その理由は、①Ver5で評価項目数が膨大になった、②中小病院も大病院と同様な取り組みが求められ、中小病院独自の機能評価がされにくい、③費用が高い、④病院移転話が持ち上がっていた、等であった。その後3rdGとなり①機能種別の受審が可能となった、②認定期間中の確認がありフォロー体制が整備され、継続的な質改善活動が評価される、③評価項目が減少し、中

小病院でも挑戦しやすくなった、等により2015年3月に訪問審査を受け更新した。更新審査を受けることで、病院理念の見直し、チーム医療の重要性を見直し、他部門への理解が深まり、連携が強化された。との内容であった。

続いて大阪暁明館病院院長の坂宗久氏の報告があった。同病院は2001年にVer3で初認定され、2006年に更新した。しかしその後、①施設の老朽化、②費用が高い、③他の第三者評価もいではないか、等の理由から更新しなかった。その後、①2010年から各部署の目標設定にBSC(バランススコアシート)を導入したが、その4つの視点(財務、患者、業務プロセス、学習と成長)は第三者評価においても大事な視点であること、②病院機能評価を取得し、継続し続けることは医療現場における質と安全、経営の向上に大きく貢献する、③病院が新築移転した事などから、2015年3月訪問審査を受け更新認定された。

更に地元熊本の江南病院院長の内賀嶋英明氏から報告があった。同病院は2002年にVer3で初回認定され、1回更新しているがその後、①職員アンケートで更新した方が良いとする人が減少した、②受審準備にかかる作業が膨大で残業、休日出勤が増えストレスが溜まった、③機能評価に気を取られ、通常の業務が後回しになった、④機能評価が一般に知られていない、⑤特に医局の人員不足から反対があった等の理由から更新しなかった。

その後、事故報告書、針刺し事故が増加してきた。自発的な業務改善が進まなかったなどの理由から、受審の必要性が検討され、①3rdGはプロセスを重視している、②病院機能に合わせた審査項目となった、等の事より医局も説得し2015年12月に訪問審査を受け更新認定を受けた。

最後に当委員会の美原盤氏から機能評価は病院管理のツールである、受審するだけではなく継続的な質改善が必



要であり、前回の評価より少しでも改善しようと努力することが大事である、今後はアウトカムの評価がなされるようになる、とのコメントがあった。

その後フロアも交えて討論があったが、①病院機能評価は病院機能の改善には大いに役に立つ、②機能評価受審には継続的な医療の質改善活動が必要である、③病院機能評価を国民にもっと知らしめる活動が機能評価機構には求められる、ことが確認された。

2016年度診療報酬改定後の動向

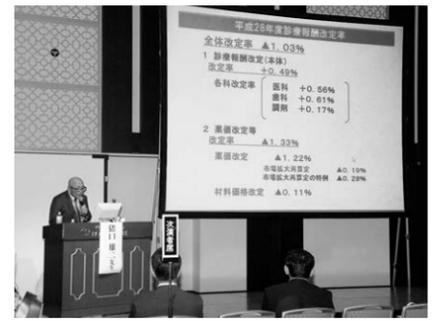
医療保険・診療報酬委員会企画

医療保険・診療報酬委員会委員長 猪口雄二

医療保険・診療報酬委員会は、2016年度診療報酬改定についてシンポジウムを行った。今回の診療報酬改定はいくつかのポイントがある。まず、重症度、医療・看護必要度の見直しであり、特に7対1病棟では25%という厳しい設定となった。また、病棟群制度はかなり厳しい条件が付けられ、選択する病院は限られるのではないかと考えられた。一方、療養病床は医療区分2、3において、酸素、うつ状態、などの算定要件が厳しくなり、そして医療療養2に医療区分2、3が5割という規定が設けられた。退院支援加算は、厳しい条件が付いたものの高い点数が設けられた。救急医療については、救急医療管理加算、夜間休日救急搬送医学管理料が増点となり、重症度、医療・看護必要度のA項目に救急入院が入った。地域包括ケア病棟は、手術・麻酔

