



全日病 NEWS 8/1

21世紀の医療を考える全日病 2015

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.852 2015/8/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

看護師特定行為研修 指導者講習会を本部(東京)で開催

2015年度8回開催の皮切り。大学、医学部付属病院、公的病院も参加

全日本病院協会は7月20日に「2015年度看護師特定行為研修指導者講習会」の1回目(東京会場)を本部会議室で開催、定員いっぱい(50人(39機関・施設)が受講した。特別講師として厚生労働省医政局の岩澤和子看護課長が登場、「特定行為に係る看護師の研修制度」の概要と留意点について講演した。

この10月1日に施行される特定行為研修制度の指定研修機関は、共通各科目と区分別科目ごとに研修指導者を適切数配置しなければならないが、医政局長通知で、指導者は指導者講習会を受けていることが望ましいとされた。

したがって、研修機関として指定を希望する教育機関・病院等は研修指導者の確保が急務となっており、指導者講習会の開講が待たれていた。

そうした中、厚労省は「2015年度看護師の特定行為に係る指導者育成事業」の実施団体にただひとつ全日病を選定。委託を受けた全日病は15年度に国内8地区で各1回指導者講習会を開催する計画を立て、研修機関の指定を希望する全国の施設に参加を呼びかけた。

本部会議室で開催した講習会はその皮切りとなるもの。神野副会長が総責任者となり、全日病・医法協共催の臨床研修指導講習会を運営してきたタスクフォースが講習プログラムを作成した初めての指導者講習会は、続いて金沢市(9月6日)と札幌市(9月21日)で開催される。

岩澤看護課長「特定行為研修修了者を最低10万人想定」

初めての指導者講習会とあって、東京会場の参加募集には全国から大勢の受講希望が寄せられたが、プログラムの都合で定員は50名と限られた。しかし、北海道から佐賀県にいたる各地から、大学、医学部付属病院、公的病院など多数機関・施設からの受講希望が殺到したため、複数出席を希望する施設には受講者を2人に調整してもらうことで辛うじて39機関・施設の参加を確保した。

受講者の内訳は医師12人、看護師37人、薬剤師1人。施設等の内訳は、大学・教育機関が6、大学病院が16、公的病院が4で、残りは民間医療機関であった。

指導者講習会のプログラム開発と運営は、05年から9年間、全日病・医法協共催の臨床研修指導講習会を手がけてきた江村正チーフタスクフォース(佐賀大学医学部附属病院卒後研修センター専任副センター長)と8人のタスクフォースが担当した。

開講冒頭の挨拶で、西澤寛俊会長は、全日病が指導者講習会を開催するにいたった経緯を紹介した上で、看護師による特定行為の実施が、急性期や救急だけでなく、とくに在宅医療の分野で

求められていると指摘。その育成に民間医療機関も大きな役割を担うことから、引き続き全国7カ所での開催が重要な意味をもつと述べた。

ディレクターとして指導者講習会の全体を主導した神野正博副会長は、「これが看護師特定行為研修制度として最初の指導者講習会である」と述べ、「今後全国に広がっていく指導者講習会に向けて、その成果や改善点を各地にフィードバックしていただきたい」と受講者に呼びかけた。

講演で、岩澤看護課長は、①診療の補助のうち38の行為を特定行為とした、②その特定行為を手順書によって実施する看護師に特定行為研修の受講が10月1日から義務づけられる、③手順書の内容は省令で定められているが各医療現場の判断で記載事項と具体的内容を追加することもできる、④研修機関は学校・病院その他厚生労働大臣が指定するものをいうが、その要件の1つに特定行為研修管理委員会の設置がある、⑤特定行為研修の講義・演習を通信で行なうことができるなど、同研修制度の概要と留意点について説明。

その上で、「特定行為を行なう看護師



▲グループワークに取り組む指導者講習会の受講者

は、医療機関だけでなく、介護施設や在宅の場でも活躍が期待されている。2025年に向けて、最低10万人の看護師に特定行為研修を受けていただきたい」と語った。

そして、「2013年現在約110万人の看護師が就労しており、毎年約3万人増えている。したがって、2025年に150万

人近くに達するだろう。その10%に近い数の研修修了者を目指したい」と、同制度の今後を展望した。

同課長は、また、「看護師は就労しながら研修を受けることになるので、指定研修機関にはできるだけITCを活用いただきたい」と締めくくった。

全日病 手順書のひな形とeラーニングの研修システムに着手

岩澤課長の発言を受け、神野副会長は、全日病として、①手順書のひな形の作成に着手しているが現時点で公表時期は確定していない、②eラーニングによる講義・演習の開発を予定しているが16年度からの活用を展望している、ことを明らかにした。

今回実施された指導者講習会は、受講者を6つのグループに分け、約6時間の中で、①特定行為研修を修了した看護師の役割、②「特定行為研修の目標・方略・評価」、③ベスト・プラクティスから学ぶ仕事の教え方・人材養成、④研修者のストレスに配慮したフィードバックの技法、⑤特定行為研修をうまく進めていくための課題の各テーマからなる講義、個人作業(発表)、グループ作業(発表)、全体作業(発表)から構成されている。

①のテーマでは、各人の意見(認識)をKJ法を用いて整理した上でワール

ド・カフェ方式による他グループとの意見交換を行ない、最後に、各グループごとに発表した。

この特定行為を行なう看護師の役割と位置づけについて、各グループからは、「病院と在宅をつなぐ連携、地域の中での連携」「チーム医療のコア、コーディネーター」「ミニドクター(医師の代理)ではない看護師の視点」「医療の質、安心・安全医療」「看護師の役割の拡大と看護教育改革への影響」「医療費の節減、医師の負担軽減」といったイメージが多く語られた。

このセッションを指導したタスクフォースは「各グループの発表は、この制度の理念が示すものと概ね一致する」と評価、受講者の意識が看護師特定行為研修の指導者として期待すべき水準にあることを確認した。

「清話抄」は2面に掲載しました。

東京都と神奈川県が大幅増、大阪府と兵庫県は大幅に減らす

2015年度基金(医療分) 1回目(総額の約2/3)の配分を都道府県に内示。8月に交付額を決定

厚生労働省は7月17日に、2015年度地域医療介護総合確保基金の医療に充てる分について、1回目の配分額を各都道府県に内示した。

今回の基金規模は47都道府県の合計で610.8億円と基金(医療分)総額903.7億円の約2/3にあたる。その2/3が国から各都道府県に拠出され、その額(内示額)は合計407.2億円となった。2回目は12月、早ければ10月以降の内示となる。

基金(医療分)の内示を2回に分けたのは、都道府県による地域医療構想の策定が開始されたため。したがって、1回目は、主に「病床の機能分化・連携」を目的とする事業に重点配分する目的で、先行して内示された。

今回の内示額を踏まえて各都道府県は基金の事業計画をまとめて構想策定に活かすとともに、計画を8月7日まで厚労省に申請。厚労省は8月後半に

交付額を決める。

2回目の内示には各都道府県が策定する構想をフォローする目的もある。したがって、担当部局(医政局地域医療計画課)は、「在宅医療の充実や医療従事者確保だけでなく、病床の機能分化・連携に資する事業への配分も考慮される」としている。

いわば、基金(医療分)の大半が「病床の機能分化・連携」に投入されるわけで、その割合は「総額の6~7割を占める」との観測もある。

今回内示された基金規模が最も大きいのは東京都の59.5億円。以下、神奈川県32.8億円、大阪府27.4億円、北海道24.4億円、千葉県22.8億円、埼玉県22.5億円の順。

14年度は東京都、大阪府、兵庫県、神奈川県、北海道の順だったが、15年度は千葉県と埼玉県が上位5県に食い

込んだ。

1回目の枠が2/3ということから15年度医療分の基金概算額を求め、14年度と比較すると、東京都(77.3→89.3億円)と神奈川県(38.5→49.2億円)は大幅に増加、千葉県(34.6→34.2億円)はほぼ前年度並みとなった。これに対して、北海道(37.3→36.6億円)と埼玉県は微減(36.5→33.8億円)、大阪府(49.5→41.1億円)は大きく落ち込んだ。

一方、前年度全国3番手の規模の基金を設置した兵庫県(39.4→28.7億円)は、今年度は、福岡県(31.3→33億円)、静岡県(31.7→32.7億円)、徳島県(17.8→31.7億円)に次ぐ9番目へと順位を下げるとみられる。

□2015年度地域医療介護総合確保基金(医療分)の内示額(1回目) 単位:億円

都道府県	基金規模	内示額(国費)	都道府県	基金規模	内示額(国費)
北海道	24.4	16.2	滋賀	6.0	4.0
青森	9.4	6.3	京都	16.9	11.3
岩手	6.7	4.4	大阪	27.4	18.3
宮城	8.9	5.9	兵庫	19.1	12.7
秋田	4.9	3.3	奈良	5.9	3.9
山形	6.9	4.6	和歌山	8.5	5.7
福島	15.3	10.2	鳥取	8.7	5.8
茨城	15.9	10.6	島根	10.1	6.7
栃木	4.4	2.9	岡山	14.9	9.9
群馬	7.8	5.2	広島	12.3	8.2
埼玉	22.5	15.0	山口	5.6	3.7
千葉	22.8	15.2	徳島	21.1	14.1
東京	59.5	39.6	香川	6.4	4.3
神奈川	32.8	21.8	愛媛	15.4	10.3
新潟	8.3	5.5	高知	13.7	9.2
富山	2.4	1.6	福岡	22.0	14.7
石川	8.5	5.6	佐賀	3.4	2.3
福井	14.2	9.5	長崎	5.9	3.9
山梨	4.1	2.7	熊本	11.7	7.8
長野	8.3	5.5	大分	5.4	3.6
岐阜	14.9	9.9	宮崎	5.6	3.8
静岡	21.8	14.5	鹿児島	6.2	4.2
愛知	12.8	8.5	沖縄	11.8	7.9
三重	9.4	6.3	合計	610.8	407.2

