



# 全日病 ニュース

## 2016.11.1 No.882

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

## 第58回全日本病院学会 in 熊本を開催 復興を支援し、約3,200人が参加

熊本地震の経験を共有し、災害医療のあり方を討論。地域医療構想をめぐり活発に議論

「第58回全日本病院学会 in 熊本」(山田一隆学会会長)が10月8日・9日、熊本県支部の担当で、「地域医療大改革～豊かな未来への取り組みをくまもとから～」をテーマに熊本市で開催された(前号既報)。学会には、全国の会員病院をはじめ約3,200人が参加し、熊本の復興を支援した。会場となった熊本市市民会館と熊本市国際交流会館、熊本ホテルキャッスル、一番館には、医療改革の最新情報や先進的な取り組みを学ぼうと多数の参加者があふれ、いずれの会場も盛況だった。



開会式で挨拶する山田一隆学会会長

### 災害時の医療を深く議論

熊本県支部は、熊本地震を乗り越えて学会の開催を決断した。多くの困難を乗り越えて開催された熊本学会は、震災からの復興の証として大きな意味を持つ。地域に根ざした病院が災害時の医療を確保し、復興を担うことを広くアピールするとともに、地震大国である日本において、災害に強い国づくりを進める上で、医療の基盤整備が不可欠であることを強く印象づけるものとなった。

本号では、学会企画を中心に1～4面で熊本学会の様態を伝えます。

## 社会保障の充実が経済の好循環を支える

### 特別講演 横倉義武 日本医師会会長

医療保険制度を持続可能にするための医療者側の提案として、社会保障と経済の関係について話したい。

90年代前半のバブル崩壊後、国の税収が低下する一方で、景気対策のため



の歳出が増え、その差額は国債を発行し、借金で埋めてきた。その中で高齢化の進展により、国民医療費は着実に増加している。

この問題を解決するために、2012年に自民・民主・公明の3党が消費税率を10%に引き上げることに合意し、それによって社会保障の財源を確保しようとした。残念なことに、10%への引上げは2019年10月に延期され、2018年の診療報酬・介護報酬同時改定の財源確保が厳しい状況となっている。

消費税率引上げによる増収分を社会保障に充てることは、社会保障・税一体改革で国民に約束したことである。安倍政権がかかげる経済の好循環を実現するためにも、消費税を医療や介護

の充実に充てるべきである。社会保障と経済は相互作用の関係にある。経済発展は、社会保障の財政基盤を支えるために大事であり、経済を発展させる努力をしなければならない。一方で、社会保障が経済を底支えしている。医療制度が国民の健康水準向上と社会の安定に寄与していることを、声を大にして主張しなければならない。

2017年度の予算編成では、高齢化に伴う社会保障費の増加分6,400億円を5,000億円に抑えることが課題となっており、患者負担の引上げが検討されている。昨年12月の経済財政再生計画で高額療養費の見直しなどの改革案が示された。高齢者であっても負担能力があれば、応分の負担が必要と考えているが、高額療養費の見直しは財源として大きな金額にはならないだろう。

また、財政制度等審議会は、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を提案している。過去に「外来総合診療料」が導入された際には、医療現場が非常に混乱した。患者負担の引上げは、受診の抑制につながる。かかりつけ医が壊れてしまう恐れがあり、この手法には反対せざるを得ない。

持続可能な社会保障制度とするために我々医療者側からも提案していかなければならない。大腿骨頸部骨折で年間8万人が手術を受け、3,600億円がかかっているが、ロコモティブシンドローム予防、転倒骨折の予防を進めることで減らすことができる。また、糖尿病の重症化予防を進めることで透析の医療費の伸びを止めることができる。

かかりつけ医の役割は、国民の健康寿命を延ばすことであり、この4月からかかりつけ医の研修制度をスタートさせた。国民に信頼される、かかりつけ医をつくっていききたい。

## 地域医療構想に都道府県の特性出る

### 特別講演 神田裕二 厚生労働省医政局長

地域医療構想は今年度中に全都道府県に策定してもらうことになっている。8月31日時点で、19都府県が策定済みだ。それぞれの構想は、地域に応じて異なるため、その特徴を説明する。

青森県や岐阜県など地方では、県庁所在地の構想区域だと、急性期など類似の機能を持つ自治体病院が並存している。各構想では、具体的な自治体病院の名称をあげて、再編ネットワーク化の方向が記載されている。地理的な問題や政策的な医療を担う急性期の医療機関以外では、回復期等への移行や病床規模の適正化などを検討すると記述している。

一方、大都市の事例として東京都をみると、全体を概括したグランドデザ

インを示している。大学病院も多く、高度先進医療を将来にわたり提供できる体制を構築するとしている。交通網が発展しているため、構想区域ごとに病床機能でみると患者流入の状況が大きく異なるのも特徴だ。ただ、隣接する構想区域を含めれば、完結率は高い。

また、東京都は、将来の必要病床数が既存病床数を上回る。だが、慎重な記載となっており、単純に増やす考えではないように読める。

このように地域に応じた特徴があるが、公立病院が中心の地域では、具体的な記述が比較的しやすいのだと思う。逆に、都市部のように、急性期の病院が林立している地域では調整が難しいと感じる。課題を共有する上でも、中

核病院が比較的少ない地域の方が容易で、都会では難しいようだ。

問題は、急性期で競合する病院が多く、人口も減少している地域の調整である。ある意味、撤退戦といえるので、「競争」ではなく、「協調」し、役割分担を考えていくのが現実的だ。

そのために、地域医療構想調整会議がある。ただ、多くの関係者の参加を厚生労働省が勧めてしまったのだが、人数が多すぎるとの指摘を受けている。本音の議論をするには、もう少し人数を減らす必要があるのかなと感じている。

「協調」を図る手段として、地域医療連携推進法人がある。具体的な検討事例として、◇岡山大学が中心の総合病院グループ(岡山県岡山市)◇酒田市病院機構等の自治体病院中心の連携(山形県酒田市)◇社会医療法人博愛



会等のがん専門病院の連携(鹿児島県鹿児島市)一などがある。

地域医療構想を進めるには、在宅医療の受け皿をつくるのが非常に大事だ。構想の推計では、介護施設を含めた在宅等への移行が前提にある。在宅医療を整備するには、介護保険サービスと密接な関係があるので、都道府県と市町村が連携し、介護保険事業計画と統合的な計画をつくる必要がある。



# 主張

## 地域医療介護総合確保基金は、必要な事業に還元されているか

平成26年度から医療介護総合確保法に基づき、地域医療介護総合確保基金(以下、「基金」)が創設された。当初は、新たな財政支援制度として、財政面でも人材確保の面でも厳しい地域の民間病院の支援に活用できるものと期待したが、既存の国庫補助事業の付け替えや従来の補助事業をベースにしたような事業ばかりで、我々民間の中小病院へ基金が還元されているとは感じられない。

国は、都道府県に対し「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は

設備の整備に関する事業」へ重点的に基金を配分するという方針を通知しており、急性期から回復期への病床機能の転換、もしくは慢性期病床の介護施設等への転換を基金で誘導する方向性を打ち出している。果たしてそれで問題が解決するか。医療従事者の高齢化、地域偏在の解消、慢性期の患者を支える医療と介護の連携促進などの体制整備を図らなければ、地方では地域医療を支えられない。むしろ「居宅等における医療の提供に関する事業」、「医療

従事者の確保に関する事業」に手厚く配分するべきではないか。

全国的に、7対1など急性期の病床から回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床(病床)への転換のための補助事業が基金で創設されているが、診療報酬改定により施設基準や点数が変われば、それぞれの入院料の届出ができなくなる事態が容易に考えられ、非常に活用しづらい。

来年度から地域医療構想調整会議(以下「調整会議」)による議論が始まる。地方では、公的な医療機関が中心

的な役割を担っていることが多く、そういった医療機関を維持するための方策、機能強化などの議論が中心となる可能性がある。調整会議の経過と基金による補助は、密接な関係があり、民間病院が調整会議に参画し、偏った議論になっていないかチェックしなければならない。

今年で3年目を迎えた基金は、都道府県への配分時期や配分の優先度の基準が現場の実態に合わないなど多くの課題を感じている。地方で地域医療を支える関係者を真に後押しする財政支援制度になることを期待したい。

(鉾之原大助)

# AMATをはじめ各チームが被災地を支援

## 熊本地震関連 病院支援や物資輸送を展開

熊本地震関連のシンポジウム「熊本地震と医療体制、県内・県外の動き」では、今回初めて本格的な活動を行ったAMATをはじめ、DMAT、JMAT、災害医療コーディネータ、熊本市医師会、上益城郡医師会の被災地への支援活動が報告された。現場からの詳細な報告により、今回の取り組みの成果を共有。今後の課題も浮かび上がった。