が出来高算定できるようになったことなどが、今回の改定の特徴として挙げられる。このような診療報酬改定を受けて、次の3点について発表していただいた。まず、7対1入院基本料算定病棟がどのように変化するかを、名古屋記念財団理事長、太田圭洋先生にお願いした。地域包括ケア病棟については、同協会会長、芳珠記念病院理事長、仲井培雄先生に解説していただいた。療養病床については、全日病副会長であり、医療法人社団永生会理事長、安藤高朗先生に発表していただいた。その後パネルディスカッションを行った。7対1入院基本料算定医療機関については、日本病院団体協議会の意向調査について解説した。894病院が回答(約1,530病院の6割弱)、193病院(21.6%)が「他の入院料等に変更」と回

答、その変更先は「地域包括ケア病棟」112病院(13%)、病棟群の利用は15病院(1.7%)、10対1入院基本料への変更も14病院(1.6%)であった。地域包括ケア病棟については、算定している病棟が本年8月時点で1,622病院と増加していること。同病棟は「最強の病棟」であり、4つの機能(ポストアキュート、サブアキュート、周辺機能、在宅生活復帰支援)を自在に活用して、自院内の他の機能を持つ病棟と組み合わせること、などがポイントとなると解説した。療養病床については、「2025年に向けた療養病床の勝ち残り戦略」と題し、2018年度末の介護療養病床、医療療養病床2の廃止問題についてのシミュレーション、その対策として、(1)内部要因・外部要因の見極め、(2)急性期からの重症患者受入れ・在宅療養患者



の急変時対応・緩和ケアと看取り、などの機能に特化、(3)退院支援・認知症ケア、などの加算を算定、(4)地域包括ケアに向けた周辺業務への展開、(5)地域包括ケア病棟への転換も含め、ケアミックスの病棟構成、の5点が重要と発表した。これらの発表を通して、2016年度診療報酬改定により、病院にどのような変化をもたらすかを、少なからず示せたと考える。現在は病院生き残り時代に入っており、それぞれの病院が努力し、自院の価値を高めることが重要であることを再認識した。

病院の広報戦略 —先進的な広報活動を知る—

広報委員会企画

広報委員会委員長 高橋 肇

広報活動は、「患者が知りたいこと」と「患者に知らせたいこと」のギャップを埋めるコミュニケーション活動とも言える。以前行った全日病会員への広報活動アンケート調査では、「どのように情報発信したらいいかわからない」、「広報人員が確保できない」、「お金をかけてもその効果がわからない」、など現場のとまどい意見が多く寄せられた。今回、広報活動で注目を浴びている3病院の理事長にお話を頂戴した。ご本人からの講演要旨を掲載する。

1. 社会医療法人 HITO 病院 石川 賀代理事長 「地域包括ケアシステム実現に向けた広報の取り組み」
地域包括ケアシステム実現のため「種まき」を実践し、広報が担い手となり、様々な病院事業を展開している。地域包括ケアシステムにおける「自助」「互助」に加え、未来を担う子供達への働きかけ「未来への基盤」の3つを柱とし、現在30事業を展開。「自助」では、市民や行政機関、企業等で講演会や相談会、介護や認知予

防教室を開催。子宮がん検診受診率のアップのため行政と協力し、啓発活動を実施。「互助」では、在宅医療・介護関係者向けの研修会を実施。その他、医師との定期的な症例検討会や、セラピストが技術を学ぶ場を提供している。「未来への基盤」としては、地域住民を対象にした「HITO(ひと)フェスタ」を実施。1,000名の来場があり、行政、企業、市民が病院を通じて触れ合う機会を提供出来た。取り組みを通じ、市民の求める町とは何か、病院に必要とされているものは何かを共に考え、これからの町作りに必要な資源や、意識が高まっていくのではないかと考える。

2. 社会医療法人博愛会相良病院 相良吉昭理事長 「非線状の思考から創る女性医療」
当院は、がんの親を持つ子どもへの支援や患者の就労支援を続けながら、僻地や離島の医療機関へ定期的に医療スタッフを派遣し、2014年8月に領域別がん診療連携拠点病院の認可を受けた。2015年2月には効果的な乳がん医