主張

全日本病院協会が考える「地域医療連携推進法人」

西澤寛俊氏が全日本病院協会の会長に再選され、引き続き、本協会のリーダーシップを担うことになった。本協会は設立以来50数年を重ねてきた。創成時の動揺、困難を乗り越え会の運営は安定し会員は増加し、四病院団体のリーダーとして厚生行政に大きな影響を及ぼしている。

現在の社会保障制度は大きな改革を求められている。骨太の政策として「病床数の削減」「社会保障費の抑制」が報じられている。増大していく医療・介護の費用を効率化し、重点を絞ることで経済の安定に取組む

という方針が、マスコミを通して流布されている。病院の運営は、今後さらに、著しく困難になることが予想される。

病院団体に加入する病院には、医療の質の向上と共に病院経営の安定を望む願いもある。病院の閉鎖や診療所への転換等で退会の報告が毎月のようにあるが、とくに小規模病院に多い。患者の減少、後継者不在、資金面、人材不足等で閉鎖せざるを得なくなった結果である。それに対して、情報に恵まれた大規模病院は人材の教育や育成等の面で有利な環

境を得るなど新しい制度への適応ができ、事業の発展に続いている。

国の示している将来の医療提供体系として地域医療連携推進法人がある。地方の病院、診療所を統合し、医療資源、情報、人材の交流を図るという構想である。全貌は窺えないが、ガバナンスを重視した組織の感がある。

しかし、ガバナンスよりも運営に重点を置いて、経営専門家による病院運営を図れば、医療資源を統合することができ、薬品や医療機器の大量購入、人材の育成と供給、情報の

活用など、中小病院でも大型病院と同様な経営が可能になる。

お互いが原資を出し合い、大規模な病院運営部門を設立して経営面はその部門に任せ、院長は医療の質の向上に努めるなど良い医療の提供に専念していけば、今後の社会保障制度の大きな改革にも適応できる。そうした連携や大きなアライアンスを全日本病院協会がコーディネートすることも考えていくべき時代になってきているのではないだろうか。会員の皆でこの困難な局面を乗り切っていきたいものである。(HT)

年金・医療等の自然増の要求幅は15年度当初予算比6,700億円程

経済財政諮問会議 2016年度予算の概算要求基準決まる。前年度から自然増を1,600億円圧縮

7月22日に開かれた経済財政諮問会議は「2016年度の予算の全体像」をとりまとめた。

2016年度は、「骨太方針2015」で定めた「経済・財政再生計画における集中改革期間の初年度に当たる。

「全体像」は、成長戦略を拡充・加速するとともに、「骨太方針2015」を踏まえて、経済再生と財政健全化の双方に寄与する歳出改革、歳入改革の本格的な取り組みを開始すると宣言。概算要求基準の設定、各府省の概算要求、地方財政計画の策定は、『2016年度予算の全体像』を踏まえて行なうとした。

経済財政諮問会議は翌7月23日の会合で財務省が提示した16年度予算の概算要求基準（「16年度予算の概算要求に当たっての基本的な方針」）を了承。政府は、16年度予算の概算要求基準を7月24日の閣議で了解した。

16年度予算の概算要求基準は、年金・医療等の経費のうちの補充費途（法令

にもとづく義務的経費で予算編成時と単価が異なっても閣議決定を要することなく支出できるもの）に指定されている経費は、「前年度当初予算における年金・医療等に係る経費に相当する額に高齢化等に伴う増加額として6,700億円を加算した額の範囲内において要求する」とした。

「骨太方針2015」は、社会保障費の増加を、18年度までの各年度、高齢化に伴う自然増5,000億円ほどに抑える方針を示している。これに対して、今回の概算要求基準は、15年度当初予算比6,700億円程度までの増加範囲内で要求を認め、具体的には予算編成過程で調整を図るとしたことになる。

ただし、15年度予算の概算要求基準では社会保障費の自然増は8,300億円とされたが、予算編成過程で4,200億円まで圧縮されている。自然増の要求幅は、概算要求基準の段階で早くも前年度から1,600億円減額された格好だ。

「2020年度までに消費税の再引き上げはない」

経済財政諮問会議は、また、6月30日に決定した、同会議に付設する専門調査会（経済・財政一体改革推進委員会）の委員名簿を了承した。委員は有識者と産業界の14人からなり、医療関係からは松田晋哉産業医科大学医学部教授がただ一人選出された。

推進委員会は、「経済・財政再生計画」を着実に実行するために、①改革工程表を作成するとともに、②歳出改革に

向けた予算編成過程からPDCAを回す仕組みを構築、さらに、③改革工程表にもとづいた進捗管理・点検・評価を行なう。

そして、歳出改革の集中取り組み期間が終わる18年度に経済・財政一体改革の成果を検証し、中間評価をまとめることになる。

この18年度の中間評価に関連して、甘利内閣府特命担当大臣は、7月22日の

諮問会議後の記者会見で、「20年度に基礎的財政収支(PB)の黒字を達成するスケジュールの中で、消費税率を10%からさらに引き上げていくという考え方はとっていない。税込増を考える上で、消費税率を引き上げるという以外にもいろいろな方法がある。18年度に(PB黒字化の)達成状況を検証する中

内閣府に「健康増進・予防サービス・プラットフォーム」を設置

7月23日の経済財政諮問会議に、内閣府は、「歳出効率化に資する優良事例の横展開のための健康増進・予防サービス・プラットフォーム」の設置を諮り、了承された。

「プラットフォーム」は、健康・予防のサービスに関する、歳出効率化に寄与する優良事例の創出と全国展開を図る取り組みを進捗管理するとともにフォローアップしていく、関係省庁の参加を得た省庁横断的な会議体で、自治体や企業・保険者に対する政府側の窓口となる。

「骨太改革2015」に盛り込まれた歳出改革を健康・予防の分野で効率的に進めるとともに、市場創出効果を検討

するために、内閣府に設置される。対象となる領域は、①医療保険者によるデータヘルス等、②生活習慣病等の重症化予防、③企業による健康経営、④ヘルスケア産業の創出・育成、⑤ITの利活用と規制改革等の制度改正からなる。

「プラットフォーム」を構成するのは、甘利内閣府特命担当大臣（健康・医療戦略担当大臣）、塩崎厚生労働大臣、経済財政諮問会議の民間議員、三村日商會頭、横倉日医会長、永井自治医科大学学長などの8人。オブザーバーとして、健保連、協会けんぽ、全国市長会、日歯、日薬、日看協などの代表も名を連ねている。

予防・健康のインセンティブを担う「日本健康会議」

「日本健康会議」が7月10日に発足、「骨太方針2015」に盛り込まれた健康・予防インセンティブ、生活習慣病の重症化予防、健康経営の各取り組みを全国展開するために、保険者・企業、医療団体、自治体による「連携」を実現した。基礎的財政収支(PB)の黒字化を目指す2019年まで活動する。

同会議には、経団連、日商、全国知事会、連合、健保連、国保中央会、協会けんぽ、日医、日歯、日薬、日看協など31組織が名を連ねた(6月23日現在)。

発足式では塩崎厚生労働大臣、安倍首相(代読・加藤内閣官房副長官)が来賓として挨拶。大塚健保連会長が活動指針となる「健康なまち・職場づくり宣

言2020」を発表、横倉日医会長が今後の活動方針を説明した。

「宣言2020」は、①予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする、②かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村とする、③保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする、④一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とするなど、8項目にわたる数値目標を設定。

これらを達成するためWGを設置し、厚労省や経済産業省と協力して具体的な推進方法を検討していく方針を打ち出した。



清話抄

映画「ゆずり葉の頃」を観た。76歳の中みね子氏が初監督をされた作品で、八千草薫さんが主演している。ゆずり葉は「若い葉がでると古い葉は緑色のまま落ちていく」という。高齢社会の中で、元氣なまま年を重ねていく事が大切であると感じた。少子高齢化のビ

ークを目前にした日本において考えさせられる作品であった。

全国で地域医療構想策定部会が行われている。従来から地域による違い、様々な問題点は指摘されている。国が示したデータを参考に、各都道府県であるべき医療提供体制を議論し、必要な病床数を決定する単位である「構想区域」を決めるわけである。

例えば、東京は、関東周辺の患者も受け入れる範囲でデータがないと語れ

ない。高度急性期・急性期が数多く存在し、回復期・慢性期が足りない。在宅医療を増やせばいいというが、核家族化の進行でそう簡単にできるわけではない。

病床機能報告制度によって各病院の行っていることが丸裸にされるというが、医療は生活につながっているものであり、疾患だけで分析することは危険である。「疾患を診るのではなく人間を診ていきましょう」と若い医師に伝

えている自分に矛盾を感じてしまう今日この頃である。

ゆずり葉のように皆が緑色の葉のまま次の世代に座を引き継いで余生を元気に過ごせば一番良いが、多くの人間は病を持ちながら余生を過ごさなければいけない。つまり、人間には、住み慣れた身近に急性期・回復期・慢性期を同時に診ることができる、全日病の会員のような病院が必要なのである。(竹)

神野委員 A項目に「せん妄管理」の追加を提案

入院医療等の調査・評価分科会 「重症度、医療・看護必要度」再度の見直へ。重症患者評価の別軸も検討

7月16日に開かれた診療報酬調査専門組織の入院医療等の調査・評価分科会は、2014年度入院医療等調査の結果にもとづいて、(1)急性期入院医療、(2)退院支援に係る取り組み、(3)入院中の他医療機関の受診をテーマに取り上げ、16年度改定の課題を探る議論を展開した。

このうち、急性期入院医療に関しては、前改定でA項目を手直した「重症度、医療・看護必要度」の有効性、妥当性が議論の俎上にあげられた。

現在、この評価は、「A項目2点以上・B項目3点以上」を満たす患者が、例えば7対1病棟では15%以上、10対1病棟では10%以上入院していることを基準に設定、各入院基本料の算定要件としている。

