



全日病 ニュース

2019.4.1

No.937

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

時間外労働上限年間1,860時間の賛否など議論が大詰め

厚労省・医師の働き方改革検討会 特例水準の対象医療機関は約1,500施設

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)の議論が大詰めを迎えている。地域医療を守る観点で設ける年間1,860時間の時間外労働上限の賛否などをめぐり、3月13、15日、立て続けに検討会を開き、議論を深めた。年度内に、上限時間などで合意し、最終報告書をまとめる。対象医療機関は前回まで1,400程度としていたが、2次救急医療機関の範囲を広げるなどして、再整理した結果、1,500程度になる見込みとなった。

1,860時間の特例水準に対しては、まだ反対意見が出ている。2月20日の検討会で「1,860時間を上限とする根拠が不明確。このまま進めるのなら、私はやめざるを得ない」と宣言していた副座長の渋谷健司委員(東京大学大学院教授)は2月下旬に辞任した。しかし、多くの委員は、1,860時間は2036年までに解消を目指す暫定措置であり、それまでの間に、年間960時間をすべての医療機関が満たせるよう、関係者が様々な取組みを行い努力するとの条件の下で、賛意を示している。

当初から、960時間を大幅に上回る

上限設定に反対していた労働組合側の委員も、「大変、抵抗感のある数字で、これで決めるのなら席を立ちたいとの気持ちがある」(村上陽子委員・連合)と述べつつも、病院団体の委員の意見にも一定の理解を示した。その上で、2036年に向け、特例水準が認められた各医療機関の時間外労働上限が36協定において、着実に下げられていく取組みが重要であるとした。

1,860時間に理解を示す委員からも、「医療関係者の間でも、特例水準の医療機関の勤務医が、全員1,860時間働かされるとの誤解があるなど、数字が一人歩きしている」との指摘が出ている。このため、検討会の議論が現場に正確に伝わるよう、厚労省に周知が求められた。

これらの意見を受け、日本病院会副会長の岡留健一郎委員は、「これまで36協定も結んでいなかった病院が、これからは36協定を結び、きちんと労働時間を管理していく。1,860時間は厳しい数字で今は達成の自信はない。しかし2024年度に向け、努力していくことが大事で、来年度以降、具体策を着

実に進めていきたい」と、1,860時間の範囲内に収めることが、まずは目標となることを強調し、理解を求めた。

日本医療法人協会副会長の馬場武彦委員は、「今後、医療機関は労務管理をしっかりと、報告書案に示されたロードマップに沿って、勤務環境改善を進めていかなければならない。しかし、2036年までの目標について、あまりがちがちに決められると、医療現場には様々な不確定の要素があり、それが悪い方向に働いた場合の地域医療への影響が懸念される」と述べた。

二次救急医療機関の範囲を緩和

特例水準を受ける医療機関は、救急医療や専門的な医療を提供する施設に限定される。前回、約1,400施設としていたが、時間外労働の実態を踏まえ、二次救急医療機関に関し、「年間救急車受入台数1千台以上」に、「年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」を加えるなどして整理した結果、約1,500施設になるとした。

一定期間集中的に研修する医師に対する特例水準も、1,860時間を上限と



する。地域医療を守る観点の特例は、1,860時間を超える勤務医が現状で1割いるため、それをゼロにすることが目的となる。しかし、これらの特例水準は、時間設定に関しエビデンスはなく、便宜的に同じとした。今後、データを集め、エビデンスを積み重ねることで、上限時間を短縮していく考えだ。

両者の特例水準を受ける医療機関に対しては、追加的健康確保措置が義務化される。具体的には、◇連続勤務時間制限28時間◇勤務間インターバル9時間◇上記が満たせない場合の代償休息◇月の時間外労働が100時間以上の場合の面接指導一がある。委員からは、「代償休息」が与えることが一般化する事態に対し、懸念が示されており、厳格な運用を求める意見が出ている。

また、これらの措置が実施されない医療機関に対しては、都道府県が指定を外すことを検討する。その際には、地域医療提供体制のあり方を都道府県が把握した上で、判断する方向だ。

維持期リハビリの介護保険への移行を3月末に完了

中医協総会 ケアプランの手続きや報酬の請求では配慮

中医協総会(田辺国昭会長)は3月6日、要介護被保険者等に対する医療保険の維持期・生活期のリハビリテーションの廃止を了承した。2018年度改定で1年間の経過措置を設けて廃止を決めており、予定通り介護保険への移行を完了させる。多くの患者は同じ施設でリハビリを受けると想定されるが、4月から介護保険からの給付となる。

リハビリテーションは急性期から回復期、維持期・生活期に段階的に移行する。急性期と回復期は主に医療保険、維持期・生活期は主に介護保険で給付を受けるものと整理されている。例えば、脳血管疾患リハビリテーション料1の場合、疾患の発生から180日は1単位(20分)で245点を算定できるが、181日以降になると、単位数の制限がかかる。

介護保険で給付が受けられる要介護被保険者等であれば、月13単位で点数も147点まで下がる。政府は2006年度改定以来、リハビリによる改善の見込

みが低く、医療の必要性が低いとされる患者の医療保険から介護保険への移行を図ってきた。しかし機械的な対応に対する批判や、現場の不安は根強く、廃止を見送ってきた。

2018年度改定では、この問題に決着をつけるべく、医療保険での算定を廃止するとあわせて、移行が円滑に行なわれる様々な措置を盛り込んだ。その上で、2019年3月末まで経過措置とした。また、入院患者や状態の改善が見込めると医師が判断した場合は、算定日数制限から除外され、医療保険でリハビリを受けられることも明確化した。

維持期リハビリの現状の提供状況を見ると、介護保険の通所リハビリテーションの請求事業所は2008年度の6,530から2018年11月の7,826まで着実に増加している。受給者数も同様に、46万人から61万人になった。いずれの都道府県でも医療保険の提供施設よりも介護保険での提供施設の方が多く

なっている。

また、医療保険の維持期リハビリの患者数は2018年5月時点で3万2,656人となっており、2017年5月と比べ、9.5%減少した。

厚労省はこれらの状況も踏まえ、同日の中医協に、2018年度改定で決めた予定通り、2019年3月末で、算定を打ち切ることを提案した。

多くの場合、医療機関が介護保険事業所にみなし指定されるため、患者は同じ施設で従来のリハビリを介護保険の給付で受けることになる。ただ、医療機関によっては、介護保険を取扱わない定款となっているなど、みなし介護保険事業者の指定を受けられず、他の施設でのリハビリが求められることもある。

その場合は、介護保険によるリハビリを受ける月の翌々月まで医療保険と介護保険の併給ができる取扱いを継続することで、円滑な受け渡しを図る。また、ケアプランの策定の手続きや報



酬の請求などで配慮する。

これらの取扱いについて、支払側・診療側の了承を得た。

全日病会長の猪口雄二委員は、「廃止が言われてから、かなりの年月が経った。厚労省のデータだと、介護保険の通所リハビリテーションの請求事業所は増えてきているが、現場をみて、充実してきたという実感はあまりない。まだ、スムーズに移行できるかわからない状況だ。4月以降、状況がどうなっているかを迅速に把握し、問題が起きていないかを確認してほしい」と要望した。

他の診療側の委員からも、「維持期リハビリで著しい改善は見込めないかもしれないが、質の低下はあってはならない。受け皿をしっかりと作り、現状の3万人がリハビリ難民になって困ることのないよう、適切な対応が必要」との指摘があった。

清話抄

医師不足対策は 子育て支援の拡充で

医師の働き方改革検討会で医師の労働時間短縮が議論されている。管理職を除く男性就業者のうち残業が月60時間超の割合が17%に対し、病院勤務医

のうち残業が月80時間以上の割合は40.5%との報告がある。病院勤務医の4割が過労死レベルで働いていることになる。

医師数を増やせば、この問題は解決できるが、厚生労働省(以下、厚労省と略)は2028年に医師の需給は35万人で均衡すると予測している。出生数は厚労省の推計では、2035年には78万人台まで減少する。2018年の医学部定員は9,419人である。厚労省の提言も理解できる。

医師の残業時間の増加には、女性医師の増加も関係していると思われる。元日本女医会会長の山本繡子先生は、生前、女性医師の生涯労働力は、男性医師を1とすれば0.5だと述べておられた。生涯労働力が0.5であるから、女性医師が増えた分医師数を倍増やせという意見もあるが、高額な医師養成費用の国の負担の問題もあり現実的ではない。

日本女性の年齢階級別労働力率のM字型曲線は、世界の中で特異であった。

低下していた結婚・出産・育児期に当たる20代後半から30代前半の労働力率は、政府・各自治体の子育て支援の拡充により上昇している。女性医師の当該期間の就業率を上げることは医師不足対策になる。そのためには、院内託児所の整備はもちろん、病児保育に加え病後児保育が院内で受けられる体制整備が必要と考える。

各病院がその体制整備ができる補助金制度を厚労省は構築するべきだ。

(重富亮)

主張

平成を振り返る

30年続いた平成の時代が2019年4月末をもって終わり、今回が「平成最後の主張」である。

平成元年4月1日に消費税法が施行され、平成とともに税率3%の消費税が始まった。その後、消費税率は平成9年に5%、平成26年には8%へと引き上げられた。そして新元号元年10月には10%となる。診療報酬は消費税導入による点数改定と医療技術の進歩な

どによる通常の診療報酬改定で引き上げられてきたが、平成14年に診療報酬本体が初めて引き下げられた。その後は、診療報酬改定に医療機関は一喜一憂する時代であった。

病院数においては、翌年の平成2年に10,096施設とピークになったが、その後、減少の一途を辿り、平成31年1月末の厚生労働省の発表では現在の病院数は8,365施設とピーク時より1,731