療の展開を行うべく、隣県にある乳がん専門病院「プレストピア宮崎病院」とグループ化を行った。「今の医療に何が足りないか?」の、その一つ一つを実現させ、それらを物語にして制度や組織作りを反映させることは、「非線状の思考」から組織作りを行うことを意味する。「より幅広く、より深い医療」を永続的に実践するために、周囲の医療機関や異業種と相補的につながり、制度へ積極的に介入できるよう広報戦略をおこなっている。

3. 医療法人大誠会 田中志子理事長 「スターの輩出、それが当グループの戦略的広報」
私が学会で伝えたかったポイントは、①理念の継承、②方針の見える化、③スターの輩出。自院がいかなる歴史的背景を持ち、地域においてどんな役割を果たしてきたのか。父から受け継いだ「かかりつけ医魂」を次世代にも伝えながら、地域に根ざした医療・介護・福祉を展開する。方針を明確に打ち出し、見える化しながら伝え、地域住民



の理解を得ていく。結果として当グループの広報戦略となったと考える。そして、「スターの輩出」。スタッフが行政機関や大学などで講義をする。職員1人ひとりが輝ける環境を整備し、スターを生み出す。スターを輩出するためのプロデューサーとして、職員の活動を積極的に支援することが私流の「広報」である。今回座長の立場で感じたのは、トップである理事長自らが内外に対し確固たる理念、理想を語りかけており、法人内のガバナンスが非常に機能している印象を受けた。当委員会として、今後全日病ニュース上に「広報のあり方シリーズ」と称して全国のモデル事例を紹介していきたいと考えている。

熊本学会の点描



社会の変化に病院はどう対応すべきか — プライマリ・ケアと医師確保の視点から —

プライマリ・ケア検討委員会企画 プライマリ・ケア検討委員会委員長 丸山 泉

専門医の19番目の領域である総合診療専門医の行方は、1年間延期となり新しく編成された日本専門医機構に委ねられている。そのため、今回は専門医のあり方ではなく、なぜ彼ら、総合診療をする医師が必要とされているか、どのような場で働き、どのようなことに配慮すれば当該病院において十分な役割を果たし、かつ、彼らにとって安定した職場となるのか、ということに主眼をおいた。

本委員会の委員である宮地千尋・藤井久丈先生の軽妙洒落な司会進行により、フロアからの笑いも起り和やかなセッションとなった。

初めに、元厚生労働省、現在アクセント株式会社武内和久氏から、日本の医療がおかれている現状を喫緊の課題とともに大局的な視野でお話し

いただいた。

続いて、本協会の副会長である織田正道先生から、地域にきわめて密着し医療的役割を果たしながら自己改革を遂げてきた病院の代表者として、十年以上にわたる患者像の変化とそれに対応するために総合診療を導入してきた経緯とその効果についてお話しいただいた。

次に北海道美幌市立病院の木村真司先生より、最近まで院長をしていた松前町立病院において、若い医師達がなぜ交通も不便な施設に集まり、全科医を旗印に研鑽を続けながら地域の医療を守ることが出来たのか、指導医の役割と病院における教育とビジョン構築の重要性について知ることが出来た。

最後に、赤穂市民病院の一瀬直日先生から家庭医をコアとした病院総合医



のあり方についてお話しいただいた。同市民病院が家庭医をコアとし、セッティングの違いを超えて仕事をする事が出来る総合医を複数配置することで、従来の臓器別専門医の仕事が整理され、臓器別専門医にとってもプラスにはたらき、臓器別専門医と総合診療

医を共に配置することによる相乗効果を明確に示された。

その後、まとめのディスカッションが行われたが、フロアの数名の方に感想をお聞きしたところ、高い評価をいただいたことを付しておく。

病院事務長研修及び看護部門長研修の成果 — 病院事務長研修の優秀演題発表 —

医療従事者委員会企画 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学会初日に「病院事務長研修及び看護部門長研修の成果—病院事務長研修の優秀演題発表—」というセッションを開き、病院事務長研修の優秀演題の発表と表彰を行った。会場には100名超の方が参集され、うち約8割が事務系のスタッフ、2割が看護のスタッフであった。