全日病の救急・防災委員会の大桃丈知委員長が、AMAT(全日本病院協会災害時医療支援活動班)先遣隊の活動報告を行った。熊本地震でAMATは先遣隊、初動隊、第2次隊、第3次隊を派遣。40日間にわたり、43名が活動した。10カ所、8医療機関に対し、本部活動から病院支援、巡回診療の立上げ、物資の搬送などを行っている。

大桃委員は、今回のAMATの特徴として、①全日病と日本医療法人協会との協同作戦②先遣隊の派遣③物資等のプッシュ型の支援—をあげた。大桃委員は先遣隊に参加。看護師と薬剤師、

職員の計4人のチームで、福岡空港までは空路、そこからはレンタカーで現地まで約7時間かかった。

到着から48時間は情報収集に当たった。支援が必要と考えられる民間病院のリストを作成し、東京の災害対策本部と相談しつつ、最終的に、東病院(熊本市)と宇城総合病院(宇城市)を支援先に決めた。阿蘇立野病院などの被害も伝わっていたが、「阿蘇地域には物理的に入れなかった」という。

東病院は、東熊本病院の病院避難の患者など、病床数の約1.5倍の患者を受け入れていた。先遣隊は全日病の安藤高朗副会長に現地対策本部を託し、DMATから支援を引き継ぐ形で、東病院に入った。それが、「DMATのクロノロ(時系列の活動記録)にAMATが初めて認知された瞬間」だった。

宇城総合病院は、建物に亀裂が走ったが耐震構造で、診療を続けていた。ロビーを一般の避難者のために開放。DMATは活動しておらず、慢性疾患の外来支援をAMATに要請していた。

大桃委員はこれらの活動を踏まえ、「災害医療の研修を受けた医療関係職種チームで支援ができた」とAMATの意義を解説。今後の課題では、被災地に近い地域から、AMATを派遣できるような本部機能が必要になると指摘した。

DMATやJMAT、医師会の報告

DMAT(災害医療派遣チーム)は、今回の地震で、前震の4月14日から10日間にわたり、全国から416隊(2,032人)を派遣した。大阪医療センターのDMAT事務局の若井聡智医長は主な活動として、①熊本県庁災害対策本部医療班の指揮の支援②被災地3区域の活動拠点本部を災害拠点病院に設置(熊本赤十字病院・川口病院・阿蘇医療センター)③避難所のスクリーニング④亜急性期への医療救護班活動の引継ぎ—を実施したと述べた。

また、「10カ所の病院が病院避難を行い、1,300人以上が他の病院に搬送された」と報告。「患者のいなくなった病院の経営問題がある」として、長期的な病院の復興に懸念を示した。

JMAT(日本医師会災害医療チーム)の活動は、日本医師会の石川広己常任理事が報告した。前震の段階では、熊本県医師会単独での派遣を決めたが、本震を受け全国対応に切り替えたという。医師1名と看護師2名、事務職員1名のチームが基本で、最大78チーム(4月24日)が活動した。全日病も主要メンバーである被災者健康支援連絡協議会では、各省庁から報告を受けるとともに、各団体の情報を集約した。

災害医療コーディネータの活動について、熊本県赤十字血液センターの井

清司所長が報告した。災害医療コーディネータには、被災地の医療ニーズを把握するとともに、DMATなど様々な災害派遣医療チームの活動を調整する役割がある。熊本県で養成した15名のコーディネータが、DMAT調整本部のスタッフとともに交代で県庁内の対策本部で活動した。コーディネータには各災害医療チームを指示する権限はなく、あくまで調整役だが、全体として大きな混乱もなく運営できたと総括した。

熊本市医師会は前震と本震後に、会員543施設に向けアンケート調査を実施。本震後の「被災あり」の医療機関は52.4%、「被災なし」が20%だったが、未回答も多かった。通信回線が遮断された可能性があるため調べると、「60件で通信エラーがあることがわかった」。熊本市医師会の宮本大典理事は、「日常の医療が電気・ガス・水道と同じように、ライフラインの一つであることを改めて実感した」と述べた。

上益城郡医師会の活動は、過酷だった。永田壮一会長の東熊本病院は前震による病院避難の広域搬送の最中に、本震に襲われた。病院は機能を失い、永田会長は健康福祉センター「ハピネス」に活動の拠点を移した。DMATの活動を支援しつつ、本震5日後に、上益城圏域災害医療調整本部を立ち上げ、本部長に就任した。郡内でJMATを編成できたのは、東熊本病院を含め2病院。車中泊を原因とするDVT(静脈血栓塞栓症)の啓発活動で、夜間に車のワイパーに小冊子を挟み込む「人海戦術」も行ったと報告した。

# 熊本県における平成28年熊本地震への対応

## 特別講演 立川優 熊本県健康福祉部健康局長

熊本県健康福祉部健康局長の立川優局長は、「熊本県における平成28年熊本地震への対応について」と題する講演で、震災での行政の対応を報告した。

4月14日と16日におきた震度7の2回の地震による死者は105人(地震による直接死50人、災害関連死55人)。避難者は、16日の本震後に18万人を超え、避難所は855カ所に及んだ。

熊本県は、発災直後にDMATの派遣を要請。トリアージや救急医療のほ

か、ヘリコプターや救急車による患者搬送、被災病院への急性期の医療支援を展開した。DMATの活動は4月22日に終了し、医療救護班に引き継いだ。立川局長は、「AMATが来たとき、涙が出るほどうれしかった」と述べた。

医療の対応で苦勞したことは、水の供給だったという。各地で断水が生じ、透析治療への影響が懸念された。隣県に透析患者の受け入れを要請するとともに、医療機関からの給水要請に対し、

24時間態勢で給水対応に当たり、自衛隊に協力を要請した。水を供給したのは82施設、1,574トンに及ぶ。「とにかく水の対応は大変だった。水がなくなったらどうするか、ぜひBCPを考えてもらいたい」と強調した。

熊本県は、6月に全医療機関を対象に緊急調査を実施して、8割の回答があった。被害件数は1,282件、被害総額は348億円に上るが、6月時点の調査であり、最低限の数字とみている。

る。地震後に行政に求めることとしては、補助金の迅速な執行や対象拡大など、補助金に関する要望が多かった。

立川局長は今回の経験を踏まえ、「日ごろの取組みが大切であり、普段からの病院間のつながりが災害時に活きた。行政としても日々の防災訓練の大切さをつくづく感じた」と述べた。

### 清話抄

#### 持続的皮下輸液(HDC)

私が従事する慢性療養型病棟では、度重なる点滴・加齢変化・血管脆弱性など様々な原因で、末梢血管のルート確保が困難な症例がとても多い。当院入

院中の患者の約6割は、末梢継続確保が困難とのデータもある。

療養病棟への紹介元である急性期病院でもこれを実感しており、看取り希望症例でもルート確保困難が故に、中心静脈栄養(CV)で転院させる医療機関もある。CVは療養病棟においては医療区分3に該当するものの、患者や家族の意向とは正反対の医療が行われる状況を見る度に、やり場のない憤りを覚えてしまう。身体的に限界に近づいた方に、如何に望まれる穏やかな死を迎え

させられるかを考えたい。

こういった状況に対し、私は7~8年前から持続的皮下輸液(Hypodermoclysis: HDCと略す)を生理食塩水・リンゲル液・1号液・2号液・3号液を用いて実施している。

しかし皮下投与の適応が明記された製剤はどれも無く、そのため医師の責任においてHDCの輸液指示を行わないといけな。保険適応がないので、当然医師も看護師も学生時代にHDCの教育など受けておらず、HDCの知名

度が上がらない一因とも考える。

HDCのメリットは、手技が簡単・確実な水分投与・抗生剤や利尿剤も投与可能などであり、デメリットは電解質補正には不適などが挙げられる。また、筋肉注射の適応がある注射製剤はHDCでも投与可能と考え、抗生剤や利尿剤の投与もHDCでも行い、誤嚥性肺炎や鬱血性心不全の治療も可能である。

今後HDCの適応を取得した輸液製剤の開発・認証を大いに期待する。

(須田雅人)



# 姜尚中氏が市民公開講座で講演

## 「災いの時代の自力と他力の関係を考える」

熊本出身の政治学者・姜尚中氏(熊本県立劇場館長、東京理科大学特任教授)を招いて行われた市民公開講座は、4,000人を超える応募があり、抽選で選ばれた300人が熱心に講演をきいた。

「災いの時代を生きる―自力と他力の結び付き」をテーマに講演した姜尚中氏は、経済の低迷や相次ぐ自然災害をあげて、「きわめて不確実性の高い時代になった」と指摘。不安の時代を生きるために自力と他力の関係を考え直し、社会関係資本をつくり直すべきだと語った。