施設減少した。病院病床数も平成4年の1,686,696床をピークに毎年減少し、同発表によると、現在の病床数は1,544,202床とピーク時より142,494床減少した。平成3年秋ごろから景気が下降し、いわゆる平成不況へと突入した。

そして、超高齢社会を迎えた日本社会において、高齢者を家族などの個人ではなく社会全体で支える理念のもとに平成12年4月に介護保険制度がスタートした。医療保険制度が担っていた老人医療のうち、介護的部分が介護保険へ移行することとなる。

また、平成の30年間は、平成7年1

月17日の阪神淡路大震災や平成23年3月11日の東日本大震災など、津波、台風や集中豪雨といった数多くの自然災害に見舞われた時代であった。国民が丸となり救助や復旧・復興のため支援活動を行ったが、私自身、医療に携わる者として自分に何ができ、何をすべきか多くを学び行動した。

昭和生まれの私が三つ目の元号を迎えることに感慨深いものがある。平成の時代を終え、新たな時代となっても、医療に携わる者として、「患者に真摯に向き合う」気持ちは変わらずに、新しい時代の訪れに期待するものである。(Y)

公立・公的病院の診療実績を分析し代替可能性を判断

厚労省・地域医療構想WG

夏頃に分析結果を公表

厚生労働省の地域医療構想に関するワーキンググループ(尾形裕也座長)は3月20日、地域医療構想を推進するため、公立・公的病院等が実施する手術の診療実績などを分析することを了承した。二次医療圏単位の構想区域における公立・公的病院等の地域の役割を確認。他の医療機関への代替可能性があれば、再編統合やダウンサイジングを検討する。同じ機能であれば、民間病院を優先させることが選択肢となる。厚労省は分析を夏頃までに終える考えを示した。分析結果の活用方法は、委員の意見を踏まえ、4月以降も引き続き議論する。

地域医療構想調整会議の議論を実際に、病院の再編・統合や機能転換に結びつけるため、厚労省は多様な方策を

提示している。柱の一つは、データ活用で、調整会議の議論に提供し、判断材料にしてもらう。地域の実情は地域の人しかわからないという側面を認めつつ、今回、一定の指標で、代表的な診療実績を分析することにした。

具体的には、◇がん(肺・呼吸器・乳腺・泌尿器・生殖器、化学療法、放射線治療)◇心血管疾患(心筋梗塞、外科手術が必要な心疾患)◇脳卒中(脳梗塞・脳出血)◇救急医療◇小児医療◇周産期医療◇災害医療◇へき地医療◇研修・派遣機能一。これらの診療実績を病院同士で比べ、地域で果たしている役割や競合状況を判断する。

目的は、公立・公的病院等の役割が、その病院でなければ担えない機能に重点化されているかを確認することであ

る。もし重点化されていなければ、公立・公的病院等の再編統合やダウンサイジングが検討されることになる。大半の項目で他の医療機関との「代替可能性」があると分析された場合には、「特に議論が必要な公立・公的医療機関等」と位置付ける。

分析結果の判断は、基本的には、各構想区域の調整会議での議論に委ねられる。厚労省は、新公立病院改革プランが2020年度を終期としていることから、それより前に期限を定め、分析結果を活用した協議で合意を得ることを求めた。また、住民を含めた関係者の理解を得るため、分析結果は一般にも公表される見通しだ。

同日は、分析結果をどう活用するかを含めた「議論の整理」をまとめる予



定だったが、合意できず、分析作業を先行させ、活用方法の議論は4月以降に引続き行うことを確認した。

そのほか、同日は、津軽地域保健医療圏の自治体病院の再編統合と日本赤十字社の地域医療構想への取組みについてヒアリングを行った。

全日病副会長の織田正道委員は、自治体病院の再編統合に関し、「地域完結型の医療提供体制を目指すべきなのに、公立・公的病院完結型になっているように見える」との懸念を示し、日本赤十字社には、「本部のガバナンスが強調されたが、地域の判断が本部の意向で覆るのは困る。二重ガバナンスの問題を整理してほしい」と求めた。

在宅医療の均てん化に向け市町村など支援

厚労省・在宅医療介護連携WG

都道府県の取組みにばらつき

厚生労働省は3月20日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(田中滋座長)に、在宅医療の充実に関する都道府県の取組み状況を報告した。都道府県で取組み状況に差があることから、厚労省は、均てん化を目指し、市町村などへの支援の具体化を進める考えを示した。ただ、委員からは、地域の実情に応じた体制整備を進めるべきとの意見が相次いだ。

今年2月1日時点の状況を集計した。結果をみると、二次医療圏単位が多い在宅医療圏のすべてにおいて、◇入退院支援ルール策定・支援を行っているのは16都道府県◇多職種連携に関する会議や研修を支援しているのは38都道府県◇人生の最終段階における医

療・ケアの意思決定支援に関する普及・啓発を行っているのは20都道府県一など、ばらつきがあった。

在宅医療については、二次医療圏単位で整備される医療と、市町村単位で整備される介護を連携させる必要がある。在宅医療圏として7割が2次医療圏と圏域を一致させている。在宅医療の需要が今後、大きく増えることを前提に、厚労省は受け皿の確保を急務の課題と位置付けている。高齢者の増加分だけでなく、療養病床など慢性期医療の地域差是正などで、ベッド数を減らす分の在宅医療の増加も見込む。

厚労省は、先進的な取組みを行っている自治体を好事例に横展開を図ることと、在宅医療の均てん化を図る考え

だ。しかし、均てん化については、全日病副会長の織田正道委員が「地域の実情はそれぞれ異なる」と強調するなど、画一的でない対応を求める意見が相次いだ。また、織田委員は、在宅医療圏に対し、「二次医療圏は広いので、市町村単位の顔の見える関係で、うまくやっている地域の取組みが広がるのが望ましい」と述べた。

長時間停電に備え非常用電源確保

昨年の北海道胆振東部地震での大規模停電(ブラックアウト)を踏まえ、在宅で人工呼吸器を使用している患者に対する停電時の対応を了承した。平時から患者情報を取得し、リスト化するとともに、非常用電源の確保やパッ



クベットの確保などを進める。

在宅人工呼吸器のバッテリーの稼働時間は約30～11時間まで幅があり、患者によっては、長期停電が生命に関わる事態になり得る。北海道胆振東部地震では復旧までに、45時間かかっている。患者情報の取得では、氏名・住所・使用している機器に関する情報などを収集する。個人情報保護法との関連があり、課題を整理する。非常用電源の確保では、2018年度第2次補正予算で、医療機関が簡易自家発電装置を在宅医療の患者に貸し出す事業を実施しており、今後の具体策の参考例となる。

公立病院への繰入金総額は8,083億円と総務省が答弁

安藤副会長が厚生労働委員会で公私の役割分担を質問

全日病の安藤高夫副会長(衆議院議員、自民党)は3月13日、衆院厚生労働委員会で、地域医療構想における公私の役割分担について質問した。

安藤副会長は2月27日の予算委員会分科会での質問に続いて公立に対する補助金の情報公開の状況、および繰入金の実態を質問した。

総務省自治財政局の沖部望審議官(公営企業担当)は、自治体から公立病院への補助金は公表が義務付けられており、地方公営企業決算状況調査により公表されていると説明。2017年度の地方独法を含めた繰入金の合計額(決算ベース)は8,083億円であること

を明らかにした。また、内訳については救急医療に1,155億円、周産期医療に205億円であると述べた。

重ねて安藤副会長は、回復期リハ棟や地域包括ケア病棟などの政策医療ではない一般医療に対して補てんが行われていることについて総務省の考えをきいた。

沖部審議官は、新公立病院改革ガイドラインで、地域医療構想を踏まえ各公立病院が果たすべき役割を明確にした上で、民間との機能の重複、競合がある場合には他の医療機関との統合再編等の改革を検討するよう要請していると説明。昨年末までにすべての公立

病院が改革プランを策定しており、現在、再編・ネットワーク化などの経営改革の取組みを進めていると答えた。

続いて安藤副会長は、厚生労働省に対し、地域医療構想調整会議が形骸化しているのではないかと質問した。吉田学医政局長は地域医療構想に関するワーキンググループの議論でも地域の診療実績や補助金の状況など必要なデータが十分に示されていないという意見があることを紹介。エビデンスに基づいて議論を活性化するために必要な対策を進めると答えた。

さらに安藤副会長は、「調整会議で決まったことが首長の意見によって逆



転してしまうことがある。あってはならないことでフェアに進める必要がある」と述べて厚労省の見解を求めた。

これに対し大口善徳副大臣は、2019年度以降に診療実績データの分析を行い、公立・公的病院が担う機能が民間が代替できない機能に重点化されているかを検証し、その結果を踏まえ地域の取組みを再点検したいと答弁した。

安藤副会長は、民間ができることは民間に任せることで医療費の財源が出てくると述べ、政府の取組みを求めた。

適切な診療価格や医療機関向けマニュアルを検討

厚労省・訪日外国人医療検討会

厚労省の取組みの議論を一通り終える

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11日、政府の「明日の日本を支える観光ビジョン」に沿った厚労省の取組みに関わる項目の議論を一通り終えた。3月中に開く次回会合で、これまでの議論を整理する。同日は特に、「訪日外国人に対する適切な診療価格」と「外国人患者受入れのための医療機関向けマニュアル」の作成に向けた検討を行った。

厚労省に取組みが求められた項目は7つ。①医療機関の整備②医療機関向けマニュアル・都道府県マニュアル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(キャッシュレス対応、旅行保険、都道府県のワンストップ窓口など)。

