



# 全日病 ニュース

## 2018.7.1

### No.920

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

## 医師の働き方改革などの難題「一丸となり乗り越える」

### 定時総会 猪口会長が都道府県支部の協力に感謝

全日本病院協会(猪口雄二会長)は6月16日、都内のホテルで定時総会を開き、2017年度の事業を報告、決算を承認した。また、新たに9名を名誉会員に追加することを決めた。総会終了後には、支部長・副支部長会を開き、事前に各都道府県支部から寄せられた質問に対し、会長・副会長が全日病の考え方を説明した(7面に関連記事)。

挨拶した猪口会長は、会長就任後の1年間について「忙しい1年だった」と述べて、総合医の養成や外国人技能実習制度など新たな事業に取り組んだことを報告するとともに、昨年8月以降に会員数が2,500を超えたことに対し、都道府県支部の協力に感謝の言葉を述べた。

4月の診療報酬・介護報酬の同時改定については、改定内容が多岐にわたり、「たいへんな改定だった」とコメント。4月から創設された介護医療院については「全日病の会員のうちのどのくらいが移行するか定かではない」とする一方で、介護医療院に転換後も全日病の会員として、ともに活動できるよう、3月の総会で定款を変更したことを説明した。

猪口会長は、今後の課題として医師の働き方改革や消費税問題といった難題が続くことを説明。「全日病が一丸となり乗り越えていきたい」と述べた。

横倉日医会長など5名が来賓で挨拶  
定時総会では、2017年度事業を報告

するとともに、2017年度決算を承認した。日本医師会の横倉義武会長、東京都医師会の尾崎治夫会長、武見敬三参議院議員、羽生田俊参議院議員、自見はな参議院議員が来賓で挨拶した。

横倉日医会長は、政府が示した2040年の医療・介護給付費について、対GDP比の水準でみれば、将来的に一定の水準に収まることに着目することが重要と強調した。武見参院議員は、今後3年は新たに75歳に達する人が減少することから、社会保障の「基盤強化期間」とし、制度を持続可能なものに改革する期間になるとした。

2017年度の事業実績では、◇外国人



技能実習制度の監理団体としての取組み◇介護医療院協議会の設置◇全日病独自の病院総合医育成事業の開始◇各委員会活動◇全日本病院学会石川大会の開催◇広島で夏期研修会◇四病協・日病協としての活動◇看護師特定行為の指導者育成事業の受託や「医療の質評価・公表等推進事業」などの実施団体としての研修・調査・研究一などを行ったことを報告した。

2017年度決算は、経常収益が6億9,899万円、経常費用が6億9,737万円、162万円の黒字となった。

## 延命治療での支払意思額調査は行わない

### 中医協・費用対効果評価専門部会等 試行的導入と同じ基準値採用の方向

中医協の費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保険医療材料専門部会合同部会(荒井耕部会長)は6月13日、医薬品などの費用対効果を評価する仕組みの制度化に向けて議論。延命治療に関し、国民を対象とする支払意思額の調査は実施しないことを決めた。特に大きな経済環境の変化がなければ、試行的導入時と同じく、費用対効果が悪い場合の価格調整は、1質調整生存年(1QALY)当たり500万~1,000万円以上の範囲で行う方向だ。

費用対効果評価の仕組みの検討は当初の予定より大幅に遅れており、2018年度は試行的に7品目の医薬品・医療機器が対象になった。検討が遅れた理由の一つが、支払意思額調査の実施方法で合意が得られなかったことだ。このため、費用対効果の「よい・悪い」を判断する基準値の設定ができず、暫定的に、過去の研究者の研究結果を採用した。

医療技術の発展に伴い革新的な医薬品等が開発され、効果は既存技術よりも高いが、費用も高い場合に、どの程度まで費用増を許容するかが課題になっている。ICER(増分費用効果比)を使って、1QALY当たりの費用増を計算し、費用対効果の「よい・悪い」を判断するための基準値が必要になる。支払意思額調査は、その許容額を聞くものだ。過去の研究者の調査では、1

QALY当たり500万~1,000万円程度だった。

厚生労働省は、費用対効果評価の制度化に当たり、支払意思額調査の実施を提案したが、昨年の中医協の議論では、委員から「命に値段をつけるもので反対」、「(調査の趣旨を回答者に伝えるのが難しく)調査の信頼性が低い」などの意見が相次ぎ、実施が見送られた経緯がある。

#### 制度化の議論を本格化

中医協は次期診療報酬改定に向け、費用対効果評価の制度化の議論を本格化させる予定だ。前回の会合では委員から、検討スケジュールを明確に示すとともに、支払意思額調査の実施の是非も早急に決定することが求められていた。一方、合同部会では、医療経済学などに関する有識者による検討会(研究代表者=福田敬・国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター)を設置し、科学的な事項の検討を行ってきた。

同日は、科学的事項の検討結果が示された。まず基準値の設定において、①機会費用や現在償還されている医療技術の水準等②支払意思額③1人当たりGDP等の国民所得、生産性等の経済指標④諸外国の基準一を考慮することが必要とした。その上で、それぞれを検討した結果、「単一の調査結果等

から基準値を設定するのではなく、これまであげた様々な項目を総合的に勘案して、決定することが適当」と結論を出した。

さらに、試行的導入で用いた500万円(1,000万円)の基準値は、「学術的に正当化できる水準」と主張した。理由として、◇500万円は1人当たりGDPの1.18倍◇GDP比は諸外国も1~2倍◇過去の日本の調査で報告されている金額でもある一などをあげた。

なお、500万円(1,000万円)とは、500万円を超えた段階で価格調整の対象となり、それ以上では調整額が増大し、1,000万円以上になるという意味である。

支払意思額調査に対しては、「現時点で国として、基準値の設定を目的とした新たな調査を実施する必要性は低い」とした。支払意思額調査が手法として確立しておらず、信頼性が高くないことに加えて、経済状況などの大きな変動もないため、試行的導入の基準

値をそのまま用いることで問題ないとの考えを示唆した。

これらの報告を踏まえ、合同会議で議論を行った。委員からは、「将来的に妥当性があるかは不明で、定期的に検証すべき」、「500万円(1,000万円)については疾患に応じてもう少し柔軟に設定する必要があるのではないか」などの意見が出たものの、概ね報告内容を認める形となった。

具体的には、◇価格調整に用いる基準値は、様々な要素を総合的に勘案して決定する◇支払意思額調査は実施しない◇経済情勢などで大きな変動があった場合には、基準値を検証する必要がある一ことを確認し、了承した。

そのほか、試行的導入の検証の進捗状況が報告された。試行的導入においては、費用対効果評価を判断する方法を決め、それに基づいて厚生労働省の専門組織と企業がそれぞれ分析を行ったが、結果が両者で大きく異なり、限定的な価格調整となった。

厚生労働省は検証の進捗状況について、専門組織が「分析の枠組み」を企業に伝達し、企業側の不服意見の有無を確認したところ、不服意見はなく、分析の枠組みが決定されたと報告した。



## 清話抄

### 道徳と道義ある2025プランの実現を

いま全国で地域医療構想調整会議が続けられている。2025年を見据え、地域ならではの医療提供体制をどう作るのかを、各区域の関係者が自主的に考える1種の社会実験とも言える。しか

し各区域では現在、大きな問題が起きている。2025プランに対応して、公立公的病院が医療法に基づくこれまでの病院機能の明確化と役割分担という地域完結型医療を逸脱し、施設完結型医療を志向することが軋轢と困惑を生じさせているのである。

中央にある各病院組織本部の病床転換指導が、各地域の医療事情を踏まえない金太郎飴型のために、病院規模こそ違えあたたかもマトリョーシカ人形の様に、横並び一線の各病院での機能選

択の原因になっているのではないかと危惧している。

これからの医療を考えるに当たって、踏まえるべき点は2つある。1つは患者本位の視点である。調整されるべき医療提供体制は、患者が安心・信頼でき利便性が確保され、地域の生活を支えることが目標であるということ忘れてはいけない。従来の医療連携文化を壊す機能選択が望ましくないのは自明の理であろう。

もう1つは、医療経済的視点である。

高齢・人口減少社会では十分な医療費財源確保は困難である。一定の医療の質を出来るだけ低コストで賄う財源利用の最適化が必須である。大学病院を除いた公的公立病院の医療コストは民間の約2倍掛かっている。的確な公私の役割分担の協議は、民間で出来る医療は民間が分担し、先進・高度急性期・過疎僻地医療等を公立公的病院が担うという、従来の公民のベストミックス医療体制の素晴らしさの再確認から始められるべきである。(K・E)

# 主張

## 過去10年と今後10年

2025年まであと7年あまりとなつてしまつたが、過去10年を振り返つてみて2025年を考えてみたい。

私の所属する医療圏(人口52万人、2025年の高度・急性期の必要病床2,400床)には、800床規模の大学病院以外に3つの公的病院と、10あまりの急性期を担う民間病院がある。このうち救急の2次輪番制にかかわる3公的病院、6民間病院の比較をしてみた。急性期の総病床数は公・民ともそれぞれ

れ計1,000床程度であるが、2006年から2016年にかけて常勤医師数計は公的病院は160→220人、民間病院は112→112人、救急車搬送数は公対民3:5→5:5となつており患者、人材が公的病院へ吸収されつつある。

当市は東西42km、南北45kmとかなり広い面積を有しているが、その中心部の4×2kmの範囲に大学病院も含めた公的4病院は集中しており、いずれも今春までに全面建て替えを完了し、う