### 普通に暮らすことの大切さ

講演の前には、映画「うつくしい人」が上映された。熊本出身の行定勲監督が熊本を舞台に制作した映画で、姜氏が主演を演じる。「昨年10月に阿蘇の草千里で撮影した。震災以前の熊本が映像に保存されたことはよかった。熊

本の美しい光景が映画の主人公」と紹介した。

熊本は日本一といわれる水体系を有し、豊かな自然環境に恵まれる。しかしその自然がときに牙を剥き、生活を脅かす。4月の熊本地震によって住まいを失い、今も仮設住宅で暮らす人がいる。「戦後の日本は普通の人が普通の暮らしができる社会を築いてきた。普通の暮らしが一番しあわせであることを映画はメッセージとして伝えている」。

阪神淡路大震災以降、大規模な自然災害が相次いでいる。「自然災害によって、どうしようもない状況になったときには他力に頼らざるを得ない」。歴史的にみて、天変地異が続いた時代に苦しむ人々を救うために新興宗教が生まれた。浄土真宗・親鸞の「他力本願」の教えもその一つだ。

「人間には、どうしようもない境遇におかれた人に共感する能力が備わっ

ていて、その力が災害時のボランティアとなって現れる」(姜氏)。

しかし、経済の長期低迷が続く中でみんなが生活の防衛を考えなくてはならなくなっている。「余裕がなくなると、他力を望んでいる人に手を差し伸べられなくなる。その傾向がこの10年で顕著になっている」と姜氏は指摘する。

相次ぐ自然災害に加えてリーマンショックのような世界経済の乱調が、人々の生活に大きな影響を及ぼす。不確実性の高い時代となり、みんなが不安を抱えて生きている。「こうした時代に自力と他力の関係をどう考えるか」と姜氏は問いかける。

### 社会関係資本をつくり直す

「震災の経験から学ぶことは、社会関係資本の大切さだ」と姜氏は述べる。阪神淡路大震災では、近隣のネットワークがある地域は死者の数が少なかつ



たという。自衛隊や警察より先に隣近所の人が救助に当たった。こうした地域のつながりが社会関係資本だ。「社会関係資本が潤沢にあるところほど、安心・安全の市民生活が守られることがわかった」(姜氏)。

姜尚中氏は、地域の歴史や伝承を確認し、郷土愛を高め、人と人のつながりを強くすることを提案した。「そこに他力の力がある。もう一度、社会関係資本をつくり直す時代になっている」と語りかけた。

# 地域としての事業継続計画 (BCP) が必要

## 特別講演 災害時の医療の途絶を防ぐ

熊本地震関連の企画として、兵庫医科大学の中尾博之准教授が「災害医療の継続計画 Business Continuity Plan から Medical Continuity Plan へ」をテーマに講演。自然災害においては、「地域としてBCPを定める必要がある」と強調した。

Business Continuity Plan (事業継続計画、以下BCP)は、災害時でも事業を継続する、あるいは迅速に復旧するための計画。1988年にアメリカで大規模なビル火災があり、1階の銀行がBCPを定めていたため、翌日には営業を再開できたことから注目された。内閣府の2015年の調査からBCP策

定状況を見ると、金融・保険業が86.9%で最も高く、情報通信業が59.1%で続く。大企業ほど策定割合が高く、医療・福祉施設は17.4%にとどまっている(2013年)。

欧米では、BCPが想定する非常事態は主にテロだ。しかし、日本は台風や地震など自然災害が多い。テロの被害よりも地理的範囲は広く、復旧にかかる期間も長い。「病院がBCPを定め、想定どおり業務を継続できても、他の病院が業務停止していれば、患者が殺到し、破綻する」と中尾准教授は指摘。「地域としてBCPを定める必要がある」と強調した。

医療におけるBCPに求められるのは、災害時に失われた「欠損」を埋めることだという。災害直後はDMATなどの活躍がある。その後は、JMATやAMATの援助を受けつつ、地域の医療機関の回復を待つことになるが、東日本大震災ではその回復が遅かった。医療の「欠損」を迅速に埋めて、その厚みを増すことにBCPの意義がある。

BCPで最も大切なのは、「重要な事業を判断し、優先順位をつけて、リソースを配分すること」、「優先順位が低い事業を犠牲にしても、それを守る」ことだと中尾准教授は説明した。ただ時間の経過とともに事業の優先順位は



変わる。BCPに特有の指標を用いて分析し、随時見直しを図ることが重要だ。

BCPでは、災害時に起こりうる事態を想定し、人員や物資、設備の配分を考えなければならない。例えば、「停電し、電子カルテが使えない状況でどうするか」などだ。計画を実行する上で、リーダーシップを含めた組織の力も重要だ。

# DiNQLで病院を変える！ 看護を変える！

## 学会企画 データで評価し、看護の質向上に取り組む

看護の質向上を目指して「DiNQLで病院を変える！ 看護を変える！」が行われ、DiNQLに取り組んだ理由や成果、課題を議論した。

DiNQL(ディンクル: Database for improvement of Nursing Quality and Labo、労働と看護の質向上のためのデータベース事業)は、日本看護協会が2012年から取り組んでいる看護の質評価事業。今年度は584病院が参加し、そのうち154病院が全日病の会員病院だ。

日本看護協会がDiNQL事業を担当する川本利恵子常任理事が事業の概要を説明した。DiNQLは、看護実践をデータ化し、ベンチマーク評価することで、現場の看護管理者のマネジメントを支援し、看護実践の強化を図ることが目的。労働環境や看護の質に関する評価指標を収集し、データを入力することで、同規模・同機能の病院・病棟を比較し、ベンチマーク評価することができる。他施設との違いや強み・弱みを把握し、その経年変化をみることができる。評価指標は146項目あり、そのうち11項目が必須項目とされている。

### 全国のスタンダードと比較できる

鹿児島県曾於市にある昭南病院の朝戸幹雄院長は、「病院が存続していくためには、質の担保が必要であり、と

くに一番の大所帯である看護部の質の担保が欠かせない」と述べる。

朝戸氏はDiNQLのメリットとして、一つひとつの指標について全国的なスタンダードで評価できることをあげる。「田舎で医療をしていると競争相手がないこともあり、自分たちがやっていることが正しいように思うが、本当にそうなのか、常に評価する必要がある。そこでDiNQLが役に立つ」と述べた。

群馬県にある沼田脳神経外科循環器病院の阿部孝造・副院長兼看護部長は、DiNQL事業は病院全体で取り組むことが大切だと述べた。

同病院は、2013年のDiNQLの試行事業から参加した。阿部氏はその理由を「他施設がどうやっているのかわからず、質向上の指標が欲しかった」と述べる。

参加に当たって問題になったのは、情報収集だ。「DiNQLに必要な情報が院内でばらばらに管理されていた。また、誰が入力するかが問題になった」という。そこで、情報を看護部に集約する仕組みをつくった。データの入り方は、事務員を2人採用してデータを一元管理できるようにした。

DiNQLデータの分析から、人員配置や労働環境の課題が明らかになったが、「看護部だけの取り組みでは限界が

あると考え、他職種を含めた会議にDiNQLデータを示し、協力を求めることにした。DiNQLデータを使って組織全体の取組みにすることが大事」と阿部氏は強調した。

### DiNQL データで人材育成

福島県の太田総合病院の遠藤利子看護部長は、DiNQLデータを使って、自立した看護師の育成に取り組んでいる。同病院は、DiNQL導入以前からデータに基づく質の改善に取り組んできた。2008年から看護管理に使うデータを看護部に集めていたが、分析方法は病棟ごとに違いがあった。2012年からデータの内容を統一して、データを用いた実績報告会を開催している。

DiNQL事業に参加してから、実績報告会ではDiNQLデータをもとに報告するようになった。その結果、「プレゼンの能力がついた」「データをまとめる力がついた」などの声が出ているという。

### 中小病院がDiNQLに取り組む

岡山県の岡村一心堂病院の松島真己看護部長は、「自院の看護が全国と比べて優れていることを見える化したいという思いで始めた」という。DiNQLデータで比較したところ、看護職員数は全国と同じ水準であるが、雇用形態



別にみると短時間職員とパートが多いことがわかった。フルタイムの職員の負担が大きいと考えられるため、看護補助者との役割分担を見直すことで改善できると考えたという。

また、身体抑制率が高かったことから、ワーキンググループを設けて検討し、改善がみられた。「DiNQLは幅広い指標を含んでいる。ポイントを絞って課題に取り組んでいる」と述べた。

済生会熊本病院の村本多江子・副看護部長兼病床管理室長は、DiNQLデータを用いた改善活動について報告した。同病院は、クリティカルパスを導入するなど、DiNQL導入以前から質の改善に取り組んできた。DiNQLを導入した理由は、同じ機能を持つ病棟とベンチマーク評価ができることに加えて、入力した結果がグラフ化されてフィードバックされるのが魅力だとした。