医療機関の整備では、年度内に都道府県が選定する外国人患者を受け入れる拠点病院に関する事項を通知にまとめる予定だ。多言語での対応が可能な都道府県単位の「重症例を受入可能な医療機関」と2次医療圏単位の「軽症例を受入可能な医療機関」を選ぶことになっている。

医療機関向けマニュアルについては、

同日に案が示されたが、委員から様々な注文がついた。完成は4月以降になるとしている。特に、金銭トラブルを避けるための対応で、質問や意見が多く出た。マニュアル作成研究班の岡村世里奈委員(国際医療福祉大学大学院准教授)は、医療費の概算を事前に提示し、一定の理解を得ることが、トラブル防止に効果的と強調した。

ただ、事前に医療費を提示するのは簡単ではない。岡村委員は、基本的な医療の価格を一覧表にして提示することや、支払う医療費の上限額を最初に決めておく方法を紹介した。それ以上の検査や治療を行う場合は、必ず患者の同意を得るルールを導入している病院があると説明した。

また、例えば、フィリピンからの観光客で、脳出血を起こし、救急搬送され入院した事例では、治療だけを日本の病院で受け、リハビリは自国で行うことで医療費を抑えるなど、患者の納得の上で、治療計画を立てることの重要性が指摘された。

訪日外国人の多くは海外旅行保険に加入し、保険で医療費を支払うが、保険には様々な種類がある。どの種類の保険であるかを把握する必要があり、種類別の保険の仕組みもマニュアルで

示された。

委員からは、訪日外国人を積極的に受け入れる医療機関だけでなく、すべての医療機関が訪日外国人への対応で一定の知識を持つことが望ましく、厚労省による周知や地域医師会や病院団体による研修会の開催を期待する意見があった。

一般的な病態で日本人の1.3倍請求

自由診療における診療価格は、田倉智之・東京大学大学院教授の研究班が「訪日外国人に対する適切な診療価格に関する研究」を続けている。同日示された資料では、診療報酬に倍率をかけて、自由診療価格を算出する研究で、「件数が比較的多い外来の咽頭炎など一般的な病態ケースは1.3倍程度であったが、現場の負担感の大きい特異的な診療は3倍を超えるケースも散見された」と報告した。

同一疾病の治療で患者により医療原価が異なるのは、日本人でも同じである。診療報酬はそれを標準化する水準に設定されていると考えられる。このため患者により異なる医療原価は、病院全体の収支で吸収されるよう設定するのが基本となる。これを診療報酬の倍数算定で計算し簡便化する。その上



で、通訳費など直接上乗せできる費用を合算して請求額とする考え方が示された。具体的な倍率はさらに詰める。

日本医療法人協会副会長の小森直之委員は、「このような分析を行うと、日本の医療費は安くても質が高いことが改めて明らかになる。安くても質が高い医療を求めて外国人が押し寄せることは、日本の患者にとって、必ずしもよいこととはいえない」との懸念を示した。

医療通訳者の養成・確保・配置に対しては、「地域によっては医療通訳資源が全くない」、医療通訳・ICTツールの役割分担に対しては、「最終的なヒトにつながるシステムが必要」、医療コーディネーターに対しては、「多くの医療機関が自前で医療コーディネーターを育てるのは不可能」といった意見が出ており、議論の整理でまとめる。

キャッシュレス対応では、小森委員が「病院の半数が赤字で、黒字の病院も数%の利益率。カード会社への手数料負担は重い」と改めて配慮を求めた。

植込み型補助人工心臓の療法で実施を見合わせ

厚労省・患者申出療養評価会議

患者死亡で因果関係否定できず

厚生労働省の「患者申出療養評価会議」(福井次矢座長)は3月14日、大阪大学医学部附属病院で実施されていた「耳介後部コネクタを用いた植込み型補助人工心臓による療法」について、患者の死亡例に伴う適切な対応が行われるまで、実施を見合わせるべきとの意見で一致した。大阪大学医学部附属病院は、除外基準の変更などで対応する申請をしていたが、慎重な対応を求める意見が相次いだ。

同療法は、腹部コネクタを用いる形で承認されている「植込み型補助人工心臓システム」を、耳介後部コネクタで行った場合の安全性を確認するもの。3例中2例で患者が亡くなっており、同療法との因果関係が1例では「否定できない」、1例では「低い」と報告されている。

大阪大学医学部附属病院は、因果関係が「否定できない」「低い」とされた患者の状態を踏まえ、◇右室機能が重度に低下し、術後右心不全のため退院

困難が予測される患者◇1年以内にステロイドを1カ月内服した既往がある、または内服中の患者一を除外基準として追加すると試験実施計画の変更を申請した。

しかし、委員からは、「技術の適切性の問題よりも、全身状態が悪化した患者に実施されたことが問題」との意見が出て、除外規定の一部変更では、実施を認めないとの結論になった。

一方、慶應義塾大学病院で実施されていた難治性天疱瘡に対する「リツキシマブ静脈内投与療法」の試験実施計画の変更は了承された。主な変更内容は、臨床研究保険の補償内容の明記や認定臨床研究審査委員会への移行申請に伴う記載変更など。現在の登録症例は6例で、2022年度までで10例を予定している。

1人の患者に対して実施されていた「チオテパ静脈内投与、カルボプラチン静脈内投与及びエトポシド静脈内投与並びに自家末梢血幹細胞移植術の併

用療法」(名古屋大学医学部附属病院)は、評価結果が示された。19歳以下の再発難治性の髄芽腫へのチオテパを含む大量化学療法で、自己末梢血幹細胞移植100日以内の死亡率を評価項目としている。

試験結果によると、予期された非重篤な有害事象のみで、重篤な有害事象は認めなかった。ただし、移植後172日で再発しており、有効性は「限定的」と考えられた。安全性に問題はなかったが、今回の1例のみで、「安全性・有効性」を判断するのは不可能と判断された。

がん遺伝子パネル検査への対応議論

がん遺伝子パネル検査の結果に応じた治療方針について、患者申出療養制度を速やかに利用できる体制整備に向けた議論も行った。

がん遺伝子パネル検査は現在、2種類の製品が薬事承認されており、先進医療としても2種類の検査が実施され



ている。患者の遺伝子変異に合わせた薬剤や治療法が適切に選択できることが期待されており、先進医療の適格基準を満たせない場合などに、患者申出療養の申請が行われる可能性がある。厚労省は、そのような可能性に備えた体制整備が必要と指摘した。

現在、がんゲノム医療中核拠点病院の国立がん研究センター中央病院が研究計画書を作成している。研究計画書は認定臨床研究審査委員会の承認を得た上で、同会議で審議する予定だ。

2017年調査によると、がん遺伝子パネル検査を行った1万945例のうち、①既承認薬が存在する遺伝子が9%、②既承認薬の適応外使用が候補となる遺伝子が9%、③未承認薬(治験等)が候補となる遺伝子が18%、④臨床的意義が不明な遺伝子が64%だった。①の場合は保険診療となるが、②と③で患者申出療養が選択肢となる。

医療制度・政策ニュースの総合情報サイト

MEDIFAXweb

<http://mf.jiho.jp/>



今知っておきたい!

注目のテーマごとに

関連記事をまとめてご覧いただけます

特集・連載

- 医師の働き方改革 現場への影響は
- 新専門医制度 山積する課題
- 控除対象外消費税問題
- 動き出す地域医療構想

まずは無料でお試しく下さい!



2週間無料
トライアル
受付中!



お申込みはQRコードから簡単アクセス↑

購読料金 1ID・年間 408,000円(税別)

株式会社 **じほう**
<http://www.jiho.co.jp/>

〒101-8421 東京都千代田区神田猿楽町 1-5-15 猿楽町 SSビル TEL 03-3233-6336
〒541-0044 大阪市中央区伏見町 2-1-1 三井住友銀行高麗橋ビル TEL 06-6231-7061

【資料】第4次中間取りまとめ(概要版・案)

※3月22日 医療従事者の需給に関する検討会から

はじめに

○第4次中間取りまとめは、平成31年(2019年)4月に施行される改正法の改正事項について、医師偏在指標の算出方法や諸制度の設計の詳細等を取りまとめるもの。

検討事項の検討に当たり留意すべき事項(省略)

検討結果

(1) 医師偏在指標

○地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な指標として、①医療ニーズ及び将来の人口・人口構成の変化、②患者の流入、③へき地等の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の単位(区域、診療科、入院/外来)の5要素を踏まえた医師偏在指標を算出する。(省略)

○医師偏在指標は医師確保計画と同様に3年(初年度は4年)ごとに見直し、都道府県の医師確保計画の策定スケジュールに間に合うようにする。

(2) 医師偏在是正の目標年について

○医師偏在是正の目標年の設定に当たっては、
・改正法に基づく都道府県知事の要請による地域枠・地元出身者枠の増員等が、2022年度に開始し、その効果が十分に出来るのは2036年度以降である
・将来は医療ニーズが減少傾向になることや、遠い将来になればなる程推計の誤差が大きくなることから、余りに遠い将来の時点設定は不適切である
・医療計画の目標設定との整合性の観点から、これらの計画の計画期間の終了時点と合わせることを望ましいことを踏まえ、2036年度を、医師偏在是正の目標年とする。

(3) 医師少数区域等/医師多数区域等

○医師少数三次医療圏(都道府県)の基準は、2036年度に全ての都道府県で医療ニーズを満たす医師を確保することを目的に、5回の医師確保計画のサイクルで目的が達成されるよう、医師偏在指標の下位33.3%と定める。

