



全日病 ニュース

2016.10.1 No.880

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

次期医療計画で病院にBCPの策定求める

厚労省・医療計画検討会 医療計画における5事業見直しの方向を議論

厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」は9月9日、2018年度からはじまる第7次医療計画の5事業(救急、災害時、へき地、周産期、小児)について検討し、見直しの方向を概ね了承した。救急では、かかりつけ医との関係を深めることなどにより、救急車の不要不急の利用を少なくする取り組みを求めることとした。災害時の対応として、一般病院にもBCP(事業継続計画)の策定を促す記載を盛り込む。

医療計画における5事業は政策的に推進する医療で、①現状把握②医療機能③数値目標④医療機関の名称一を医療計画に記載する。5事業の項目自体は、次期計画でもこれまで通り。今回、項目の内容の見直しを議論した。

救急医療については、高齢化を背景に、2014年までの10年間で救急出動件数が約95万件(約19%増)、搬送人員が約66万人(約14%増)の増加となっている。2009年以降、6年連続で増加していて、今後も増える見込まれる。救急車が到着しても、医療機関への照会回数が4回以上となるケースは全体の3.2%、現場での滞在時間が30分以上に及ぶのは5.3%ある。特に首都圏など大都市部で、照会に時間を要する事例が多い。

厚労省は、三次救急医療機関の整備が進む一方で、二次救急医療機関は2011年度以降、年間約100施設ずつ減少していることを指摘。二次救急医療機関によって受け入れる救急患者数に

大きな差があることも問題視した。一方、救命救急センターの充実評価に関しては、ほとんどのセンターがA評価となっており、評価基準を見直す考えを示した。

救急車の利用で住民の理解求める

見直しの方向としては、救急搬送の受け入れ体制を充実させるため、メディカルコントロール協議会を活用し、「搬送困難事例受入医療機関支援事業」を創設する考えを示すとともに、救急車の安易な利用を避けるため、住民への理解を促す取り組みが必要とした。また、患者が救急病院にとどまる「出口問題」に対しては、地域包括ケアシステムの構築による受け入れ先の確保に期待を示した。

委員からは、患者が救急車の利用をためらうような取り組みは避けるべきとの意見が相次いだ。厚労省は「不適切な救急車の利用」を明確に示すことはせず、例えば慢性期の患者では、「医師の診療が必要な場合でもできる限り、



検討会に出席する西澤会長(右から2人目)

地域のかかりつけ医で完結させる」ことなどを求めるとした。

災害医療については、災害時にも診療を継続できる体制を迅速に整えるためのBCP(事業継続計画)の策定を医療機関に促すことを提案した。BCPを策定しているのは災害拠点病院でも2013年の時点で3割程度にとどまる(策定中含む)。EMIS(広域災害救急医療情報システム)の導入とあわせ、一般病院にも策定を求めていくとした。

へき地医療については、へき地医療拠点病院の充実を謳い、指定要件の見直しを行う方向だ。具体的には、「巡回診療」「医師派遣」「代診医派遣」の3事業の実績要件の見直しや段階評価の導入を検討する。これに関連し、全日病会長の西澤俊俊委員は「社会医療法人や病院協会が担っている、へき地医療の現状を改めて把握した上での議論が必要」と指摘した。

また、「へき地保健医療計画」は医療計画に一本化する。

周産期医療についても、「周産期医療体制整備計画」を医療計画に一本化する。周産期の医療を確保する圏域は、二次医療圏を原則としつつ、医療資源の実情に応じ、弾力的に設定する方向を示した。北海道などを念頭に、出生数規模や流入の割合などを考慮して設定するとしている。

小児医療は小児科を標榜する病院数が減少する一方で、集約化や重点化が一定程度進み、1施設あたりの医師数は増加している。だが小児人口が少なく、拠点となる医療機関がない地域もある。厚労省は日本小児科学会の提言を踏まえ、圏域に小児中核病院や地域小児医療センターのどちらもない場合には、地域振興小児科(独立型)を設置し、地域に必要な医療を確保する考えを示した。

在宅医療の目標は都道府県と市町村が協議して設定

在宅医療等WG 退院支援加算算定などサービス実績を評価指標に

厚生労働省の「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)は9月2日、第7次医療計画に向けた在宅医療と医療・介護連携に関する議論をまとめた。

在宅医療の目標設定に関して都道府県と市町村関係者による協議の場を設置し、介護保険事業計画と整合的な目標を検討するよう求めるほか、在宅医療を評価する指標として、退院支援加算の算定など、サービスの実績に着目

した指標とする考えを示した。また、医療・介護連携では、医師会や保健所が市町村を支援することを求めた。

厚労省はこの日のワーキンググループに在宅医療に関する見直しについて、①目標設定②指標③施策の3つに分けて考えを示した。

在宅医療の目標設定については、地域医療構想により慢性期・在宅医療の需要が変化することを踏まえ、在宅医療のニーズや目標とする提供体制(医

療機関数やマンパワー)について医療計画に記載することを求めた。また、①在宅医療と介護サービスは相互に補完する関係にある②介護保険施設等の整備状況は地域により異なる一ことに鑑み、都道府県と市町村関係者による協議の場を設置し、介護保険事業計画と整合的な医療計画とする必要があるとした。

在宅医療の指標について、現状の医療計画では、在宅療養支援診療所・病院の数などがある。しかし実際にどの程度、在宅医療を提供しているかは在宅療養支援診療所の中で差があることから、在宅医療に関連するサービスの実績に着目した指標を検討することを前回のWGで合意した。

今回、厚労省は具体的な指標として、◇在宅患者訪問診療料、往診料を算定

する医療機関数◇24時間体制の訪問看護ステーション数◇歯科訪問診療料を算定する診療所数◇在宅患者訪問薬剤管理指導料(診療報酬)、居宅療養管理指導費(介護報酬)を算定する薬局、医療機関数◇退院支援加算を算定する医療機関数一をあげた。

これに対し、全日病副会長の猪口雄二構成員は「退院支援加算などは算定回数も把握できると思う」と述べ、サービス実績を把握することを提案した。

施策に関しては、医療・介護連携における市町村と在宅医療提供者との連携が課題とした。地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」があるが、医療が完結する圏域が広く、市町村が把握できる範囲は限られる。このため、連携を進める上で、「地域の医療に精通した医師会等との連携や保健所の活用」により、市町村を支援する取り組みが必要とした。

猪口構成員は「地域に密着した病院のMSWが非常に力を発揮する」と積極的な活用を提案した。



清話抄

地域医療構想と地域に必要なとされている医療

我々の岐阜県に於いても、地域医療構想ができた。全体的な病床削減と、病床機能でいえば高度急性期・急性期から回復期への病床転換の方向と慢性期病床の削減が示された。予想通りである。

しかしこの計画策定の議論の過程において、我々のような100床以下の小病院は、議論の場に呼ばれることも無く、厚労省の示した計算式適用からの県内病床数提示を岐阜県病院協会を通しての「医療圏ごとの説明会」と言う形で終わってしまった。名目上地域医療構想がいくら努力目標・将来像とはいえ、私的中小病院にとっては病床報告制度等により自然淘汰されていくであろう目安の数値ではあるが、今後この数字が独り歩きする恐れもある。これから国は「地域包

括ケアシステム」と称して慢性期病床の削減を目的に、老健・特養・在宅医療をも含んだ慢性期機能の再構築についての議論に進んでいくのであろう!!