DiNQLの分析により、緊急入院の割合が高いと在宅復帰率が低くなる傾向がみられたので、緊急入院に対する在宅復帰支援の強化が課題となった。同病院は、2009年に院内認定退院支援看護師育成制度を導入。退院支援に当たる人材を養成し、現在では全ての病棟に退院支援看護師を配置している。



# 都道府県単位の「見える化」は医療費抑制策

## 特別講演 医療機関に与える影響に懸念

石井公認会計士事務所の石井孝宜所長は、「安倍政権の経済財政一体改革と病院経営」と題して講演した。政府は、都道府県単位で医療・介護の提供体制を「見える化」し、医療・介護費用の地域差解消を目指している。石井所長は背後に医療費抑制政策があり、それがもたらす医療機関への影響に懸念を表明。2018年度医療・介護同時改定に対しても、「厳しい」との見方を示した。

石井所長は冒頭、「医療・介護同時改定、次期医療計画・介護保険事業計画の策定は、安倍政権のもとで行われる可能性が高い」と指摘。安倍政権がどのような政策を行う政権かを確認することが重要だとして、第1次安倍政権前の小泉政権の政策を振り返った。

小泉政権では、都道府県単位で改革が進められた。まず在院日数の縮減と生活習慣病の予防を目指した医療費適

正化計画がある。政府管掌健康保険(協会けんぽ)が都道府県単位となり、国民健康保険も都道府県単位の方角での財政運営となった。

第1次安倍政権は、「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」で、小泉政権の改革を引き継いでいて、現在に至る政策の道筋が描かれているとした。

都道府県単位の改革は連続と続いていて、政府の医療・介護に関する政策は、「ほとんどが都道府県単位で、さらに地域別・医療機関別のデータ分析が本格化している」と述べた。特に、社会保障制度改革推進本部の専門調査会は、地域別データに基づき、地域差を詳細に分析している。

背景には、政府の財政健全化方針がある。2020年のプライマリーバランスの黒字化達成に向け、骨太方針に経済財政再生計画が定められた。石井所長

は、工程表の80項目のうち44項目が社会保障で、そのうち38項目が医療・介護関連であると指摘。質が高く効率的な提供体制を目指すとして、費用の抑制が求められているとした。

都道府県単位の「見える化」の事例を青森県で紹介した。青森県は他の都道府県と比べ、1人当たり医療費が低い。一方、病床数、平均在院日数、病床利用率は特に高くはないが、地域医療構想では、既存病床数が将来の必要病床数を上回るため、「中長期的には病床数と病院機能の見直しが行われる可能性が高い」と述べ、適正化が図られると予測した。

医療費は「単価×数量」で決まる。青森県では単価は低いが、数量が適正化されれば全体の医療費は抑制されると説明。さらに、単価である1人当たり医療費と、病床数や平均在院日数などの数量の両方が高い都道府県では、



両方が調整される可能性がある。その場合に、地域の医療機関が受ける影響について、石井氏は「悲観的にならざるを得ない」とした。

3年間で社会保障の伸びを1.5兆円に抑えるという政府の目標に基づき、2017年度の予算編成でも社会保障の伸びを5,000億円とすることが課題となっている。石井所長は、「2017年度に1,400億円を削る有効な手段が見当たらず、2018年度に一気に削ることも考えられる。2018年度の同時改定は、厳しい改定になるのではないかと」の見方を示した。

# 地域医療構想の現状と今後の対応

## シンポジウム 現状のままでも病床数が収れん

学会企画のシンポジウム「地域医療構想の現状と今後の対応」では、5人の識者が登壇した。地域医療構想をめぐっては、必要病床数(病床必要量)の全国推計が出て、当初は病床削減の手段と誤解されたが、シンポでは、地域の実情に応じた提供体制をつくるのが重要であることを再確認。特別な対策を講じなくても、多くの地域で、現行の病床が医療機能別の需要に見合ったものに収れんする過程にあることもわかった。

国際医療福祉大学の高橋泰学部長は、地域医療構想が想定する「2015年の病床数」と「2025年の必要病床数」の乖離を比べるだけでなく、現状で地域の病床がどう変化しているかを分析することが重要だと指摘。全国の二次医療圏について、過去10年(2004年→2014年)の変化を調べた。

それによると、過去10年間で病床数は7万3,600床ほど減少。最も減少したのは、愛知県の名古屋▲1,886床、次いで東京都の区中央部▲1,690床、大阪府の大阪▲1,502床だった。減少割合では、長崎県の上五島が▲61%(▲148床)で最も高い。逆に、最も病床数が増えたのは千葉県の上野の1,039床(15%)だった。

過去10年間の傾向がつかめれば、今後この傾向が続くと予想される。高橋氏は「何もしなくても、地域医療構想の目標に近くなる地域がかなり多いことが予想される」と述べた。

近森病院(高知)の近森正幸院長は、高知県が日本の将来を先取りした状況にあるとした上で、「激的な機能分化と淘汰が進行している」と述べた。高知県は人口が減少し、所得は低い。患者に限られる一方で、病床数は多い。高度急性期・急性期は基幹病院に集中しつつあり、「機能分化できずに急性期で競合する中小病院は、経営悪化に陥り、ベッドを減らしている」と報告した。

地域医療構想が目指す医療に向けては、2018年度の診療報酬改定で手が打たれている。特に、高度急性期・急性期は、「重症度、医療・看護必要度」の基準見直しなどで、患者の絞込みが行われており、「在院日数が下がり、回転率が速くなるとともに、重症患者の取合いが起きている」。患者を確保できなければ、病床稼働率が低下し、患者1人当たりの単価も下がる。その上で、「あと4~5年で地域医療構想の必要病床数に収れんするだろう。だが医療機能の向上により、地域の医療体制は支えられる」と近森氏は述べた。

平成立石病院(東京都)の猪口正孝理事長(全日病常任理事)は、東京都の地域医療構想をめぐる状況を報告。東京都は今後医療需要が増大し、2025年には現状より病床数を8,000床以上増やさなければならない。「これは地域の診療体制を変える500床の病院16施設分だ」と指摘。地域に与える影響が大きいとした。

その上で、「単純計算だと、東京の各病院が8%ずつ病床を増やせば足りる。だが東京は土地がないので、それは不可能」と述べ、「空いた土地に病院を建てられるのは、他県からの医療法人」との懸念を示した。人手不足がさらに深刻になる可能性も高いとした。その対応として、現状の病院が稼働率を上げることで、不足する病床数を少なくできるとの見方を示した。

猪口氏は、東京都では2025年には5万人以上の在宅医療患者を追加的に支えなければならないと指摘。「療養病床は自宅からの入院が少なく、自宅に帰る患者も少ない。『ほぼ在宅、時々入院』を支えるのは、地域に密着した急性期・回復期を担う中小病院だ」と強調し、医療機能の明確化を促した。

織田病院(佐賀県)の織田正道理事長(全日病副会長)は、医療計画と地域医療構想の関係を整理する厚労省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」の議論を報告した。地域医療構想が病床削減を目指すものではないことを強調するとともに、「退院後の受け皿をどのように整備するかが重要だ」と主張した。

基準病床数と必要病床数(病床の必要量)との関係では、地方は将来の必要病床数が現状の既存病床数を下回るが、大都市は逆に、必要病床数が既存病床数を上回る。さらにこれまで大都市は基準病床数が足かせとなり、病床を増やせなかったが、今後この基準病



床の急激な増加が想定され、既存病床を超えることが予測されるため、医療計画上の基準病床数の過不足を毎年チェックすることになったと報告した。

将来の医療需要は地域により異なるため、現場の実態を把握することが不可欠だ。織田氏は、医療者が積極的に地域医療構想調整会議に参加することを促した。さらに、地域医療構想の目的が病床削減ではないことを明示するよう、都道府県に求めることを提案した。

産業医科大学の松田晋哉教授は、地域医療構想の基本的な考え方を説明。データに基づき医療機関に自己決定を求めるものとした。

松田教授は政府の「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」の会長代理。同調査会は地域医療構想の全国推計を行っている。松田教授は、慢性期の需要について、「療養病床や介護施設、在宅等の合計であるのがポイント」と指摘。「地域により事情が異なる。在宅医療が難しく施設が望ましい場合もある」と述べた。

今後急増する患者像として、75歳以上の女性患者が特に多くなるほか、疾患では、脳血管疾患、慢性心不全、肺炎、骨折が中心になるとした。その対応として、急性期の段階からの医療・介護のネットワーク化が不可欠になると主張した。

# 来年の全日病学会を石川に引き継ぐ

熊本学会は10月9日の夕刻、すべてのプログラムを終え、閉会式を行った。山田一隆学会長が熊本学会の終了を宣言。来年9月開催の「第59回全日本病院学会 in 石川」で学会長を務める神野正博石川県支部長(全日病副会長)に「学会旗」を手渡した。最後に、田中英一実行委員長(武蔵ヶ丘病院理事長)が挨拶。関係者に謝意を述べる際に、なみだをみせる場面もあった。