また、「医師多数三次医療圏」の設定では、医師確保対策遂行上の需給バランスを釣り合わせる観点から、上位33.3%とする。また、二次医療圏と都道府県との間の政策的なバランスの観点から、下位33.3%を「医師少数区域」、上位33.3%を「医師多数区域」とする。

(4) 医師確保計画

○「医師確保計画」の内容については、①都道府県内における医師の確保方針、②医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標、③目標の達成に向けた施策内容を医療法上定めることとしている。○都道府県内における医師の確保方針は、以下を基本的な考え方とする。

・医師少数三次医療圏(都道府県)/医師少数区域に関しては、医師を増やすことを基本とする。
・偏在是正の観点から、医師の少ないところは、医師の多いところから医師の確保を図り、医師の多いところは他の区域から医師確保を行わない。
・現時点の医師不足に対しては短期的施策により、将来時点の医師不足に対しては短期的施策と長期的施策の組み合わせにより対応を行う。

○なお、二次医療圏の医師確保方針については、地域医療構想の方針や交通網の整備状況等を加味した上で、機械的には医師少数区域に該当する場合でも医師少数区域に指定しない等の、実情に合わせた適切な判断を可能とする。○医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標は、3年間(初年度は4年間)

の計画期間中に医師少数区域及び医師少数三次医療圏(都道府県)を脱するために要する医師の数とする。

(省略)

○また、地域枠や地元出身者枠の設定数の根拠とするため、将来時点において確保が必要な医師数(必要医師数)を「2036年度において、各二次医療圏及び都道府県の医師偏在指標が医師需要(ニーズ)の全国平均値と等しい値になる場合の医師数」として定義し、これを算出する。

○目標医師数の達成のために必要な施策は、以下の例を参考に実施する。

・医学教育モデル・コア・カリキュラムや医師国家試験におけるプライマリ・ケアや地域教育等の重視
・地域における先進的な取組を都道府県間で共有
・医師少数区域等が医師確保のための取組を行う際に地域医療介護確保総合基金を十分に配分する等の財政的な支援
・地域住民に対する、医療のかかり方に関する啓発や、一定の医療機能の集約・連携が必要となることへの理解の訴求

・大学等も参画する地域医療対策協議会における協議や、協議結果の公表など、エビデンスに基づいた協議やプロセスの透明化による医師派遣調整の実効性の確保

・個々の地域枠等との関係構築・学生の頃からのフォローや、当事者の意見を踏まえた個別プログラムの策定などによる、離脱しないキャリア形成プログラムの運用

○なお、医師確保計画の効果については、計画終了時点における医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価することとする。

(5) 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

(省略)

○地域枠については、県内の特定の地域での診療義務を課すことができ、二次医療圏間の偏在を調整する機能がある。特定の診療科での診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能もある。また、臨時定員の増員等と組み合わせた地域枠については、都道府県間の偏在を是正する機能がある。一方、地元出身者枠については、都道府県内における二次医療圏間の偏在調整の機能はなく、都道府県間の偏在を是正する機能が認められる。

○このため、
・将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない二次医療圏等がある場合に、二次医療圏ごとの将来時点における医師不足数の合計数を上限として、都道府県は必要な地域枠数を要請できる

・将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない都道府県である場合に、当該都道府県における医師不足数を上限として、都道府県は必要な地元出身者枠数を当該都道府県内の大学に要請できる

・地元出身者枠のみでは、医師不足数を満たすことができない場合については、県内の大学の地域枠の設置を要件とした臨時定員の増員及び医師多数都道府県に所在する大学における都道府県をまたいだ地域枠の創設又は増員を要請できることとする。

○なお、将来時点の地域枠等の必要数等と臨時定員との関係については、2022年度以降の臨時定員の取扱については、2021年度までの臨時定員は一度解消され、医師の働き方改革に関する検討会

の結論や今回取りまとめた医師偏在対策の方針を踏まえて、臨時定員の取扱いについて、既存の臨時定員に関わらず、新たに議論することになる。

(省略)

(6) 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化(省略)

(7) 産科・小児科における医師偏在対策(省略)

(8) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

○外来医療機能の偏在に対しては、地域ごとの外来医療機能に関する適切なデータを可視化し、開業に当たっての有益な情報として提供することで、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正につなげる。外来医療のサービスの提供主体は医師であることから、医師数に基づく偏在指標として、医師偏在指標と同様に「5要素」を加味した人口10万人対診療所医師数を用いる。新たな医師偏在指標の活用方法を参考に、上位33.3%を外来医師多数区域と設定し、その他開業に当たって参考となるデータと併せて公表する。

○また、今後は、地域における外来医療機能の機能分化・連携の方針についても、外来医師偏在指標を踏まえながら地域ごとに協議を行い、方針決定することとする。特に、近年、軽症・中等症を中心とした高齢者の救急搬送の件数や、訪問診療の件数が増加しており、外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対し、在宅医療、初期救急(夜間・休日の診療)、公衆衛生(学校医、産業医、予防接種等)等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求めることとする。

○この実効性を確保するため、以下の対応を行うこととする。

・開業届出様式を入手する機会を捉え、開業予定地域が外来医師多数区域に含まれることや、当該二次医療圏における外来医療機能の方針について情報提供し、届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことに合意する旨を記載する欄を設け、協議の場で確認できるようにすることとする。
・合意欄への記載が無いなど、新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合には、臨時の協議の場への出席要請を行うこととする。

・臨時の協議の場においては、構成員と新規開業者で協議する場を持ち、その協議結果を公表することとする。

○なお、今回の外来医師偏在指標の可視化等による新規開業者の行動変容への影響について、施行後速やかに、かつ定期的に検証を行ったうえで、十分な効果が生じていない場合には、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みについて、法制的・施策的な課題の整理を進めながら、検討を加えていくべきである。

(9) 医師が少ない地域での勤務のインセンティブとなる認定制度

○本制度では、医師少数区域等における医療の提供に関する知見を有するために必要な経験を有する医師を認定するとしており、認定の要件としては、医師少数区域等において一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供に必要な業務を行う。(省略)

○認定に必要な医師少数区域等における勤務期間は、地域住民のニーズ等を踏まえると、1年以上継続して勤務することが望ましいが、より多くの医師が多様なキャリアの中で本制度をきっかけとして医師少数区域等における医療を経験できるよう、認定に必要な最

低限の勤務期間は6カ月とする。

○認定のための勤務期間においては、原則として同一の医療機関に週32時間以上連続して勤務することとするが、医師免許取得後10年目以降の医師は、断続的な勤務日数の積算によって認定に必要な勤務期間(180日)に達した場合も認定の対象とする。

○認定の対象となる勤務時期としては、都道府県の医療計画において医師少数区域等における勤務を認定の対象とする。なお、臨床研修中の医師は、指導医による指導の下、複数の診療科を経験することが求められており、継続的な診療を行うことは想定されないため、臨床研修中の期間は認定のための勤務期間に含めないこととする。

○認定取得に対するインセンティブの一つとして、2020年度以降に臨床研修を開始した医師が医師少数区域等における医療の確保のために必要な支援を行う病院の管理者となる場合は、その要件に認定医師であることを加えるとされている。この対象となる病院については、第2次中間とりまとめに従い、施行の時点においては、まずは地域の医療機関と連携しながら地域医療を支えるという制度上の目的を有する地域医療支援病院のうち医師派遣・環境整備機能を有する病院とすることが適当であり、今後認定制度の効果について検証を行い、その結果を踏まえた見直しを検討していくべきである。

○今後、将来に向け以下の検討を行う。

・一定の病院の管理者としての評価に加えて、その他医師個人に対するインセンティブや、認定医師によって質の高いプライマリ・ケア等が提供される医療機関等に対する税制、補助金、融資、診療報酬上の評価等の経済的インセンティブの設定について検討を行う。
・都道府県等からの要請に応じて医師を医師少数区域等に派遣することにより、医師少数区域等への医師の配置を一定程度担い、認定制度の実効性を高めるような医療機関に対する経済的インセンティブの設定の検討も行う。
・認定制度の普及が十分でないと考えられる場合には、対象病院の見直しの必要性について検討する。

マクロの需給推計との関係

○今回の取りまとめは、平成28年6月に行った中間取りまとめで示した「医学部定員の増員により医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつながっていかない」との考え方の下、具体的な医師偏在対策をまとめたものである。2022年度以降の医学部入学定員について検討を進めるため、2036年を目標年として対策を行っていくこととなる。

○今後、医師需給推計を行うに当たっては、医師の働き方改革に関する検討結果だけでなく、2036年の偏在是正に必要な対策を行うために必要となる対策も同時に踏まえる必要がある。

○医師の需給推計の結果によっては、近い将来に医師がマクロで過剰となる可能性もある。その際、地域枠設置を要件とする臨時定員をどのように取り扱うかが論点となるが、各都道府県が最大限医師確保対策を図ることを前提とした上で、地域枠の必要数が、各都道府県内の大学医学部における恒久定員の一定の割合を超えている場合、超過分について、地域枠設置を要件とする臨時定員による措置等を検討していく必要があるが、マクロの供給量が過剰とならないよう留意が必要である。

【資料】新たな医師偏在指標による医師多数・少数三次医療圏(二次医療圏)

厚生労働省は、三次医療圏(都道府県)と二次医療圏で新たな医師偏在指標を算出した。上位3割を医師多数三次医療圏(二次医療圏)、下位3割を医師少数三次医療圏(二次医療圏)としている。図1と表1は、全国の三次医療圏(都道府県)を医師偏在指標の高い順から並べたもの。医師偏在指標が大きいほど医師数が多く、小さいほど医師数が少ないことを表す。表2は、二次医療圏を医師偏在指標の上位22と下位20を示した。