今回は、まず事務長研修の歴史、意義について池上直己教授、次いでその実際について、研修企画者でもある日本経営支援センターの萩原正英代表取締役社長より話をいただいた。

その後、優秀演題の2題の発表となったが、会場には研修のOBの方々も大勢参加されており、活発な議論もなされた。

【優秀発表2題の演者の感想】

①医療法人社団明生会セントラル病院事務長 風間 宏幸

今回、全日病での初めての企画に参

加させて頂きました。14期事務長研修での内容を発表させて頂きました。今回とても嬉しかった事は、当時発表グループ6名の内3名が会場に応援に来て下さったことです。それぞれ岩手、福島、埼玉からご参加頂きました。非常に心強かったです。グループ以外も同期生が約10名会場に来て下さりました。事務長研修の深い絆を実感しました。そして驚いた事は会場にお越し頂いた方々が半分以上この事務長研修に参加されていた先輩達でした。会場からの質問も「第〇〇期生出身です」というお言葉から始まりました。会場でもお話しが出ましたが、14期生は情報交換・交流ツールとしてサイボウズを利用しております。研修終了後も同期生と繋がっています。最後に今回このような発表の機会を下さった全日病役員の皆様有難うございました。

②医療法人博愛会牧港中央病院 事務

長 饒平名 美千与

去る2016年10月8・9日に、第58回全日本病院学会 in 熊本が開催されました。今年4月に熊本地震が発生し、甚大な被害が報じられた際は、開催が危ぶまれていた今学会が「復興の証」として無事に熊本の地で開催され、参加できたことを大変嬉しく思います。

今回、私達は「医療従事者委員会企画」から、平成27年度第14回病院事務長研修の優秀演題発表という名誉ある機会を頂きました。会場は、事務部門と看護部門からの参加者で埋め尽くされ、今企画への関心の高さが感じられました。

発表後のパネルディスカッションでは、フロアを巻き込んだ意見交換を行うことができ、「集患」および「病床再編」という演題を基に、それぞれの立場から自施設の経営の維持・改善に向けたヒントを得ることができたのではないかと、とても有意義な時間



となりました。

今学会の発表を通して、14期研修生はもちろん、多くの事務長様からお声掛け頂き、新たなネットワークを築けたことも、私にとっての大きな収穫です。心より感謝申し上げます。

また看護部門長研修に関しては、当委員会の斉藤委員（上尾中央総合病院・看護副部長）より研修内容を紹介してもらった。2017年の学会では両研修における優秀グループより、それぞれ1例発表していただく予定である。

病院・施設における身体拘束の現状と予防策

高齢者医療介護委員会企画 高齢者医療介護委員会委員長 木下 毅

「身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業」を厚生労働省老健局の2015年度老人保健健康増進等事業として行った。全国の病院、介護保険施設、サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)の中から無作為抽出した2,020機関にアンケート調査を行い、712機関(回収率35.2%)から回答を得た。介護保険で禁止されている11行為のうち、「ベッドの四方を柵や壁で囲む」「手指の機能を制限するミトン型の手袋等の使用」「Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルを付ける」は行われている頻度が高く医療保険適用病床で54~94%、介護保険適用では16~71%であった。介護療養型医療施設では33~72%とその中間であった。

身体拘束行為の許容意識の調査では、「徘徊防止、転落防止、チューブを抜かないように、迷惑行為を防ぐために

車椅子・椅子・ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る」「立ち上がりを防げるような椅子を使用」「自分の意思であけることのできない居室等に隔離」を60~85%の施設が「理由を問わず避けるべき」と回答している。一方、「ベッドの四方を柵や壁で囲む」「手指の機能を制限するミトン型の手袋」は25~40%と低い。「ミトン型の手袋」は「点滴・チューブ類を抜去しようとする人」に48%使用されているが「実際に点滴・チューブ類を抜去した事がある人」が43%でその効果に疑問が残るので、安易な使用はさけるべきではないと思われる。詳細は全日病のホームページに掲載されている。