山田学会長は、「3,195名もの参加があり、熊本の復興支援だと受け止めている。今回の学会で、地域医療構想について、幅広く議論してもらった。熊

本地震では、災害医療のあり方を深く実感し、災害時の医療を考慮した地域医療構想が必要であると認識した。これからも熊本の復興に向け、努力を傾ける」と述べた。

神野石川県支部長は、「北陸での学会開催は初めて。富山県支部と福井県支部の協力を得て、オール北陸で学会を開催したい」と述べた。学会のテーマは「大変革前夜に挑め! 今こそ生きるをデザインせよ」。神野支部長は、「医療・介護・福祉という殻を抜け出て、人々の生活に関わっていくという意味を込めた」と述べた。



## 北海道学会の優秀論文を表彰

10月8日夜の懇親会で、昨年の北海道学会の演題の中から選ばれた優秀論文の授賞式が行われた。表彰状と賞金が、川島周学術委員会委員長から受賞者に授与された。

## 【最優秀論文】

『同規模整形外科単科病院での患者満足度調査の検討』  
竜操整形 竜操整形外科病院管理部 難波修氏

## 【優秀論文】

『脳卒中片麻痺患者に対する視覚的運動錯覚を用いたロボットスーツ HAL 訓練の実践』  
秀友会 札幌秀友会病院リハビリテーション科 理学療法士 高川裕平氏  
『認知症の合併が急性期脳梗塞治療のコストに与える影響調査～看護ケア時間に基づいた患者別原価計算による検討』  
脳血管研究所附属美原記念病院 診療情報管理士 内田智久氏 (現所属 大誠会 内田病院 本部)



# 来年度末の介護療養病床の廃止は不可能

## 厚労省・療養病床特別部会

厚生労働省の「社会保障審議会・療養病床の在り方等に関する特別部会」(遠藤久夫部会長)は10月5日、療養病床のあり方に関して、前回に引き続き議論を行った。介護療養病床の廃止をめぐる賛否が分かれたが、来年度末の一律の廃止は不可能との認識で一致した。また、遠藤部会長が介護療養病床の受け皿となる施設類型のたたき台を示すよう、厚労省に要請。厚労省は、来年の通常国会への法案提出を目指している。

## 療養病床廃止の理由がわからない

厚労省はこれまでの意見を受け、現時点で2017年度末の廃止が規定されている介護療養病床の取扱いを論点として示した。同特別部会の初会合では、「設置期限の再延長を第一選択肢として議論すべき」との意見と「法律上、すでに廃止されていることを踏まえて、議論する必要がある」との意見が出ていた。

委員からは、「介護療養病床で患者

## 次回会合に厚労省がたたき台示す

の拘束をゼロにする取組みを続けてきた。拘束をなくすには人員が必要。介護療養病床を廃止する理由がわからない。財政的な理由以外があるのなら、明確に示してほしい。そうでなければ反対し続ける」との意見が出た。一方で、「保険給付の根拠規定がない状態を続けるべきではない。財源の裏づけを含めて、存在の根拠をつくる必要がある」と、法的な位置づけを重視する意見もあった。

全日病会長の西澤寛俊委員は、「法律に規定されているから廃止というだけでは納得できない、との意見が出ている。介護療養病床が果たしている機能をもう一度確認し、受け皿として必要な機能が何なのかを丁寧に議論する必要がある」と発言。また、サービス提供の中身だけでなく、受け皿ができたときに、財源を含め医療保険と介護保険の枠組みがどう整理されるのかについての議論も必要とした。

同日の議論ではそのほか、◇新たな施設類型の基本的性格(財源を含む)

◇人員配置◇施設基準◇低所得者への配慮—も論点となった。新たな施設ができた場合の経過措置や転換支援策などの議論も、厚労省は促した。

委員からは「病院完結型ではなく、地域完結型の医療・介護を目指す観点から新たな制度を考えるべき」、「医療機能を内包した施設系サービスは『住まい』ではないので、多床室は認められるのではないかと」、「医療機関と併設した居住スペースは『住まい』なので、住み続けられる居住権との関係を整理する必要がある」、「低所得者に対する配慮以外に、過疎地や有床診療所への配慮も必要」などの意見があった。

経過措置については、「医療・介護同時改定の結果が出る2018年2月にならないと、報酬が決まらない。十分な経過措置を設ける必要がある」との指摘があった。「経営面での見通しがないと判断できない」との声は複数の委員からあり、現行の廃止期限を再延長するか、廃止した上で経過措置を設けるかの違いはあるが、来年度末に一律



に廃止するのは不可能で、一定の経過措置が必要との認識は共有した。

## 総合確保基金の活用求める

転換支援については、「医療介護総合確保基金を活用すべき」との意見が相次いだ。現行の療養病床からの転換以外に、新たな施設を認めることについては、「参入規制を設けることは法的に難しい。期限つきであれば、ぎりぎり認められる」との指摘があった。

遠藤部会長は会議終了時に、「療養病床等の在り方等に関する検討会」がまとめたサービス提供類型をさらに具体化した「たたき台」を提示するよう厚労省に要請。次回、10月下旬の特別部会で議論される。

# 医療従事者の働き方でビジョンを策定

## 厚労省・ビジョン検討会

厚生労働省は10月3日、望ましい医療従事者の働き方を検討するため、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の初会合を開いた。医療を取り巻く環境が様々に変化していることを踏まえ、今後求められる医師や看護師の働き方を展望する。医師の働き方のあるべき像を描いて、新たな医師需給推計につなげることがねらい。座長には、澁谷健司東京大学大学院教授が選出された。

検討会の開催は、「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給検討会」の中間まとめを踏まえたものだ。中間まとめでは、医師需給推計の結果に基づいて、今後の医師養成数の考え方を整

## 医師需給推計を改めて実施

理した。しかし医師需給推計に対しては、医師の働き方の実態を反映していないとの指摘や、あるべき働き方が考慮されていないことに批判が出ていた。

このため中間まとめは、医師需給推計の不十分さを認め、医師の働き方に関する調査とあわせて、新たな医療のあり方を踏まえた医師の働き方ビジョンを策定し、その上で、改めて医師需給推計を行うと明記した。医師需給推計は、将来のどの時点で医師数が過剰になるかを推計するので、医学部入学定員の臨時増員の取扱いなどの議論に影響することになる。

塩崎恭久厚生労働大臣は初会合の挨拶で、「医師の働き方ビジョンがなけ

れば、将来の医師の需給はわからない。あるべき姿を描いた上で、需給推計を行う必要がある」と述べた。

ただ、働き方ビジョンで検討する医療を取り巻く環境の変化として、様々な要因をあげており、医師の働き方にどんな影響を与えるかは一様ではない。厚労省は環境の変化として、地域医療構想を踏まえた病床機能の分化から地域包括ケアの推進、情報技術や人工知能の発達、多死社会の到来まで幅広い社会の変化をあげている。

このため、検討課題は多岐にわたり、曖昧な印象も与える。具体的には、◇看取りニーズの拡大◇病床機能の分化、連携、療養病床の見直し◇在宅医

療・介護、地域包括ケアの推進◇総合診療専門医・かかりつけ医の普及◇医療ICT等インフラ整備やAI等によるイノベーション◇医療従事者間、介護従事者との役割分担、業務負担の軽減、働き改革—と盛り沢山だ。

検討会は医師の勤務状況を把握するための調査を早急に行う。検討会委員の井元清哉東大医学研究所教授を中心に実施するとしている。



# 厚労省が5疾病に関する論点整理示す

## 厚労省・医療計画見直しの検討会

厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」(遠藤久夫座長)は10月7日、医療計画における5疾病について議論した。厚労省は医療計画見直しに関する論点整理を提示した。

医療計画に記載すべき疾病は、現行の5疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患)を継続し、充実させる方針が6月の会合で固まっていた。今回の会合では、厚労省の関係部局の担当者が、5疾病のそれぞれについて現状と課題の検討状況を報告した。各疾病の提供体制を議論する会議が設置され議論が続けられており、それらの会議の進行状況も報告された。

その上で、厚労省は各疾病について取り組んできた対策を次期医療計画に反映することを提案。健康増進計画など、他の計画における予防対策の取り組みと調和させることも論点として示した。

さらに、現状把握や課題の抽出を行うための「指標」については、NDB等を活用して、都道府県の施策につながりやすい指標とすることを論点とした。

全日病会長の西澤寛俊委員は、厚労省内で5疾病の担当部局が異なること

## がんや循環器など各疾病の検討結果を反映

から、各疾病の医療提供体制に関する取組みが統一されていないことを問題視した。「ひとつの疾病の医療提供体制が整っていない地域では、他の疾病の提供体制も整備されていないことが多い。二次医療圏単位の資料をもとにして、5疾病を総合的に議論するべきだ」と提言した。