ち3病院がヘリポートをもち、2025プランでは、基本的にこれまで通りの医療を行っていくとしている。

10年後に人口は約5万人減少し、高齢率は35%と5ポイント以上アップすると予想されており、市の周辺部の過疎化と超高齢化はさらに進行しているであろう。都市計画プランの中で立地適正化計画が本年から策定されたが、この中で居住誘導区域として市中心部の限定された区域が指定され、周辺部は立ち枯れていくように衰退するイメージである。現時点でも数万人がこの居住誘導区域以外の地域に居住しているが、今後、市の中心部と比較して医療へのアクセスは著しく低下するであ

ろう。コンパクトシティの構想は理解できるが、その過渡期に周辺地区がいわば「切り捨てられる」ことは避けねばならない。公的病院が担うべき医療は一部の高度医療と市部であっても周辺にある医療過疎地域を守ることではないだろうか。

現在の市中の公的病院は高い人件費単価、高い設備費ゆえに、補助金を得ながら高い医療費(DPC係数)がかかる状態である。新築したばかりの病院であってもその病院が今のままの規模で持続することが地域の将来にプラスになるかどうか、おカネとヒトと地域を守る観点のバランスを考えつつ議論する必要があると思う。(井上健一郎)

# 訪日外国人への医療に関する総合対策まとめる

### 健康・医療戦略推進本部WG

### 厚労省の検討会などで具体的な対応を議論

政府の健康・医療戦略推進本部(安倍晋三本部長)の「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループ」(WG)は6月14日、近年の訪日外国人増加に伴う医療問題に対応するための総合対策を了承した。通訳体制や医療費未払い問題、適切な自由診療価格など医療機関への影響が大きい問題は、今後厚生労働省の検討会などで議論される予定だ。

同WGは、政府の関係府省が連携し、訪日外国人が医療を受ける際に発生する多様な問題に対処するために設置。今回、総合対策をまとめた。個別施策については今後、関係府省が具体的な検討を開始する。厚労省では、新たな検討会の立上げや実態調査、予算要求などを行い、総合対策に沿った対応を図る。

#### 訪日外国人に保険加入を勧奨

総合対策ではまず、訪日外国人に在外公館などが保険加入を勧奨し、医療費を払えるようにする対策を進める。現在、外国人旅行者の27%が保険未加入とのデータがある。外国人は自由診

療で医療費を払わねばならず、未払いなどトラブルの原因になる。保険加入の義務化は難しいが、入国前、移動中、入国時、入国後を通じて、スマートフォンから加入できるシステムや閲覧可能性のあるホームページ、ポスターの掲示などで勧奨する。

訪日外国人が、国内でどのくらい医療資源を使う可能性があるかを把握するため、厚労省・観光庁は秋頃に実態調査を実施し、WGに報告する。医療機関については、外国人患者数や医療通訳の配置状況、現金以外の決済方法の導入状況、未収金状況などを調べる。

地域で訪日外国人が受けられる医療体制を整えるため、「対策協議会」を設置し、行政や医療機関、消防、国際交流協会、旅行業者、宿泊業者など多様な関係者が連携するモデル事業を行う。今年度は厚労省が試行的に協議会を支援。また、救急搬送においては、消防と医療機関の情報共有を図るほか、多言語音声翻訳アプリ「救急ボイスラ」の活用を推進する。

医療通訳をめぐるっては、秋頃をめどに実態把握を行い、希少言語の通訳を

含めてマニュアルを整備するとともに、2019年度に医療通訳の認定制度の試行を目指す。医療機関には、受付から支払いまでを一貫して支援する翻訳ICT技術に対応したタブレット端末を配置できるよう国が支援する。

日本は他の先進国と比べ、キャッシュレス化が進んでいないとされるが、「特に医療機関で著しい」との指摘がWGであった。経済産業省に設置する「キャッシュレス推進協議会」の議論を踏まえ、オールジャパンの取組みにする。未払い問題への対応では、医療費の前払いを求められることができることを明確にし、マニュアルを作成する。

適切な自由診療価格を設定するため、秋頃に厚労省科学研究の中間報告を得た上で、厚労省に「訪日外国人旅行者に対する医療提供体制に関する検討会」を設置する。診療報酬で算定した場合の金額が参考になるが、独占禁止法との関係などを整理する必要がある。

また、訪日外国人にも、基本的には「応召義務」が課されるとみられるが、諸外国の例も踏まえ、今年度末までに考え方を整理し、関係者に周知する。



トラブルに備えマニュアル作成

様々な対策を整えても、トラブルが生じる可能性はある。医療機関向けのマニュアルに、未収金回収を含め、医療紛争を防止するための取組みを記載する。2015年度の調査では、1年間に外国人患者の医療費の未収を経験した医療機関は35%とのデータがある。

そのほか、医療費の不払いなどの経歴がある訪日外国人に対しては、入国に際して厳格な審査を実施し、入国禁止の措置を含め、不払いを抑止する体制を今後検討する。

出席者からは、「観光立国に向けた取組みには賛同するが、医療機関に悪い部分のしわ寄せが来ないようにしてほしい。特に、中小医療機関に対する支援が重要だ」、「英語や中国語が通じない希少言語への対応が難しい」、「既往症に対しては、保険金が支払われない問題がある」などの意見が出た。

# 病床機能報告見直しに向けた議論の整理を了承

### 厚労省・地域医療構想WG

### 調整会議の活発な議論促す

厚生労働省の「地域医療構想調整会議に関するワーキンググループ」(尾形裕也座長)は6月15日、地域医療構想調整会議を活性化させる方策とともに、「平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理」を大筋で了承した。

地域医療構想については、骨太方針2017で「個別の病院名や転換する病床数等の具体的な対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する」と明記し、構想区域ごとの地域医療構想調整会議での議論の活発化を進めている。

一方、具体的な対応方針で合意した病院をみると、公立病院は823病院中38病院(4.6%)、公的病院で834病院中70病院(8.4%)、その他民間など9病院に過ぎない。調整会議の開催状況は都道府県でばらつきがあり、ほとんど議論が進んでいない都道府県もある。

5月21日の経済財政諮問会議で安倍首相は、「地域医療構想の着実な実現には30年度が非常に重要な年になる」、「今年秋を目途に、全国の対応方針の策定状況を中間報告してもらい、先進事例を横展開するなど、今年度中の対応方針の策定を後押ししたい」と発言。厚労省に実効的な推進方策を求めた。

これを受けて厚労省は、調整会議の

活性化を提案し、前回のWGでも了承している。その一つに、都道府県単位の調整会議の設置があるが、今回その役割を整理した。現在、都道府県単位の調整会議を設置しているのは20県。そのうち、全構想区域の議長が参加しているのは佐賀と高知の2県となっている。参加者や協議事項には違いがあり、医療計画全体の議論を行う既存の会議体を活用している場合もある。

厚労省は、都道府県単位の調整会議の役割を「調整会議での議論が円滑に進むよう支援すること」とし、協議事項に、◇再編統合の議論の確認◇参考事例・定量的な基準の共有◇広域での調整が必要な事項一などをあげた。参加者は各調整会議の議長や病院団体、医療保険者などを例示している。全日病副会長の織田正道委員は、「都道府県単位の調整会議は全体の方向性を確認するのが役割であり、地域の課題は調整会議で決めるのが基本であるべき」と述べた。

また、病床機能報告制度で、医療機関が2025年の病床機能の予定を報告することを義務化することを決めた。現状では現在の機能と6年後の機能を報告することが必要で、2025年の機能の報告は任意だった。任意報告では、約

5割の医療機関で状況を把握している。報告事項の変更を省令改正する。

#### 回復期病床をどう把握するか議論

同日のWGで、「平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理」をまとめた。病床機能報告制度は、医療機関が高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機能の中で、主に担っている機能を病棟単位で報告するもの。ただ実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、最も多くの割合を占める病期の患者に提供する医療機能を報告することになる。

このため将来の医療機能を病床単位で計算している病床の必要量とは「ずれ」が生じる。都道府県によっては、病床機能報告制度の数字と病床の必要量の数字を単純に比較し、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足するという誤解が生じる結果となっている。このような状況を踏まえ、「議論の整理」では、「定量的な基準の導入を含めて病床機能報告の改善を図る必要がある」と明記した。

医療機関が適切に病床機能を報告するため、「議論の整理」では、佐賀と埼玉の事例を参考とすることを促した。佐賀では、急性期と報告している病棟



でも、地域包括ケア入院管理料を算定している病床や、回復期への転換が確実な病床は、将来の回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなしている。さらに、平均在棟日数が22日超の患者の病床も、将来の回復期の見込みを判断する際の参考情報とする。

織田委員は、「病床機能報告制度で、例えば、急性期と報告する場合は、あわせて『うち回復期相当のベッドが〇割程度』と報告すれば病床の必要量のずれを補正できる」と提案した。しかし、これに対して、日本医師会の委員が「病床機能報告と病床の必要量は、そもそも比較すべきでない、定量的な基準につながることであり、反対する」と述べた。

同委員は、「定量的な基準が先にあるのではなく、議論を繰り返し、地域で関係者が納得するプロセスが重要だ」と強調した。「議論の整理」では「先行している県では、協議を経て、関係者の理解を得られた定量的な基準を作成している点が重要」と指摘している。