今後の医師偏在対策では、医師多数圏から医師少数圏に医師を移動させる方策や、医師少数圏で医師が確保される医師養成のための医学部入学定員の設定が具体化される。

図1 三次医療圏の医師偏在指標

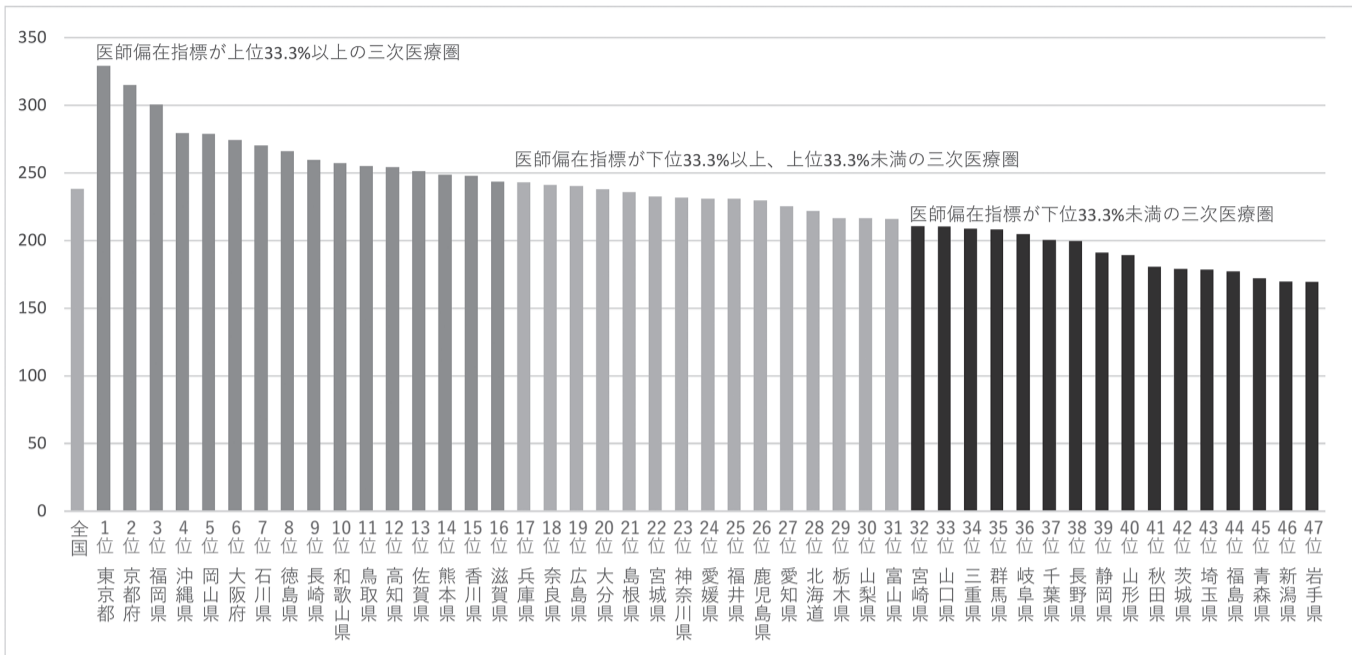


表2 二次医療圏の医師偏在指標

都道府県名	医療圏名	医師偏在指標	順位
全国		238.3	
東京都	区中央部	759.7	1
東京都	区西部	508.0	2
福岡県	久留米	453.3	3
茨城県	つくば	442.9	4
愛知県	尾張東部	431.3	5
群馬県	前橋	425.4	6
島根県	出雲	421.8	7
滋賀県	大津	416.9	8
福岡県	福岡・糸島	407.9	9
京都府	京都・乙訓	399.6	10
栃木県	県南	399.1	11
熊本県	熊本・上益城	382.1	12
鹿児島県	鹿児島	368.3	13
大阪府	豊能	365.4	14
佐賀県	中部	363.4	15
石川県	石川中央	361.6	16
和歌山県	和歌山	353.6	17
鳥取県	西部	350.5	18
長崎県	長崎	348.0	19
東京都	区西南部	347.5	20
沖縄県	南部	347.1	21
長野県	松本	339.6	22
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・
千葉県	山武長生夷隅	96.1	316
秋田県	湯沢・雄勝	94.3	317
島根県	雲南	94.0	318
岡山県	高梁・新見	93.8	319
石川県	能登北部	92.9	320
熊本県	阿蘇	91.9	321
北海道	根室	91.7	322
福島県	相双	91.7	323
北海道	南檜山	91.5	324
鹿児島県	熊毛	90.6	325
静岡県	賀茂	89.6	326
愛知県	東三河北部	87.9	327
茨城県	筑西・下妻	87.7	328
茨城県	鹿行	86.9	329
岩手県	宮古	86.8	330
鹿児島県	曾於	81.7	331
山梨県	峡南	81.5	332
北海道	日高	80.4	333
北海道	宗谷	79.0	334
秋田県	北秋田	69.6	335

表1 三次医療圏の医師偏在指標

順位	都道府県	医師偏在指標
	全国	238.3
1	東京都	329.0
2	京都府	314.9
3	福岡県	300.5
4	沖縄県	279.3
5	岡山県	278.8
6	大阪府	274.4
7	石川県	270.4
8	徳島県	265.9
9	長崎県	259.4
10	和歌山県	257.2
11	鳥取県	255.0
12	高知県	254.3
13	佐賀県	251.3
14	熊本県	248.5
15	香川県	247.8
16	滋賀県	243.5

順位	都道府県	医師偏在指標
17	兵庫県	243.0
18	奈良県	241.1
19	広島県	240.4
20	大分県	238.0
21	島根県	235.9
22	宮城県	232.7
23	神奈川県	231.8
24	愛媛県	231.0
25	福井県	230.9
26	鹿児島県	229.8
27	愛知県	225.3
28	北海道	222.0
29	栃木県	216.7
30	山梨県	216.4
31	富山県	216.2

順位	都道府県	医師偏在指標
32	宮崎県	210.6
33	山口県	210.3
34	三重県	208.8
35	群馬県	208.2
36	岐阜県	204.7
37	千葉県	200.5
38	長野県	199.6
39	静岡県	191.1
40	山形県	189.4
41	秋田県	180.6
42	茨城県	179.3
43	埼玉県	178.7
44	福島県	177.4
45	青森県	172.1
46	新潟県	169.8
47	岩手県	169.3

今後の医師偏在対策では、診療科の状況の把握も重要になる。厚労省は緊急性が高く、他科より比較的算出が容易な産科(表3)と小児科(表4)の医師偏在指標の公表を先行させた。

表3 産科における医師偏在指標(暫定)

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
	全国	12.0	
13	東京都	18.4	1
05	秋田県	15.8	2
30	和歌山県	14.3	3
27	大阪府	14.1	4
36	徳島県	13.7	5
14	神奈川県	13.7	6
19	山梨県	13.3	7
29	奈良県	13.0	8
28	兵庫県	12.9	9
24	三重県	12.7	10
16	富山県	12.6	11
31	鳥取県	12.3	12
23	愛知県	12.1	13
26	京都府	11.8	14
18	福井県	11.8	15
09	栃木県	11.8	16
04	宮城県	11.7	17
33	岡山県	11.6	18
17	石川県	11.6	19
42	長崎県	11.5	20
32	島根県	11.3	21
37	香川県	11.2	22
12	千葉県	11.1	23

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
25	滋賀県	11.0	24
47	沖縄県	10.9	25
06	山形県	10.9	26
22	静岡県	10.9	27
01	北海道	10.8	28
35	山口県	10.8	29
03	岩手県	10.7	30
40	福岡県	10.6	31
44	大分県	10.3	32
34	広島県	10.2	33
21	岐阜県	10.0	34
46	鹿児島県	10.0	35
38	愛媛県	10.0	36
10	群馬県	9.9	37
20	長野県	9.6	38
08	茨城県	9.6	39
45	宮崎県	9.5	40
39	高知県	9.3	41
11	埼玉県	9.3	42
02	青森県	8.9	43
41	佐賀県	8.8	44
07	福島県	8.8	45
43	熊本県	8.6	46
15	新潟県	8.2	47

表4 小児科における医師偏在指標(暫定)

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
	全国	104.9	
31	鳥取県	173.8	1
13	東京都	142.4	2
26	京都府	140.6	3
16	富山県	127.3	4
39	高知県	126.9	5
19	山梨県	125.4	6
36	徳島県	123.0	7
18	福井県	122.1	8
37	香川県	120.6	9
33	岡山県	120.5	10
30	和歌山県	119.2	11
05	秋田県	118.9	12
17	石川県	117.7	13
40	福岡県	116.8	14
10	群馬県	115.0	15
32	島根県	115.0	16
44	大分県	114.9	17
42	長崎県	114.3	18
20	長野県	111.8	19
38	愛媛県	111.7	20
25	滋賀県	110.5	21
27	大阪府	110.2	22
41	佐賀県	108.6	23

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
06	山形県	107.5	24
01	北海道	107.5	25
43	熊本県	105.6	26
35	山口県	104.2	27
15	新潟県	102.3	28
28	兵庫県	101.9	29
04	宮城県	98.6	30
29	奈良県	96.3	31
14	神奈川県	95.1	32
21	岐阜県	94.5	33
34	広島県	94.5	34
09	栃木県	93.1	35
07	福島県	92.9	36
03	岩手県	92.8	37
47	沖縄県	92.4	38
02	青森県	91.5	39
24	三重県	88.6	40
23	愛知県	88.4	41
22	静岡県	85.7	42
45	宮崎県	85.2	43
12	千葉県	82.8	44
46	鹿児島県	82.7	45
11	埼玉県	79.0	46
08	茨城県	78.3	47