本庄内科病院の本庄弘次先生は、基本的には抑制が悪であることは議論し続けられているが、現実にはなぜ減らないのか、現場の判断基準は安全と尊

厳のバランスを秤にかけるといっていいのだが、その秤がくるっていると大変なことになる。センサーの使用は当院では、早期発見にはつながっても予防にはつながらず、転倒の頻度は逆に増える事実が分かった。それは装着することによる安心感から監視の意識が低下するところにある、と指摘した。

加藤綾子さんは介護老人保健施設アルボースでの経験から身体抑制廃止達成に重要な第一のポイントは、スタッフの意識改革である。抑制のないことが当たり前という意識への移行、抑制をしないための工夫をどのようにするかという発想転換である。個々の利用者に対してアセスメントを確実に実行し、家族と抑制廃止について密に話し合いを行い、抑制をしないことに対するコンセンサスを得た、と報告した。



光風園病院の梅崎亜希子さんは1993年(23年前)に身体拘束を完全に廃止し、職員の意識改革に取り組んできた。センサーの使用と適切な向精神薬の使用は、それが有効な効果を得ているかという点が重要である。身体拘束廃止には、医療従事者の高い知識とアセスメント能力が必要。そして病院トップの「身体拘束はしない」という強い思いが必要、と訴えた。

上智大学の栃本一三郎教授は、介護保険に身体拘束禁止が盛り込まれた経緯について発表し、議論を行った。

周産期医療体制整備計画と医療計画の一体化へ

厚労省・周産期医療提供体制のあり方に関する検討会

厚生労働省の「周産期医療提供体制のあり方に関する検討会」(五十嵐隆座長)は11月17日、今後の周産期医療の対応について意見の取りまとめを行った。周産期医療の医療圏の設定や「災害時小児周産期リエゾン」の養成、周産期医療体制整備計画と医療計画との一体化などを提案している。文言を一部修正した上で公表し、「医療計画の見直し等に関する検討会」に報告する。

医師不足の地域における周産期医療を確保するため、分娩取扱診療所の維持・新設に対して財政支援を行うほか、ハイリスク分娩を扱う施設の重点化・集約化が必要とした。

分娩施設の減少に伴い、妊産婦の分娩施設へのアクセスの悪化が懸念されることから、出生数や地理的条件、医療施設の数、カバーエリアなどを考慮した周産期医療の医療圏の設定を提案。

災害時の周産期医療体制については、災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期に関する情報収集や関係機関との調整を行う「災害時小児周産期リエゾン」の養成を進めることが必要とした。

一方、周産期医療体制の整備は救急医療や災害医療など他の事業と連動していることから、周産期医療の計画を単独で策定することが困難となってい



るため、周産期医療体制整備計画を医療計画に一体化することを求めた。その際、関係者で構成する「周産期医療協議会」は引き続き、その機能を維持することが必要とした。

薬剤耐性 (AMR) の理解促進へ国民啓発会議が初会合

政府は11月1日、薬剤耐性(AMR)対策国民啓発会議の初会合を開催した。薬剤耐性への国民の理解・知識を促進して、薬剤耐性の脅威に対する国民運動を展開するとともに、行政と民間団体が一体となった取組みを推進するために同会議を設置。議長には、元宇宙飛行士で日本科学未来館の毛利衛館長を選んだ。

薬剤耐性は、細菌が抗菌薬に対して抵抗力を持つようになり、抗菌薬が効かなくなったり、効きにくくなること。薬剤耐性の拡大の原因として、抗菌薬の不適切な使用が指摘されている。

塩崎恭久厚生労働大臣は挨拶で、「抗菌薬に対する薬剤耐性は、これまで全体的に認識されていなかった。昨年のWHO総会で、薬剤耐性に対するグローバル行動計画を採択し、日本でも、4月に国内対策のアクションプランをまとめた。やらなければならないことはたくさんある」と述べた。