この「重症度、医療・看護必要度」について、事務局(厚労省保険局医療課)は、現行基準の有効性を疑わせるデータを示した。

その1つがDPCから引用したデータで、基準を満たさない患者にも、「医師の指示の見直し」が1日1回以上必要な患者が35%程、「看護師による処置等」が1日3回以上必要な患者が40%程いる、というもの。

基準を満たす患者における割合は前者が50%強、後者が70%程であるから、基準を満たさない患者にも“重症な”患者が少なくないことをうかがわせるデータといえる。

この推定を補強するものが14年度入院調査結果にあると事務局が示したのが、7対1における特定機能病院と一般病棟における基準該当患者割合の比較である。

それによると、①特定機能病院よりも一般病棟の方が該当患者の割合が高いが、その内訳をみると、②特定機能病院ではA項目全体の該当率が高く、それに比べるとB項目全体の該当率は低い傾向にあるが、A項目のうち「専門的な治療処置」の該当割合が特段に高い、これに対して、③一般病棟ではA項目と比べるとB項目の該当割合が高い傾向にある、というもの。

これを、手術前後の基準該当患者割合の推移でみていくと、手術当日と術後1日目でも40%前後(手術当日で45%程)にとどまり、術後3日目には術前とおおむね同水準になっている。開胸手術をみても、該当患者の割合は手術直後で50%程で、術後3日目には25%を下回

っている。

次に、全身麻酔手術の実施件数の多寡別に医療機関の該当患者割合別の分布がどうなっているかをみると、全麻の件数が多い医療機関で該当患者の割合が低いという傾向が認められた。

さらに、救急搬送された患者の入院後の経過を追いかけると、基準を満たす患者は、入院当日で20%強、最大でも30%強にとどまっていた。

こうしたデータから、A項目とB項目を組み合わせた点数基準の妥当性やA項目あるいはB項目の各項目の適切性が疑われるとして、事務局は、明らかに急性期医療を必要としている患者の状態を反映する方向でA項目を見直すこと、また、A項目が一定点数であれば当該基準とは別にカウントする方法を示唆しつつ、専門的治療を受けている患者や術後の患者等“重症”患者を評価する方法の検討、を提起した。

B項目については、構成しているインジケータ間に高い相関性があるととして、とくに、「寝返り」「起き上がり」「座位保持」の整理を提起。その上で、認知症患者の手間のかかり具合を反映させるために、HCUでB項目に採用されている「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」を一般病棟にも採用することを提案。

さらに、一般病棟、ICU、HCUで分かれているB項目の内容を統一化する方向で大きく見直す方向で検討することを求めた。

「重症度、医療・看護必要度」について、細部はともかく、分科会委員の大勢として論点の方向性を指示した。

その中で、神野正博委員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)は「現場はせん妄の管理に非常に手間がかかる」と述べ、A項目に追加するよう提起した。

神野委員は全日病が会員病院を対象に実施した「重症度、医療・看護必要度に関するアンケート調査」で現行のA項目以外に「手のかかる状態と考えられた項目」をたずねたところ、病棟種別全体を通してせん妄が最多となったことを明らかにした。

そして、「手術等による一過性のせん妄と認知症は明らかに異なる」として、重症度のインジケータにするよう求めた。

退院支援の評価体系を総合的に見直して再構築

退院支援に係る取り組みについて、事務局は、退院支援にかかわる診療報酬上の評価は多くあるが、一部項目を除くと算定回数は多くないことを指摘。

また、調査結果から、(1)7対1病棟と療養病棟では退院支援の職員を配置している病棟の方が平均在院日数が短い、(2)7対1、10対1、地域包括ケア、回復期リハの各病棟で病棟に退院支援の職員を配置した場合の効果が高いとする回答が多い、(3)病床規模を問わず多くの医療機関で入院時に多職種カンファレンスを実施している、(4)地域包括ケア病棟を除くと連携施設数の多い医療機関ほど平均在院日数が短いなど、多くの医療機関で退院支援の取り組みが行なわれ、その効果が出ていることを明らかにした。

その上で、論点に具体的な見直し点をかかげることなく、入院前から退院後にいたる流れで取り込まれる退院支援の評価を、現行項目の整理を含め、総合的に検討する必要性を提起した。

また、在宅復帰率が要件となってい

る病棟への退院と自宅への退院が同列に扱われている在宅復帰率の算出方法について、調査結果から、「在宅復帰率の算出値と実際に自宅へ退院している割合に乖離が生じている」と指摘。「自宅への退院を在宅復帰率が要件となっている病棟への退院よりも高く評価する」など、その算出方法を見直す必要を提起した。

入院患者の他医療機関受診に関しては、現在、出来高病棟からの他科受診には入院基本料から30%、特定入院料等の病棟からには、包括範囲の診療行為であれば70%、包括外には30%を入院料から減額するという厳しい仕組みになっている。

この実態について、調査結果は、概ね以下のような傾向・結果を明らかにした。

- (1) 他科受診の割合は障害者病棟、有床診、回復期リハ病棟の入院患者で比較的高い
- (2) 他科受診による減算の頻度は有床診や精神病棟で高く、有床診ではやや



増加傾向にある

(3) 他科受診の患者割合は小規模で届出入院料が2つ以下の医療機関で特に多い

(4) 他科受診の理由は、「専門外の急性疾患・慢性疾患の治療のため」のほか、「症状の原因精査のため」という理由も一定数みられる

(5) 他科受診の対象は多様な診療科にわたっているが、内科病棟の入院患者は内科、整形外科、歯科が、外科病棟

の患者は内科、整形外科、歯科、精神科が比較的多く、整形外科は内科、整形外科、歯科、小児科が、脳神経外科は歯科、精神科、内科、眼科、整形外科が上位を占めている

(6) 受診費用の請求方法は一般7対1以外では「入院料を減算して先方で請求する」割合が高い

この他科受診について、委員からは改善を求める声が相継いだ。事務局は特段の論点を示さなかった。

「重症度、医療・看護必要度」に関する論点

<p>●A項目に関する論点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「重症度、医療・看護必要度」のA項目には、様々な処置等が列挙されているが、手術直後の患者や救急搬送後の患者等、明らかに急性期の医療を必要とすると考えられる状態の患者が、必ずしも評価されていない現状についてどう考えるか。 ・A項目の点数が高いなど、特に専門的な治療が実施されている患者や、手術直後の患者等に関して、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たすための条件について、どう考えるか。 <p>●B項目に関する論点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟用のB項目について、「寝返り」との相関が強く、基準の該当 	<ul style="list-style-type: none"> 性への影響の少ない「起き上がり」「座位保持」の、評価の必要性についてどう考えるか。 ・認知症患者の急性期病床への受け入れについては、医療現場での負担が大きいことから、現在ハイケアユニットで評価項目となっている「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の項目を、一般病棟においても評価の対象とすることについてどう考えるか。 ・一般病棟用、特定集中治療室、ハイケアユニット用のB項目については、類似の状態を評価する項目が多いが、項目数に差があることから、病棟種別間で統一し、単純化を図ることについて、どう考えるか。
--	---

退院支援と在宅復帰率に関する論点

<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援については、退院支援に係る人員の配置や院内の取組、院外との連携等が行われているが、退院支援を推進していくための評価のあり方についてどう考えるか。また、内容の類似した項目や算定回数が少ない項目の取扱いについてどう考 	<ul style="list-style-type: none"> るか。 ・在宅復帰率について、例えば、自宅への退院を在宅復帰率が要件となっている病棟への退院よりも高く評価するなど、より実態に即した算出方法についてどう考えるか。
---	--

■現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病HP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
2025年に生き残るための経営セミナー第9弾「病院の生き残りのためのプライマリ・ケア医の活用と育成」(100名)	9月2日(水) 13:00~16:00 (全日病会議室)	8,640円 (16,200円)	2025年に向けた生き残り戦略を考える上でのプライマリ・ケア医の育成と役割の確立方法についてのセミナーです。
第2回 看護師特定行為研修指導者講習会(金沢会場)(50名)	9月6日(日) 9:55~17:30 (石川県金沢市 TKP金沢ビジネスセンター)	10,000円 (10,000円)	受講要件、プログラム等は全日病HPをご参照ください。
平成27年度個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース(90名)	9月10日(木) 10:00~16:30 (全日病会議室)	22,680円 (22,680円)	受講者は全日病「個人情報管理・担当責任者養成研修会ベースックコース」の受講修了者を想定していますが、どなたでも参加できます。
第18回機能評価受審支援セミナー(札幌会場)(診療領域 70名、看護領域 70名、事務管理領域 60名)	9月11日(金) 12:30~16:00 (北海道札幌市 北海道立道民活動センター ホテルさっぽろ 芸文館)	5,400円 (7,560円)	一般病院I(*)を中心とした評価体系について、ケアプロセスの実践を診療・看護の合同チームで学び、事務管理部門は機能評価受審に向けた事務管理部門の役割と受審対策について説明を行ないます。 *一般病院I/主に日常生活圏域等の比較的狭い地域で地域医療を支える中小規模病院
平成27年度 第2回AMAT 隊員養成研修会(札幌会場)(60名)	9月11日(金)~12日(土) (北海道札幌市 北海道立道民活動センター「かでる2・7」5階)	54,000円 (64,800円)	・受講要件、プログラム等は全日病HPをご参照ください。 ・会員病院には、AMAT隊員登録証・AMATベスト・AMATヘルメットをお渡しいたします。
第2回「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会(200名)	9月18日(金) 13:00~18:00 (全日病会議室)	10,800円 (16,200円)	・院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的とします。 ・本研修会は「医療安全管理者養成講習会」(全日本病院協会・日本医療法人協会共催)の継続認定の研修会に該当します。
第3回「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会(200名)	10月20日(火) 13:00~18:00 (全日病会議室)	10,800円 (16,200円)	
第3回 看護師特定行為研修指導者講習会(札幌会場)(50名)	9月21日(月・祝) 9:55~17:30 (北海道札幌市 TKP札幌カンファレンスセンター)	10,000円 (10,000円)	受講要件、プログラム等は全日病HPをご参照ください。