地域医療という観点から考えると、高齢化が進んで「老々…」「独居…」と頻々と言われるようになって来ていて、ロコモ・フレイル等といわれる健康弱者の増加・医療ニーズは今後増加することはあっても、減少することはない。医療者としてはこれらの医療ニーズのある人を「在宅」・「介護施設」に放り投げてしまうの

は如何なものか?と考えるところである。

厚労省は既に「慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル」を公表して、慢性期病床の介護保険対応の施設化・その他居住施設化を進めている。これでは、これまで私的中小病院が担ってきた一次救急医療・一般的医療等のいわゆる地域医療・心の通った医療が成り立たなくなる。病院では高度急性期・急性期に加えて、「寄り添う」「看守る」医療も大切ではないだろうか?? (山本眞史)

主張

超高齢社会における療養病床のニーズ

療養病床の在り方等に関する特別部会での議論がいよいよ本格化する。25対1医療療養病床及び介護療養病床が平成29年度末で廃止になるため、特別部会に先行した検討会では、療養病床の移行先として「新類型」が提案された。

全日病は上記検討会において、四病院団体協議会・日本医師会として、「医療現場に直接影響を及ぼす改革は、…関係者間の合意を得ながら丁寧かつ円滑に進めるべきであり、移行が進まない現状を鑑みれば、現行制度の再延長

を第一選択肢として検討すべきである。」との考え方を示した。

まず、超高齢社会における当該病床の必要性の高まりがある。両病床の役割は、①医療必要度がある程度高い患者様への医療行為の提供、②認知症BPSDなど重度の介護ニーズへの対応、③在宅療養や在宅看取りにおけるバックアップ病床といった点にある。これは、高齢者の独居世帯が増え、看取り場所の確保が最重要課題となる中で、何より必要とされる機能と言える。地

域医療構想においては、医療区分1の7割について在宅等への移行が見込まれているが、今年3月に発表された介護給付費分科会の調査をみると、実際に自宅や特養へ移ることのできるものは2～4割程度に過ぎないという結果も出ている。非常にラフな試算であるが7割を4割に置き換えると、約5.4万床の療養病床が新たに必要となる。

また、医療区分1の7割を在宅等に移行させるためには、都市部における高齢者人口の膨大な増加も考えれば、相当数の在宅医及び訪問看護師を増やさなければならず、現実的ではないとの見方もある。

むろん、選択肢が増えることは首肯できることであり、特にマンパワーの確保が難しい地方における新タイプの活用は重要であるが、各地域の状況に応じた多くの選択肢を残すことがよいのではないだろうか。全日本病院協会では、2011年の病院のあり方報告書において介護保険施設を一元化するという考えを示しているが、その後もますます高齢化率が上昇する中、超高齢社会における医療と介護の機能及び提供体制のあり方について、今一度じっくりと議論すべきと考える。

(安藤高朗)

高額な薬剤の対応で関係業界から意見聴取

薬価専門部会

「期中改定」に3団体とも反対

中医協の薬価専門部会(西村万里子部会長)は9月14日、高額な薬剤の対応について、関係業界から意見聴取した。意見をきいたのは、日本製薬団体連合会、米国研究製薬工業協会、欧州製薬団体連合会の3団体。3団体とも、2018年度改定を待たずに、薬価を下げる「期中改定」に反対した。最適使用推進ガイドラインに対しては、日薬連と米国製薬協が「異論なし」とする一方、欧州製薬連は反対した。

日薬連は「期中改定」に対し、「これまでにないルールを突然導入し、適用することは到底容認できない」との見解を示した。「期中改定」の対象に該当するかを判断するために、売上げ予測など非公表情報を開示することにも難色を示した。米国製薬協は「たとえ特例的な取扱いでも、薬価の予見性を低下させ、日本での新薬開発の意欲を削

ぐ」との懸念を示し、欧州製薬連は「中期的に薬剤費は概ねフラットと予測されており、追加的な費用削減策は不要」とした。

最適使用推進ガイドラインに対しては日薬連と米国製薬協が「異論なし」と回答。欧州製薬連は「不要」とした上で、導入する場合は◇過度な施設要件や医師要件により、必要な患者への処方制限されるべきではない◇医療費のコントロールはバランスを取って行うべきで薬剤費に偏るべきではない◇薬事審査と最適使用ガイドラインは切り離し、薬事承認プロセス自体に変更を加えるべきではない一などの観点から検討が必要と主張した。

3団体とも革新的医薬品の開発におけるイノベーションの評価を強く求めた。日薬連はイノベーションが適切に評価されなければ、「企業の存続は危



うい」と主張。「革新的な新薬については、適切に評価された結果として高額となることも当然にあり得る」と述べた。米国製薬協は、日本の医薬品市場は後発医薬品の使用促進などで「十分に抑制されており、薬剤費は今後ほぼ横ばいで推移すると見込まれる」との見通しを示した。

一方、薬価専門部会の委員からは、「原価計算方式に不備がある。期中の効能追加で市場が急拡大したものは薬価を下げる緊急対応が必要」、「医療保

険財政を考える上で、いま薬剤費の伸びが最大の問題」、「オブジーボのような販売戦略に医療保険制度が翻弄されている」などの意見があがった。

これらの意見に対し、米国製薬協の梅田一郎・在日執行委員会副委員長は、「企業として販売戦略を考えるのは当然だが、それは決して高い薬価のときに売ってしまおうという戦略ではない」と強調した。また、3団体ともオブジーボについては、特定の製薬会社の商品であるため、言及を避けた。

初の患者申出療養は胃がん患者の抗がん剤投与

厚労省・評価会議

10月中旬に告示を予定

厚生労働省の患者申出療養評価会議(福井次矢座長)は9月21日、患者申出療養制度に基づいて初めて申請された医療技術を条件つきで認めた。腹膜播種の胃がん患者への「S-1+パクリタキセル経静脈・腹腔内併用療法」で、東京大学医学部附属病院が申請した。10月中旬の告示後に実施される。

患者申出療養制度は今年度から始まったが、これまで申請はなかった。保険外併用療養費の新たな仕組みで、保

険外の医療について患者の申し出により、臨床研究中核病院(臨中)が国に申請。国が原則6週間以内に審査する。すでに患者申出療養として前例があれば、原則2週間の審査で臨中ではない身近な医療機関でも医療を実施できる。

制度開始後初となる患者申出療養は、病期が進み、先進医療の適格基準から外れた末期がんの患者に対する抗がん剤投与となった。

正式な適応症は、「腹膜播種陽性ま

たは腹腔細胞診陽性の胃がん」。腹膜への胃がん転移に対し、腹腔にポートを留置し、抗がん剤の「パクリタキセル」の腹腔内投与と経静脈投与に加え、抗がん剤の「S-1」の内服を1コース21日間で実施する。医療技術として高度ではないが、有効性・安全性が十分に確認されていない。

厚労省は先進医療の適格基準から外れた患者が初の事例となったことについて、「患者申出療養の典型としてイ

メージしていたもの」との見解を示した。東大病院は研究期間を1年とし、登録症例数は100例を予定する。

費用は保険給付される部分が103万3千円(一部負担金は44万4千円)、保険給付されない部分が44万6千円(平均的な投与回数である24回の場合)となっている。厚労省は評価会議の了承を受け、10月中旬に患者申出療養で実施できる医療技術として告示を行う予定だ。

「病院情報の公表」と今後の検討方針を了承

DPC分科会

ICD-10(2013年版)への対応は再検討

中医協の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会(小山信彌分科会長)は9月12日、機能評価係数Ⅱ・保険診療指数における「病院情報の公表」の対応や次期診療報酬改定に向けた検討方針を大筋で了承した。診断群分類を国際統計分類ICD-10(2013年版)に合わせることにについて、医療機関のシステマ的な準備に懸念が出たため、再度整理して検討することになった。

「病院情報の公表」は、DPC対象病院が10月1日時点でホームページ上に7項目の集計を公表し、保険診療指数で加点できる。集計方法を記載した事務連絡が出たのが8月10日であり、時間的余裕がないことに苦言を呈する意見があったが、厚労省は予定通り10月1日の公表を「原則」にするとして説明した。やむを得ない事情で10月1日時点で

公表されていない場合も、来年4月からの加点を認める場合もあるが、集計自体を行っていない場合やホームページがない場合などは認められない。公表情報の適切性を精査することについての方針は、明確にはされていない。2017年度以降に必要な応じた見直しを行うことになっている。

2018年度診療報酬改定に向けての検討方針では、今年10月からDPC制度の基本的な考え方に関する議論を始め、来年4月から個別課題の検討に入る。来年12月には分科会としてDPC改革案をまとめ、中医協総会と基本問題小委員会に報告する予定だ。DPC制度の基本的な考え方をめぐっては、廃止を予定する調整係数をどう位置づけ、基礎係数や機能評価係数に配分するかが大きな課題となる。

個別の課題については、委員から「予定を前倒して議論できるものは、早めに検討すべき」との意見が出た。具体的には、「病院情報の公表」「CCPマトリックス」「ICD-10(2013年度版)への対応」があがった。

ICD-10は国際的な疾病分類で、DPC制度の診断群分類でも傷病名等をそれに合わせる必要がある。ICD-10に基づく疾病分類は2016年度から国の統計などで施行されているが、DPC制度においては標準病名マスターが未整備であったため、2016年度改定での対応は見送った。このため2018年度改定での対応が求められている。