この日の啓発会議では、関係行政機関や団体が薬剤耐性対策の取組みを報告し、国民への啓発活動を進めることを確認した。4月のアクションプランでは、政府広報やテレビ・新聞のメディアを通じて国民運動として、薬剤耐

性の脅威について普及・啓発活動を展開。毎年11月を「薬剤耐性(AMR)対策推進月間」と設定し、取組みを推進することとしている。

2017年度予算では、医療、動物、食品、感染予防・管理の専門職のネットワークである「感染症教育コンソーシアム」の設立を要求している。

厚労省の橋本泰宏審議官(健康、生活衛生担当)は、日本は世界的にみて抗菌薬の使用量は多くないが、幅広い細菌に有効なセファロスポリン、キノロン、マクロライドの3系統の使用割合が高いと指摘。課題として、風邪の



ように細菌が原因ではない場合の抗菌薬処方が多いことを挙げた。

毛利議長の提案により、成果をあげた自治体や団体に対する表彰の実施を検討することで合意した。

肝炎対策の取組み状況について報告を受ける

肝炎対策推進協議会

厚生労働省の肝炎対策推進協議会は11月7日、厚労省から肝炎対策の取組み状況について報告を受けたほか、国立国際医療研究センターの孝藤達哉・肝炎情報センター長から肝疾患診療連携拠点病院に関する調査の報告を受けた。

厚労省は、2017年度の肝炎対策予算の概算要求について概要を説明した。肝炎ウイルス検査の促進を重点的な施策として、前年度比22億円増の60億円を要求している。このうち肝炎患者の重症化予防の推進では、初回精密検査の助成を拡大する。これまでウイルス肝炎患者の重症化予防事業または健康増進事業の肝炎ウイルス検診での陽性

肝炎拠点病院への相談の4割は医療費助成制度

判定者のみ初回精密検査の助成対象としていたが、職域での検診の陽性判定者も助成の対象とする。

定期検査費用の助成措置の拡充では、自己負担額を慢性肝炎で3,000円から1,000円、肝硬変・肝がんで6,000円から1,000円に引き下げる。肝硬変・肝がん患者は頻りに定期検査を受ける必要があるため、肝硬変・肝がん患者の助成回数を2回から4回に増加する。慢性肝炎患者への助成回数は2回を維持する。

また、自治体の肝炎対策の取組み状況を紹介した。25都道府県が肝炎対策に特化した計画を定め、22都道府県が肝炎対策に特化した計画はないが保健

医療計画やがん対策推進計画で肝炎対策を定めている。2015年度に医師会、肝炎専門医、保健所、肝炎ウイルス感染者、肝炎患者と肝炎対策推進協議会を開催した都道府県は45だった。全都道府県がウイルス検査を無料実施しており、陽性者をフォローアップしていた。フォローアップの実施機関(複数回答)は、保健所44、県肝炎対策部局23、拠点病院15が上位だった。

孝藤氏の報告によると、肝疾患診療連携拠点病院は全国で70病院が指定されている。2015年度の拠点病院相談・支援センターへの相談件数は前年度比18.7%増の2万8,955件で、約40%の1万1,078件が医療費助成制度に関する内容だった。病気の治療に関するものは6,368件で2位となった。相談の担当者数は1人が11病院、2人が16病院、3人以上が43病院で、半数以上が3人以上の体制となっている。相談の対応職種(複数回答)は肝臓専門医41病院、看護師39病院が上位だった。



計報

全日本病院協会顧問の辻尚司先生が2016年10月に逝去された。

辻顧問は1983年度から92年度まで理事、94年度から2000年度まで常任理事を務めた後、01年度より顧問を務めるなど、永きにわたり全日病の発展に貢献した。

2016年秋の叙勲で会員3人が受章

2016年秋の叙勲で全日病の会員から下記3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	天草 大陸	医療法人敬愛会リハビリテーション天草病院 理事長
瑞宝小綬章	木下 秀夫	医療法人養心会国分病院 院長
	熊倉 徹雄	公益財団法人金森和心会雲雀ヶ丘病院 院長