地域密着型ヘルスケアシステムを構築し 質の高い医療と介護、福祉の総合サービス目指す

若手病院経営者の本音を聞くシリーズの第5回は、福岡県久留米市の田主丸中央病院の鬼塚一郎理事長にご登場いただいた。祖父の代から続く、聖峰会の理事長に4年前に就任。地域に根差して医療と介護、福祉の総合サービスを提供している。医療政策や病院経営に対する想いを聞いた。

結核療養所として開設 福祉や介護の施設を整備

—— 法人の概要を教えてください。
医療法人聖峰会と社会福祉法人ひじり会の2つの法人があり、聖峰会は田主丸中央病院を中心に老人保健施設やデイケアセンター、訪問看護ステーション、グループホーム、さらに小規模多機能型居宅介護の施設を備え、地域の医療・介護のニーズに応えています。

田主丸中央病院は、29の診療科に343のベッドを有する地域中核病院です。ほかに福岡市西区に聖峰会マリン病院があります。社会福祉法人ひじり会は、特別養護老人ホームやデイサービスセンター、保育所などを運営しています。2つの法人を合わせて、職員数は約1,200人です。

—— 法人の歴史を教えてください。
昭和29年に私の祖父である鬼塚利雄が結核療養所として立ち上げたのが始まりです。結核が国民病として恐れられていた頃ですので、町はずれである現在の地を選んで病院を建てたようです。昭和37年に法人化して、医療法人聖峰会を設立しました。

昭和49年に当時の院長であった鬼塚澄夫(祖父の弟)が病に倒れたため、久留米大学で心臓外科医をしていた私の父(鬼塚俊一、現在の会長)が呼び戻され、35歳で院長に就任しました。結核患者が減り始めていた時期であり、父は救急患者もしっかり治療できる病院にしようとさまざまな改革に取り組み、病床数も増やしました。その一方で、退院しても自宅で十分なケアを受けられずに、再入院してくる高齢者を見かねて、社会福祉法人ひじり会を設立し、老人福祉や介護の施設を世の中に先駆けて整備してきました。



大学病院から戻って 45歳で院長に就任

—— 大学病院から田主丸中央病院に戻ったのは、何歳のときですか。
平成20年ですから、40歳ですね。久留米大学附属病院の循環器内科に所属していましたが、田主丸中央病院に帰ってきて循環器内科の医長として働き始めました。
—— 大学病院から地域の病院に来て、とまどいはありませんでしたか。
医局の先生はみな年長で、私より若

い医師は1人だけでした。循環器内科の医長といっても他の先生が忙しければ、消化器疾患から肺炎まで何でも診なければなりません。でも、大学ではあまり関わらなかった疾患を多数診たことはいい経験になりました。率先して仕事をして、無理やりにも診療の幅を広げた時期だったと思います。

45歳で院長に就任しましたが、その頃には、それなりに幅広い臨床力と多少のリーダーシップを周囲に認めてもらえたかなと思います。
—— 平成27年に48歳で理事長に就任した経緯を教えてください。
当時、法人の60周年記念事業があって、それを機に父から「理事長も任せる」と言われました。病院の運営だけでもたいへんなのに、法人全体の経営となると「大丈夫だろうか」という気持ちもありましたが、「わからないことは聞きながらやろう。やっているうちに理事長らしい仕事ができるようになるだろう」と考えることにしました。

その頃、若手病院経営者の会のメンバーと親交があり、若くして病院経営を受け継いだ先生を見ていたので、「決して若すぎるといことはない。やってやれないことはない」と思えたこともあります。逆に親が健在な時から、経験を積むほうがリスクを避けることができるとも考えました。

組織の世代交代を図り 人口減少に対応する

—— 病院経営における課題をどのように考えていますか。
課題はたくさんありますが、内部的には世代交代をスムーズに進めることが課題です。理事会のメンバーの多くは父が院長や理事長の時代にその職に就いた人で、すでに60歳を超えていますので、どこかの段階で幹部職員の交代も考えなければいけません。組織の世代交代を図る必要がありますが、いまのところどうにかうまく進んでいると思います。

また、田主丸町も他の地域と同様、高齢化と過疎化が進んでいるので、人口減少にどう対応するかが問われています。撤退する時が一番難しいといいますが、人口が緩やかに少なくなっていく中で、組織を永続し、どう活性化させていくか悩んでいます。病院としては、規模を縮小する必要があるが、そのことで職員のモチベーションが下がったり、雇用に対する不安を感じることもあるかもしれません。介護や福祉または新たな事業に取り組むことで発展の道を示す必要があり、それが出来ているか自問自答しています。

細かなルールをつくるより 成果を評価する体系に

—— 医療政策について感ずることはありますか。
あまりに細かく、箸の上げ下ろしまで指図しているように感じていて、もう少し自由にやらせてほしいと思います。入院料の人員基準や加算の算定などに細かいルールがありすぎて仕事がお役所的になっている。これでは医療がおもしろくなくなってしまいます。

目の前の患者さんや利用者ベストマッチのサービスを提供しようと働いているのだから、もう少し自由にさせてほしい。

回復期リハ病棟で、FIMによってリハビリの成果を見る手法が導入されていますが、これはいいことだと思います。看護師の人数がどれだけかなどは、どうでもいいことです。細かなルールをつくって、その管理や監視のために大きな労力をかけるより、どれだけの成果を上がられるかに主眼をおいた評価体系にしてほしいですね。

災害に対応できる 体制を整える

—— 一昨年(2017年)7月の九州北部豪雨で被害はありませんでしたか。
あの時の豪雨で大きな被害があった朝倉市は、筑後川をはさんだ対岸でしたから、土嚢を用意したのですが、大きな被害はありませんでした。ただ、大雨の被害は毎年のことで、数年前には駐車場が水没して病院の公用車が使えなくなる損害がありました。
災害はいつ起きてもおかしくないもので、災害時に病院の機能を維持できるように備えを怠らないことが大切です。災害拠点病院に手をあげていて、BCPをつくって災害時に対応できるように体制を整えています。

—— 医療の質の向上に熱心に取り組んでいますね。
職員に言っていることは、患者さんは自分の親と思って接してほしいということです。自分の親であったら、こういう治療やケアをするだろうかとか常に問いかけて診療してほしい。自信をもって自分の親を入院させられるような高い質を目指さなければいけないと言っています。

独立自尊の精神で 公のために尽くす

—— 経営者としてどのような病院を目指していますか。
大学からこの病院に戻ってきた頃は、日本一、世界一の病院を目指したいと思った時期もありましたが、それは少し違うと考えるようになりました。何をもち日本一というかが難しい。心臓手術の症例数であるとか、有名なドクターがいるなどで、病院をランキング付けすることはできますが、当院のような地域密着型のヘルスケアシステムを数字で評価するのは難しいのではないかと思います。
結局、病院にかかわった人が、よかったと思ってくれることが重要ではないかと考えるようになりました。患者として入院した人や職員として働く人、業者として取引した人に、いい病院に入院できたとか、いいところで働けたな、いい取引ができたなと思ってもらえる組織であればそれでいいのではないかと思います。数字で表すことは難しいと思いますが、もし職員の幸福度を測る指標があれば、日本一を目指したいですね。
—— 人のかかわりを大切にしていることがわかりました。職員に対して日頃から求めていることはありますか。



新入職員への挨拶では、毎年、3つのことを言っています。
一つは、独立自尊の精神を持ってほしいということです。民間の医療法人であり、自分の食い扶持は自分で稼ぐことが基本です。行政や補助金ばかりに頼るのではなく、誇りを持って仕事をしてほしいと言っています。
二つ目は、自院の利益だけを求めるのではなく、公のために尽くすことです。「地域のために 地域とともに」を理念としていますが、私たちは地域に支えられる存在ですから、地域への貢献を忘れてはいけません。
三つ目は、変化を恐れないことです。生き残っていくためには、環境の変化に順応する必要があります。自らの本質を見失わずに変化に柔軟に対応してほしいと言っています。

次世代の担い手を 育ててほしい

—— 若手病院経営者の会とのかかわりを教えてください。
10年ほど前に国際医療福祉大の高橋泰先生に勧められて、若手病院経営者の会の発足にかかわるようになりました。若手病院経営者の会は、東日本と西日本の会がありますが、私は西日本の会の幹事をしています。メーリングリストで連絡を取り合っており、年に何回か病院見学会など交流しています。毎回、30~60人が参加しますね。ここで知り合った人たちは、みな同志だと思っています。純粋な気持ちで、悩みながらも情熱をもって地域の医療を考えている人ばかりです。
—— 全日病に対して要望はありますか？

若手経営者育成事業委員会に参加していますが、全日病という組織が硬直化しないためにも次世代の担い手を育てることが大切であり、この委員会は重要な役割を果たしていると認識しています。ぜひ、この委員会を盛り上げて、これからの医療を担う若手経営者を育ててほしいと思います。

【病院の概要】	
所在地	福岡県久留米市田主丸町益生田892
病床数	343床(一般病178床、精神科病93床、療養病床72床)
会長	鬼塚俊一
理事長	鬼塚一郎
診療科目	一般外科(消化器外科など)、脳神経外科、整形外科、心臓血管外科、歯科・口腔外科、眼科、ペインクリニック、放射線科、精神科、リハビリテーション科、一般内科、呼吸器内科・禁煙外来、消化器内科、循環器内科、腎臓内科・透析内科、糖尿病・内分泌内科、血液内科、脳神経内科、リウマチ・膠原病科、泌尿器科、皮膚科、形成外科、もの忘れ外来