厚労省は同日の分科会で、今後の対応について案を示した。それによると、厚労省が各DPC対象病院の今年10月から来年3月までのデータをICD-



10(2013年度版)にコーディングし直し、その上で特別調査を行い、コーディングの妥当性について確認を求める。2017年度以降は各DPC対象病院がコーディングを行うが、2017年4月から2018年3月までは、従来の疾病分類と2013年版の両方のコーディングを行う。

しかし厚労省案に対しては、委員から技術的な問題を指摘する意見が相次いだ。特に、DPC対象病院が従来の疾病分類と2013年版の両者をコーディングする上で、システマ的な懸念が残るとされたため、再度検討することになった。

新専門医制度見直しについて機構から報告を受ける

厚労省・医療部会

法改正が必要な検討テーマを整理

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は9月14日、日本専門医機構の吉村博邦理事長から新専門医制度の見直しについて報告を受けるとともに、今後の医療部会の検討テーマを確認した。厚生労働省は、来年の通常国会に法案を提出する必要があるため、来年1月までに議論を整理する必要があると説明した。

新専門医制度については、今年2月18日の医療部会で、来年度の開始は「拙速」との意見が相次ぎ、「専門医養成の在り方に関する専門委員会」が設置された。その後、四病院団体協議会・日本医師会の要請を受けて、専門医機構の理事会において制度実施の1年延期を決めた経緯がある。今回、新たな執行部で理事長に就任した吉村氏(北里大学名誉教授)が、制度見直しの概要を医療部会に報告した。

吉村理事長は、専門医機構の新たな体制で、「オールジャパンの体制となり、意思決定の透明化と情報公開の徹底を図った」と説明。地域医療への懸念に対しては、「精査の場」を設置して議論。①募集定員が従来の研修医の実績の約2倍に及ぶ②認定施設数が増えている領域と減っている領域がある③後期研修の受入れ実績があるのに連携施設になれなかった医療機関があることなどから、地域医療に影響する可能性があり、1年延期の結論に至ったとした。

来年度の暫定プログラムにおいても、都市部の専攻医の定員を過去の実績の1.2倍程度に抑えるなどの対応を各学

会に要請していることを報告した。

基本姿勢としては、「機構がすべてを決定し、学会はそれに従うといった上意下達の関係ではない」ことを明確にし、機構と学会が連携して専門医の仕組みを構築することを説明した。研修プログラムは学会が学術的な観点から責任を持って作成する。これに関し委員から「学会に依存しすぎると、(制度創設の理念が失われ)先祖返りする」との懸念も示された。

吉村理事長が「医師には基本診療領域の研修をできれば3～4年受けてもらいたい」と発言したことから、「すべての医師が専門医になる必要があると言っているように聞こえる」と指摘する意見があった。吉村理事長は個人的な「希望」を表明したにすぎず、「専門医にならない選択肢もあり得る」と答えた。

また、全日病は日本専門医機構の社員ではなく、四病院団体協議会の構成団体として社員になっている。四病協は各病院団体がそれぞれ社員になれるよう要請しているが、現在、サブスペシャリティの学会をはじめ多くの団体が機構の社員となることを希望しており、その調整に時間がかかっていると報告があった。

医師偏在対策など来年1月に結論

今後の医療部会の検討テーマとしては、厚生労働省が右表の項目をあげた。来年の通常国会に法案を提出する内容が含まれるため、来年1月頃までに結論を出す必要があると説明した。全日病

会長の西澤寛俊委員は、これらの検討テーマのうち、法改正が必要な項目がどれなのかをできるだけ早く整理することを求めた。

それぞれの検討テーマは、別に審議会や検討会が設けられ、議論を続けており、基本的にはそこでの議論の結果を受けて、医療部会が結論を出す形となっている。同日の医療部会では、これらのうち医師偏在対策をめぐって、医師養成数との関係でやり取りがあった。

日本医師会の委員が「医師不足対策に必要なことはほとんどが医師偏在対策だ。医師が過剰になれば医療費も増える」と発言し、医師偏在対策を前提に医師養成数の見直しを求めた。これに対し西澤委員は、「この問題に関し医療界に賛否がある。しかし現状の医師の労働環境を鑑みれば、医師が足りないのは明らかで、その改善が必要」と主張した。

と主張した。

他の医療提供側の委員からも、「国は働き方改革を目指しているのに、医師は日勤後に当直して翌日に手術をしている」「勤務医の過重労働の放置は医療安全上も問題」など、労働環境の改善を求める意見が相次いだ。

なお、医師養成数の取扱いについては、「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」で議論する医師偏在対策を踏まえ、理想的な医師の働き方を示した上で、改めて実施する医師需給推計の結果とともに、検討することになっている。



表 今後の主要な検討テーマ

医師偏在対策	「医師需給分科会」で年末に向けて検討を進め、とりまとめる予定。
療養病床の見直し	「療養病床の在り方等に関する特別部会」で年内にとりまとめる予定。
情報提供のあり方	医療機関のウェブサイト等の取扱いについて、近々にとりまとめる予定。
医療安全確保に向けたガバナンス体制の構築	特定機能病院のガバナンス体制等について、近々にとりまとめる予定。
ゲノム医療の実用化推進	「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」で9月中旬に方向性をとりまとめる予定。
持分なし医療法人への移行認定制度の延長等	移行認定制度に係る税制措置の延長について平成29年度税制改正大綱において、結論が示される見込み。

新専門医の認定証は機構と学会の連名で

日本専門医機構

外科と内科にサブスペシャリティとの連動認める

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は9月7日、2018年度から始まる新たな専門医制度の基本的な枠組みについて議論し、終了後に記者会見を開いた。専門医の認定における機構と各学会の役割分担を整理し、認定証は機構と学会の連名で交付することとした。また、基本診療領域の内科と外科は、サブスペシャリティと連動した研修プログラムにすることを認める。2018年度以降の新プログラムで地域医療への配慮を求めることも改めて明確にした。

実施を1年延期し、仕切り直しとなった新専門医制度については、「機構がすべてを決定し、学会はそれに従うといった上意下達ではない関係」を明

確にしている。これを踏まえて、専門医認定の手順を決めた。認定には1次審査と2次審査がある。1次審査は、機構が示す基準に則って各学会が実施する。2次審査は、各学会の審査が基準に則っているかを確認する意味を含め、機構が実施することにした。

認定証は機構と各学会の連名とする。更新についても同様の手順とする。

認定料については、更新までの期間を5年とすれば、年間2千円を確保できるよう1万円とする。当初は5万円で年間1万円を確保するよう調整していた。また、消費税は別途徴収するとした。

基本診療領域のうち、内科と外科に

ついては、研修プログラムにおいて、サブスペシャリティとの連動を認めることにした。例えば、「内科で1年研修を受ければ(サブスペシャリティの)循環器内科の研修ができるなどフレキシビリティを持たせる」(松原謙二副理事長)。まずは内科と外科で実施し、他の診療科についても今後検討する。

また、基本診療領域の専門医の資格を複数持つことのできる「ダブルボード」は、基本的には認めることを確認した。

新専門医制度の1年延期は、医師の偏在拡大など地域医療への影響が懸念されたことが最大の理由だ。このため、2018年度からの新研修プログラムでは、

2017年度の暫定プログラムと同様に、地域医療に配慮する措置を講じることを検討する。吉村理事長は「大都市に研修医が偏在しないよう実績と募集定員の倍率に制限を設けることを各学会に検討してもらう。地域で研修病院が確保されることや研修病院になれない病院への対応も必要だ」と述べた。

また、機構は財務基盤の整備、繁忙期の人員不足を補うため、医療団体に専門の人員の補充を依頼していた。その結果、現在までのところ、日本医師会や学会から臨時で職員が派遣されることになった。

【お知らせ】
次号の全日病ニュース(10月15日号)は、10月8、9日に熊本で開催される全日病学会の速報を掲載するため、発行が3日ほど遅れます。ご了承ください。

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

※ 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 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル7F TEL. 03-5283-8066

一定の規制伴う医師偏在対策の議論始まる

厚労省・医師需給分科会 地域枠は厳格化し医師の定着を図る

厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」(片峰茂座長)は9月16日、医師偏在対策の議論に着手した。6月の「中間まとめ」を踏まえ、一定の規制を伴う医師偏在対策を検討し、12月上旬のとりまとめを目指す。同日は、都道府県の医師確保策や医学部入学時の地域枠の厳格化などを議論した。