寄稿 地域医療構想策定ガイドラインと「専門調査会第1次報告」について

今回の推計は目標値ではない。目標病床数は調整会議で決めるもの

各構想区域の病床数合計は152~115万床の間が妥当。実際は135~115万床の間か



「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」会長代理
産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授 松田晋哉

1. はじめに

平成27(2015)年6月15日に内閣府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」が公表した第一次報告「医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」(以下、専門調査会報告)が公開された。ここに示された数字をめぐって様々な議論や憶測が行われている。

図1は2025年の医療機能別必要病床数の推計結果を示したものである。ここでは機能分化をしないまま高齢化を織り込んだ場合の必要病床数が152万床程度になることが示されたうえで、下記のような仮定で推計した結果として必要病床数が115~119万床になり、介護施設や在宅医療で対応する患者数として29.7~33.7万人が提示されている。

また、図2に示したように都道府県

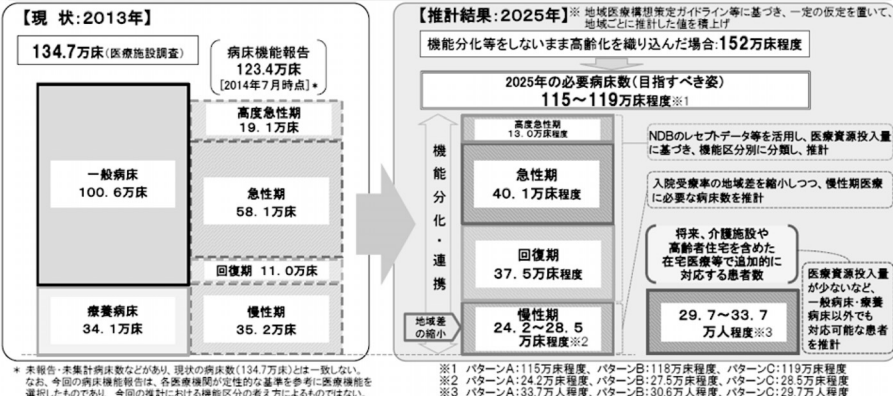
間で大きな違いがある。東京や千葉、神奈川、埼玉といった首都圏と大阪では病床数が現在より不足すると推計される一方で、西日本地区の多くで現在よりも少ない病床数が推計されている。

新聞紙面では「削減目標」というような表現が用いられているが、この数字は一定の仮定をおいた推計値であり、病床数の「目標」はあくまで各地域の傷病構造と条件を踏まえたうえで、各地域医療構想調整会議(以下、調整会議)で決定されるべきものである。

本稿では「地域医療構想策定ガイドライン」及び「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告」の2つの委員会に携わった立場から、その内容について筆者の私見を述べてみたい。

図1 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(全国集計値)

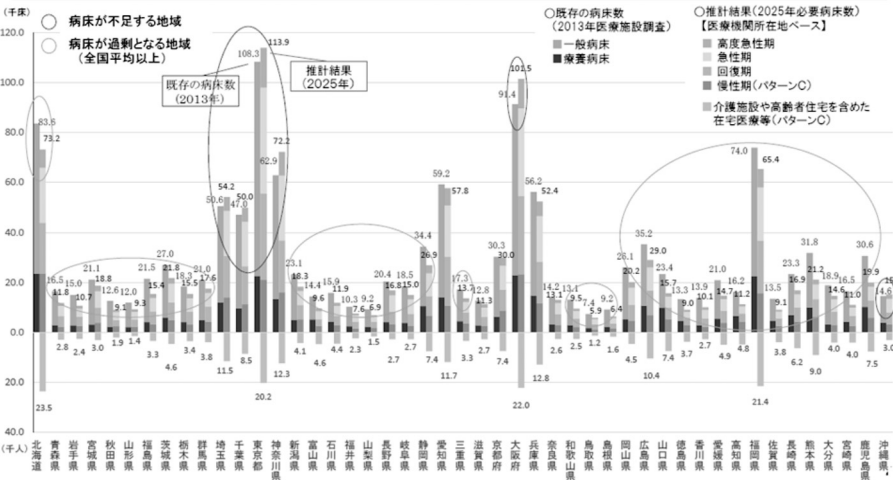
- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指す。このためには、医療機関の病床を医療ニーズに応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



資料: 第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

図2 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地別)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



資料: 第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

2. 推計に用いた仮説

今回の検討に際しては、地域医療構想策定ガイドライン検討委員会等から人口構成や傷病構造の地域差を踏まえたうえで推計を行うことを求められた。そこで、一般病床レセプトについては高度急性期、急性期、回復期、慢性期をDPCに展開して推計を行うこととした。その上で、上記4区分をどのように定義するかを筆者らの研究班内で検討した。

図3に示したような分析を個々のDPCごとに行った結果、資源投入量が落ちてくまでを急性期、落ち着いたから退院準備ができるまでを回復期とした上で、急性期についてはICU、HCU、無菌室の利用頻度に着目して高度急性期を分離するという考え方を採用すること

とした。それぞれの区分点をC1、C2、C3とした上で、その推計値を幅を持ってガイドライン検討委員会に提示し、その議論を踏まえて区分点に相当する出来高換算コストを決定した(表1)。なお、出来高換算コストの算出にあたっては入院基本料と急性期以外のリハビリテーションについては計算範囲から除外している。

専門調査会推計において採用された仮説は以下の通りである。
○ 一般病床のレセプトについては高度急性期と急性期を区分する1日あたり出来高換算点数(以下点数)を3,000点、急性期と回復期とを区分する点数を600点、回復期と慢性期とを区分する点数を225点(175点)として、DPC別にそれ

図3 C1、C2、C3設定の基本となった医療資源投入量(中央値)の推移の分析結果(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)

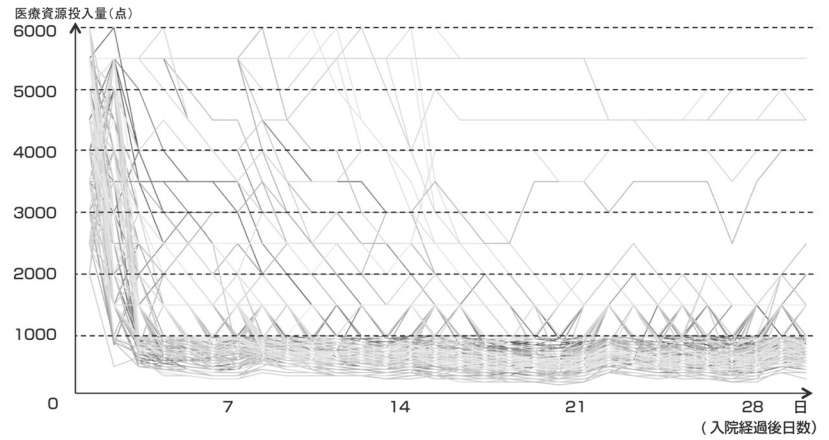


表1 医療需要推計にあたっての境界点の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

- それぞれに対応する患者数を推計(各病床機能別の平均在院日数はDPCごとに実際の値を使用)。非DPCの一般病床レセプトについてはNDBデータを患者ごとにつないで1入院データとしてDPCでコーディング。
- 回復期リハビリテーションレセプトについては回復期病床として推計
- 療養病床入院患者については、医療区分1の70%は在宅で対応可能と仮定し残りを慢性期病床として推計
- 障害病床は慢性期として推計
- 一般病床の入院については1日あたり点数が175点未満の者は在宅で対応可能と仮定
- 療養病床の性年齢調整後の受療率の

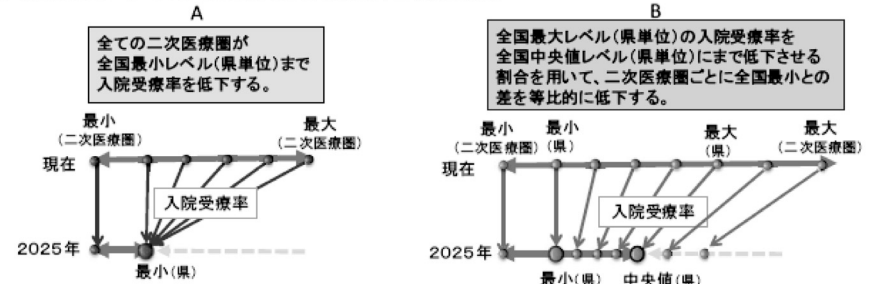
- 地域間格差を縮小(図4)
- ・パターンAは都道府県別療養病床受療率が最低の山形県(人口10万対81)を基準として、これより高い二次医療圏については2025年にすべて山形県と同じ受療率になるとして病床数を推計
- ・パターンBは2025年に都道府県別療養病床受療率が最高の高知県(334)を中央値の滋賀県(144)にする比率で、山形県よりも受療率の高い二次医療圏の受療率を縮小するとして病床数を推計
- ・パターンCはパターンBで達成年度を2030年にした場合の病床数を推計
- 病床利用率を高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%と設定

図4 療養病床の都道府県格差の是正

療養病床の入院受療率の地域差への対応①(基本的な対応)

- 医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち、将来において、どの程度、慢性期の病床に対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を定めることとして、医療需要を推計する。
- 現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めることとする。
パターンA: 全ての二次医療圏が全国最小レベル(県単位)まで入院受療率を低下させる。
パターンB: 全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。
- その際、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。(次頁参照)