2016年度 常任理事会の抄録 11月19日

【主な協議事項】

- 入退会の状況(敬称略・順不動)
 - 正会員として以下の入会を承認した。
 - 大阪府 医療法人田中会田中病院 理事長 田中 元人
 - 奈良県 社会福祉法人恩賜財団済生会中和病院 院長 今川 敦史
 - 奈良県 公益財団法人天理よろづ相談所病院 院長 太田 茂
 - 他に退会が3会員あり、正会員は合計2,490会員となった。
 - 準会員として以下の入会を承認した。
 - 北海道 医療法人礼風会 五輪橋マタニティクリニック
 - 準会員は合計77会員となった。

【主な報告事項】

- 審議等の報告
 - 「中央社会保険医療協議会入院医療等の調査・評価分科会」、「中央社会保険医療協議会 DPC 評価分科会」、「中央社会保険医療協議会 基本問題小委員会」、「中央社会保険医療協議会総会」、「中央社会保険医療協議会調査実施小委員会」、「社会保障審議会医療部会」、「社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会」、「医療介護総合確保促進会議」、「医療計画の見直し等に関する検討会」、「ビッグデータ活用ワーキンググループ」の報告があり、質疑が行われた。
 - 報告書等について
 - 「終末期医療に関するガイドラインの改訂について」、「平成28年度病院

経営調査報告書について」が報告された。

- 講習会、研修会について
 - 「個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース(兵庫会場)」、「平成28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)」の概要が報告された。
 - 病院機能評価の審査結果について
 - 主たる機能(3rd G: Ver.1.0 ~ 順不同)
 - 10月7日付で、以下の7病院が日本医療機能評価機構による病院機能評価に認定・更新されたと報告された。
 - ◎一般病院1
 - 兵庫県 西宮渡辺病院 更新
 - ◎一般病院2
 - 宮崎県 千代田病院 新規



- 埼玉県 彩の国東大宮メディカルセンター 更新
- 東京都 東京臨海病院 更新
- 沖縄県 中部徳洲会病院 更新
- ◎精神科病院
 - 青森県 芙蓉会病院 更新
 - 鹿児島県 松下病院 更新
- 10月7日現在の認定病院は合計2,195病院。全日病会員数のうち、認定病院数の占める割合は34.8%となっている。

医療事故調査制度事例検討研修会を開催

報告対象事例の判断めぐってグループワーク

全日病は11月9日、「第1回 医療事故調査制度事例検討研修会」を開催し、医療事故調査制度で報告対象となる事例の判断についてグループワークを行い、研鑽を積んだ。

医療事故調査制度が昨年10月に施行され、1年が経過した。全日病は、医療事故調査等支援団体として具体的な活動を開始し、会員病院からの専門委員の派遣要請に対応している。

医療事故調査・支援センターには、これまでに388件の報告が寄せられているが、遺族や報道関係者から、報告事例数が少ない、あるいは報告すべき事例が報告されていないなどが指摘されている。その要因として、報告すべき事例の判断に誤りがあるためと考えられる。このため、医療事故調査等支援担当委員会のメンバーが講師となって研修を実施。事故発生時に報告対象となる事例で判断に迷ったものを取り上げ、グループ討論を通じて理解を深

めた。冒頭に挨拶した西澤寛俊会長は、「研修で学んだことを踏まえて医療事故調査制度に適切に対応してほしい」と呼びかけた。

研修会の趣旨を説明した飯田修平常任理事は、「制度の実施から1年経ったがなかなかうまくいかない。対象事例の判断がばらばらしていることが問題で、法令と異なる解釈をしている団体もある」と注意を喚起。報告対象の事例をきちんと判断できるようになることが研修会の目的だと述べた。

続いて永井庸次常任理事が、法令をもとに報告対象事例の定義を解説した。医療事故が発生した場合、病院の管理者は遅滞なく、事故の日時、場所および状況を医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

報告対象となるのは、医療従事者が提供した医療に起因する死亡または死産であって、病院の管理者が予期しな

かったものとされている。「予期しなかった死亡」とは、①死亡が予期されることを患者等に説明していた、②死亡が予期されることを診療録などの文書に記録していた、③当該医療を提供した医療従事者が医療の提供前に死亡を予期していた、のいずれにも該当しないと管理者が認めた場合だ。