厚労省が示したスケジュールによると、有識者からのヒアリングも行い、同日を含め4回程度の会合を経て、11月中旬に骨子をまとめる。12月上旬に報告書にして、社会保障審議会・医療部会に報告する。最終的には、医療部会で決定するとしていた。

今後の検討は、同分科会が6月に示した「中間まとめ」に沿って進められる。医師需給推計については、医師の働き方・勤務状況の現状を正しく把握するため、新たな全国調査を行う予定だ。また、塩崎恭久厚生労働大臣の意向を受け、「新たな医療の在り方を踏まえた医師の働き方ビジョン」も策定し、その上で改めて需給推計を行う。

新たな需給推計で、「中間まとめ」の段階で行った推計よりも、将来の医師需要が増える結果になれば、さらに医師を増員する必要があるという判断になる可能性がある。

強力な医師偏在対策を年内にとりまとめ

これまでの医師偏在対策は、「医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重する」ことを前提と

してきた。これに対し「中間まとめ」では、「一定の規制を含めた対策」を行うと明示。強力な医師偏在対策を年内にまとめる方針を打ち出している。

厚労省は、この方針に沿って検討項目を整理して示した(右表)。

医師偏在対策が不十分な状態のまま地方における医師不足を解決するには、医師の総数を増やすことが不可欠となる。全日病副会長の神野正博委員は、「医師偏在対策で何ができるかが決まらないと、医学部入学定員の取扱いが判断できない」と発言。医学部入学定員の縮小の議論を先行させるべきとの意見に反論した。

厚労省は同日の分科会に、医療計画に記載する都道府県の医師確保策と医学部・臨床研修・専門研修の医師養成の各段階の対策に関する論点を示した。

都道府県の医師確保策については、医療従事者の目標設定の記載で、都道府県間のばらつきが大きいことを指摘した。ある県では二次医療圏や診療科ごとに目標医師数を定めているのに対し、ある県では定性的な目標にとどまる。厚労省はPDCAサイクルのもとで、指標に基づいた目標設定や目標達成のための対策を必ず定めることを提案した。

また、医師の配置を把握するデータベース構築にあたり、医籍登録番号や医師届出票、保険医療機関に勤務する医師のデータを紐付けし、キャリアを通じた勤務状況を把握する案を示した。

医師養成過程に関しては、医学部・臨床研修・専門研修の各段階で、様々

な調整を行うことを論点として示した。

医学部については、地域枠の学生が卒業後に地域に定着する割合を高めることを課題とした。医学部定員9,262人のうち、地域枠は1,644人で約18%。厚労省は地域枠の学生よりも地元出身の学生の方が、定着率が高いことを示すデータを紹介した。地域枠における地元出身者の割合は半数程度。地域枠の設定に関し、地域定着率を高める方向で厳格化することを提案した。

委員からは、「地域枠をすべて地元出身者にすれば、確実に地域定着は図られる」との意見が出た。

臨床研修については、研修医の都市部への集中を防ぐため、都道府県ごとの臨床研修医数について、実績と募集定員の割合を2015年度で1.2倍、2020年度に向けては1.1倍に縮小することを目指している。この方針を継続するとともに、出身大学と同じ都道府県で研修を受ける医師を増やす方策を検討すべきとする一方で、神野委員は、大学が異なっても出身地での研修と定着についても調査すべきという意見を述べた。

専門研修については、医師偏在の拡大を招かないよう、日本専門医機構が新専門医制度の見直しを進めているほか、都道府県の関与が位置づけられていることを踏まえ、都道府県や日本専門医機構の役割を法律に規定することを提案した。また、地域・診療科ごと



に、専攻医の定員を設けることを論点として示した。神野委員は、「診療科別に、各都道府県に必要な専門医数を設定するため、一定の規制をかけてもよいのではないか」と主張した。

表 年末までに検討すべき医師偏在対策

<p>1 医師の配置に係る対策(直接的な対策)</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 医学部 (2) 臨床研修 (3) 専門医 (4) 医療計画による医師確保対策の強化 (5) 医師・診療行為情報のデータベース化 (6) 地域医療支援センターの機能強化 (7) 都道府県から国等への対策の求め (8) 管理者の要件 (9) フリーランス医師への対応 (10) 医療事業の承継税制 <p>2 医師の就労環境改善等に関する対策(間接的な対策)</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 女性医師の支援 (2) 技術革新に対応した医療提供 (3) チーム医療 (4) サービス受益者に係る対策

臨床研修制度の到達目標を協議

医師臨床研修制度WG 「医師としての基本的価値観」と「資質・能力」に整理

厚生労働省の「医師臨床研修制度の到達目標・評価のあり方に関するワーキンググループ」(座長=福井次矢・聖路加国際病院院長)は9月7日、新たな臨床研修の到達目標について協議した。到達目標は「医師としての基本的価値観」と「資質・能力」に分けて整理する方針で、この日の議論を踏まえて、次回の会合で厚労省があらためて案を示すことになった。

同ワーキンググループは、臨床研修制度の次回の見直し(2020年度の予定)に向けて臨床研修の到達目標と評価のあり方について検討している。到達目標の見直しは、目標を達成するための方略(カリキュラム)と密接に関わることから、方略についても併せて検討

することとしている。現行の臨床研修の到達目標は、行動目標と経験目標から構成されているが、これまでの議論で、経験目標の一部については、方略に含めて整理する方向となっている。

今後ワーキンググループは、文部科学省で検討している医学部のモデル・コア・カリキュラムの見直しと整合性を図りつつ検討を進め、来年2月に検討結果をまとめる予定。年度内に医道審議会の医師臨床研修部会が到達目標をとりまとめ、その後、方略と評価方法について必要に応じて検討を続ける。

この日示された資料によると、臨床研修の到達目標について、「医師は病める人の尊厳と公衆衛生に関わる職業の重大性を深く認識し、望ましい『医

師としての基本的な価値観』と必要な『資質・能力』を身につけなければならない」としている。

「医師としての基本的な価値観」では、①社会的使命と公平性②公衆衛生の向上への寄与③人間性の尊重④チームの成果を重視⑤自らを高める姿勢—の5テーマを掲げた。

1番目の「社会的使命と公平性」では、「医師としての社会的使命を自覚し、社会のニーズとその変化に目を向け、信頼に値する誠実さや公平性を示す」と記載。公平性は、平等な医療の提供、限りある資源の公正な配分、説明責任の履行、守秘義務の遵守、利益相反の適切な管理などを指す。

「資質・能力」については、①医療



における倫理性②医学知識と問題対応能力③診療技術と患者ケア④コミュニケーション能力⑤チーム医療の実践⑥医療の質と安全管理⑦社会における医療の実践⑧科学的探究力⑨生涯にわたって共に学ぶ姿勢—の9項目のテーマをあげている。

構成員から、医学部のモデル・コア・カリキュラムとの整合性をめぐって意見があり、次回、あらためて検討することになった。

あんしんとゆとりで仕事に専念

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

一般社団法人 全日病厚生会

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

次期介護報酬改定でロボット・ICTの評価を厚労省が提案

厚労省・介護保険部会

介護保険法改正へ2巡目の議論が始まる

来年の通常国会提出に向けて介護保険法改正の議論を行っている社会保障審議会の介護保険部会(遠藤久夫部会長)は、9月7日の会合から2巡目の議論に入った。

厚生労働省は、議論テーマとして、(1)介護人材の確保(生産性向上・業務効率化等)、(2)保険者の業務簡素化(要介護認定等)、(3)認知症施策の推進の3点を示す中で、年末のとりまとめに向けて一歩踏み込んだ方向性を論点で明らかにした。

厚労省が示した論点は右表の通りだが、介護人材の確保に関連してロボット・ICTの活用による評価を提起している点が注目される。また、書類の簡素化とともに介護業務の標準化(介護の手順・基準の明確化)を提案。認知症施策に関しては、新オレンジプランの基本的考え方を介護保険法等に盛り込む必要性を提起した。

●生産性向上・業務効率化等をめぐる議論

ロボットやICTの活用について、日本医師会常任理事の鈴木邦彦委員は医療と連携したシステムとすることを要望するとともに、その導入コストを支援していく必要があると述べた。書類の簡素化に関しても、ICTや書類の共通化など、「医療と介護(情報の)連携が前提となる」ことを訴えた。