診療報酬改定シリーズ 2018年度改定への対応③

# 地域一般入院基本料 (地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料)

医療保険・診療報酬委員会 委員 福井聡

第3回として、主に回復期領域、地域一般入院料、地域包括ケア、回復期リハ病棟入院料に焦点を当て述べていく。この領域では主に看護配置基準が13対1から15対1を中心に構成されており、全病床区分からの設置割合はやや不足となっている領域である。前回の急性期入院料の項でも述べられているが、今後急性期病床からの移行先として地域包括ケア入院料や回復期リハ入院料を選択肢の1つとして検討している医療機関も多いのではないだろうか。

今回の改定では地域一般入院基本料として13対1と15対1が統合され3区分、地域包括ケアは入院料、管理料共に4区分の計8区分、回復期リハは6区分の合計17区分に編成、細分化された。地域包括ケア入院料と回復期リハ入院料は基本部分と実績部分の評価が加わり、共に改定前の2倍に基準数が増えたことになる。

### 地域包括ケアに高い基準を設定

地域包括ケア入院料の今回のポイントとしては改定前からある基準に加え、より高い基準が設定された。自宅等から入棟した患者の割合が1割以上、自宅等からの緊急入院が3か月で3人以上、在宅医療の提供や看取りに対する指針などが要件であるが、この基準をクリアできると2,738点となり、以前の一番高い基準と比較すると1日180点の増点となる。

これは50床1病棟で年間収益に換算すると3,200万円程度の増収となり、十分に組み込む価値のあるインパクトがあるのではないだろうか。ただし、この基準の届出ができるのは200床未満(医療資源の少ない地域は240床未満)となっている。また、在宅復帰率7割に変更はないものの、療養病棟、強化型老人保健施設等が除外された一方、介護医療院が加えられていることも注意が必要である。

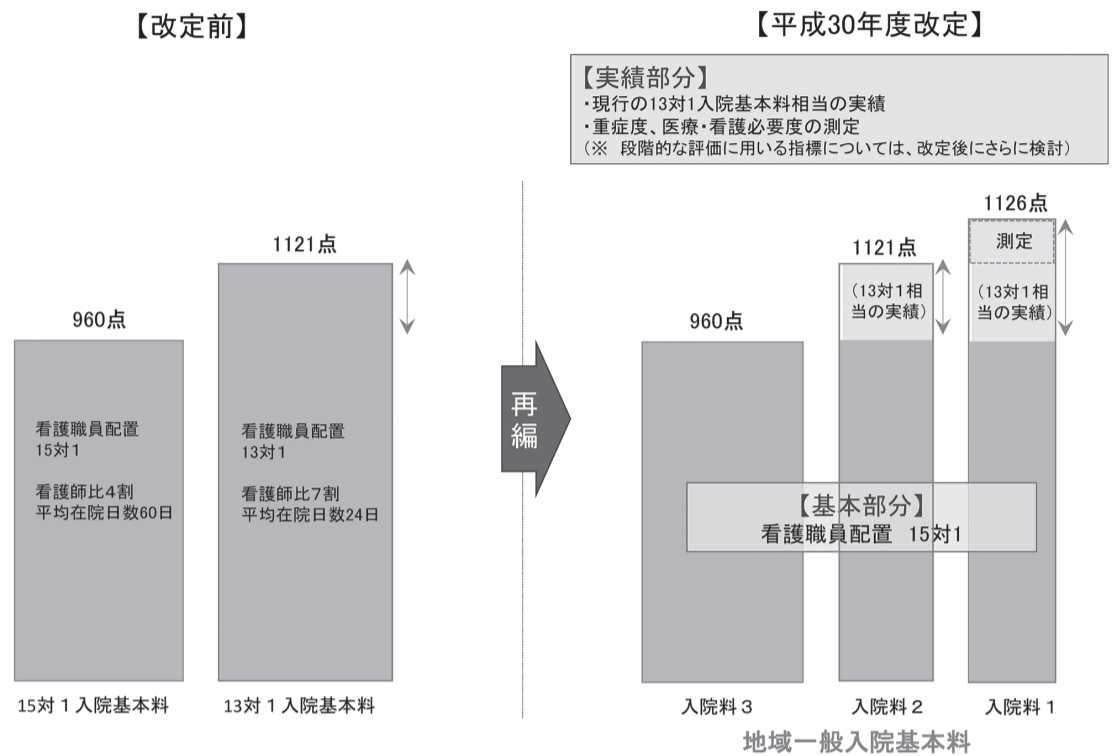
### 回復期リハはデータ提出が要件に

回復期リハビリテーション病棟入院料のポイントは、地域包括ケア病棟同様に実績指数として高い基準が設定されたことである。一番高い基準である1はFIM37以上、基準3と5は30以上となり、これにより充実加算は廃止された。また、基準1については管理栄養士の専任1名以上の常勤配置が望ましいなどの要件も加えられている。在宅復帰率は下位基準の2つを除き7割に統一され、またデータ提出加算も要件となった。下位2区分の基準でも200床以上の医療機関ではデータ提出の要件が求められており、より多くの病床でデータ提出が必要となるだろう。

雑駁ではあるが、大まかに括ると、以上がこの領域の施設基準である。冒頭に述べたように多くの施設基準が存在するが、今後病床再編が加速すると、急性期からの移行病床が増え、ますます競争が激化する可能性がある。これから自院でどの基準を選定するか悩むこともあると思われるが、そうした状況の中でも地域で必要とされ、比較的不足している基準を選択することにより、稼働率が向上し、地域連携が活発化し収益面でも良い結果がもたらされるのではないだろうか。

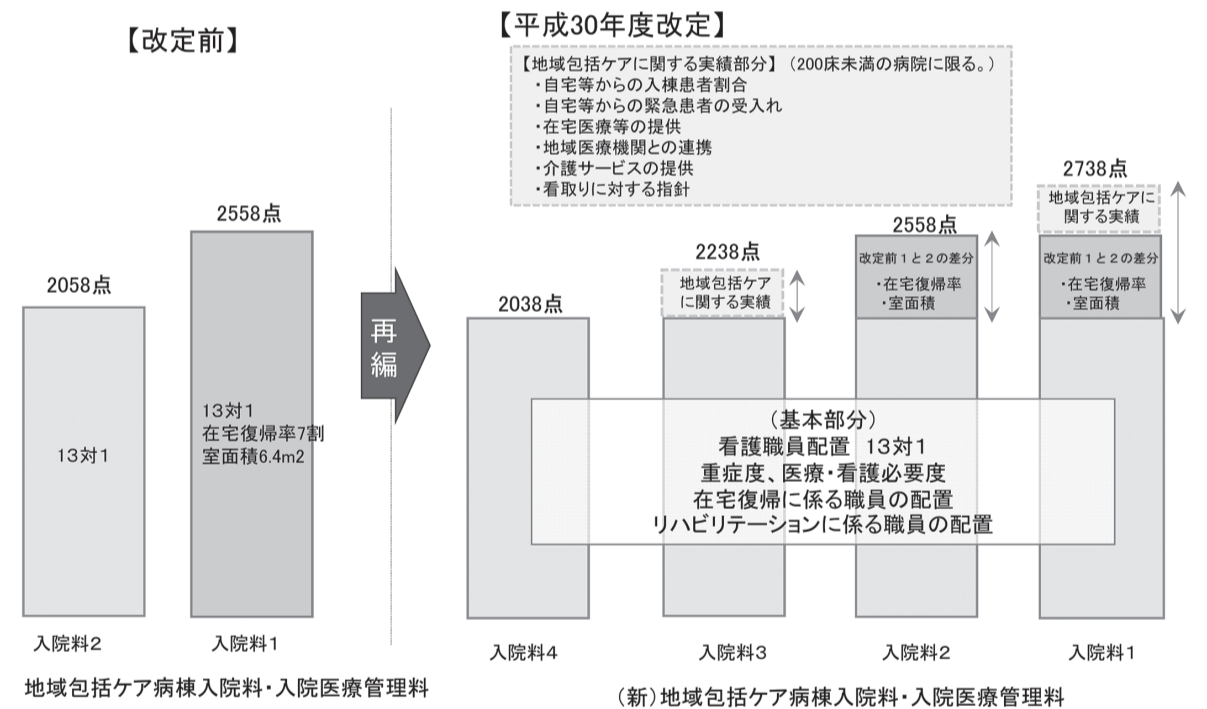
平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑮ (2)急性期医療～長期療養