その際、説明や記録は、一般的な死亡の可能性を説明・記録したものではなく、患者個人の臨床経過を踏まえたものである必要がある。また、管理者が判断するに当たっては、事故にかかわった医療従事者から十分事情を聴取した上で、組織として判断することが求められている。

グループワークでは、配布された事例について、「医療に起因するか」「予期しなかったか」を判断して報告対象となるかを検討した。検討結果を発表すると、異なる判断をした他のグループと議論になることも。



例えば、末期がんで入院中の患者が、予後が思わしくないことを悲観し、希死念慮をいだくようになって自殺した事例では、判断が分かれる場面があった。この場合、自殺は提供した医療に起因するものではないことから、報告の対象とはならないと考えられる。

飯田常任理事は、「統一した見解を持っておかないと医療不信を招くことになる」として、法令に基づいた対応を求めた。

医師事務作業補助者研修実践力向上セミナー開く

診断書、主治医意見書等の文書作成を学ぶ

「医師事務作業補助者研修実践力向上セミナー」が11月3日、全日病と日本医療教育財団の共催で、全日病会議室で開催された。78名が参加して、処方せんや診断書、主治医意見書などの医療文書作成のポイントを学んだ。

冒頭、医療保険・診療報酬委員会の太田圭洋委員が挨拶し、セミナーの趣旨を説明した。セミナーは、全日病が2006年から実施している医師事務作業補助者研修のフォローアップとして開催された。同研修の修了者から、さらなるスキルアップを図りたいという声や離職した後の職場復帰のために再度研修を受けたいという要望があり、医師事務作業補助者の業務の要となる医療文書の作成に特化したセミナーを開催した。

また、セミナーは、全日病と日本医

療教育財団が行う医師事務作業補助技能認定試験の受験対策ともなっている。この試験に合格すると、ドクターズクラブの資格が得られる。ドクターズクラブは、医療文書の作成をはじめ医師事務作業補助者として必要な技能を有していることを証明する資格。「全国の医療機関で活躍が期待される資格だ」と太田氏は紹介した。

セミナーは、模擬試験とその解説を中心とした実践的な内容になっている。

模擬試験は、カルテをもとに処方せん、診断書、自賠責診断書、主治医意見書の4つを1時間で作成する。模擬試験の実施後に日本医療教育財団訓練課の古宮主任が、カルテの読み方をひも解きながら文書作成のポイントを解説した。

古宮氏は、「同じカルテから作る文

書であっても、目的によって書き方は異なる」として、作成する医療文書の目的を考えた上で、正確かつ丁寧に記載することを勧めた。

診断書は、受診時の主訴や診断の根拠、治療の内容、休業期間や療養期間を記載する。古宮氏は、カルテのどの部分を抜き出すかを説明し、「丸写しではポイントが伝わらない。まとめ方が大切」と指摘した。

自賠責診断書(自動車損害賠償責任保険診断書)は、自動車事故における傷病の説明とその治療費を請求する文書。事故による負傷の傷病名、治療開始日、病状の経過、治療の内容および今後の見通しを記載する。受傷日と初診日が異なる場合があるので、注意が必要だ。

主治医意見書は、「医学的内容だけ



でなく、介護の知識も必要になるので、完成させるのがたいへんな文書」(古宮氏)。家族や看護師に聞き取った内容を記載することもあるが、医師事務作業補助者が担当する範囲は病院によって異なるので、それによって補助者が書く範囲も異なることになる。

■ 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 (90名)	2017年1月12日(木) 10:00~16:30 【兵庫県医師会館】	12,960円(17,280円)(税込) ※資料代を含みます。	医療機関内に、個人情報保護に関する知識をもち、職員等を指導できる人材を育成することを目指します。参加者には、当協会より「受講認定証」を発行します。

あんしんとゆとりで仕事に専念

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

- 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)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護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
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

一般社団法人 全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル 7F TEL. 03-5283-8066