多くの委員がロボットやICTの活用を肯定する中で、全国老人保健施設協会会長の東委員は「元気な老人に周辺業務をお願いする介護助手の方がより重要だ」と述べた。

ロボットに関しては、複数の委員が「介護ロボットは在宅や認知症に対する介護では役に立たない」と疑問を示し、「介護ロボットが有効な施設系」に有利な導入支援となることに警戒感を表した。また、「ロボットもよいが、併せて外国人材や高齢者の人材育成を検討すべき」との意見があった。

「人員・設備基準の見直し等の検討」に関連して、「常勤・兼務のあり方も見直すべき」とする意見があったほか、「人員の緩和によって2025年に介護人材がどのくらい節減可能になるか考えてみるべきだ」といった声もあった。

一方、日本看護協会常任理事の齋藤訓子委員は「業務の類型化を行って、人の手に委ねるものとロボットに委ねるものとを判別しないとうまくいかない」と述べた上で、「導入による負担軽

減を安易に人員削減に結びつけるのは安全確保の上で危険だ」と指摘した。

ロボット活用に際した視点は書類等の見直しや簡素化にも通じ、少なからぬ委員から「業務とフローの整理や標準化」と平行に取り組むべきとの意見が出た。あるいは、書類の簡素化を阻んでいるのは「バラバラな書類様式で届出や報告を求めてくる市町村である」との声もあった。

●介護業務の標準化をどう進めるか

介護業務の標準化の問題に関して、厚労省は「国として1つの手順をつくるのではなく、各施設の中で蓄積された根拠と説明可能なものをつくっていただくイメージ」(老健局見振興課長)というスタンスで臨む考えだ。

事業主責任による「介護の手順・基準の明確化」とそれを研修で普及浸透させていくという厚労省の考え方に、複数の委員から支持する声があった。

これに関して、上智大学教授の栃本委員は「標準化とは手順の統一ではないし、決して形式的なマニュアルではない」と強調。その上で「本当に効果がある、エビデンスのあるスキルや機械あるいはプロセスであればケアスタンダードとなり得る」とする見解を明らかにした。

ロボットやICTの活用に対する支援に関しては、多くの委員が介護報酬による評価を肯定する一方、公費(補助金等)の投入を望む声もあった。

このほか、人材確保に関して、全国町村会の委員は、地域差を解消するために「人材確保安定化基金」の設置を希望した。

●その他の議論

厚労省が提案した①更新認定有効期間の上限を現行の24ヵ月から36ヵ月に延長する②状態安定者は二次判定の手続きを簡素化する方針は、いずれも概ね同意を得た。

認知症施策の推進に関して「認知症のひと家族の会」の委員は、「早期診断と早期対応の重層的な体制というが、いまだその具体的な姿がみえてこない」と不満を表明した。

医療系の委員からは、「身体合併症を伴う認知症患者の多くが一般・療養病床に入院しているが、4月改定で看護必要度のB項目に入った以外、評価がほとんどない。医療と介護の間でも連携を十分評価していかないと見直し



【論点(要旨)】

(1) 介護人材の確保(生産性向上・業務効率化等)

- ・介護報酬改定の際にロボット・ICTを活用している事業所に対する介護報酬や人員・設備基準の見直し等を検討してはどうか。
- ・提出が必要な書類等の見直しやICTを活用した書類の簡素化を進めるべきではないか。
- ・各施設・事業所において介護の手順・基準を明確にする等により、根拠に基づく介護を行うことができるよう介護職員の人材育成を進めていくべきではないか。

(2) 要介護認定の見直し等

- ・更新認定有効期間の上限を36ヵ月に延長することを可能としてはどうか。
- ・状態安定者は二次判定の手続きを簡素化してはどうか。状態が安定しているかどうかを確認する際の具体的な要件については、要介護認定の実態研究を実施し、その結論等を踏まえ設定することとしてはどうか。

(3) 認知症施策の推進

- ・認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)は、政府全体の総合的な取組として、引き続き推進していくことが必要ではないか。
- ・新オレンジプランで示されている基本的考え方(普及・啓発、介護者支援、本人視点の重視など)を介護保険法等に盛り込む必要があるのではないか。
- ・地域における認知症に関する医療・介護等の連携をさらに推進していくため、その時の容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築していく観点を介護保険事業(支援)計画等に盛り込む等、各地域で計画的に取り組む必要があるのではないか。特に医療との連携の観点から、都道府県による市町村に対する適切な支援が必要ではないか。
- ・認知症初期集中支援チームについて、早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等につなげるための介入を行うという機能を果たしつつ、さらに、必ずしも初期でない認知症の人への支援やいわゆる困難事例への対応等も必要とされていることから、より効果的にチームを機能させる必要があるのではないか。
- ・家族をはじめとする認知症の人の介護者への支援について、精神的側面への支援を含めたより重層的な介護者への支援の在り方等について検討が必要ではないか。
- ・若年性認知症について、若年性認知症支援コーディネーターが地域障害者職業センターや認知症地域支援推進員等関係機関と連携を推進していく必要があるのではないか。

は厳しい」、「認知症を予防する施策が欠如している」、「医療計画と認知症施

策との整合性を図るべきではないか」などの意見が示された。

周産期医療整備計画と医療計画を一体化へ

厚労省・検討会

医療計画検討会に報告の予定

厚生労働省の「周産期医療体制のあり方に関する検討会」(座長=五十嵐隆・国立成育医療センター理事長)は8月24日に会合を開き、周産期医療体制整備計画と医療計画を一体化させることを了承した。次回会合で取りまとめた上で、医療計画の見直し等に関する検討会に報告し、2018年度からの第7次医療計画に反映させる方針だ。

周産期医療体制整備計画は、妊産婦が救急受け入れ困難により死亡した事例を受けて、2009年3月に医政局長通知として定められた周産期医療体制整備指針に基づき、都道府県が策定してきた。一方、医療計画は医療法に基づき定められるもので、それぞれの根拠

規定は異なっている。

厚労省は同日の会合で、周産期医療体制整備計画の主な内容である周産期母子医療センターや新生児集中治療管理室(NICU)の整備状況について説明。引き続き取り組みは必要なものの、全国平均の整備目標は概ね達成されたとの認識を示した。その上で、根拠となる周産期医療体制整備指針を医療計画作成指針に一体化し、周産期医療体制整備計画も医療計画と一体化させることを提案した。

委員からは、医療計画との一体化について賛成意見があったが、一方で、周産期の医療体制の地域間格差拡大や周産期医療整備計画について意見を述べる都道府県の「周産期医療協議会」

の機能低下を懸念して、対応を求める声があった。

周産期医療と精神科医療の連携

この日の検討会では、合併症を有する妊娠における課題についても協議した。

重篤な合併症を有する妊産婦は一定程度存在するが、身体合併症に対する診療体制は比較的整備されている一方で、気分障害や統合失調症などの精神疾患に対する診療体制は十分に検討されていない。このため厚労省は、精神疾患を合併した妊産婦の管理における周産期医療と精神科医療の連携を論点にあげるとともに、総合周産期母子医療センターの要件として、精神疾患の



合併症に対して自施設または他施設の精神科と連携して対応可能であることを追加することを提案した。

周産期の精神疾患については、母子愛育会愛育病院の岡井崇委員、三重大学保健管理センターの岡野禎治参考人からヒアリングを実施した。このなかで、イギリスやスウェーデンに比べて東京都の周産期における自殺率は2〜3倍高いことが報告された。

岡井委員は、精神障害をもつ妊産婦の治療における産科診療施設と精神科診療施設の連携体制の確立を提言した。

全国の病院数は13施設減少、病院の医師数は2.2%増加

厚労省 2015年医療施設調査・病院報告の結果を公表

厚生労働省は9月6日、2015年医療施設調査・病院報告の結果を公表した。病院数は前年より13施設減少し、病院の1日平均在院患者数は0.5%減少、1日平均外来患者数も0.4%減少した。病院の常勤換算の医師数は2.2%増えている。

医療施設調査によると、2015年10月1日時点の病院数は8,480施設で、前年に比べ13施設減少した。病床数は156万5,968床で、2,293床減少した。

病院のうち精神科病院は1,064施設で対前年比3施設減、一般病院は7,416施設で10施設減。一般病院のうち、療養病床をもつ病院は3,844施設(病院総数の45.3%)で、4施設減少した。