## 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ



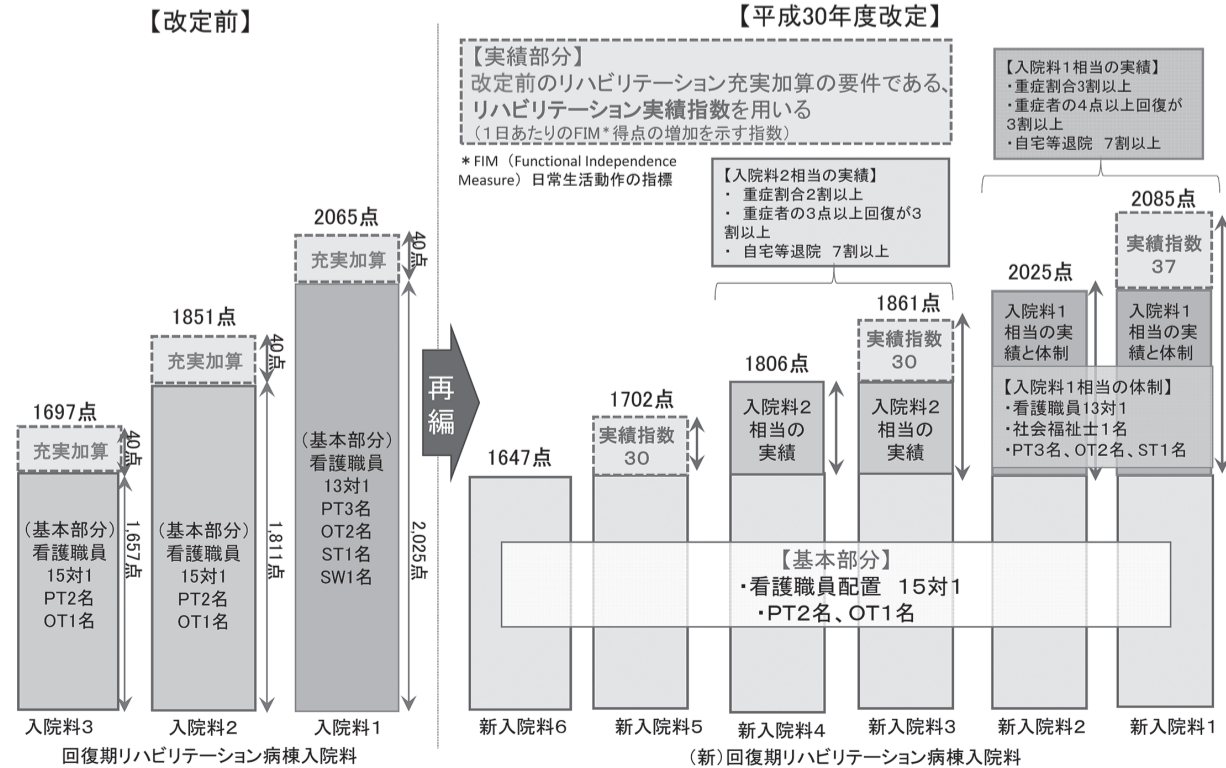
平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑯ (2)急性期医療～長期療養

## 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ



平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑰ (2)急性期医療～長期療養

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ



# 今後3年間を「基盤強化期間」に位置づけ

## 骨太方針2018 社会保障抑制の数値目標は盛り込まず

政府は6月15日、「経済財政運営と改革の基本方針2018」を閣議決定した。2025年度のプライマリーバランス(国債費等を差引いた支出と収入のバランス)の黒字化を目指し、財政健全化を進める方針を示した。社会保障改革を軸に給付と負担の適正化に取り組むこ

とが不可欠としたが、社会保障費を抑制する数値目標は設けなかった。2019～2021年度を「基盤強化期間」と位置づけ、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めを行う考えだ。今後の3年間は戦時で出生率が低かった世代が新たに75歳に達する時期

に当たり、社会保障関係費の自然増の伸びが鈍化する。2016～2018年度の3年間は毎年5千億円程度の伸びに抑えることを数値目標としたが、今後の3年間は数値目標を定めず、「各年度の歳出は、一律ではなく柔軟に対応する」。2022年には出生率の高い戦後生まれ

が75歳になり、自然増の急増が見込まれる。このため、今後3年間を「基盤強化期間」とし、制度の持続可能性を高める取組みを進める。経済財政再生計画の改革工程表44項目を着実に推進し、財政健全化目標と毎年度の予算編成を結び付けた仕組みとする。個別分野では、地域医療構想で病床転換や介護医療院への転換が進むよう、「病床のダウンサイジング支援の追加方策を検討する」。高額医療機器の効率的な配置を促す検討も進めるとした。

# NDBと介護DB連結の実施体制や費用負担を議論

## 厚労省・医療介護データ解析基盤に関する有識者会議

## 7月に中間まとめ

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6月14日、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)と介護保険総合データベース(介護DB)の連結解析について議論した。厚労省は、「実施体制」「費用負担」「技術面の課題」のそれぞれについて、論点を示した。

は質・量ともに増加すると予想される。そこで厚労省は、実施体制としてどのような機能を備えるべきかを論点とした。

置で費用を担っているが、両者の連結解析を行うことになれば、利用件数は増え、解析は高度化することが予想される。厚労省は、「国による対応を基本としつつ、費用負担について検討が必要」とした。

「実施体制」については、現状、NDBと介護DBはともに厚労省がデータベースの責任主体となって、管理・運営を行っている。

従来からの機能として、◇データベースの保守・管理◇利用者支援◇第三者提供業務がある。これに加えて、利用ニーズの増加や、解析ニーズの多様化と高度化に 대응するため、データ解析機能の充実など、研究利用に資する取組みを行うための機能を備えることも考えられる。

構成員からは、「利用者がある程度の費用を負担するのは当然だ。ただし、利用者負担が高額だと利用件数が増えない。まずは、利用件数を増やす観点で、利用料を決めていくべき」との意見があった。

NDBは、すでに第三者への提供を実施しており、利用者支援のための業務などは、厚労省が外部に委託している。

実施主体にどこまでの機能を求めるかを議論した上で、厚労省が担うべき機能と、他の主体が担う機能との役割分担を検討することを、厚労省は論点にあげた。

「技術面の課題」について厚労省は、NDBと介護DBの情報の連結は現時点ではできないが、氏名や生年月日などの情報をもとにして、匿名性を維持した上で、同一人の情報としてデータを連結することが技術的に可能だとして、「技術的手法について検討が必要」

今後、NDBと介護DBを連結して解析することを考えると、解析のニーズ

「費用負担」については、現状、NDBと介護DBはともに国が予算措



とした。一方、前回の会合でも議論されたデータベースの法的根拠について、構成員より法改正の進め方について質問が出た。NDBは高齢者の医療の確保に関する法律、介護DBは介護保険法に、データの収集と利用の目的が規定されている。厚労省は、各データベースの根拠法を検討し、整合性をとる考えを示した。同検討会は7月に中間とりまとめをして、社会保障審議会の医療保険部会と介護保険部会に報告する予定になっている。

# NDBオープンデータの集計を二次医療圏単位に

## 厚労省・有識者会議 利用者からの要望に一定程度対応

厚生労働省の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」(山本隆一座長)は6月14日、第4回のレセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)オープンデータの作成に向けて議論した。現行は都道府県単位で集計しているが、限定的に2次医療圏単位での集計を行う方向になった。また、NDBの第三者提供の現状や、東京大学と京都大学に設けたオンラインリサーチセンターの利用状況の報告を受けた。

データとして作成。厚労省のホームページで公開している。

指摘した。その上で、「集計対象項目を少数に限定し、二次医療圏別の集計を試行。結果に基づき、今後の対応を検討する」とし、有識者の会議の理解を得た。



件数が伸びている」と評価した。東京大学と京都大学には、高いセキュリティ空間で、機微な医療情報を取り扱うことのできるオンラインリサーチセンターが設置されている。両大学から運用状況の報告を受けた。東大からは、効率的なセンター運用のために、解析結果を取り出すための手続きを明確化するとともに、資金の援助、学外を含めた新規利用者を追加する運用規定見直しなどが必要との指摘があった。京大からは、現状のセンターの機能では解析に限界があり、新たな手段の開発や人材の充実が必要との指摘があった。

NDBは国民の医療・健康情報の集積であり、医療費適正化計画など利用目的を限定している。研究利用などで第三者提供を行う場合は、厳しいセキュリティ要件を課し、データを提供している。一方、データの有益性から、多くの人々が利用できるような汎用性の高い基礎的な集計表も、NDBオープン

### 第4回オープンデータは来年4月

第4回のNDBオープンデータは、来年4月の公表に向け、作業を進めている。今回のデータ作成に当たって寄せられた要望事項について、対応の方向を検討した。NDBオープンデータの集計では、「都道府県別」、「性・年齢階級別」などがある。集計単位が細かくなると、匿名であっても特定されるリスクがあり、10未満となる集計は記載しないなどの規定がある。

要望事項としてはそのほか、「レセプト病名の集計」、「透析患者数の集計」などがあった。「レセプト病名の集計」については、「疑い」病名の取扱いなど妥当性の問題があり、相応の検証が必要で、厚労省科学技術研究の検討結果を待つこととした。「透析患者数の集計」については、「名寄せの作業負荷が高く、対応は困難」とした。

今回、「二次医療圏単位での集計」を求める要望があった。これに対し厚労省は、◇都道府県別から二次医療圏別にする集計値が約7倍になる◇集計区分が細かくなり、最小集計単位未満になる項目が増える一などの問題点を

第三者提供の現状では、2011年度の開始から2017年度までの実績で、229件の申出に対し178件を承諾し、提供している。2011年度の6件から2017年度は41件に増え、右肩上がりの提供件数となっている。山本座長は「着実に

睡眠セミナー 無料サービスのご案内

水と、空気と、睡眠と。

東洋羽毛

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

## 睡眠セミナー講師を無料で派遣いたします。

東洋羽毛では「睡眠健康指導士」の資格を有した社員が講師を務める充実したセミナーをご用意しています。

正しい情報を得て睡眠習慣を見直し、イキイキと健康的な毎日を歩むお手伝いをさせていただきます。

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

《テーマ例》

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

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

TUK 東洋羽毛工業株式会社

〒252-0206 神奈川県相模原市中央区淵野辺2-26-5

セミナーに関するご相談はお気軽にお問い合わせください

お客様相談室  
**0120-410840**

第60回全日本病院学会 in 東京

猪口雄二・学会長に聞く

# 学会テーマは「成熟社会の医・食・住」 病院のあり方を市民とともに考える学会に！



第60回全日本病院学会 in 東京が10月6、7の両日、東京・台場で開催される。学会長の猪口雄二会長に学会テーマに込める思いや学会の見どころ、準備状況をきいた。

## 成熟社会における病院の役割を考える

—— 東京での全日病学会は10年ぶりですね。

第60回の開催であり、節目の学会となります。前回の東京開催は第50回(河北博文学会長)、その前は第41回(古畑正学会長)でした。ほぼ10年の区切りで東京開催が慣例となっていて、今回は私が学会長を務めることになりました。