マスギャザリング災害への備えを議論

地域防災緊急ネットワーク・フォーラム

来年の東京オリ・パラを想定

第20回地域防災緊急ネットワーク・フォーラムが「大規模マスギャザリング災害時における災害弱者への対応」をテーマに3月16日に開かれ、来年のオリンピック・パラリンピックを想定した災害時の対応をめぐって討論した。フォーラムは、猪口正孝常任理事(救急・防災委員会副委員長)の司会で進行的な議論が行われた。

冒頭に挨拶した全日病の猪口雄二会長は、「国際的なイベントである東京オリンピック・パラリンピックを成功させるためには、マスギャザリング災害への備えが欠かせない。災害に備えた研修や訓練の重要性を再認識してほしい」と呼びかけた。

マスギャザリングとは、特定の期間・場所に同一の目的で1,000人以上の人が集まることを指す。世界中から多くの観客が訪れる東京オリンピック・パラリンピックでは、マスギャザリング災害を想定した備えが求められる。

はじめに東京オリンピック・パラリンピック組織委員会PRセクレタリーの河村裕美氏が大会の概要を説明した。

東京オリンピックは、2020年7月24日～8月9日の17日間の日程で開催される。206の国と地域から1万人以上のアスリートが参加し、43の会場に分かれて競技が行われる。パラリンピックは8月25日～9月6日の13日間の日程で、4,400人のアスリートが参加する。チケットの販売数はオリンピック880万枚、パラリンピック250万枚で合わせて1,000万枚を超える。

河村氏は、オリンピック組織委員会には過去の開催地の経験をもとに作成した外国人受入れのマニュアルがあり、それを日本向けにカスタマイズして準備を進めていると説明。医師会や病院団体の協力を得たいと述べた。

訪日外国人への対応が課題

海外から東京を訪れる外国人は、災害弱者となる可能性があり、対応を考慮しておく必要がある。江戸川インド人会のジャックモハン・スワシダス・チャンドラニ氏は、東日本大震災の際の経験を踏まえ、「災害時に情報が外国人にも届くように幅広く発信することが

必要だ」と述べた。

またチャンドラニ氏は、文化の違いに配慮した対応が大切だとアドバイスした。アジアの国々では、異性に触れることを避ける習慣があり、一部の国では男性と女性が同じ部屋にいることも適当でないと考える。食についても、イスラム教のハラール料理をはじめとして異なる文化への配慮が求められる。

日本体育大学大学院救急災害医療学主任教授の小川理郎氏は、マスギャザリング災害の留意点を説明。マスギャザリングにおける災害では、地域の救急医療の対応能力を超えることがあり、周辺地域からの支援が必要になる。また、マスギャザリング災害では救急のためのスペース確保が困難になるとし、地域住民の協力が必要になると説明。円滑に対応するためには、マンパワーの確保が不可欠であり、そのための訓練が大切だと強調した。

夏の開催であり、暑さ対策も重要だ。昨年7月の西日本豪雨では、支援に入ったボランティアが熱中症で倒れたが、来年のオリンピックでも同様の事



態が予想される。日本の夏は湿度が高いため、インド人のチャンドラニ氏にもきつという。

組織委員会の河村氏は、昨夏の猛暑を受けて競技の開催時間を調整していると説明。ボランティアについては、熱中指数(気温と湿度を合わせた暑さに対する指標)をもとに休憩時間や水分補給のタイミングを考えると述べた。

統括発言をした救急・防災委員会特別委員の山本保博氏(東京曳舟病院院長)は、マスギャザリングでは感染症に留意する必要があると指摘したほか、「テロリズムを含む武力攻撃への対応も考えなければならない」と述べた。

最後に救急・防災委員会の加納繁照委員長が挨拶。前日の15日に起きたニュージーランドの銃乱射事件に触れ、「安全とされていた国での事件であり、大きな衝撃だ。何が起きても災害弱者への対応は大切」と述べた。

働き方改革で時間外の病状説明は選定療養に

日病協・代表者会議 抗インフルエンザ薬の予防投与も要望

日本病院団体協議会は3月22日の代表者会議で、厚生労働省が募集している選定療養の要望項目を了承した。◇患者・家族の都合に伴う時間外や休日における医師からの病状説明◇抗インフルエンザ薬の予防投与の2点。前回より要望項目を絞った。

政府の日本再興戦略改訂2014により、定期的に新規に認めるべき選定療養の事例を把握することが求められている。厚労省は次期診療報酬改定で導入を検討する選定療養の募集を3月に関係団体に行っていた。

時間外や休日の病状説明を選定療養とすることは、医師の働き方改革に沿った要望項目。医師の過重労働につながる時間外労働の抑制が求められていることについて、緊急時を除き、患者・家族に理解を求めるとの趣旨だ。会見した山本修一議長(千葉大学医学部附属病院院長)は、「社会に向けたメッセージの意味合いが強く、実際に費用負担を求めるかは個別の病院の判断だが、あまり想定していない」と述べた。

抗インフルエンザ薬の予防投与は、インフルエンザの流行時に、院内でイ

ンフルエンザ患者が発生した場合に、同室患者の希望により投与する場合としている。疾病予防と選定療養の考え方を提示しているものではなく、限定的な事例の対応として、提案した。

選定療養は患者の希望が前提となるが、感染症対策の観点では、別の整理も必要になる。また、耐性菌の観点では、患者が希望すればよいだけでなく、選定療養であっても、「当然、医師の判断が求められる」と説明した。

なお、抗インフルエンザ薬の予防投与は過去にも要望しているが、認められていない。

また、天皇の即位等に伴う4月27日からの10連休における医療機関への配慮で2点を要望することを決めた。具体的には、◇期間中の入院患者数が許可病床数の上限を越えた場合、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◇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間の延長一としている。

厚労省は1月31日の通知で、初再診

料と外来診療料の休日加算の取扱いや処方箋の交付の取扱いは、年末年始の

休日などと同じとし、いずれも「従前のとおり」との見解を示している。日病協としては、地域の実情により、不測の事態が生じる場合があるとして、改めて配慮を求めた。あて先は、医療法等と診療報酬の両者で対応が検討されるよう厚生労働大臣とした。

一冊の本 book review

知識ゼロでも今すぐ使える！ 行動経済学見るだけノート

著者●真壁昭夫
発行●宝島社
定価●1,200円+税

最近、さまざまなメディアで取り上げられている「ナッジ」。ナッジ(nudge)とは、選択の自由を認めつつも人々が適切な選択をできるように行動を促す行為のことで、心理学を踏まえた経済学である行動経済学における理論の1つ。ナッジ理論を提唱したリチャード・セイラー教授は2017年のノーベル経済学賞を受賞している。

さて、このナッジをはじめとした行動経済学は、物事を進めるときに使うということが盛んに言われるようになってきており、国や地方自治体の施策をはじめとしたさまざまな場面でも実践されている。例えば、コンビニなどのレジ前の床に貼られた足跡のステッカーもナッジの一つ。誰からも指示をされていなくても、なんとなく足跡のところで並ぶだろう。多くの人が集まる病院においても、戦略的にナッジを用いることで、さまざまな合理的行動を促すことができるようになるはず。ぜひ本書を読んで、病院内での行動経済学の活用を考えてみていただきたい。

2018年度 第12回常任理事会の抄録 3月16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。
- 埼玉県 医療法人 葵 深谷中央病院 理事長 新井家光
 - 三重県 医療法人 森川病院 理事長 森川文博
 - 岡山県 医療法人おだうじ会 小田病院 理事長 小田健司
 - 岡山県 社会医療法人水と和会 水島中央病院 理事長 加原尚明

他に退会が5会員あり、正会員は合計2,529会員となった。

●栃木県支部事務局の変更を了承した。

【主な報告事項】

●役員改選に伴う次期各都道府県理事数の報告があった。

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会総会」、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「全国在宅医療会議」、「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」、「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」、「医師の働き方改革に関する検討会」、「国際医療・福祉専門家受入れ支援懇談会」の報告があり、質疑が行われた。

●ベトナム医療短大等(チャービン省・ドンタップ省)への技能実習生(介護)プロモーション活動の実施などの報告があった。

●外国人介護人材受入れの仕組みについて(3.13 厚労省レク)の報告があった。

●平成30年度病院団体合同病院経営定期調査の支出報告があった。

●会員登録情報の更新の報告があった。

●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能

【3rd G : Ver.2.0】～順不同

- ◎一般病院1
 - 千葉県 板倉病院 新規
 - 千葉県 斎藤労災病院 更新
 - 三重県 みたき総合病院 更新
 - 兵庫県 宝塚病院 更新
 - 徳島県 近藤内科病院 更新
 - 香川県 広瀬病院 更新
 - 福岡県 福岡リハビリテーション病院 更新
- ◎一般病院2
 - 福岡県 小倉記念病院 新規
 - 北海道 札幌北楡病院 更新
 - 千葉県 みつわ台総合病院 更新

- 東京都 河北総合病院 更新
 - 東京都 南多摩病院 更新
 - 愛知県 名古屋記念病院 更新
 - 福岡県 白十字病院 更新
 - 沖縄県 豊見城中央病院 更新
 - ◎リハビリテーション病院
 - 青森県 青森慈恵会病院 更新
 - 宮崎県 藤元上町病院 更新
 - ◎慢性期病院
 - 神奈川県 新戸塚病院 更新
 - 福岡県 岡部病院 更新
 - ◎精神科病院
 - 福岡県 みなかぜ病院 更新
- 2月1日現在の認定病院は合計2,184病院。そのうち、本会員は879病院と会員病院の40.2%を占める。
- 討議事項として、「全日病会員資格」と「勤務医に対する情報発信」をテーマに意見交換を行った。