施設数を開設者別にみると、「医療法人」が5,737施設で病院総数の67.7%と最も多く、前年より16施設増加。「公的医療機関」は1,227施設で14.5%、前年より4施設減少した。

一般診療所は、有床診療所が7,961

施設で394施設減少した。無床診療所は9万3,034施設で、928施設増えた。有床から無床への変更が増えているとみられる。

療養病床をもつ施設数は、病院3,844、一般診療所1,050を合計した4,894施設で、前年より79施設(1.6%)減少した。規模をみると、50～99床が最も多く1,429施設(療養病床をもつ病院の37.2%)、1～49床が1,314施設(同34.2%)、100～299床は1,029施設(同26.8%)となっている。

一般病院の施設数を、診療科別にみると、①内科が最多で6,823施設。②リハビリテーション科5,429施設③整形外科4,941施設が続く。前年と比べ、糖尿病内科、腎臓内科、リハビリテーション科などが増えている。他方で外科や産婦人科が減少している。

とくに産婦人科または産科を標ぼうする一般病院は1,353施設で、25年減り続けている。小児科を標ぼうする病院

は2,642施設で、22年連続して減少した。

医療施設の病床数をみると、全病床数は167万3,669床で、前年に比べ7,043床減った。病院は156万5,968床で2,293床減少したのに対し、一般診療所は10万7,626床で4,738床の減少となっており、一般診療所の減少が病院を上回った。

病床種別では、一般病床が89万3,970床で246床の減少、精神病床が33万6,282床で1,892床の減少、療養病床が32万8,406床で262床の増加となっている。療養病床は増加しているが、一般診療所だけでみると、753床減少し、1万657床となった。

また病院報告によると、2015年中における病院の1日平均在院患者数は125万5,404人で、前年から0.5%減った。2011年から減少を続けている。このうち、精神科病院は前年から1.3%減少。一般病院は0.3%減少。一般病院のうち、療養病床は0.5%減で、このうち

介護療養病床は7.6%減だった。

病院の1日平均外来患者数は136万6,693人で、前年から0.4%減った。外来患者数は2001年から減り続けている。

病院の病床利用率は80.1%で、前年から0.2ポイント低下した。

病院の平均在院日数は29.1日で、前年より0.8日短くなった。平均在院日数は、56.1日だった1982年から33年連続で短くなっている。都道府県別では、高知県の47.3日が最も長く、神奈川県22.5日が最も短い。

病院の常勤換算の医師数は21万4,677.8人で、前年より2.2%増加した。薬剤師は4万7,941.8人で、前年より2.7%増加。看護師は78万7,404.2人で2.6%増加、准看護師は12万9,594.0人で、4.6%減少した。

病院の100床当たり医師数は13.7人で、前年から0.3人増加した。看護師は50.3人で、1.4人増加。准看護師は8.3人で、0.4人減少した。

喫煙とがんなどの疾患との因果関係を判定

飲食店などでの屋内禁煙化の強化促す

厚生労働省は8月31日、喫煙の健康影響に関する検討会報告書(たばこ白書)を公表した。喫煙とがんなどの疾患との因果関係を、たばこ白書として、初めて科学的に判定している。また、日本の受動喫煙防止対策は世界最低レベルと指摘。屋内禁煙に対する規制の強化を促した。

たばこ白書は、1986年、1993年、2001年に発行されており、今回15年ぶりの改訂版となる。日本人の喫煙と各疾患の因果関係を明らかにし、疾患ご

とに「確実」「可能性あり」「不十分」「ない」の4段階に分けた。

因果関係が「確実」な疾患は、がんや循環器疾患、呼吸器疾患などだった。

能動喫煙との関係では、◇がん(肺、口腔・咽頭、喉頭、鼻腔・副鼻腔、食道、胃、肝、脾臓、膀胱、子宮頸部)◇循環器疾患(虚血性心疾患、脳卒中、腹部大動脈瘤、末梢動脈硬化症)◇呼吸器疾患(慢性閉塞性肺疾患=COPD、肺機能低下、結核死亡)などがあがった。

受動喫煙との関係では、肺がんや虚

血性心疾患、脳卒中、小児喘息、乳幼児突然死症候群などが示された。

「可能性あり」の疾患は、能動喫煙では、大腸がんや乳がん、急性骨髄性白血病、胸部大動脈瘤、気管支炎、歯の喪失、認知症、女性の生殖能力の低下などだった。受動喫煙では、鼻腔・副鼻腔がんや乳がん、急性・慢性呼吸器症状、低出生体重児・胎児発育遅延などがあがっている。

また、WHO(世界保健機構)による評価で、日本の受動喫煙防止対策は

「世界最低レベル」と強調した。医療機関や学校、飲食店など公共の場(8施設)のすべてで屋内全面禁煙とする法律等を施行している国は49か国(13億人)に及ぶ。しかし、日本は健康増進法25条に公共の場で受動喫煙防止を講じる旨が規定されているものの、努力義務規定にとどまっている。

世界では、受動喫煙が原因で年間60万人が死亡しているとの推計がある。同様の手法で推計すると、日本は年間1万5,000人を超えることを示した。

結核罹患率14.4で指針の目標は達成

依然「低まん延国」の水準は上回る

厚生労働省は8月12日、2015年の結核登録者情報調査年報の集計結果を公表した。罹患率は14.4で、前年より減少した。2015年に新たに結核患者として登録された人は約1.8万人となっている。罹患率を「15以下」とする「結核に関する特定感染症予防指針」の目標は達成したが、依然として「低まん延国」の水準は上回っている。

結核の人口10万人に対する罹患率は14.4で、前年から1.0減少した。2011年に策定した「結核に関する特定感染症予防指針」では、2015年に「15以下」にすることを目標にしていたため、目標

は達成した。同指針では、DOTS(直接服薬確認療法)の推進を特徴としていた。

しかし日本は、依然として、「低まん延国」の水準である「10以下」を上回る状況だ。諸外国の状況を見ると、米国2.8、イタリア5.1、ドイツ5.4、フランス7.1と主要先進国は10を下回っている。厚生科学審議会の結核部会では、指針改正により、2020年の目標値を「10以下」に設定する方向で議論している。

日本の状況を概観すると、2015年に結核により死亡したのは1,955人で、前年から145人減った。死亡率は1.6と

なっている。

2015年に新たに結核患者として登録されたのは1万8,280人で、前年より1,335人減少した。うち菌喀痰塗抹陽性肺結核の患者数は7,131人で、前年から520人減少した。結核罹患率を年齢階級別にみると、高齢層ほど高く、70代は26.9、80歳以上は70.8である。

職業との関連では、20～59歳の新規患者の23.7%が、無職臨時日雇等の人だ。年齢が上がるほどその割合が高くなる。55～59歳で40.8%が無職臨時日雇等の人である。

結核罹患率を都道府県別にみると、

最も高いのは大阪の23.5で、◇兵庫17.1◇東京17.1◇大分17.1◇奈良16.8が続く。罹患率が低いのは◇山形7.3◇長野8.3◇宮城8.5◇秋田8.5◇山梨8.7となっている。

結核登録者情報調査年報では医療従事者の罹患状況も公表している。新登録結核患者のうち、看護師・保健師の登録患者は219人であり、全新登録結核患者の1.2%となっている。医師の登録患者は61人で、全新登録結核患者の0.3%。年齢階級別では30～39歳が最も多く、1.1%を占める。

人事院が国家公務員の給与引上げを勧告

医師の初任給調整手当を手厚く

人事院(一宮なほみ総裁)は8月8日、安倍晋三首相と衆・参議院議長に国家公務員の給与改定を勧告した。2016年は国家公務員の給与が民間よりも低く、平均で708円(0.17%)の差があったため、その解消を求めた。ボーナス(特別給)も0.1か月分引き上げるべきとした。引上げの勧告は3年連続となる。医療職については、初任給調整手当を手厚くし、医師確保につなげる。

国家公務員の給与は民間と比較

し、その結果に合わせて改定している。2016年調査では、民間の全産業50人以上の1万1,700事業所における49万人を抽出した。

2016年調査によると、民間給与が41万1,692円であったのに対し、国家公務員は41万984円で、708円(0.17%)の差があった。この差を俸給(448円)、地域手当(206円)、はね返し分(54円)に分けて改定することにした。