—— 学会テーマの「成熟社会の医・食・住」について説明してください。

少子高齢化の現状を踏まえると、これから人口が増えることは考えにくく、人口の面で日本は成長が終わり、成熟社会に入ったと言えます。成熟社会は、量的拡大を追求する経済成長が収束し、精神的豊かさや生活の質の向上を重視する平和で自由な社会を意味します。その中で、医・食・住がどう変わっていくのか、あるいは、どうあるべきなのかということを考えてみたいという趣旨です。

## 医療団体としてパラリンピックを支援

—— 地域包括ケアシステムと重なる部分も多いですね。

非常に関連すると思いますが、ねらいとしては、もう少し広い視野で成熟社会をとらえたいという思いがあります。ICTやAIの活用によって医療や介護がどう変わるかを考えたいし、食についても成熟社会における健康を支える食はどうあるべきかという観点から見直してみたい。住については、サ高住など高齢者向けの施設整備にとどまらず、まちづくり全体からみて、どんな住宅が必要なのかを市民とともに考えたいと思っています。

医療関係者は日頃、高齢者への対応や地域包括ケアシステムの構築について考えていると思いますが、もう少し広い視野をもって、これからの成熟社会を展望し、医や食、住のあるべき姿を考え、その中での病院の役割を市民目線で議論してみたいですね。

あわせて、2年後の2020年にはオリンピック・パラリンピックが東京で開催されます。我々は医療団体としてパラリンピックを支援したいという思いがあり、パラリンピックに関連するセッションも企画しています。障害者スポーツを通じて、障害者が暮らしやすいまちづくりや社会のあり方について考えたい。我々病院関係者の役割も大きいと思っています。

## 学会テーマに沿って多彩なプログラムを用意

—— プログラムについて説明していただけますか。

1日目(10月6日)の開会式には、

高円宮承子女王殿下をお招きしたいと考えています。東京オリンピックの開催を決めた2013年9月のIOC総会で高円宮久子様スピーチをされたことを覚えている方も多いと思いますが、承子様は久子様のご長女で、震災復興や障害者福祉のかかわりも深い方です。6日午前の学会企画までご出席いただく予定です。

1日目の午後は、市民公開講座を二つ予定していて、一つは河北博文先生の座長による「医・食・住に関するシンポジウム」です。もう一つは、まちづくりの話で、建築家の藤村龍至氏にご講演いただきます。

2日目の午前中には、CYBERDYNEの山海嘉之氏によるAIやロボットの可能性についての講演を予定しています。

そのほかの学会企画では、1日目の夕方に地域医療構想のシンポジウム、2日目の夕方には医師の働き方改革に関するシンポジウムを企画しています。

## 委員会企画では当面する課題を議論

—— 委員会企画でも盛りだくさんの企画があります。

委員会企画としては11本、ランチオンセミナーは18本が予定されています。学会テーマに沿って成熟社会を展望しつつ活発な議論を交わすとともに、委員会企画では、外国人技能実習制度や地域包括ケアシステム、地域医療構想、医療・介護同時改定などの当面する課題を取りあげますので、最新の情報を持ち帰っていただきたい。

AIやICTの活用によって医療は、大きく発展していくと思いますが、その一方で、財源の面では制約が強くなっていくことも考えなくてはならないでしょう。さまざまな視点から成熟社会の姿を論じてみたいですね。

また、政治家の考えも聞いてみたい。安藤副会長に座長をお願いし、今後の活躍が期待される若手の政治家をお招きする予定です。

## 会員病院に役立つ学会に

—— 学会の準備状況はいかがですか。

猪口正孝実行委員長を中心に東京都支部の方々にご尽力いただき、準備を進めています。一般演題の登録は6月15日に締め切られていますが、口頭発表が427題、ポスター発表が396題となり、全部で823題の発表が行われます。参加登録の方法については、学会のホームページに掲載していますので、ご確認ください(事前参加登録は8月20日まで)。

—— 学会の会場は、オリンピック会場にもほど近いお台場ですね。

グランドニッコー東京・台場を会場に選びました。特徴は、ワンフロアにすべての会場を配置できることです。参加者にとって便利な学会運営を心がけています。

なお、学会初日の懇親会には、浅草サンパの出演が予定されているので、ぜひお楽しみいただきたいと思っています。

東京は多くの見どころがあります。この機会に東京の魅力を堪能していただき、日々の活力につなげていただければ嬉しいです。

—— 最後にメッセージをお願いします。

今後の成熟社会において我々の病院がどのように活動していくのか、成熟社会における医・食・住のテーマの下で、さまざまなシンポジウムや講演を用意しています。会員病院のみならず、役につく学会にしたいと考えていますので、奮ってご参加いただきたいと思っています。

## 学会企画の概要

**学会企画1「障がい者スポーツと医療との係わり」**

座長：中村康彦(全日病副会長)  
三阪洋行(元ウィルチェアーラグビー日本代表パラリンピアン、現日本代表アシスタントコーチ)

**学会企画2「地域医療構想」【仮】**

座長：織田正道(全日病副会長)  
佐々木健(厚生労働省)  
猪口正孝(全日病常任理事)  
松田晋哉(産業医科大学教授)

**学会企画3「テーマ未定」**

座長：美原盤(全日病副会長)  
山海嘉之(CYBERDYNE株式会社社長、筑波大学教授)

**学会企画4「医師の働き方」【仮】**

座長：神野正博(全日病副会長)  
武田俊彦(厚生労働省)  
河原和夫(東京医科歯科大学大学院教授)  
自見はなこ(参議院議員)

**第60回 全日本病院学会 in 東京**  
成熟社会における医・食・住

2018年10月6日・7日  
グランドニッコー東京 台場  
猪口雄二  
猪口正孝

2018年3月5日@6月15日@12時  
2018年4月2日@12時~8月20日@

**市民公開講座1「未来志向の医食住」【仮】**

座長：河北博文(学会顧問)  
井上祥(株式会社メディカルノート社長)  
未定  
未定

**市民公開講座2「地域包括ケアを含めた街づくり」【仮】**

座長：天本宏(学会参与)  
藤村龍至(株式会社アール・エフ・エー主宰、東京芸術大学准教授、建築家)

**特別講演1「厚生労働省講演」**

座長：猪口雄二(学会長)  
厚生労働省

**特別講演2「学会長講演」**

猪口雄二(学会長)

**特別講演3「若手政治家の講演」**

座長：安藤高夫(全日病副会長)  
若手有望代議士

## 「第60回 全日本病院学会 in 東京」の開催概要

開催日◎2018年10月6日(土)~7日(日)

学会長◎猪口雄二(全日病会長/医療法人財団寿康会理事長)

副学会長◎木村厚(全日病常任理事/社会医療法人一成会木村病院理事長)

内藤誠二(全日病東京都支部副支部長/医療法人社団温光会内藤病院理事長)

中西泉(全日病東京都支部副支部長/医療法人社団慶泉会町田慶泉病院理事長)

実行委員長◎猪口正孝(全日病常任理事・医療法人社団直和会平成立石病院理事長)

会場◎グランドニッコー東京 台場(東京都港区台場2-6-1)

事前参加登録◎2018年4月2日~8月20日

参加費◎

	協会会員		一般	学生
	理事長・院長	左記以外の方		
事前登録	32,400円	10,800円	12,960円	—
当日登録	37,800円	12,960円	16,200円	2,160円

懇親会◎2018年10月6日(土)18:15~(開始時間は変更する場合があります)

会場：グランドニッコー東京 台場 地下1階 パレロワイヤル

参加費	
事前登録	2,160円
当日登録	3,240円

\*事前参加登録は原則として学会ホームページでのオンライン登録となります。  
<http://www.ajha60tokyo.org/>

\*宿泊予約は、学会ホームページでの「宿泊予約」よりお申込みください。

<https://amarys-jtb.jp/ajha60tokyo/>

シリーズ●先進的な病院広報活動の紹介——その③

# 認知症ケアの質を高め、病院のブランドに

医療法人大誠会 内田病院



先進的な広報活動に取り組む病院を紹介するシリーズの第3回は、群馬県沼田市の大誠会「内田病院」を紹介する。同病院は、県の認知症疾患医療センターに指定され、「身体拘束をしない認知症ケア」で有名だ。大誠会グループを率いる田中志子(ゆきこ)理事長に、認知症ケアを病院のブランドに高めた広報戦略について聞いた。

## ●医療・介護・福祉複合体を形成 人が集まるマグネット病院目指す

内田病院は、田中理事長の父が開設した19床の外科医院から始まる。現在の病床数は、一般病棟と回復期リハ病棟をあわせて99床。さらに、グループには、老人保健施設や特養、グループホーム、サ高住などの施設に加え、在宅医療や介護サービス、保育園、学童クラブ、障害児のデイサービス等を有する。「0歳から100歳まで」を合言葉に、医療・介護・福祉の複合体として地域の人たちの治療から療養、予防、福祉まで生活全般をサポートしている。昨年7月には、幼・老・障一体施設である「いきいき未来のもり」をオープンし、様々な世代の様々な人たちが交流する場をつくった。