【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】



以上の仮定は厚生労働省医政局が設置した「地域医療構想策定ガイドライン」等に関する検討会」で議論されて決定されたものであり、筆者らの研究班はそれを受けて病床数を推計するロジックを開発して厚生労働省に提供している(ロジックを用いた最終的な推計は厚生労働省内部で実施)。

図5、図6、図7に病床推計の概要をまとめた。DPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所別・医療機関住所別受療率(1日あたり、生保・労災・自賠責等についても補正)を案出した上で、社会保障人口問題研究所の将来人口推計を掛け合わせることで各年度の病床機能別病床数を推計するロジックを採用した。

各構想区域で療養病床の整備数をどう考えるかが構想実現の鍵

回復期の理解も重要ポイント。入院(入所)と在宅ネットワーク化の成否を握る地域包括ケア病棟

図5 機能別病床推計の具体的手順

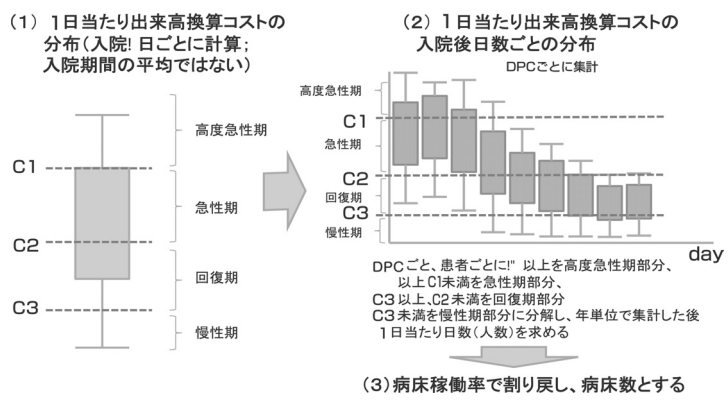


図6 病床機能の推計方法

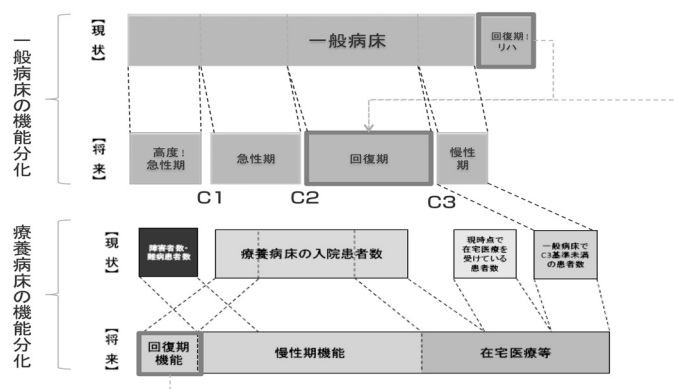
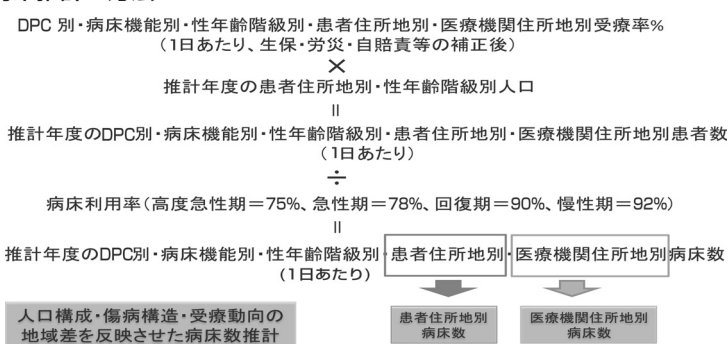


図7 将来推計の方法



3. 数字の考え方

筆者の個人的見解として、今回の推計は厳しめの値になっていると考える。したがって、各構想区域で検討された結果を積み上げた病床数は現状を追認した152万床と115万床の間になると考えるのが妥当だろう。

ただし、国全体としては、現在より病床数を増やすことは財政的に難しいであろうから、実際の目標値は135万床と115万床の間になるのだろう。こうした推計値を地域医療構想調整会議ではどのように活用されるべきだろうか。以下、筆者の考えを述べてみたい。まず、今回の専門調査会報告で示された数字は厳密な意味では目標ではない。目標となる病床数は各調整会議でそれぞれ決めるものである。高度急性期、急性期、回復期は、一般病床について、医療行為の投入量等を参考に現在の平均在院日数と受療率をもとに推計した結果であり、この推計値が大きくぶれることはないだろう。

おそらく、回復期というものを正しく理解することが議論を円滑に進めるためのポイントとなる。ここで言う回復期は「回復期リハビリテーション病棟」のみをさすのではなく、かつて全日病が提唱していた「地域一般病棟」¹⁾も含む概念である。したがって、いわゆる亜急性期も含まれる病床概念であり、平成26年度の改定で導入された地域包括ケア病床がもっとも概念にあう病床である。

医療と介護、入院・入所と在宅をネットワーク化する上で、地域包括ケア病棟の整備はその成否の鍵を握っていると筆者は考えている。

地域医療構想策定ガイドライン検討会座長の遠藤教授も述べているように、焦点は「急性期から回復期への分化」なのである²⁾。したがって、地域の民

間病院を中心に、この回復期病床をいかに整備すべきかが調整会議における重要な議論のテーマの一つになる。

この際、回復期病床では在宅復帰や在宅医療を支える機能が重視されることを考えれば、この病床を持った病院の地理的配置が十分に検討されなければならない。構想区域内で地域包括ケア病床等の回復期病床がどこかのエリアに集中してしまうと、本来の機能が発揮できない。この点について留意が必要である。

構想区域における総病床数を決めるもっとも重要なもう一つの論点は療養病床をどの程度整備するかどうかである。

図1の推計では介護施設や在宅医療で対応する患者数として29.7~33.7万人を想定しているが、こうした患者を各地域でどのようにケアするのか、具体的には療養病床、介護施設、在宅のそれぞれでどれだけケアできるのか議論されることになる。具体的には地域包括ケア体制を各地域でどのように整備していくのか、特に、医療・介護の保証された住をどのように整備していくかが鍵となる。

仮に、今回在宅及び介護施設で対応可能とされた患者をすべて療養病床でケアすると決めるのであれば、その分は慢性期病床に積み上げることになる。ただし、そのための人的資源及び財源の確保に関する検討も必要である。

医療職、特に看護職を確保できるか否かは、人口が減少する地域において現在の病床を維持できるかどうかのもっとも大きな制約条件になる。しかも、こうした地域では、現在そこで働いている医療職も高齢化していく。そのような条件下で、どのように医療と介護を保証していくのかということ冷静に検討する必要がある。

現在、我が国では年に1万床以上の

病床が「自然減」しているが、その原因の多くは人的資源の不足によるものと推測される。ここで留意すべきはこのような病床の減少が起こっている地域でもニーズは十分あるという点である。

無計画な自然減を放置しておけば、当該地域の厚生水準は著しく低下する。したがって、このような地域では病床をダウンサイジングすることで地域の「病院」機能(場合によっては有床の多科診療所でもいいのかもしれない)を維持し、減床した分を医療介護が保証された「住」に機能転換するということが可能性についても検討すべきであると考えられる。

加えて、人的資源に余裕のある他地域からの支援も必要であり、このようなことも地域医療構想の中では議論さ

なければならない。

ちなみに、高度急性期・急性期病床については、専門医制度における認定施設との関係を考える必要がある。外科系専門医の認定・更新には領域別の手術数などが定められるため、それにあつた施設の配置が求められることになる。各都道府県では医師会の調整のもとと大学病院等との協議が必要になる。

なお、各地域における傷病構造の変化(図8)や各病院の所在地から30分圏内の人口における入院患者数の推計(図9)、各地域の介護需要の推計(図10)など、上記のような推計結果を踏まえて各医療機関が今後の経営を考えるためのツールや参考資料については、当教室のホームページ³⁾からダウンロードあるいは閲覧できるので参考にさせていただければと思う。

図8 大阪三島医療圏の傷病別患者数の推移(入院)

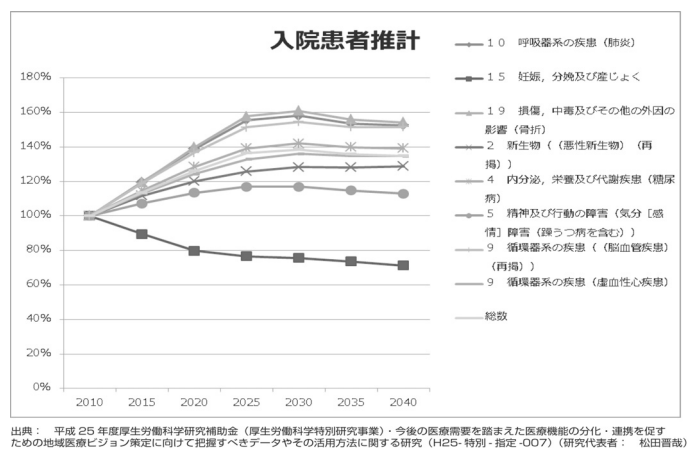


図9 30分圏内の入院患者数の将来推移(大阪医科大学病院)

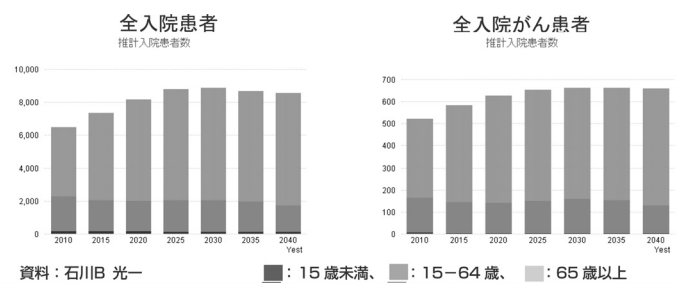
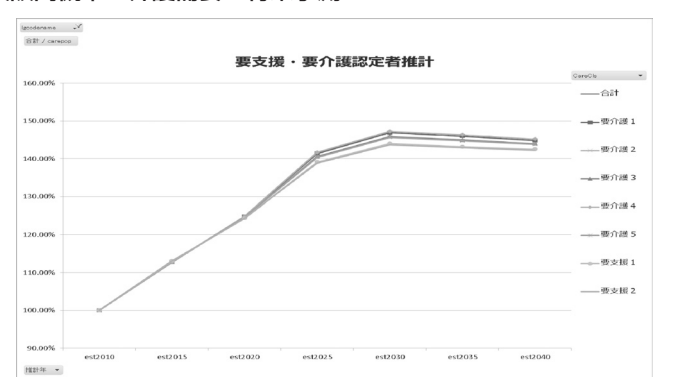