はね返し分とは、地域手当などが俸給の一定割合で定められているため、

俸給の引上げに応じて増額する手当額等のことである。

人事院はこれらを踏まえメリハリのある給与改定を求めた。俸給表は一律の引上げではなく、初任給を1,500円の引上げとするなど若年者に配慮した改定とする。

医療従事者についても、医師確保の観点から、医療機関に勤務する医師、歯科医師に適用する医療職俸給表(一)の改定状況を勘案した改定を求めた。具体的には、初任給調整手当の支給月

額限度額を41万3,800円とする。

一方、期末手当・勤勉手当(ボーナス)は0.1か月分引上げ、4.3か月分とする。勤務実績に応じた給与体系としていくため、勤勉手当に引上げ分を配分するとした。

また2017年4月に、専門スタッフ職俸給表の最上位として4級を新設する。政府において、部局横断的で極めて重要な政策の企画・立案を支援する職とし、各府省の官房への設置を予定している。

災害時のBCP研修会を実施

全日病 地域の医療を守るため迅速な復旧を目指す

災害時のBCP研修会が9月10日に全日病会議室で開かれた。60人が参加して大規模地震を想定した模擬訓練を実施。災害時に医療を継続するためのBCPについて実践的に学んだ。

4月に発生した熊本地震は、強い揺れを伴う地震が頻発し、前例のない地震として危機対応の重要性をあらためて実感させた。災害時の事業の継続と復旧を迅速に遂行するために作成する計画がBCP(Business Continuity Plan、事業継続計画)だ。全日病は、AMAT研修をはじめ、災害への対応力を高めるための研修を行っているが、今回はじめて富士通総研の協力を得てBCPの研修を実施した。

挨拶した神野正博副会長は、「いざという時の対応としてのBCPだけでなく、普段から備えるBCM(Business Continuity Management、事業継続マネジメント)を考えなければならない。BCMは、病院の経営改善につながる優れたツールだ」と述べ、災害に強い組織づくりを呼びかけた。

なぜBCPが必要か？

研修会は、①BCPセミナー、②模擬訓練、③BCP策定ミニワークショップの3部構成で実施された。

第1部のセミナーでは、富士通総研BCM訓練センター長の古本勉氏が、BCPが求められる背景について解説した。「過去に比べ、現在の危機対応では、スピードが求められるようになった」と古本氏。

時間をかければいつかは復旧することができる。しかし、災害時において医療機関は、地域住民の医療を確保するために迅速な復旧が求められる。危機に対応するスピードを確保するために、事前の準備としてBCPに対する関心が高まり、東日本大震災以降、BCPを策定する病院が増えている。

防災とBCPの違いは何か。防災が人命を守るための取り組みであるのに対し、BCPは重要業務を早期に再開するための取り組みだ。例えば、火災避難訓練は、人命を守るための誘導や避難が目的であり、避難後のことは検討し

ないが、BCPは早期に医療を再開することが目的であり、そのための事前対策や手順、体制を定めるものだ。

BCPの先進事例を紹介

続いて、全日病会員の岩砂病院・岩砂マタニティの田中利典氏が自院の取組みを紹介した。岐阜県にある同病院は、産科を中心とする132床の病院で、年間900を超す分娩を扱う。

同病院は、東日本大震災をきっかけに、2012年8月にBCPの策定を開始。その後、岐阜県BCP策定支援事業に参加してBCPを完成させた。

BCP策定のポイントは、発災から時間経過に伴って発生するニーズを考え、「いつまでに」「どんな状態にするか」を決めることだ。これをミッションと定義し、ミッションの遂行に向けて必要な手順を検討する。

田中氏は、産科病棟におけるBCPの具体例を説明した。スタッフが少ない時間に災害が発生するとリスクが増すことから、まず深夜帯を想定したBCPを立てた。発災から1時間くらいで、陣発した妊婦が来院する可能性があることから、発災の60分以内に分娩ができる状態にするともに、緊急産科外来に対応できる状態にすることをミッションと定めた。そのミッションを達成するために必要な行動をリストアップし、優先順位をつけて整理して行動手順を決めていく。それを産科病棟(深夜帯)のミッションシートとしてまとめた。

このようにミッションベースで考えることのメリットとして田中氏は、①手順だけでなく時間を意識することで、行動に優先順位づけができて無駄な動きがなくなる、②ミッション=ゴールのイメージを共有することで、職員のベクトルが同じになり、手順通りにいかななくても臨機応変に対応できると説明した。

BCPは策定して終わりではなく、組織に浸透させることが大切だ。災害の現場でマニュアルを読み返すようでは早期復旧はできない。「組織に浸透させるためには普段からの教育・訓練



が欠かせない」と田中氏。このため計画を立て、定期的に訓練を実施している。訓練を通じて明らかになった課題は、BCPを見直して改善していく。

訓練を通じて他部署との連携がよくなり、日常業務の改善につながっているほか、職員が病院を「よく見る」ようになり、組織風土の変化につながっている。「BCPの取組みから多くの効果生まれ、病院を強くすることにつながっている」と田中氏は述べた。

同病院は、医療機関として唯一、レジリエンス認証を取得している。レジリエンス認証は、内閣官房国土強靱化推進室が今年から始めたもので、事業継続の取組みに積極的な事業者を「国土強靱化貢献団体」として認証する制度。

田中氏は、「小規模な病院であっても、他の医療機関と連携して、地域を守る責任がある。医療界全体にBCPの浸透を図ることが必要だ」と述べ、BCPの意義を強調した。

大地震を想定した模擬訓練を実施

研修会の第2部は、大規模地震を想定した模擬訓練だ。参加者は6人ずつの班に分かれ、病院の災害対策本部要員の役割を演じた(写真)。

各班には、付箋や模造紙、ホワイトボードなど情報整理や意思決定のための備品が配布された。直前の作戦タイムで本部長や情報記録係、情報整理係などの役割を定めると、地震発生のアナウンスが流れ、模擬訓練が始まった。エレベータの閉じ込めや津波の発生、周囲の交通機関の状況など、被災地の状

況が会場のスクリーンに次々に表示され、対策本部はその情報を収集、整理して対応を判断し、指示を出していく。

最後に出張中の理事長から、被災状況と対応の状況を報告するよう指示があり、3分で報告内容をまとめて30分間の訓練を終えた。

模擬訓練終了後に各班が自己評価を行った。「災害対策本部の設置を院内に発表しなかった」「職員の状況がわからず負傷者の対応が遅れた」など、うまくいかなかった点を含めて報告があり、災害時に備えたBCPの必要性を確認した。

会員病院のBCPを支援

第3部のBCP策定ミニワークショップでは、BCP策定のポイントについて説明があった。

BCPの目的は、危機発生時の対応スピードを向上させることにある。運用性の高いBCPとするには、分厚いものではなく、スリムな文書構成にすることが必要。また、初動の中で病院として判断しなくてはならない意思決定のプロセスを可視化するとともに、意思決定するために必要な情報は何かを考え、その情報を得るために必要な方策を検討する。例えば、外来患者の受け入れを何時間で判断するかなど、時間軸を記載しておくことが大切だ。

研修会の最後に救急・防災委員会の布施明特別委員が総評を行い、「研修の成果を職場に持ち帰りモチベーションを持って取り組んでほしい。今後も全日病としてBCPの支援体制を整えていきたい」と述べた。

2016年度 第6回常任理事会の抄録 9月17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 医療法人社団誠馨会セコムメディック病院

院長 星 誠一郎

東京都 社会医療法人社団正志会

葛飾リハビリテーション病院

院長 永島 正一

正会員は2,489会員となった。

準会員として以下の入会を承認した。

広島県 医療法人広島ハートセンター広島心臓血管クリニック

準会員は76会員となった。

賛助会員として以下の入会を承認した。

株式会社大和ソフトウェアリサーチ(東京都、代表取締役社長・竹末圭五)、株式会社大塚製薬工場(東京都、代表取締役社長・小笠原信一)。他に退会が1会員あり賛助会員は94会員となった。