法人グループで様々な施設を持つことに対し、田中氏は「地域で安心して暮らせるようにするためには、医療介護サービスを整備するだけでなく、生きがいや役割につながる場や機会をつくることも必要」と話す。「病院や介護施設としてだけでなく、もっと生活に身近な場として、地域の人たちに選ばれる病院にしたい」と、自らの信念を表現。換言すれば、内田病院は「マグネット・ホスピタル」を目指している。その信念の延長線上に、田中氏の広報に対する考え方がある。

## ●慢性期医療は奥が深い 気配りと集中力が必要

田中氏は、群馬大医学部の第1内科での勤務を経験した後、医師になって5年目に結婚を機に大学を辞めて、父が経営する内田病院を手伝うことになった。大学病院に勤務していた頃は、救急医療に関心があったという。だが、内田病院の療養病棟を手伝ううちに、患者とゆっくり話したり、家族と共に人生を考えたりする方が自分に向いていると考えるようになった。そのような経験の中で、田中氏は「日本一の慢性期医療をやりたい」と心に期すようになった。

慢性期医療は奥が深く難しい。自分の気持ちを表現できない人に対し、身体の様子や顔の表情からサインを理解しなければならない。その人が快適な療養生活を送るにはどうしたらよいかを常に考える。寝たきりの人に褥瘡を作らない、むくみすぎないよう点滴量を調整するなど、気配りと集中力が欠かせない。田中氏は「集中力を維持するのは大変だが、面白かった」と振り返る。「いずれは慢性期というジャンルでトップレベルのことがしたい」と思うようになり、その中に内田病院のブランドとなる「身体拘束をしない認知症ケア」が加わることになる。

## ●3年経ったらメディアが 取材に来る病院に

田中氏は、認知症が専門だったわけではない。大学病院から内田病院に戻った頃、グループの老健施設の認知症専門棟が県で最初の認可を受けた。当時は、認知症に関する教科書も薬もなかった時代だ。田中氏は独学で勉強を始めた。認知症の勉強会に積極的に参加した。

転機となったのは、「認知症介護研究・研修東京センター」で医師として初めて認知症介護の資格を取ったことだ。当時の東京センターは、長谷川式スケールで知られる長谷川和夫氏が所長だった。そこで、「パーソン・センタード・ケア」(認知症の患者を人として尊重し、その人の立場に立って考え、ケアを行う)考え方を3カ月間みっちり学んだ。認知症ケアを体系的に学ぶだけでなく、スタッフの指導方法などマネジメントのスキルも学び、貴重な体験となった。

研修で学んだパーソン・センタード・ケアを内田病院で実践した。ケアの実力を高めるには、理論だけでなく、現場での積み重ねが不可欠だ。患者の変化を診ながら、体験的にケアのスキルを獲得した。



内田病院の外観

現場の実践を大切にしている田中氏の考え方は、広報戦略にもつながる。

田中氏が病院の広報の大切さに気付いたきっかけは、「現場のスタッフの頑張りをみて感動した時」だった。認知症の患者を興奮させないように、リハビリ部長が先頭にたってケアに取り組んでいた。しかし、その努力が病院の外に伝わっていない。田中氏は、「3年経ったらこの病院をメディアが取材に来るようにしたい」と心に誓ったという。スタッフの頑張りを世の人に知らせたい。そのためには、データを公表したり、自院の取組みを院外に発信する必要がある。スタッフ全員を前に「あなたたちの本当の力を人に知らせるので頑張ってください」と約束した。

スタッフの力を知らせるにはどうすればいいのか。田中氏はエビデンスを示したいと考えた。福祉系の人たちはよく「患者の笑顔があるから頑張る」という内容の学会発表をする。症例発表の多くは、「患者さんがいい顔をしたからうまくいった」という結論を導き出す。これでは訴求力が弱い。どうしたら誰もが納得できる質の高いケアを客観的に示すことができるのか。認知症ケアのエビデンスを示し、ケアの質を示すことによって、「いいことをしている」と認めてくれるようにしたい。これが田中氏の広報活動の原点だった。

そのため、大学院で公衆衛生や統計学を学んだ。現場の実力を底上げするため、いくつかの大学に共同研究のフィールドになりたいと申し出たり、高齢者のケアに意欲を持つスタッフを積極的に受け入れた。

そして、質の高い認知症ケアを病院のブランドに育てあげたいと強く思うようになった。プライドの持てるブランドとして確立し、それを広報活動とどう絡めていくかを考えてきた。

## ●認知症ケアのエビデンス 在院日数などのデータを示す

はじめのうちは、ケアに関するエビデンスと呼べるものはなく、他の病院で行っていない事例を写真で示すしかなかった。例えば、お尻の痛む人に子供用の浮き輪を少し膨らませて座せると長時間座れたケース、身体拘束しないため工夫を重ねた道具作りの写真などを学会や研修会で提示した。今では、平均在院日数や在宅復帰率など様々な指標で、内田病院のケアの効果を具体的に示せるようになった。

田中氏は、病院の外で自ら話すことが広報やリクルート(人材募集)の一つと自分に言い聞かせている。講演などに呼ばれる実績が病院の評価につながり、職員のモチベーションを高める。講演依頼や取材の申し込みは、断らないようにしている。それを職員にフィードバックする。「私が呼ばれるのは、あなたたちのやっていることが評価されているから」。朝礼の挨拶で事あるごとに語っている。病院玄関の受付に置かれたテレビは、田中氏がプレゼンテーションする画面が常時映し出されている。

## ●身体拘束しない認知症ケアで QOLを高め、早期退院につなげる

内田病院のブランドの強さは、「身体拘束しない認知症ケア」という他にない特色だ。地域では「あの病院に行けば認知症を専門的に診てもらえる」という評価が定着している。

BPSDのある認知症患者に対して日常的に身体拘束が行われている実態があるが、病室内の環境やケア方法、コミュニケーションツール、服用する薬剤を調整することによってBPSDを軽減することができる。本人の発言や行動を否定せず、自己肯定感を高めることがポイントだ。身体拘束による行動抑制をしないことで、ADLが向上する。認知症の疾患特性に応じて適切なケアを行えば、早期退院、在宅復帰が十分に可能となる。

内田病院が調べたところでは、入院して1週間は確かに手間がかかるが、3、4週間目に入ると手のかかり方は半減することが分かった。本人のQOLを高め、BPSDを軽減すれば、本人ができることが増え、そのことがスタッフの手間を減らし、やりがいやモチベーションにつながる。

## ●「手のかかる患者さんは 当院にください」

沼田市は人口約5万人、群馬県内の

市で一番人口が少ない。人的資源が限られている中で、内田病院の職員数は5年前の380人が今では500人に増えた。新入職員も80人入った。職員の平均年齢はこの5年間42歳前後で変わらない。内田病院は、子育て中の女性が働きやすい職場として地域に知られる。田中氏自身が3人の子供を育てながら働いてきたので、子育てしている母親の大変さを体験している。子供が病気の時、休暇を取るお母さん職員をみんなでカバーする仕組みが自然と出来上がった。

ケアの質を高めると同時に地域に対する広報活動も重視している。職員の名刺はオレンジの色付きで統一。デイサービスやデイケアの送迎車も宣伝カーのような派手なラッピングで統一し、街中を走らせている。市民に「内田病院の車がいっぱい走っているから、病院は元気がある」と思わせるのに一役買っている。

田中氏が意識して行ってきたことがある。医師会の会合などで挨拶するときは必ず、「手がかかり、人が嫌がる患者さんは当院にください」と言い続けたことだ。急性期の病院で手がかかる患者や、家族関係がこじれて困難なケースを紹介されることが多い。「人のやらないことをやるのが、当院のレジリエンスだった。それで力がついた」と田中氏。レジリエンスとは、困難な状況に適応し生き延びる力をいう。困難事例をケアすることで病院の実力を培ってきた。

田中氏は、職員に対しても原稿の執筆や講演を引き受けることを勧め、院外に発信できる人材の育成に励んでいる。広告費に金をかけるより「自分たちが広告塔になりなさい」という勧めだ。いろいろな媒体に名前が出ることで、内田病院とそのケアの質が少しずつ知られていく。

フェイスブックなどSNSは早い段階から最大限に利用した。田中氏個人のページとリンクしながら月に3回のペースで「理事長通信」を発信する。フォローする人が着実に増え、その人たちが内田病院を応援し、輪が広がる。

内田病院の広報スタンスは、現場の取組みを伝える地道でたゆまぬ努力だ。認知症ケアの実態を発信することで外部からの批判にさらされるリスクもある。それに対応することで自らブラッシュアップする。高めた質を再発信することで、反応がある。

認知症は日本だけでなくアジアの課題だ。自分たちを磨きながら、質の高い認知症ケアを発信し続けることで、超高齢社会に少しでも貢献したいと田中氏は願っている。

### 【病院の概要】

所在地：群馬県沼田市久屋原町345-1

代表者：大誠会理事長 田中志子

診療体制：  
(入院)一般病棟49床(障害者病棟41床、地域包括ケア病棟8床)、回復期リハビリテーション病棟50床(指定)救急告示病院、県認知症疾患医療センター、自立支援医療機関など