図10 大阪高槻市の介護需要の将来予測



4. まとめ

地域医療構想の本来の目的は病床を削減することではなく、2025年の傷病構造及び医療・介護を担う人材の状況を考慮した上で、各地域の住民の安心を保障するための医療介護提供体制を構想することである。

低経済成長下の少子高齢化という厳しい現実を踏まえて、各地域の医療をどのように保証していけばよいのかということ、医療関係者が主体となって構想していくというのが今回の事業の大きなポイントである。

また、地域医療構想の策定プロセスは医療の現状を関係者に理解してもらい、医療に対して適切な理解とフィードバックを獲得していくための絶好の機会であると筆者は考えている。その意味でもデータを開示し、そしてオープンな議論が行われなければならない。

いずれにしても今回示される数字はどれも絶対的なものではない。将来のことを正確に予想することはできない。

継続的に見直しを行いながら、2025年の各地域の傷病構造にふさわしい提供体制を漸進的に構築していくのが今回の構想であると考えている。拙速ではなく、冷静かつ実際の議論が各地域で行われることを期待したい。

なお、地域医療構想の考え方については医学書院発行の「病院」誌に連載をしているので、関心のある方は参照していただければと思う。また、推計ツール等を含めて具体的なデータをどのように検討すればよいのかについてもまとめているのでそちらも参考にさせていただければ幸いである⁴⁾。

引用文献

- 1) 猪口雄二: 「地域一般病棟」について、病院 Vol.62 (12): 988-92, 2003.
- 2) 遠藤久夫: 地域医療構想、焦点は「急性期から回復期への分化」、Medifax web 特別編集「2025年へのソフトウェアランディング」地域医療構想ガイドラインを読み解く、16-17, 2015.
- 3) 産業医科大学公衆衛生学教室: <https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>
- 4) 松田晋哉: 地域医療構想をどう策定するか、東京: 医学書院 (平成27年10月刊行予定)

「九州支部連絡協議会」を発足。陣内福岡県支部長が代表に就任

地域医療構想軸に情報・意見を交換。8月に厚労省幹部招いて講演会

長崎県支部長・常任理事 井上健一郎



▲九州支部連絡協議会は7月29日に発足会議を開いた

はじめに

今春の全日病支部長会の際、九州各県の支部から、地域医療構想の議論が進む中、制度の詳細が分かりにくくて各県支部としての対応が決まっていない、他県の状況はどうなっているか知りたい、隣県との調整が必要なこともあるがまだできていない、などという声があがった。

その時出席されていた九州各県支部長の先生方の中で、地域医療構想に限らず、九州各県が相互に情報交換、意見交換をできる場を作ろうということになった。

福岡県支部長の陣内先生のお声がけで、2015年6月1日、九州各県支部長の先生方に福岡市に集まっていただいた。その結果、この日の会合を準備会とし、九州支部連絡協議会を7月末に発足させることで各支部の意見が一致した。

以下に、当会合で得られた各支部の状況について報告させていただく。なお、出席者と議題は次のとおりである(敬称略)。

【出席者】

福岡県支部/陣内重三、江頭啓介、丸山 泉、津留英智
 佐賀県支部/古賀義行
 長崎県支部/井上健一郎
 熊本県支部/山田一隆
 大分県支部/畑 洋一
 宮崎県支部/濱砂重仁
 鹿児島県支部/鉦之原大助
 事務局/行徳直子・高辻伸行

【議題】

- ①各県の全日病支部の位置づけ、他の病院団体との関わり県行政との関連
- ②地域医療構想の進行状況
- ③この会の今後の進め方

携人材育成」で提出した。
 ・地域医療構想策定に關しての具体的な進め方は示されていない。

●熊本県支部

- ・地域医療構想への関与/熊本県保健医療推進協議会で「地域医療構想検討部会(仮称)」の設置を想定しており、全日病も委員に予定されている
- ・地域医療構想調整会議は未実施(熊本大学が積極的に関与しようとしている)
- ・データ解析については二次医療圏のデータが既にあるため、既存データで協議する予定
- ・構想区域に関しては、熊本には11の二次医療圏が存在するが、実態とは大きく乖離するため検討が必要と思われる
- ・地域医療介護総合確保基金については、医療情報ネットワークシステム構築費用に充てられる予定

●大分県支部

- ・行政との関わりが強くなく、少しずつ関係性の構築を進めている
- ・よって、地域医療構想調整会議は未実施

●宮崎県支部

- ・地域医療構想への関与/「協議の場」

今後の進め方について

地域医療構想が緊々の課題である昨今の状況をふまえ、今後1年間の間は、数ヵ月に1回以上の頻度で会合をもつことになった。

また、準備会では支部長の先生方中心にお集まりいただいたが、今後は、各支部役員の方々、九州出身の本部役員の方にも出席をお願いする予定である。連絡協議会の代表は福岡県支部長の陣内先生に引き受けていただいた。

以上の経緯で九州支部連絡協議会は発足するが、第1回目の会合は平成27

の委員として、病院部会と医療法人部会の各会長が参加することになっている
 ・現時点で地域医療構想調整会議は未実施だが、下部の会議体が今月から動き出す予定(濱砂先生が議長)

●鹿児島県支部

- ・地域医療構想への関与/県地域医療構想検討委員会委員として全日病が参画する。
- ・今後の体制及びスケジュールに関しては、県全体については県地域医療構想検討委員会にて実施し、二次医療圏ごとは保健医療圏構想検討会にて実施(8~9月に第1回保健医療圏構想検討会を実施予定)

県全体として地域医療構想を進める体制ができ、そこに病院団体としてしっかり関与できている県もあるようで、その情報を得ることは有用であった。なお、平成26年度総合確保基金に関して、支部が提出したもののうち、採択されたのは宮崎県のみであった。

各県における支部の位置づけ、他病院団体との関わり、県行政との関連

病院団体が構成する協議会が開催されているのは福岡、佐賀、熊本、大分県のみであるが、県の医療審議会へは各県とも参画している。地域医療構想への各県支部のかかわりについては以下のとおりである。

●福岡県支部

- ・地域医療構想への関与/福岡県医師会の地域医療委員会(陣内委員長)にて模擬協議の場を持った
- ・地域医療構想調整会議は未実施(県議会終了後にスケジュール化)
- ・データ解析については県内部で実施する予定
- ・構想区域は基本的には二次医療圏ベースで進めることになる
- ・地域医療介護総合確保基金については、福岡県は、IT・ネットワークに予算をシフトしている。

●佐賀県支部

- ・地域医療構想への関与/県地域医療構想調整会議に病院代表として県病院協会から1名参加。
- ・地域医療構想調整会議(二次医療圏ごとの分科会)を2015年9月に立ち上げ、協議を開始する予定
- ・隣接県への対応に関しては、東部二次医療圏が福岡と隣接しており、協議や進め方について議論が必要と考えている

●長崎県支部

- ・地域医療構想への関与/地域医療介護総合確保基金に関する長崎県のワーキンググループが設置され、全日病も構成員となっている。日本病院会支部、県医師会とともに長崎県の地域医療を考える会を2回シリーズで開催予定
- ・平成27年度地域医療介護総合確保基金については、「地域間医療(介護)連

「常勤医3名を非常勤2名を含む医師3名とすべし」

【四病協】 在支病の要件見直しを要望。「在宅看取数も連携医療機関の総数で評価すべし」

四病院団体協議会は7月2日に、在宅療養支援病院に関する施設基準の次期改定での見直しを求める塩崎厚生労働大臣と唐澤保険局長宛の要望書を厚労省に提出した。

同協議会の在宅療養支援病院に関する委員会(委員長・梶原優日病副会長)がまとめたもので、要望内容は要旨以下のとおり。

1. 平成28年度改定で在宅療養支援病院を適切に評価をすること。

- (1) 施設基準に「在宅医療を担当する常勤の医師3名以上の配置」とあるが、3名のうち1名を常勤医師とし、残りを非常勤医師でも可能な基準とされたい。
- (2) 「24時間連絡を受ける担当者であ

はじめ指定」とあるが、担当者の指定を要件から除外し、「24時間連絡を受ける担当部署があること」とされたい。併せて、往診担当医を文書により患者に提供する点も、往診担当責任者で十

- 分対応可能であるので見直されたい。
- (3) 「往診担当医は当直体制を担う医師とは別の者」とあるが、複数の当直医がいる場合は、当直体制を担う医師が往診を行っても当直に問題が生じるとは考えにくいことから見直されたい。

2. 在宅療養支援病院における医療従事者の人材不足に対する施策を行うこと。

200床未満の病院ならびに地域の病院にとって、医師、看護師、介護職員等、医療従事者の人材が常に不足している。地域医療介護総合確保基金にお

- (4) 在宅看取り数については連携医療機関間の総計で評価をされたい。また、「緊急の往診及び在宅における看取り」についても、連携医療機関間の中で看取りの相当の実績を有している場合を認められたい。
- (5) 以上については、「特掲診療料の施設基準等」第4在宅医療の1の(2)(3)についても、前出どおりとするよう要望する。