## 5疾病は各種検討会を踏まえ見直し

がんの医療体制について厚労省は、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の議論を報告した。従来、がん医療の均てん化を目指して、診療提供体制を整備してきたが、一方で、ゲノム医療については集約化の方向で検討会の議論が進んでいる。検討会の議論を踏まえて、医療計画も見直す方向だ。

脳卒中および急性心筋梗塞については、「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」とそのワーキンググループの議論が報告された。同検討会では搬送から急性期の医療体制だけでなく、回復期から慢性期に係る診療体制についても、今後議論する予定。検討会の



議論を医療計画見直しに反映させる。

日本医療法人協会の加納繁照委員は、循環器病に関する検討会に、現場の民間病院の立場の委員を参加させるよう厚労省に要請した。

糖尿病について、厚労省は「保険者による健診・保健指導に関する検討会」の議論や、「糖尿病重症化予防プログラム」策定に向けた検討状況を報告した。その上で、医療計画では、「診療報酬に糖尿病透析予防指導管理料があることを踏まえ、指標を見直してはどうか」と提案した。

精神疾患については、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検

討会」の議論を報告した。厚労省は「障害福祉計画と統合的な医療計画の策定が必要」と指摘し、検討会の議論を踏まえて医療計画を見直す方針を示した。

厚労省は5疾病について、各疾病の検討会の議論を踏まえて次期医療計画の見直しを図る方向を示し、委員は大筋で了承した。

医療計画の検討会は、年末を目途に取りまとめを行う予定だ。会議後に厚労省は、各疾病の検討会の議論が年末までに間に合わない場合には、3年後の第7次医療計画中間見直しに反映させる可能性もあるとの見解を示している。



# オプジーボの薬価を市場拡大再算定で引下げ

中医協・薬価部会

## 最適使用推進ガイドライン素案は了承

厚生労働省は10月5日の中医協・薬価専門部会(西村万里子部会長)に、抗がん剤のオプジーボ(小野薬品工業)を念頭に置いた高額薬剤の薬価の特例的な引下げ案を示した。年間販売額が予想を超えて拡大した場合に、薬価を下げる市場拡大再算定の考え方を適用する。委員から異論は出なかった。また、最適使用推進ガイドラインの素案とその医療保険上の取扱いを了承した。

オプジーボは希少疾患の効能で承認され、小規模の市場を前提とした高額な薬価が設定された。しかしその後、適用や用法容量が劇的に変わり、想定外に市場規模が拡大した。具体的には、希少疾患の悪性黒色腫(メラノーマ)から、「切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」、「根治切除不能または転移性の腎細胞癌」に広がった。さらに、現時点で多数のがん種に対する治験が行われており、承認・保険適用が今後とも増える見込まれる。

高額薬剤への対応では、2018年度改定で薬価算定の抜本改革を行う方向に

ある。それとあわせ、高額薬剤の最適使用推進ガイドラインの策定と、2018年度改定を待たずに、薬価を「期中改定」することが論点となっている。

厚労省は「期中改定」の対象となる薬剤の条件として、①効能追加などが行われてから、2018年度改定までに2年を超える期間が経過②2016年度販売額が千億円超で、市場が当初予測の10倍以上拡大一をあげた。これを満たすのはオプジーボとなる。

その上で、再算定に関し、「できる限り既存の考え方を活用するのが合理的」と主張。市場拡大再算定の仕組みを適用すべきとの考えを示した。

具体的には、2018年度改定での市場拡大再算定の特例にならうと、①年間販売額が1,000～1,500億円、市場規模が予想の1.5倍以上で最大25%引下げ②年間販売額が1,500億円超、同1.3倍以上で最大50%引下げ一となる。今回は薬価調査を行わないため、企業の仕切価格(出荷価格)ベースを用いると、年間販売額は1,260億円(小野薬品工業

予測)となる。

これを当てはめると最大25%の引下げとなるが、厚労省は今回、市場拡大再算定の「考え方」を適用するとしたのみで、25%の引下げを提案したわけではない。

### 医療保険上の取扱いを通知で規定

最適使用推進ガイドラインの素案とその医療保険上の取扱いを、薬価専門部会として了承した。試行的にオプジーボとレパサー(アステラス製薬)を対象としたガイドラインを作成する。さらに、保険適用上の留意事項として医療課長が通知する(留意事項通知)。

ガイドラインの対象はオプジーボとレパサー、その類薬。最適な使用を促すため、患者の選択基準や医師・医療機関などの要件を記載する。

非小細胞肺癌を適用としたオプジーボの施設要件のイメージでは、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院であることや、呼吸器やがん薬物療法専門性を求めた。



高コレステロール血症治療薬のレパサーについては、薬価取扱いに中医協の要請で、すでに留意事項通知が出ている。変更があるかは今後の検討次第だ。

これらのガイドラインの医療保険上の取扱いも決めた。実効性を高める観点から、ガイドラインを修正し、留意事項通知とする。

支払側の委員から「ガイドラインが遵守されない場合は、審査支払機関で査定すべき」との意見が出た。診療側は「今回は特殊な例であり、他の薬剤について、一つの規則で縛るべきではない」として、医師の裁量権を強調した。また、将来的には在宅医療などでも処方ができるようガイドラインの適宜見直しが必要との意見も出た。

# 入院医療の2016年度調査項目を了承

中医協・入院医療等分科会

## 「医師の指示見直し」の質問は変更

中医協の入院医療等の調査・評価分科会(武藤正樹分科会長)は10月12日、2016年度診療報酬改定の結果を検証するための2016年度調査の項目案を概ね了承した。また、療養病棟入院基本料等の調査は2016年度と2017年度の両年度で実施することも決めた。19日の基本問題小委員会に報告した。

2016年度調査は◇一般病棟入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」等◇地域包括ケア病棟入院料の包括範囲◇療養病棟入院基本料等◇退院支援での医療機関の連携や在宅復帰率につい

て、改定による見直しの影響を調べる。11～12月に調査を実施し、来年1月に集計。2月以降に結果を公表する。

調査項目のうち、入院患者票については、医師の直接の医療提供の頻度に関する質問を変更することになった。医師の医療提供の頻度を把握するのに、「医師による指示の見直し」を判断基準とすることに反対意見が相次いだためだ。医師が診察して、それが必ず「指示の見直し」になるとは限らない。しかし、厚労省はその文言を、これまでの調査項目で使ってきた。

全日病副会長の神野正博副会長は、「看護師の特定行為の研修制度が始まっている。医師が包括的指示を見直さない場合はどうなるのか」と質問。それを皮切りに、質問項目を見直すべきとの意見が相次いだ。

厚労省は経年的な変化を観察するために、項目自体を削除することには難色を示したが、新たな項目を設けることで委員の理解を得た。具体的には、「医師の診察(処置・判断含む)の頻度」の項目を新たに設け、選択肢を「1日数回」「毎日」「常時必要」などに分ける。



煩雑さを軽減し、回収率を上げるための工夫として、NDB(ナショナル・データ・ベース)を活用する。患者票の補助票として、DPCデータのHファイルの代替提出を可能とする。

# 専門医の認定・更新の手続きを了承

日本専門医機構

## 2017年度に暫定プログラムを実施する6学会からヒアリング

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は10月6日の記者会見で、新専門医制度における専門医の更新の手続きを承認したことを報告した。認定と同様に、1次審査は学会が機構の基準に則って行い、2次審査は機構が実施する。従来の整備指針を来月中旬をめどに改定し、2018年度の実施に向けた専門医認定・更新の機構の基準とする。

専門医の認定については、機構の新体制のもと、学会の役割が強化され、1次審査は機構の基準に則って学会が行うことになった。更新についても同様の手続きとする。その際に、「医師は基本診療領域のいずれかを取得する」と記載されているなど、問題が指摘されている整備指針を改定し、専門医の認定・更新の基準とする考えだ。

認定・更新料についても正式に承認し、5年で1万円(年間2千円)とした。機構の財務状況を精査し、運営が可能であることを確認したという。

また、来年度に暫定プログラム(学会が独自に実施する2017年度の新たな研修プログラム)を実施する学会から、地域医療への配慮について、改めてヒアリングを行った。暫定プログラムを

実施するのは、整形外科、救急科、形成外科、小児科、耳鼻咽喉科、病理の6学会(既存プログラムとの併用含む)としている。

ヒアリングの結果、大都市での募集定員の制限や研修施設の指導医要件の緩和、へき地での特例などの配慮を各学会が一定の水準で行っていることを確認した。

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



# 医師偏在対策で参考人からヒアリングを実施

## 厚労省・医師需給分科会

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」(座長=片峰茂・長崎大学学長)は10月6日、医師偏在対策について参考人からヒアリングを行った。