# 都道府県支部の質問に答え、全日病の考え方を説明

## 支部長・副支部長会 消費税問題や医師偏在、医師の働き方など15項目

全日病は6月16日の定時総会終了後に支部長・副支部長会を開き、事前に各都道府県支部から寄せられた質問に対し、執行部が答えた。質問は、診療報酬・介護報酬や医師不足・偏在問題、医師の働き方、地域医療構想など15項目に及ぶ。司会の猪口正孝常任理事が質問事項を読み上げ、会長・副会長が全日病の考え方を説明した。執行部の説明に対し、支部長・副支部長から意見や要望を含め多くの発言があり、時間を延長して活発な議論を交わした。猪口会長は、「初めての試みとして実施したが、有意義な支部長・副支部長会となった。年に1回程度、こうした形で企画したい」と述べた。執行部の説明要旨は以下のとおり。

### <診療報酬、介護報酬について>

#### 1. 診療報酬における許可病床数200床未満制限について【埼玉県支部】

**猪口会長** 許可病床数ではなく、一般病床の200床という基準の方がよいのではないかという質問だが、一般病床といっても急性期のみを表すものとはなっていない。地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟は、一般からも療養からも行ける。一般病床という括りでは縛れないので、今回、許可病床ということで統一されることになった。

#### 2. 急性期一般入院料2、3における7：1届出実績の制限について【埼玉県支部】

**猪口会長** 今回、新設された急性期一般入院基本料は、過渡期的なものであることをご理解いただきたい。実績に応じて選べるのが本来のあり方だが、7：1入院基本料の財政的な影響をみる必要もあり、今回はこうせざるを得なかった。先日の中医協で、入院医療分科会に診療情報・指標等ワーキンググループが設置されることになった。さまざまなデータを整理し、重症度、医療・看護必要度を精緻化する作業を行うことになるので、早ければ次の改定で、入院医療の評価体系は大きく変わる可能性もある。

#### 3. 病院勤務の介護職員(看護補助者)に対する処遇改善手当支給対象化について【埼玉県支部】

**猪口会長** 医療療養と介護療養がある病院では、介護療養にしか手当がつかないが、職員のローテーションもあり同じ条件にすると、医療療養では完全な持ち出しになってしまう。介護職員の不足対策からはじまった補助金なので介護施設に限られてきた経緯があるが、改善に向けて提言していきたい。

#### 4. 地域別の診療報酬の設定について【東京都支部】

**猪口会長** 高齢者医療確保法第14条で、地域ごとの診療報酬の定めを行うことができるという規定がある。地域別診療報酬の活用例として、「特定の病床が過剰な地域では入院基本料単価の引下げ」があり、注意が必要だ。奈良県知事がこの規定を適用して診療報酬単価を下げたいと言いつけている。しかし、医療保険部会では、「国民皆保険の趣旨からその妥当性や実効性を慎重に検討すべき」という意見があり、法律の規定はあるが、簡単には実現しないだろう。都道府県単位で決められることではなく、国としてどうするかを考える必要があり、実現の可能性は低いと思っている。

### <消費税について>

#### 5. 平成31年10月に消費税10%への引上げが予定されているが、医療機関の対応はいかに？【北海道支部】

#### 6. 消費税対策について、会員へ向けてわかりやすい資料が欲しい【栃木県支部】

**猪口会長** 非常に難しい問題である。控除対象外消費税の問題は、施設によって違いがあり、大型の急性期病院ほど負担が大きい。財務省は、診療報酬で十分に補填しているというが、実際には病院種別によって補填状況は大きく異なる。

平成30年度税制改革大綱では、「平成31年度税制改正に際し、税制上の抜本的な解決に向けて総合的に検討し、結論を得る」としている。これは、税制によって解決する意味と読める。抜本的解決に向けて、間もなく病院団体の話し合いがはじまる予定だ。夏にかけてまとめていくことになるが、いずれにせよ業界の見解を一致させる必要がある。診療報酬で補填するかどうかは、決まっていないが、中医協の消費税に関する分科会ではデータを整備する作業を進めている。

### <医師不足・偏在、専門医制度>

#### 7. 医師の偏在と臨床研修制度・専門医制度について【秋田県支部、山梨県支部、高知県支部、大分県支部】

#### 8. 医療法・医師法改正案について【鹿児島県支部】

**神野副会長** 強力な医師偏在対策が実行されなければ、医師養成は減らすべきではないというスタンスで対応している。

国会で審議中の医療法・医師法改正案は、2019年4月1日の施行だが、地

域医療対策協議会と専門研修に係る事項は公布日が施行日となっている。日本専門医機構等に対し、偏在対策を促す権限が創設されるので、ここに各都道府県の実情に合わせて全日病の主張を入れていくことが大切である。

#### 9. 人材確保事業について【栃木県支部】

**織田副会長** 人材紹介会社が医療界に入ってきたのは10年ほど前で、ネットの普及に伴い広範に利用されるようになった。業界の自主ガイドライン策定を働きかけ、医療系紹介協議会ガイドラインが策定された。同協議会には大手の22社が加入しているが、人材紹介会社は200社を超え、埒が明かない。

四病協と日本医師会の働きかけで、今年1月に職業安定法および指針が改正され、求職者・求人者が適切な職業紹介事業者を選択できるようにするため、事業者を紹介実績に関する情報提供を義務付けることとなった。厚生労働省の人材サービス総合サイトに情報が掲載されている。また、指針の改正により、短期間で転職するよう求職者に勧奨し、繰り返し手数料収入を得ることを防止することになった。

どれだけ改善するかかわからないが、厚労省のサイトに掲載されている業者は比較的安心できるのではないかと。

#### 10. 歯科医師による医科麻酔の実施について【東京都支部】

**猪口会長** 麻酔科医の不足は深刻だ。歯科医師は全身麻酔をかけられるので、医科の麻酔で活用してはどうかという話があり、数年前に日病協で厚労省に要望したが、麻酔科学会から強い抗議があり、進まなくなった経緯がある。歯科医師の研修ガイドラインがあり、一定の要件を満たせば、麻酔科医が歯科の麻酔を教育する目的で実施できるケースがある。今後、規制が緩和されることを期待している。

### <働き方改革について>

#### 11. 働き方改革について【大分県支部】

#### 12. 医師の働き方改革に伴う労基署の立ち入り調査について【和歌山県支部】

**猪口会長** 政府が2年ほど前から働き方改革の取組みをはじめ、労基署が厳しく指導するようになった。昨年3月の働き方改革実行計画では、医師については応召義務等の特殊性があることから、時間外労働規制の対象とはするが、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的な規制のあり方は2年後を目途に結論を

得ることになった。これにより、厚労省に「医師の働き方改革に関する検討会」が設置され、来年3月までに結論をまとめることになっている。

今年2月に中間論点整理と緊急的な取組みが示された後、議論は一時中断している。現在、日本医師会や四病協が医療側の提言をつくっているところである。論点としては、①医師の自己研鑽をどうみるか、②当直を時間外労働とみるかといった点がある。

働き方改革の議論をしている最中なので、労基署の立入調査は抑制するように求めているが、情報提供があった場合には立入調査に入らなければならない規則になっている。

### <地域医療構想について>

#### 13. 地域医療構想について【栃木県支部】

**織田副会長** 昨年12月の地域医療構想の進め方に関する議論の整理では、公立病院・公的病院は改革プランを策定して調整会議で協議することになっているが、ほとんど進んでいない。公立病院・公的病院については、公立・公的でなければ担えない分野に重点化することが求められているが、病床機能報告の6年後の病床機能をみると、公立・公的病院は回復期機能に移行する傾向がみられる。今後、調整会議で議論することになるが、公私の役割分担を強く主張する必要がある。

#### 14. 地域医療介護総合確保基金について【栃木県支部】

**織田副会長** 今年度の総合確保基金は、医療分934億円が予算化されている。基金を受けるためには、調整会議で認められなければならない。調整会議は、年4回の開催がイメージされているが、3回目が重要で、次年度の基金の使い方を議論することになる。配分の方針としては、再編・統合の事業を優先することになっている。

今年度から新たに医療機関の事業縮小に要する費用が基金から出ることになった。不要になった医療機器の処分や早期退職金制度にも基金が使えるので、詳しくは各都道府県に問い合わせしてほしい。

### <公私格差について>

#### 15. 公立病院の補助金について【長崎県支部】

**猪口会長** 公立病院には、地方公営企業法に基づいて約8,000億円の補助金が出ていて、民間と大きな違いがある。長い歴史のあることであるが、こうした事実があることを認識して取り組みたい。

## 2018年度 第3回常任理事会の抄録 6月9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。
    - 千葉県 医療法人社団千葉光徳会 中沢病院 理事長 徳田 哲
    - 神奈川県 医療法人横浜柏堤会 よこすか浦賀病院 理事長 横川秀男
  - 他に退会が1会員あり、正会員は合計2,519会員となった。
  - 賛助会員として以下の入会を承認した。
    - 一般社団法人日本施設基準管理士協会(代表理事 田中利男)
  - 賛助会員数は合計96会員になった。
- 人間ドック実施指定施設の申請を承

認した。

### 【主な報告事項】

- 審議会等の報告
  - 「中央社会保険医療協議会総会」、「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」、「高齢者医薬品適正使用検討会」、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第3次中間取りまとめ」、「社会保障審議会医療部会」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」の報告があり、質疑が行われた。
  - 平成29年度全日病総研 研究報告書が報告された。
  - 介護技能実習生受入施設選定【決定・落選】が報告された
  - 「サイバー情報共有イニシアティブ