いて、医療従事者の確保・養成に関する事業に524億円を交付(平成26年度)したが、在宅療養支援病院により一層の支援・整備を要望する。

一般社団法人 全日病厚生会の 全日病ベネフィット

病院で働く皆様の毎日を応援！
 約50万のサービスを優待価格で使い放題

多岐にわたるジャンルのサービス(専門ステーション)を数多く揃えております。宿泊施設、レジャー、スポーツといった分野はもちろん、グルメ、ショッピング、育児、健康、介護まで会員特典サービスをご用意しております。

① 約500,000の福利厚生優待

② 年間400%を超える利用率！

● サービスの詳細はホームページをご参照ください。

ベネフィット・ステーション **検索**

※ 入会申し込みは随時受け付けています。

福利厚生サービス導入のメリット！！

- 職員の 定着率向上
- 採用活動 強化
- 損金算入 可能
- 育児・介護 支援制度

福利厚生サービス「全日病ベネフィット」特別価格

項目	職員数	通常料金	特別価格
入会金	人数を問わず無料		
月会費	1~ 10名	4,500円/社	300円/名 (ガイドブック料金を除く)
	11~ 100名	400円/名	
	101~1,000名	390円/名	
	1,001~	380円/名	

●問合せ (一社)全日病厚生会 〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

世界遺産「熊野」の伝承世界を絵解きで解説

2015年度夏期研修会 「医師数の割合は10年後にG7に、その後、OECDに追いつく」

全日本病院協会の2015年度夏期研修会は、和歌山県支部(成川守彦支部長)の担当で、7月12日、和歌山県白浜町のラフォーレ南紀白浜に116人の参加を得て開催された。

研修会の開始前に「みなべ炭琴クラブ」による演奏が行なわれ(写真)、会場は紀州備長炭で作った楽器が奏でる温もりに満ちた調べに包まれた。

和歌山県の幸前保健福祉部長が、来賓として前夜の懇親会に列席した仁坂和歌山県知事の挨拶を代読した。

15年度の夏期研修会は、(1)世界遺産「熊野」講座、(2)地域包括ケアシステム時代のチーム医療における看護の役割、(3)公立医科大学における医学教育・医師養成・地域医療支援についての3題から構成された。

「世界遺産『熊野』講座」は、「熊野三山参詣曼荼羅絵解き」と銘打った副題のとおり、全国に3,000余ある熊野神社の総本社として鎮座する熊野本宮大社(本宮)、熊野速玉大社(新宮)、熊野大

社(那智)への参詣が織りなす信仰を今に残された古画を使って解説、熊野三山が生み出した伝承・説話に関する講義となった。

講師の山本殖生氏(国際熊野学会事務局長)は熊野の世界遺産登録に尽力した人物として知られ、この日も自ら扮した「熊野比丘尼」のいでたちで曼荼羅絵解きを各地で実演、熊野世界の伝承人となっている。

続いて登壇した日本看護協会の大久保清子副会長は2025年問題を看護の視点から整理して示し、「治すから支える・癒す」時代における看護師の役割を再構築する必要性を提起。

地域包括ケアを構築していく中で、看護師が要となる院内チーム医療が地域に出ていく必要を説くとともに、地域における異なる機能の施設間の看看連携や医師・ケアマネほかとの連携など、「時々入院、ほぼ在宅」を支える「地域における多職種連携」に看護師が重要な役割を果たすべきであると論じた。



その一方で、看護師と他職種の役割分担の推進と看護の専門性を高めていくことも重要な課題であると指摘した。最後に、和歌山県立医科大学の岡村吉隆理事長・学長は、創立時の40名が70周年を迎える今や100名になっている和歌山医大における定員増の推移を説明。医学部生は全国的に着実に増加をたどっており、「医師数の割合は10年後に

はG7レベルに、さらにその後、OECDに追いつく」と展望する一方で、学力の低下、留年や退学の増加など、質の面で問題が生じているとの懸念を示した。そして、和歌山医大を例に、定員増加を主に支えてきた地域枠の実態と医学部教育の現状を紹介。地域に従事する医師の養成に努めていると、医学教育の現状を明らかにした。



副会長 織田正道

この度、副会長を拝命致しました。今後、ポスト2025年に向けての病院病床の機能分化、さらには地域包括ケアを支える医療と介護の連携も急速に進むものと思われまます。このような時代の変化に適切に対応

副会長就任のご挨拶

して行くには、それぞれの病院単独では非常に困難です。全日本病院協会は日本の医療を守る同志の集まりですので、お互いの情報を共有し、協力し合い、この時代を乗り切っていくことが大切だと考えます。これからの2年間、会員の皆様のご指導を仰ぎながら、責務を果たせるように全力を尽くす所存ですので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

副会長 美原 盤



じめ副会長の先生方が、個々の課題に対する深い理解に基づいて発言されていることを目の当たりにし、副会長として果たすべき役割を認識した次第です。会員の先生方にはよろしくご指導をお願い申し上げます。

2015年度第3回常任理事会の抄録 6月13日

- 【主な協議事項】**
- 入会者の承認(敬称略・順不同)

正会員として以下の入会が承認された。

北海道 旭川脳神経外科病院 院長 田之岡 篤
秋田県 今村病院 理事長 稲庭千弥子
東京都 新山手病院 院長 江里口正純
神奈川 第一病院 理事長 方波見 剛
和歌山 貴志川リハビリテーション病院 理事長 殿尾守弘
大分県 中津第一病院 理事長 江口雄一郎
他に1人の退会があり、在籍正会員は2,444人となった。

賛助会員として以下の入会が承認された。

株式会社関電エネルギーソリューション(大阪府、代表取締役社長・白井良平)
日本事務器株式会社(東京都、代表取締役社長・田中啓一)

他に1人の退会があり、賛助会員は89人となった。
 - 「2025年の医療機能別必要病床数」の推計結果

内閣官房の専門調査会がまとめた標記推計結果について、公表が見込まれる数値に関する説明があり、質疑が行なわれた。
 - 審議会等の報告

中医協総会、入院医療等の調査・評価分科会、「健康情報拠点薬局(仮称)のあり方に関する検討会」の報告があり、質疑が行なわれた。
 - 「重症度、医療・看護必要」に関するアンケート調査の結果

会員病院対象に実施された標記調査の結果が報告された。
 - 研修会等の開催

- 7月に開催が決まった研修会等2件の説明があった。
- 都道府県ナースセンター運営協議会

離職看護師届出制度の10月施行に関する厚労省看護課長の通知が紹介され、医師会や病院団体の参加が決まった都道府県ナースセンター運営協議会の下に実務処理を担う運営会議が設置されること等の説明があった。
 - 病院機能評価の審査結果

5月1日付で以下の13会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□主機能(3rdG/Ver.1.0以降 順不同)

◎一般病院1
静岡県 岡村記念病院 更新
愛知県 山口病院 更新
大阪府 友愛会病院 更新
熊本県 天草第一病院 更新

◎一般病院2
山形県 庄内余目病院 更新
石川県 浅ノ川総合病院 更新
滋賀県 草津総合病院 更新
京都府 京都民医連中央病院 更新
福岡県 嶋田病院 更新

◎リハビリテーション病院
徳島県 中洲八木病院 更新
福岡県 田川新生病院 新規

◎慢性期病院
高知県 久病院 更新

◎精神科病院
奈良県 秋津鴻池病院 更新

5月1日現在の認定病院は合計2,267病院。そのうち本会会員は1,010病院と、会員病院の41.4%、全認定病院の44.6%を占めている。



2015年度 第2回理事会・第4回常任理事会・第1回支部長会の抄録 7月11日

- 【主な協議事項】**
- 基金拠出契約の締結

本会が一般社団法人全日病福岡に基金を拠出する契約書の締結が承認を得た。
 - 支部長の交代

鳥取県支部の新支部長として石部裕一氏(博愛病院)が、山梨県支部の新支部長として尾崎由基男氏(笛吹中央病院)がそれぞれ承認された。
 - 新たな委員会体制

第5期執行部の新たな委員会体制について、西澤会長は次回常任理事会の承認を条件とした上での会長一任を要請、承認を得た。
 - AMATの商標登録

本会が組織する災害時医療支援活動班の略称AMATの商標登録を行なうことが承認された。
 - 入会者の承認(敬称略・順不同)

正会員として以下の入会が承認された(7月入会者)。

茨城県 筑波記念病院 副院長 小關 剛
富山県 西能病院 院長 増田 明
兵庫県 神戸国際フロンティアメディカルセンター 理事長 田中紘一
熊本県 天草厚生病院 理事長 新谷陽一郎
熊本県 天草セントラル病院 理事長 新谷陽一郎

ほかに3人の退会があり、在籍正会員は2,446人となった。
 - 人間ドック実施指定施設の承認

人間ドック実施施設として申請のあった以下施設の指定が承認された。

□日帰り人間ドック東京都 東海大学医学部付属東京病院
日帰り人間ドック実施指定は合計477施設となった。
 - 審議会等の報告

中医協総会、入院医療等の調査・評価分科会、DPC評価分科会、療養病床の在り方に関する検討会ほかの報告がなされ、質疑が行なわれた。

- ベトナムの視察報告と看護師受け入れの構想について

国際交流委員会の有志がベトナムを訪問、看護師事情を調査した結果の報告および将来的に同国看護師を日本に受け入れていく構想を発表があった。同構想については正副会長会議で取り扱いを協議することが決まった。
- 研修会等の開催

8月以降に開催する研修会等6件の説明があった。
- 2次救急医療実施状況の調査結果

救急・防災委員会が会員の救急告示病院と2次救急指定病院を対象に実施した救急患者の受入状況等に関するアンケート調査の結果が報告された。
- 病院機能評価の審査結果

6月5日付で以下の14会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□主機能(3rdG/Ver.1.0以降:順不同)

◎一般病院1
北海道 東苗穂病院 更新
福岡県 佐田病院 更新
福岡県 長田病院 更新
佐賀県 副島整形外科病院 更新

◎一般病院2
茨城県 協和中央病院 更新
神奈川 新百合ヶ丘総合病院 新規
愛知県 東名古屋病院 新規
大阪府 大阪暁明館病院 新規
兵庫県 済生会兵庫東病院 更新