医師偏在対策を盛り込んだ第4次中間取りまとめ了承

厚労省・医療従事者需給検討会 医師偏在是正の目標年は2036年

医療従事者の需給に関する検討会(森田朗座長)は3月22日、医師需給分科会と合同の会合を開き、同分科会がまとめた第4次中間取りまとめについて議論の上、了承した。

第4次中間取りまとめは、昨年7月に成立した医療法・医師法改正に盛り込まれた医師偏在対策が4月から施行されるため、その具体的内容を示した。医師偏在指標の算出方法、医師少数区域の定め方、および都道府県の医師確保計画の内容等について詳細に記載している。

医師偏在指標は、これまでの人口10万対医師数に代わり医師偏在の度合いを適切に示す指標として定められた。偏在指標に基づき各都道府県は下位33.3%の二次医療圏を医師少数区域とし、医師確保計画を策定して医師確保に取り組む。医師確保計画は3年間の計画(最初は4年間)で、医師確保の基本方針、医師確保の目標、目標達成

に向けた施策内容を盛り込む。医師確保の目標は、下位33.3%の水準を脱するために必要な医師数を設定する。医師偏在是正の目標年は2036年と定め、2036年度における必要医師数を二次医療圏ごとに示した(暫定)。都道府県は、将来の必要医師数を踏まえ医学部における地域枠・地元出身者枠の設定を検討するとしている。

数字の一人歩きは望ましくない

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、医学部における女性の割合が高まっていることを踏まえ、「将来の必要医師数の算出に当たって女性医師の割合を考慮したか」と質問。厚労省は、第3次中間取りまとめの際の推計と同じ方法で推計したため現時点で考慮していないと答えた。加納委員は、「労働力の不足が考えられるので、間違いがないように議論してもらわなければならない」と主張した。

日本精神科病院協会会長の山崎學委員は、「医師過剰という言葉があるが、民間の精神科病院は必死に医師を求めても集まらないのが現状だ。単に数字の上から過剰という言葉を使うのは心外だ」と発言。中間取りまとめは現状に合っていないと指摘した。

第4次中間取りまとめは、2036年における医師の供給が必要医師数を上回る場合に「養成過剰」と表現している。厚労省は、「医師多数地域の病院で医師が足りているという誤解を与えるのは望ましくない」と述べた。

日本病院会の相澤孝夫会長は、日本の医師数は欧米に比べ遜色ないが、ベッド当たりでみると少ないことからベッド数のコントロールが重要とし、第4次取りまとめは「医療提供体制のビジョンがないことが問題」と指摘した。厚労省は、地域医療構想や医師の働き方改革に留意する必要がある、3つの改革を同時並行で進めていくと答



えた。

医師需給分科会の片峰茂座長(長崎大学名誉教授)は、「一定の前提の下で客観的な指標をつくらうと労力をかけてまとめた。はじめて客観的に指標に基づいて具体的な偏在対策をたてるのが可能になったことが最大の成果だ」と述べ、今回の取りまとめの意義を強調した。

森田座長は、「医師がどれくらい不足しているか一定の仮定を置いて数字を出したものであり、見直していかなければならない。数字が一人歩きすることは気を付けなければならない」と述べた上で、現時点の中間取りまとめとして理解を求めた。

検討会は、字句の修正等について座長に一任して第4次中間取りまとめを了承した。

サブスペ23領域の連動研修4月開始は見送り

医道審・専門研修部会 研修始める専攻医には配慮

厚生労働省の医道審議会・医師分科会の医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)は3月22日、4月開始予定の日本専門医機構が認定する各学会のサブスペシヤルティ領域の連動研修は見送るべきとの意見で一致した。地域医療に悪影響を与えないとの情報が不足しているとして、厚労省が提案した。専攻医に不利益が生じない対応も講じる。

基本診療領域にサブスペの研修を組み込む連動研修は、4月から開始予定であるため、機構は先行して23領域を認定。23領域は、内科領域で15(消化器病・循環器・呼吸器・血液・内分泌

代謝・糖尿病・腎臓・肝臓・アレルギー・感染症・老年病・神経内科・リウマチ・消化器内視鏡・がん薬物療法)、外科領域で6(消化器外科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科・乳腺・内分泌外科)、放射線領域で2(放射線治療・放射線診断)である。

しかし、専門研修部会では23領域に対し、サブスペ領域の基本的な考え方とあわせ、前回の会議で適切性について厳しい意見が出ていた。厚労省は特に、地域医療の観点で、機構の整備指針や研修施設、期間などに関する情報が不足しており、サブスペ領域のあり

方そのものを慎重に検討する必要があると指摘し、見送りを提案した。

例えば、連動研修が導入されると、サブスペ領域の指導医が連携施設にいない場合、専攻医は基幹施設に戻ってしまう。基本領域の期間内で基幹施設での研修期間がより長くなる。連携施設で指導医を確保できるとの保証が、機構側の説明では得られなかった。

機構側は「長年の議論の積み重ねがあり準備もしてきた。4月からスタートさせたい」と訴えたが、委員からは「今の段階で始めるのは問題」との意見が相次いだ。臓器別専門医ではなく、

総合的な診療を担う医師を増やす観点でも、十分な議論が必要とされた。

ただ、4月から連動研修を始める専攻医に不利益が生じない対応が必要との認識は共有。今後の検討後、認定が決まれば、単位取得などの「追認」が行なわれるべきとの意見でも一致した。

厚労省は2019年度の専攻医募集における上限設定(シーリング)でも見直しを提案。新たな医師偏在指標に基づく、根拠のある指標で、医師偏在を拡大させないためのシーリングを設けることを求めた。新たな医師偏在指標だと、医師多数とはならない神奈川県と愛知県をシーリング対象から除外することを主張した。また、総合診療科と救急科を除き、診療科別のシーリングを設ける具体案も示している。

サブスペ23領域の専門研修部会の追認求める

日本専門医機構 外科学会の声明にも配慮

日本専門医機構の寺本民生理事長は3月18日の会見で、機構が認定したサブスペシヤルティ 23領域の「追認」が、医道審・医師分科会の医師専門研修部会で得られるよう22日の会議に臨む姿勢を示した。連動研修を伴う23領域は機構がすでに認定しているが、部会では、連動研修に異論が出ている。4月から基本診療領域とサブスペ領域を連動させた研修が始まるのを前に、機構決定が覆ることのない対応を求める。

日本外科学会は3月12日に、声明を出し、寺本理事長が2月22日の専門研

修部会で、「機構認定はあくまで暫定的なもの」と発言したことに関し、「今後の新専門医制度の運営に重大な支障を来す状況」との認識を示した。その上で、「日本外科学会および6領域のサブスペシヤルティとして、どうしても受け入れがたい状況となった場合には、新専門医制度から撤退することも視野に入れる」と明言した。

寺本理事長は「暫定的」という言葉を使ったことについて、外科学会に謝罪したと報告。一方で、機構が認定したとしても、地域医療に影響する問題

は、専門研修部会を通じ厚生労働省の意見をきく必要があることを説明したと述べた。

22日に開かれた専門研修部会(上記記事を参照)では、改めて23領域の適切性や社会的意義を説明し、理解を得たいとの姿勢を強調した。

2019年度の専攻医募集については、3次募集も終了し、登録状況を最終的に確認している段階にある。専攻医の総数は当初の予想通り「8,500人を少し超える人数」となった。今後は、2020年度の専攻医募集に向け、大都市のある都府県(東京都、神奈川県、愛知県、

大阪府、福岡県)の上限(シーリング)をどう設定するかの議論も行われる。

厚労省は医師偏在対策の議論の中で、診療科別の将来医師数の詳細なデータを公表し、診療科偏在への対応を促している。寺本理事長は、厚労省からそのような説明を受けたことも報告。今後、診療科別の上限設定も視野に入るが、2020年度の募集で具体化するには、時期尚早との考えを示した。

カリキュラム制については、2019年度の専攻医募集で、100人弱の登録がある。精神面の事情を含めライフイベントに遭遇し、カリキュラム制を選択する医師が多いという。機構は、プログラム制の研修と同じ質が担保できる整備基準の策定を進めており、6月頃に公表する予定だ。

■ 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
第1回災害時の病院管理者等の役割研修(60名)	2019年5月11日(土) 【全日病会議室】	7,560円(10,800円) (税込)	大規模災害等発生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被災を想定したシミュレーションを実施する。全日病の「AMAT(災害時医療支援活動班)」の受入対応を想定した講義もある。全日病が認定する「AMAT隊員更新」のための研修(2単位)に該当する。
第1回特性要因図作成研修会(20病院)	2019年6月21日(金) 【全日病会議室】	48,600円(75,600円) (税込) (昼食代、書籍代含む) (3~5名)	医療事故調査制度の根本にある原因究明と再発防止には各種の道具を活用する必要がある。業務フロー図、親和図とともに、魚骨図とも呼ばれる特性要因図は、根本原因分析(RCA)の骨格をなす。全日病・日本医療法人協会共催の「医療安全管理者養成講習会」の継続認定のための研修会にも該当する。
第18回病院事務長研修コース(48名)	2019年5月~2020年1月 【第1単位:ホテルヴィラフォンテーヌ東京汐留、第2~8単位:全日病会議室】	453,600円(561,600円) (税込) (1カ年・全8単位)	病院事務長を対象とした研修では、医療行政の動向や医療会計制度、院内コミュニケーション、定員管理と業務再設計、経営計画策定、共通課題検討などを約8カ月(月1単位・全8単位)かけて行い、評価試験に合格すれば、「病院管理士」として認定する。受講生から上司への受講報告及びプレゼンテーション報告を計4回予定している。