- (J-CSIP) 医療業界 情報連携体制」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.1.1】～順不同
  - ◎一般病院 1
    - 茨城県 志村大宮病院 更新
    - 栃木県 黒須病院 更新
    - 埼玉県 埼玉成恵会病院 更新
    - 神奈川県 湘南泉病院 更新
    - 岡山県 金光病院 更新
    - 広島県 高陽ニュータウン病院 更新
  - ◎一般病院 2
    - 京都府 京都九条病院 更新
    - 福岡県 戸畑共立病院 更新
  - ◎リハビリテーション病院

- 愛媛県 あおぞら病院 新規
- 富山県 池田リハビリテーション病院 更新
- 大分県 黒木記念病院 更新
- ◎慢性期病院
  - 埼玉県 平成の森・川島病院 更新
  - 東京都 日の出ヶ丘病院 更新
  - 静岡県 岡本石井病院 更新
- 5月11日現在の認定病院は合計2,194病院。そのうち、本会会員は864病院と、会員病院の34.3%を占める。
- 「平成30年度第1回支部長・副支部長会における支部からの質問事項への対応等」をテーマに討議を行った。

# 医療被ばくの適正管理の議論に懸念

## 日病協・代表者会議 正確なデータに基づく議論求める

日本病院団体協議会は6月13日に代表者会議を開き、最近の医療行政をめぐる問題などを議論した。CT検査などによる医療被ばくを適正管理する方向で議論が進んでいることに対し、高額医療機器の適正化を懸念する声があった。また、中医協で医薬品などの費用対効果評価の仕組みの議論が進んだことに対しては、日病協として評価

する見解が示された。厚生労働省の検討会で、医療放射線の適正管理の議論が行われている。世界的にみて日本の医療被ばくが高いことが強調され、被ばく線量が相対的に高い検査の適正管理が論点になっている。会見で山本修一議長(千葉大学附属病院長)は、「利害得失をきちんと評価しないまま、適正化の議論だけが先

行するのは問題」との懸念を示した。代表者会議では、「CT検査数で日本が突出していることを問題にしているが、それだけ被ばく量が高いということではない。高額医療機器の適正化が目的ではないのか」といった意見が出たという。費用対効果評価の仕組みについては、同日の中医協の費用対効果評価専門部会等合同部会で、延命治療でいくらまで医療費を負担できるかを質問する国

民への支払意思額調査を実施しないことが決まった。これに関しては、費用対効果評価の議論が停滞していたことを踏まえ、日病協として、議論が進むことに一定の評価を与えた。消費税の10%への引上げを見据えた控除対象外消費税の問題については、日本医師会と四病院団体協議会の議論を踏まえ、病院団体全体としての意見を集約する考えを改めて示した。山本議長は、控除対象外消費税の負担感が大きい高額投資を行う病院では、診療報酬への補てんではなく、抜本的な対応を求める意見が強いと述べた。

# 「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を調査

## 四病協・総合部会 多くの病院で基準値を満たす

四病院団体協議会は6月20日、「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」に関する調査の結果を公表した。2018年度診療報酬改定で導入された急性期一般入院基本料の要件である「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の該当患者割合の状況

を集計した。582病院を対象に集計し、200床以上では旧7対1の87.8%(166病院)、200床未満では同86.8%(33病院)で、該当患者割合が「入院料1」の25%を超え、多くの病院で基準値を満たしていることがわかった。

各病院団体に加入している旧一般病棟入院基本料と地域包括ケア病棟入院料の届出病院を対象に、809病院の回答を得て、そのうち582病院が集計対象となった。調査は、2018年3月19日～5月25日に実施。2017年10月～12月に厚生労働省に提出したDPCデータで算出した。判定に際して、疑義解釈(その4)の処置・検査等の取扱いは反映されていない。「Ⅱ」の基準値である「25%以上」を

超えている割合を200床以上と200床未満でみた。200床以上(374病院)では、全体の77.8%(291病院)で基準値を超えた。旧7対1に限ると、87.8%(166病院)だった。200床未満(208病院)では、49.5%(103病院)が基準値を超えた。旧7対1に限ると、86.8%(33病院)だった。多くの病院で、入院料1の基準値を満たしており、10月以降の動向が注目される。

# 吉村理事長が機構の運営振り返る

## 日本専門医機構

日本専門医機構の吉村博邦理事長は6月15日に会見し、役員改選を行う6月25日の社員総会を前に、新専門医制度スタートとその後の運営を振り返った。吉村理事長は昨年10月より病気療養のため、理事会を欠席。復帰後も会見には出席していなかった。また、山下英俊副理事長は、今後のサブスペシャリティの選定について、「抑制的に対応する」との姿勢を改めて示した。吉村理事長は、「制度のスタートは当初の予定より1年遅れたが、今年4月に始めることができた。医師の地域偏在拡大への懸念に対しては、5都府県の専攻医に上限を設定し、それをクリアすることができたため、偏在の加

速を防ぐことはできた。ただし東京への集中など元々の偏在があり、今後何らかの対策が必要になる」と述べた。新専門医制度の意義については、「乱立気味の専門医を統一的に整理する必要がある。また、卒後研修を学会にしっかりやらせてもらって、一定のレベルを保つ専門医を養成する目的がある」と述べ、国民にとってのわかりやすさと質の担保を強調した。また、同日の理事会では、サブスペシャリティとして、「がん薬物療法専門医」を承認したことが報告された。基本診療領域の中では、主に内科、外科、小児科が関わる。サブスペに関しては、山下副理事長が「(サブスペを認める基準について)もう少し突っ込んだ議論をすべき」という意見が、四病院

団体協議会などから出ている。今後ワーキンググループで議論をしていく予定だ。抑制的に対応するという基本

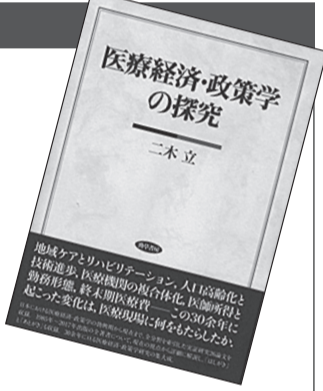
的な姿勢は変わらない。ただし抑制するだけではないので、「的」をつけて言っている」と説明した。

一冊の本 book review

### 医療経済・政策学の探究

著者●二木 立  
発行●草草書房 定価●5,000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。本書には、先生が行われてきた実証研究に関する自選論文が、26本収録されている。今後の病院経営を考えていくうえで、地域や国の医療政策や医療経済という視点が必要になってくる。地域ケアとリハビリテーション、人口高齢化と技術進歩、医療機関の複合体化、医師所得と勤務形態、終末期医療費など、医療経済・政策の変化は、どういう経緯で、どういう意図をもって行われたのか。医療政策や医療経済を理解し、自ら考えていくために、すべての病院経営者に薦めたい一冊。



### ■ 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
災害時の病院管理者等の役割研修(60名)	2018年7月22日(日) 【全日病会議室】	7,560円(10,800円) (税込)	災害時に病院管理者等の取るべき処置、役割等の留意点の説明と、発災を想定したシミュレーションを実施する。「AMAT(災害時医療支援活動班)」の受入対応を想定した講義も実施。「AMAT 隊員更新」のための研修(2単位)に該当する。
院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会(60名)	2018年8月18日(土) 【全日病会議室】	27,000円(32,400円) (税込) (昼食代含む)	全日病は医療事故調査支援団体として、会員病院および遺族の相談・支援活動を実施している。「院内医療事故調査の指針 第2版」を教材に研修会を開催する。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会主催)の継続認定の研修会に該当する。
厚生労働省委託事業「平成30年度看護師の特定行為に係る指導者育成事業」看護師特定行為研修指導者講習会(福島会場)(50名)	2018年9月2日(日) 【エルティ ウェディング・パーティ エンポリウム2F「シエラ」】	10,000円 (税込) (昼食代、資料代含む)	「平成30年度看護師の特定行為に係る指導者育成事業」の実施団体として、「看護師特定行為研修指導者講習会」を開催する。指導者として携わる予定の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者が対象。今年度中に福島、東京、岡山、福岡、熊本で8回開催を予定している。7月22日の福岡会場は募集終了。
看護師特定行為研修指導者講習会(熊本会場)(50名)	2018年9月16日(日) 【TKP ガーデンシティネストホテル熊本2F「あそ」】	10,000円 (税込) (昼食代、資料代含む)	同上
看護師特定行為研修指導者講習会(東京会場)(50名)	2018年9月29日(土) 【TKP ガーデンシティ premium 秋葉原3F「ホール3B」】	10,000円 (税込) (昼食代、資料代含む)	同上
看護師特定行為研修指導者講習会(東京会場)(50名)	2018年9月30日(日) 【TKP ガーデンシティ premium 秋葉原3F「ホール3B」】	10,000円 (税込) (昼食代、資料代含む)	同上
看護師特定行為研修指導者講習会(東京会場)(50名)	2018年11月3日(土) 【TKP ガーデンシティ premium 秋葉原2F「ホール2B」】	10,000円 (税込) (昼食代、資料代含む)	同上
看護師特定行為研修指導者講習会(東京会場)(50名)	2018年11月4日(日) 【TKP ガーデンシティ premium 秋葉原2F「ホール2B」】	10,000円 (税込) (昼食代、資料代含む)	同上
看護師特定行為研修指導者講習会(岡山会場)(50名)	2018年11月17日(土) 【TKP ガーデンシティ岡山4F「バンケット4A」】	10,000円 (税込) (昼食代、資料代含む)	同上