◎慢性期病院
埼玉県 上尾産生院 更新
新潟県 豊浦病院 更新
熊本県 天草慈恵病院 更新
熊本県 桜十字病院 新規

◎精神科病院
宮崎県 県南病院 更新

6月5日現在の認定病院は合計2,266病院。そのうち本会会員は1,013病院と、会員病院の41.4%、全認定病院の44.7%を占めている。

「第57回全日本病院学会 in 北海道」を語る

対談 独創性とおもてなしの北海道学会 9月12日・13日

徳田禎久学会長(北海道支部長=写真左) vs 大橋正實学会実行委員長(写真右) 会場 札幌市(ロイトン札幌、ホテルさっぽろ芸文館)

ITの取り組みと「病院食」の考察—それぞれ1日帯でシンポ等を集中展開

独創性あふれるプログラム、北海道を味わう懇親会、制服ファッションショーも

徳田 第57回全日本病院学会を北海道支部の担当で9月12日、13日に開催します。北海道での開催は、前回は2004年ですから、11年ぶりということになります。

医療の世界では大きな制度改革が始まりつつあります。この改革に際して、我々提供者側も自ら変っていかねばならないのではないかという思いがありました。そこで準備委員会で議論し、「イノベーション」をメインのテーマとし、医療関係者の気概を込めて「医の原点を見つめつつ」をサブテーマに掲げました。

全日病学会のプログラムは、担当支部が企画するいわゆる学会企画と各委員会が受け持つ委員会企画、そして会員病院による演題発表からなります。

これまでの学会企画を振り返ると医療に関係したテーマが主でした。しかし、1日目に、日医会長と厚労省幹部に続いて全国に多くの顧客をもつ公認会計士の方に制度改革の意味するところをお話いただくことや、委員会企画に医療関係のテーマが多いことから、そちらで議論していただくことにしました。

そこで、学会企画に関しては、参加者の多くがパラメディカルであることから、その視点からのテーマを考えて北海道学会独自の取り組みにしようということになり、1つは、最新テクノロジーを医療現場にどう反映させていくべきかという内容で、もう1つは、入院患者の評価が低い病院給食を多角的に見直そうという内容で、プログラムを考えました。

例えば、1日目(9月12日)に、「最新テクノロジーの医療分野への応用」と題

した、特別講演、シンポジウム、指定演題(8題)を連続して催し、間に、最新医療ICTをテーマにしたランチョンセミナーまで用意しました。まさに、朝から晩まで同じテーマにつかっていたというわけです。

そうした意味からは、参加者の方々にはこれまでの全日病学会とは違うと映るのではないのでしょうか。評価いただけるのか、趣味が悪いということになるのか…。(笑)でも、おかげさまで、演題数が地方開催としては最大の691題に達しました。大いなる盛り上がり

を期待しています。大橋 実行委員会としては“おもてなし”をキーワードに運営を考えています。(笑)主催側としては地元をアピールしたいところでしょう。その点、北海道はよく知られているところですから、それよりは、来場者一人一人に「来てよかったな」と思ってもらえるにはどうしたらよいかという点に重きを置いた演出をしたいと思います。

そこで、1日目の市民公開講座に、『北の国から』の脚本で知られる倉本聰さんをお招きしました。北海道の代表的作家であり、「富良野GROUP」という劇団も主宰している倉本聰さんの話を聞いて、ぜひ「倉本イズム」に触れていただきたいものです。

おもてなしとして考えた企画は2日目(9月13日)にもあります。11時半から第2会場で行なう医療関係者のファッションショーです。(笑)

パリコレと同じようなランウェイをつくって、様々なモデルに制服を発表してもらいます。今後どのような制服を取り入れるか、ひとつ参考にしていた

だけだと思っています。徳田 これまでやられてなかった指定演題ですが、今回、認定看護師の取り組みというテーマで募集したところ、我々の予想を超える演題数となったため、10題を4つのセッションに分けて催すことができました。2日目の午後に行なわれます。

691題を数える一般演題も、なんとか部屋が確保できたので、ポスターセッションは止め、すべて講演というかたちでやっていただきます。

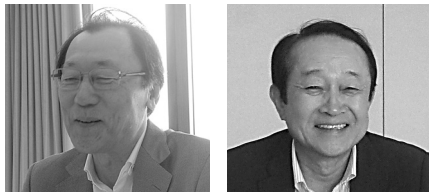
大橋 1日目の夜の懇親会は、それぞれ、「ああ、これが北海道の料理、北海道のワイン、北海道のお酒なんだ」と、北海道の食を十分堪能していただけるようにしたいと考えています。

地域医療構想、医療事故調査、特定行為研修、地域包括ケア病棟等と、喫緊のテーマが目白押し

徳田 委員会企画では、やはり、地域医療構想に関するシンポジウムが目玉ではないでしょうか。それと地域包括ケア病棟を取り上げたプログラムも見逃せません。いずれも1日目にあります。

大橋 10月に施行される特定行為研修制度と医療事故調査制度に関するシンポも来場者にとって関心大といえるのではないのでしょうか。毎年、現実的なテーマを語る若手経営者育成事業委員会の経営戦略議論も激しいものになるでしょう。

徳田 病院のあり方委員会の企画にも注目してください。地域医療構想に関連する医療提供、ICTの現場応用、産業としての医療の3つに絞りましたが、2025年の医療提供の姿をめぐる議論と提言がなされます。今年中に発刊を予



食ということでは、病院給食を中心にした企画として、2日目に、特別講演を2つ、パネルディスカッションを2つ、さらに、指定演題として10題を組んでいます。ここでも、実際に体験していただけるよう、ランチョンセミナーも含め1日通したものを色々と考えています。

そういう意味で、いかにしたら、わざわざ北海道に来てよかったなと思っ

て帰っていただけるかと、日夜頭をひねっています。(笑) 定している「病院のあり方報告書2015年版」を手がけてきた者として傾聴に値すると断言できます。(笑) 大橋 プライマリ・ケアにおける多職種

「第57回全日本病院学会 in 北海道」主なプログラム

- 1日目(9月12日)
- 「日本医師会の医療政策」(横倉義武日本医師会会長)
- 「2025年に向けた医療提供体制改革の課題」(仮題)(二川一男厚労省医政局長)
- 「診療報酬のリバウンドと医療政策のパラダイムシフト—財政の視点からふたつの変化を考える」
- 「最新テクノロジーの医療分野への応用」(特別講演Ⅳ、シンポジウム、指定演題)
- 「医療法人制度改革と2025年に向けた医療法人の経営戦略—地域医療連携推進法人等をトピックスとして」
- 市民公開講座「ヒトに問う—自然・人間・命」作家 倉本聰
- 「地域医療構想の現状」(医療制度・税制委員会)
- 「病院における事務職—経営陣に加わる要件とワークライフバランスへの対応」(医療従事者委員会)
- 「マスコギャザリングイベントにおける救急災害」(救急・防災委員会)
- 日本医師会認定産業医教育講演「人間ドックを中心としたこれからの健康管理」(人間ドック委員会)
- 「地域包括ケア病棟について」(医療保険・診療報酬委員会)

- 「『期中の確認』の実際—体験病院及びサーベイヤーからのレポートを中心に」(病院機能評価委員会)
- 2日目(9月13日)
- 「食の未来を考える」(特別講演ⅤⅥ、パネルディスカッション=2題、指定演題)
- 「特定行為に係る看護師研修制度施行前夜—特定行為研修を修了した看護師を活かす」(看護師特定行為研修検討プロジェクト委員会)
- 「病院のあり方に関する報告書2015版 概要」(病院のあり方委員会)
- 「院内事故調査報告制度について」(医療の質向上委員会)
- 「病院の広報戦略—先進的な広報活動を知る」(広報委員会)
- 「病院におけるプライマリ・ケア強化のための他職種連携のあり方」(プライマリ・ケア検討委員会)
- 「サービス付き高齢者向け住宅の介護・医療ニーズへの対応状況」(介護保険制度委員会)
- 「地域特性や病床特性に応じた病院経営—地域や病院特性から病院の戦略を考える」(若手経営者育成事業委員会)



全日病 医療事故調査制度で研修会。追加開催も決まる

西澤会長「8月に全日病の医療事故調査の指針を完成、会員に送付する」

全日本病院協会は7月25日に「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」と題した研修会を本会会議室で開催、定員いっぱい

の200名が受講した。厚生労働省医政局総務課の大坪寛子医療安全推進室長が医療事故調査制度の省令・通知について解説。西澤会長が医療事故調査制度を支える医療安全および患者との信頼関係構築に向けた考え方を述べた。

その中で、西澤会長は、「全日病として医療事故調査の指針を作成しており、8月にも会員に送付、HPで公表する予定である」ことを明らかにした。

同研修会は、10月1日に施行を迎える医療事故調査制度の省令と通知が5月8日に公布・発出されたことを受け、同制度に対する会員病院の理解を促す

目的で企画された。受講希望が多いため9月18日と10月20日の追加開催が決まっている。

大坪室長は医療事故調査制度の法令

構成を詳しく説明。「院内調査では支援団体に支援を求めることが法上の義務とされている」など、留意すべき点を具体的に示した。

医療事故に関して、全日病は、演習を含めて院内事故調査の適切な実施方法を学ぶ「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」を開催しており、第3回目が8月15・16日に本会会議室で開かれる。

「事故発生時の適切な対応研修会」

は、厚労科研「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」(研究代表者・飯田修平)の成果を出版した『院内医療事故調査の指針』を教材にしている。

7月25日の研修会でも講師を務めた飯田常任理事は、その第2版が近日完成することを明らかにした上で、医療事故調査制度の施行に向け、多くの病院が参考として活用するよう訴えた。