ヒアリングしたのは、◇日本専門医機構の吉村博邦理事長◇地域医療機能推進機構(JCHO)の尾身茂理事長◇徳島県保健福祉部の鎌村好孝次長の3人。このうちJCHOの尾身理事長は、保険医登録の仕組みを変えて、一定期間、医師不足地域における勤務を条件とすることを提案した。

日本専門医機構の吉村理事長は、新たな執行部による同機構の取組み状況を報告し、2018年度から新専門医制度を開始するに当たって、医師の地域偏在を抑制する方策を示した。吉村理事

## 医師不足地域における勤務を保険医登録の条件に

長は①大都市圏の専攻医の募集定員を採用実績の1.1～1.2倍以下に設定する②産婦人科領域などでは大都市圏の専攻医を地方に一定期間ローテイトさせる③明らかな専攻医の偏在が生じた場合には年次ごとに都市圏の募集定員を調整する④連携医療機関でも専攻医の採用を可能とすることを説明した。

### JCHOの尾身理事長が提案

JCHOの尾身理事長は、医師の偏在対策として、保険医登録の仕組みを変えることを提案。保険医や保険医療機関の責任者になる条件として、一定期間、医師不足地域で勤務することを求めた。尾身理事長は「医療が保険料や税金で成り立っていることを考えれば、プロフェッショナルフリーダムを尊重

すると同時に地域や社会ニーズにも応えなければならない」と指摘した。

また、専門医制度における診療科別の研修枠について、将来の人口動態や疾病構造の変化を考慮した上で、「都道府県・2次医療圏ごとに一定の幅をもって各診療科別の専攻医研修枠を設定することが重要」と述べた。

尾身氏の提案に賛成する意見が多かったが、「地方勤務の強制は今の時代にあわない」など反対意見もあった。

徳島県の鎌村次長は、徳島県の医師確保対策と地域医療支援センターの取組みを報告した。徳島県は、人口10万人当たりの医師数が全国3位だが、医師の高齢化が進み、へき地では医師確保が困難な状態となっている。このため徳島県は、2009年度から徳島大学医



学部の地域枠と連携し、修学資金を貸与しているほか、2011年から徳島大学病院に地域医療支援センターを事業委託し、医師確保対策に努めている。支援センターの設置後、県内で初期研修や専門研修を行う医師が増加している。

このほか厚労省から、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の設置について報告があったが、構成員から分科会で検討すべき事項について別の検討会を設置することに異論が出された。

# 訪問介護・生活援助の資格要件の「緩和・廃止」を提案

## 厚労省・介護保険部会

社会保障審議会・介護保険部会(遠藤久夫部会長)は10月12日、「軽度者への支援のあり方」について2巡目の議論を行った。

2015年の骨太方針は、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与について、「給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行い、2016年末までに結論を得る」ことを求めている。

また、10月4日の財務省・財政制度分科会は、軽度者(要介護1・2)に対する生活援助や通所介護など、地域における多様な主体の事業で代替可能なサービスは地域支援事業へ移行させるべきと提言している。

介護予防訪問介護と介護予防通所介

護は、2014年の介護保険法改正によって介護保険の指定サービスから市長村が任意に実施する地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)へ移行することになった。移行は2015年4月から2017年3月までの間に行われる。

このことを踏まえ厚労省は、この日の論点で、「軽度者に対する訪問介護の生活援助等給付の地域支援事業への移行に関しては、介護予防訪問介護と介護予防通所介護の移行の結果を検証した上で検討するべきではないか」とし、総合事業への移行結果の検証を先行させることを提案した。

この提案について、自治体の委員は「各市町村は来年3月までの事業開始に追われており、新たな移行を受け入れる状況にない」と発言。他の委員も

異口同音に「要支援者の移行を検証・評価することなく、生活援助等の移行を決めるべきではない」と、厚労省の方針に賛成した。

その上で厚労省は、軽度者に対する生活援助等の給付を見直す必要を指摘し、「次回介護報酬改定において、訪問介護における生活援助は、要介護度にかかわらず、サービス提供を行う場合の人員基準の見直しを行うことも考えられる」と提起した。

厚労省が提起した「人員基準の見直し」は、生活支援にかかわる介護福祉士とホームヘルパーという資格要件を大幅に緩和するか廃止することによって民間の家事代行サービスと実質的に同等にしていくことを意味する。その結果、生活支援の介護報酬も民間家事

代行サービスの価格水準に収れんさせていくものと思われる。

こうした提案に、多くの委員は「生活支援は軽度者の重症化を予防する役割がある」などと反対した。日本医師会常任理事の鈴木邦彦委員は、「次期改定で介護報酬が下がれば生活支援を提供する介護スタッフの給与も下がりがねない。処遇改善と逆行しないか」と疑問を表明した。



# 処遇改善加算の拡充等で17年度に介護報酬の期中改定

## 厚労省・介護給付費分科会

## 「介護人材の処遇改善」の議論始まる

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は10月12日、安倍政権が2017年度の重点施策に掲げる「介護人材の処遇改善」に関する議論を開始した。分科会は、厚労省が示した「現行の介護職員処遇改善加算の拡充をベースに介護報酬を見直す」ことで一致、2017年4月に同加算を軸とした期中改定を行う方針を了承した。

6月2日に閣議決定した「ニッポン一億総活躍プラン」は、介護人材の処遇改善について、「2017年度からキャリアアップの仕組みを構築し、月額平均1万円相当の処遇改善を行う。この際、介護保険制度のもとで対応するこ

とを基本に、予算編成過程で検討する」と明記している。これにより、介護保険制度の枠内で処遇改善に対応することが所与のものとなり、介護報酬における介護職員処遇改善加算を活用して実施する路線が敷かれた。

2012年度の「介護職員の賃金・雇用管理の実態調査」によると、一般職(正規職員)の基本給に定昇制度があると回答した法人は53.5%に過ぎない。「ある」とした法人のうち、「賃金表に基づいて昇給する」と答えた法人は35.6%で、さらに少なくなる。

定昇の昇給額に反映される要素をたずねたところ、「収支状況」「人事評価」

「役職・役割」がいずれも50%前後(複数回答)で拮抗しているが、人事評価を行う法人(60.1%)のうち、「評価基準や評価方法が明文化されている」と答えたのは34.1%で、全体の20%弱にとどまっている。このように介護事業所の多くは、透明・公正な人事評価とはいえない事情で昇給額が決まっている実態がうかがえる。

この日の議論で委員からは、「加算が増えたところで、定昇がない企業体質のもとでは処遇が継続的に改善されとは思えない」「加算の使い道は経営者にまかされているので賃金は上がっていないというのが職員の実感ではな



いか」など、人事管理体制の向上なしに加算が実施されている現状に疑問の声があがった。また、「重要なことは経営マネジメントの導入である。マネジメントのできる人材の養成を急がなければならない」とする具体的な提案もあった。

厚労省は、年末に結論をまとめる予定で、処遇改善に関する議論を続行していく方針だ。

## 2016年度 第7回常任理事会の抄録 10月7日

### 【主な協議事項】

#### ●平成28年度の入退会状況

正会員として以下の入会を承認した。  
青森県 医療法人元秀会弘前小野病院  
理事長 小野 浩嗣

正会員は合計2,490会員となった。  
賛助会員として以下の入会を承認した。  
ボルボ・カー・ジャパン株式会社(東京都、代表取締役・木村隆之)  
賛助会員は95会員となった。

#### ●人間ドック実施指定施設の申請

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>

大阪府医療法人東和会第一東和会病院  
理事長 飯田 稔

日帰り人間ドック実施指定施設は合計476施設となった。

#### ●平成29年度事業計画・予算編成作業日程(案)について

猪口副会長より、「平成29年度事業計画・予算編成作業日程(案)」の説明があり、作業スケジュールについて了承された。

### 【主な報告事項】

●山梨県支部副支部長の交代について  
山梨県支部副支部長の白根徳洲会病院(白根徳洲会病院)が退任し、石川真先生(同)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総会、薬価専門部会」、「地域医療構構に関する

ワーキンググループ」、「社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会」、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」、「医療計画の見直し等に関する検討会」などの報告があり、質疑が行われた。

#### ●講習会、研修会について

「第4回病院看護師のための認知症対応力向上研修会」、「第2回災害時の病院管理者等の役割研修」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