●人間ドック実施指定施設の申請について

日帰り人間ドック実施指定施設の申請について承認した。

<日帰り人間ドック>

東京都医療法人社団慈光会八木病院 理事長 八木 和郎

日帰り人間ドック実施指定施設は合計475施設となった。

●第7回病院機能評価委員会の地方(熊本)開催について

第7回病院機能評価委員会を第58回全日本病院学会 in 熊本の前日に開催することについて承認した。

【主な報告事項】

●岩手県支部副支部長の交代について

岩手県支部副支部長の長澤茂先生(盛岡友愛病院)が退任し、及川忠人先生(東八幡平病院)が就任したことが報告された。

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会DPC評価分科会」、「中央社会保険医療協議会薬価専門部会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「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」、「医療計画の見直し等に関する検討会」、「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ」、「社会保障審議会医療部

会」、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」の報告があり、質疑が行われた。

●講習会、研修会について

「2025年に生き残るための経営セミナー第13弾 下部尿路機能障害の治療とケア研修会」、「看護師特定行為指導者講習会(第4回~第11回)」、「医師事務作業補助者研修 実践力向上セミナー」、「平成28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(東京会場)」、「平成28年度第2回病院情報公表に関する研修会」、「第1回医療事故調査制度事例検討研修会」、「平成28年度医療安全推進週間企画医療安全対策講習会」、「平成28年度第2回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」、「平成28年度特定保健指導アドバンス研修」の概要が報告された。

●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能(3rd G: Ver.1.0 ~ 順不同)



◎一般病院1

東京都 花と森の東京病院 新規
兵庫県 三木山陽病院 更新

◎一般病院2

千葉県 小張総合病院 更新
愛知県 済衆館病院 更新

◎リハビリテーション病院

愛知県 善常会リハビリテーション病院 更新

◎慢性期病院

秋田県 土崎病院 更新

福岡県 水戸病院 更新

8月5日現在の認定病院は合計2,208病院。全日病会員数のうち、認定病院数の占める割合は34.8%となっている。

ウェブサイト上の不適切表示を規制すべく法改正へ

厚労省・医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会

厚生労働省の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」(座長=桐野高明・東京大学名誉教授)は9月7日、医療機関のウェブサイトの取扱いについて検討結果をとりまとめた。医療機関のウェブサイトは引き続き医療法上の広告規制の対象とせず、美容医療などの虚偽・誇大な表示に対する規制を新設する方針を打ち出した。

これを受けて厚労省は、来年の通常国会に医療法改正案を提出する方向で検討を進める。

規制の範囲は、美容医療や自由診療に限定することなく、医療機関のウェブサイトに共通の規制とすることとしている。また、規制の実効性を高めるため、監視・是正体制を強化する必要があると指摘。規制の内容や違反事例をガイドラインで明確化するほか、不適切なウェブサイトの情報収集を行い、都道府県に提供するネットパトロール監視体制の構築を提案した。

医療機関のウェブサイトに対し、医療法による規制が新設されることになる。

美容医療に関するトラブルが増加

医療に関する広告は、国民・患者保護の観点から、医療法で認められた事

項以外は広告することが禁じられてきた。しかし近年では、国民・患者に情報提供し、選択を支援する観点から客観性・正確性を確保できる情報は広告可能とし、その範囲を順次拡大してきている。

具体的にどのような情報が医療広告に当たるかは、「医療広告ガイドライン」(2007年3月30日医政発第0330014号医政局長通知)で判断基準が示されている。それによると、医療法上の広告に関する3要件は、①患者の受診等を誘引する意図があること(誘因性)、②医薬・歯科医薬の提供者名または病院・診療所名が特定可能であること(特定性)、③一般人が認知できる状態にあること(認知性)とされている。

医療機関のウェブサイトは、医療機関の情報を得る目的で閲覧するものであり、この3要件を満たさないことから医療法上の広告規制の対象とされてこなかった。

一方で近年、美容医療サービスとその宣伝媒体としてのインターネットが一般化する中で、消費生活センターに美容医療に関する相談が寄せられるようになった。こうした中で厚労省は、医療機関のウェブサイトの取扱いを検討。ウェブサイトを一律に広告として

規制することはデメリットが大きいことから、ガイドラインを策定して関係団体の自主的な取組みを促すとともに、行政指導により改善を図ってきた。

しかし、美容医療に関する消費者トラブルは増加を続け、昨年7月には、消費者委員会より厚労省に対し、「美容医療サービスに係るホームページ及び事前説明・同意に関する建議」が出された。

こうした経緯から、今年3月に「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」が設置され、4回の会合を経て検討結果がとりまとめられた。

ウェブサイトの適正化で規制新設

美容医療分野を中心に医療機関のウェブサイト閲覧を契機として医療機関を受診することが一般化していることから、ウェブサイトにおける情報提供の適正化を図る必要がある。

ただし、医療機関のウェブサイトが医療法上の広告として扱われることは、患者が知りたい詳細な情報が得られなくなるなどデメリットが大きい。このため、ウェブサイトは引き続き医療法上の広告規制の対象としないが、虚偽・誇大で不適切な表示に対する規制を新たに設ける方針を打ち出した。



また、美容医療以外にも不適切な表示があり得ることから、規制の範囲を美容医療や自由診療に限定することはせず、医療機関のウェブサイトに対する共通の規制とする。

ウェブサイトを適正化するには、医療法の規制の対象とすることに加え、監視・是正体制を強化し、実効性を確保することが重要だ。規制遵守を徹底するため既存の体制や取組みを前提とせず、新たな効果的な方法を講じるべきとし、ネットパトロール監視体制の構築やプロバイダによる違反広告の削除基準・手続きの整備を提案した。

患者/消費者教育を重視し、厚労省のウェブサイトにおいて注意喚起・相談窓口の一覧ページを作成するほか、消費者庁や消費生活センター、保健所などを通じて、消費者、患者への注意喚起を実施すべきとしている。

美容医療の関係団体やインターネット事業者等、すべての関係者の取組みにより、情報提供の適正化を進める方向を指し示している。

■ 現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
医療事故調査制度事例検討研修会 (120名)	2016年11月9日(水) 【全日病会議室】	12,960円(16,200円)(税込) ※受講料、昼食代、テキスト代を含みます。	昨年10月に医療事故調査制度が施行されて1年が経過したが、報告すべき事例が報告されていないなどの問題が指摘されている。要因として、報告事例に関する判断の誤りがある。本研修会では、事故発生時に制度の対象事例か否かを迷った事例を中心にグループ討論を行い、制度に対する理解を深める。
2025年に生き残るための経営セミナー 第13弾 「下部尿路機能障害の治療とケア研修会」 (医師30名・看護師70名)	2016年11月11日(金) 11月12日(土) (医師は11日のみ) 【全日病会議室】	医師13,000円(26,000円)(税込) 看護師25,000円(50,000円)(税込) ※資料代、昼食代を含みます。	2016年4月の診療報酬改定で、下部尿路機能障害を有する患者の排尿ケアの評価として、「排尿自立指導料」が新設され、医師6時間以上、看護師16時間以上の研修が求められている。セミナーは、「排尿自立指導料」の施設基準に対応した医師と看護師を対象にした研修会を実施。参加者には「修了証」を発行します。
特定保健指導アドバンス研修 (40名)	2016年11月12日(土) 【リロの会議室「飯田橋」】	16,200円(21,600円)(税込) ※受講料、資料代を含みます。	シミュレーション(演習学習)を中心とした、より実践的な特定保健指導の場を想定した上級コースとして企画。対象は、①医師・保健師・管理栄養士または②当協会主催の「特定保健指導専門研修」を修了した看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士。受講者に「受講修了証」を発行します。
臨床研修指導医講習会 (40名)	2016年11月26日(土) 11月27日(日) 【全日病会議室】	65,000円(85,000円)(税込) ※昼食代、資料代を含みます。	自院をより良い臨床研修病院にするために、病院における臨床研修の位置づけを理解し、継続的に教育・研修体制の向上に努めていくことを目的とする講習会です。対象は、臨床研修病院または研修協力施設(申請検討中を含む)において、7年以上の臨床経験を有する医師。日本医療法人協会との共催。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> メディカル クラーク®

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 7,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- <実技Ⅰ> 患者接遇
- <学 科> 医療事務知識
- <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

<称号> 医事業務管理士®

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 8,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- <実技Ⅰ> 患者接遇・院内コミュニケーション
- <学 科> 医事業務管理知識
- <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

<称号> ドクターズクラーク®

【主催】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 9,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- <学 科> 医師事務作業補助基礎知識
- <実 技> 医療文書作成

- 試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
- ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

一般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿楽町 2-2-10-1923
TEL 03(3294)6624 <http://www.jme.or.jp>