岩手県 盛岡繋温泉病院 更新

愛知県 千秋病院 更新  
大阪府 牧病院 更新  
佐賀県 西田病院 更新

#### ◎一般病院2

京都府 宇治徳洲会病院 新規  
東京都 江東病院 更新

#### ◎リハビリテーション病院

佐賀県 志田病院 更新

#### ◎慢性期病院

埼玉県 所沢ロイヤル病院 更新  
高知県 南国病院 更新

和歌山県 桜ヶ丘病院 更新

9月2日現在の認定病院は合計2,205病院。全日病会員数のうち、認定病院数の占める割合は34.8%となっている。



# 医療機器の流通改善で電子商取引の推進

## 厚労省・医療機器の流通改善懇談会

厚生労働省の医療機器の流通改善に関する懇談会(座長=三村優美子・青山学院大学経営学部教授)は9月30日、医療機器の流通改善について業界からヒアリングを実施した。医療機器の流

改懇は、5年ぶりの開催。冒頭に挨拶した厚労省の神田裕二医政局長は、「2011年の医療機器のコード化に関する事務連絡以降、バーコード表示に取り組んでいただいている。電子商取引や流通適正化への意見をいただきたい」と述べた。

日本医療機器テクノロジー協会の小

林和夫委員は、流通システムの電子化推進に向けた製造業界の取組みを説明。製品へのバーコード表示を徹底するため、「米国と同様にバーコード表示を義務化すべき」と提案した。また医療機関の電子商取引(EDI)を促進するため、診療報酬におけるインセンティブを求めた。

医療機器の適正使用・安全使用に向けて、学会と連携して医療従事者を対象に医療機器のトレーニングを実施することや、在宅医療に対応するため24時間コールセンターの設置を進めてい

ることを報告した。

日本医療機器販売業協会の浅若博敬委員は、販売業者として流通コストを削減するため、ICT化や物流拠点の集約・効率化を図っていると説明した。電子商取引の推進については、医療機関の協力を要請した。製造業と販売業・卸間の電子商取引は、2011年から2015年に1.5倍の増加をみせているが、卸と医療機関との取引はファクスなどのマニュアル処理が主流となっている。

また、医療の高度化に対応して医療機器の適正使用を進めるため、専門知



識を有する人材の育成をシステム化していく考えを示した。

厚労省は、流改懇で継続的に検討する課題として、①電子商取引(EDI)の推進②医療機関における在庫管理の効率化③医療機器の適正使用の推進④UDI(個別識別コード)の表示による在庫管理の効率化一をあげた。

# 認知症併存のがん患者の支援プログラム確立を提言

## 厚労省・がん対策推進協議会

厚生労働省のがん対策推進協議会(門田守人会長)は9月30日、2017年からスタートする第3期がん対策推進基本計画の策定に向けてライフステージに応じたがん対策を協議。認知症高齢者や思春期・若年成人(AYA世代)のがん対策について参考人から意見をきいた。

国立がん研究センター先端医療開発センターの小川朝生氏は認知症を併存するがん患者に対応するため、意思決

定能力の評価と認知機能障害に配慮した支援法、せん妄・疼痛・認知症の身体管理に対するプログラムを確立することが重要だと指摘した。

小川氏は、急性期病院に求められる認知症への対応として、認知症の見落としの防止、せん妄の予防・発見・対処をあげ、「個人の臨床技術で対応するのではなく、システムを構築して、支援を提供できるようにする必要がある」と指摘。「2025年までにがん診療連

携拠点病院に支援プログラムを定着させなければならない」と強調した。

国立がん研究センター中央病院の清水千佳子氏は、15歳以上40歳未満のAYA(Adolescent and Young Adult、思春期・若年成人)世代のがん対策について提言した。AYA世代のがん患者は、全がん患者の4%強の割合で存在するが、頻度が低いため医療機関・医療者の経験数が少ない。

清水氏は、AYAの支援チームや専



門の病棟を有するAYA診療拠点病院を指定することを提案。「拠点病院を中心に地域の医療者教育・人材育成、治療・ケア・長期フォローアップの連携体制を整備すべき」とした。

# 医療安全管理者講習会を開催

## 事故の要因分析(RCA)と未然防止(FMEA)の手法学ぶ

医療安全管理者継続講習(演習)会が10月1日・2日に全日病で行われ、RCAとFMEAの手法を用いた医療安全管理の進め方をグループワークで学んだ。

冒頭に挨拶した西澤寛俊会長は、「医療事故調査制度が施行されて1年が経過し、全日病は支援団体として具体的活動を開始している。医療安全は病院を運営していく上で非常に重要であり、医療安全管理者の責任は大きくなっている。講習会で習得した内容を医療現場で活用し、質が高く組織的な医療の提供に結び付けてほしい」と述べた。

### 事故報告書をもとにグループ討議

講習会は2日間の日程で、1日目にRCAを、2日目にFMEAを学んだ。RCA(Root Cause Analysis、根本原因分析)は事故の原因分析と再発防止が目的であり、FMEA(Failure Mode and Effects Analysis、故障モード影響解析)は事故の未然防止を目的とする。

講習会では、飯田修平常任理事が演習の進め方や留意点を説明した後、さっそく演習に入った。

RCAの手順は、①出来事流れ図の

作成、②背景要因の洗い出し(なぜなぜ分析)、③因果図作成、④対策立案と進む。①の出来事流れ図の作成で、事実関係を時系列で考え、②要因の洗い出しで、各事実がなぜおきたかの疑問をあげ、疑問に対する原因を記載する。疑問が出てこなくなるまで繰り返し、それ以上追及できなくなれば、それが根本原因である可能性が高い。なお、根本原因は一つとは限らない。

参加者は、6人ずつのグループに分かれ、事前に渡された事故報告書をもとにグループごとに出来事流れ図の作成に着手した。課題となった事例は、リウマトレックスの投与過誤事例。関節リウマチ(RA)でリウマチの外来に通院していた患者が下血を訴えて、消化器内科に入院したが、その際に患者の家族が外来で処方されたリウマトレックスを持参。研修医が持参薬の与薬を指示したが、服用方法の誤りにより患者が死亡した。

リウマトレックスの成分であるメトトレキサートは、白血病の治療に用いられる抗がん剤でもある。難治性の慢性関節リウマチの治療薬として開発され、十分な知識を持った医師が使用することが求められる。事例は、1カ月

分の薬剤(1週間に1回・4日分)を連続4日間、投与した。

### 事故調査委員会を想定して演習

事故発生報告書は完全なものではなく、原因を究明する上で足りない部分がある。このため、事故の当事者に対するヒアリングを行う必要がある。

研修会では、実際の事故調査委員会を想定し、講師陣が事故の当事者となって壇上に上がり、参加者の質問を受けた(写真)。ここで大切なのは、誤りを責めないこと。責任追及が目的ではなく、原因の究明が目的だからだ。

「薬剤師が投薬をチェックしていなかったのか」「お薬手帳は確認しなかったのか」などの質問に当事者役の講師が答えた。

ヒアリングを踏まえ、出来事流れ図を修正。さらに出来事流れ図をもとに要因分析の作業に入り、なぜ事故が発生したのか、根本原因を追及した。

一通りの作業を終え、各グループが発表した。一つひとつの出来事を深掘りして検討した経過を報告する。飯田常任理事は、「論理の飛躍がある。これでは改善につながらない」と指摘し、適切な要因分析を求めた。



### 輸血をテーマにFMEAを演習

2日目には、輸血業務をテーマにFMEA(故障モード影響解析)の演習を行った。FMEAでは、各工程で起こりえる不具合を想定し、不具合による現象・影響を検討し、対策をたてる。不具合の発生頻度、影響度、検知難易度を点数化して危険度を求め、FMEAシートを作成し、危険度の高い業務工程を抽出して対策を検討する。

参加者はグループごとに輸血伝票の照合確認から輸血開始まで、輸血業務における18工程について、不具合の影響を考察して発表した。

RCAとFMEAは、産業界で使われている安全管理手法。飯田常任理事は、「これらを使わない限り、未然防止と事後対応はできない。みなさんが指導者になって、医療安全に取り組んでいただきたい」と呼びかけた。

## ■ 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
2025年に生き残るための経営セミナー 第14弾「看護師特定行為研修指定研修機関への道 ~こうすれば取れるセミナー~」(100名)	2016年11月18日(金) 【全日病会議室】	8,640円(16,200円)(税込み)	保助看法の改正により2015年10月から看護師特定行為研修が始まった。セミナーでは、研修機関指定に向けた実際の戦略や取得の手続き、院内整備体制のポイントを解説する。回復期や慢性期の現場を支える中小病院や介護保険施設を持つ病院こそ、指定研修機関の役割が求められる。
災害時の病院管理者等の役割研修(60名)	2016年12月3日(土) 【TKP ガーデンシティ 大阪梅田】	7,560円(10,800円)(税込み)	大規模災害等発生時に、病院は患者、職員の安全確保や負傷者を受け入れる病院機能など様々な役割が求められる。研修では、病院管理者の取るべき処置を説明し発災を想定したシミュレーションを実施する。研修受講者には、受講修了証を発行する。