



全日病 ニュース

2017.6.1

No.895

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

急性期指標の取扱いに慎重論相次ぐ

厚労省・地域医療構想WG 病床機能の曖昧さ残すことも重要

厚生労働省は5月10日の「医療計画の見直し等に関する検討会・地域医療構想に関するワーキンググループ」(尾形裕也座長)に、病床機能別の2025年の病床必要量と現在の病床数を構想区域ごとに比較したデータを提出。ほとんどの構想区域で急性期が過剰となり、回復期が不足することを示した。その上で、病床転換を進める検討を促した。しかし全日病副会長の織田正道委員は、「現場の実態と必ずしも合っていない。性急な病床転換は危険で、病床機能の曖昧さを残すのも大事」と訴えた。

病床機能報告制度では、医療機関が主に担っている現状の病床機能と2025年に予定する病床機能、現在の構造設備・人員配置等に関する項目の報告を義務付けている。2016年度からは医療の内容に関する項目も加わった。病床機能は、病棟ごとに「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」から1つを選ぶ。

2016年度末で都道府県の地域医療構想が出そろったことを受け、各構想区域(341区域)の2025年の必要病床数と、病床機能報告制度による現状の病床数(2015年分)を比べた。人口減少や高齢化で、病床機能別にみた地域の医療需要は今後変化する。現状では、急性期と報告する病院が半数以上を占めるが今後は回復期の需要が増えると想定されている。

ほとんどの地域で回復期が不足に
両者の比較をみると、高度急性期で

は、将来の病床必要量が現状の病床数を上回る病床不足が205区域、病床過剰が126区域、一致したのが10区域だった。ただ厚労省は現状で高度急性期がゼロ床の区域が82区域あり、うち9区域が、「将来の病床必要量をゼロ床として地域医療構想を策定した」と指摘。高度急性期病床が不足する区域は、離島・へき地が多く、厚労省は、「単純に病床の必要量を参考にするのではなく、地域の実情を踏まえ調整会議で十分議論すべき」と強調した。

急性期は、将来の病床必要量が現状の病床数を上回る区域が13、下回る区域が328で、将来病床が過剰になる区域がほとんどだった。回復期では、逆に、将来の病床必要量が現状の病床数を上回ったのが336区域、下回ったのが5区域で、将来病床が不足する区域がほとんどだった。

回復期で、病床が過剰になる5区域は、◇北秋田(秋田県)◇沼田(群馬県)◇大田(島根県)◇浜田(島根県)◇有明(熊本県)。有明は現状で、人口あたり回復期病床数が多く、他の地域は今後人口減少が大きく進む。

慢性期は、将来の病床必要量が現状の病床数を上回ったのが69区域、下回ったのが270区域で、将来病床が過剰になる区域が多かった。

厚労省はこれらの結果を踏まえ、「多くの構想区域で、急性期機能が多く回復期機能が不足する。急性期機能から回復期機能への機能転換を検討する際

に、病床機能報告の具体的な医療の内容に関する項目や『急性期指標』の活用方法について、さらに検討を進めてはどうか」と提案した。

これに対し日本医師会の委員は、「今は急性期病床が回復期を担っている。あまり厳格にすると、医療の包容力が失われる。『見える化』をやりすぎることの危険性がある」と発言。織田委員も、性急な病床転換が地域医療にもたらす悪影響を訴えた。

カテーテル治療ゼロの高度急性期も

厚労省は同日の検討会に2016年度病床機能報告制度の分析結果を提示。2016年度から医療の内容がわかる項目をレセプトから病棟単位で収集している。それにより、報告した病床機能と実際に提供している医療の内容が比べられるようになった。比較の結果、厚労省は「同じ病床機能を選択し、同じ診療科であっても、診療実績に差が認められる」と指摘した。

具体的な事例として示したのが、循環器内科等で高度急性期と報告した病棟における「病床あたり経皮的冠動脈形成術のレセプト件数」。実施件数を多い順で並べたところ、全764病棟(508施設)のうち、103病棟(48施設)がゼロ件だった(13.5%)。10件以上は296病棟で38.7%、1以上10件未満が365病棟で47.8%となっている。厚労省は「ゼロ件」を問題視した。

また、医療の内容がわかる項目のう



ち、全体の平均に対し3倍以上の項目が報告されているものを病床機能別に整理。高度急性期は救命救急入院料や特定集中治療室管理料、回復期は回復期リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料、慢性期は療養病棟入院基本料や障害者施設等入院基本料が多かった。一方、急性期に特徴的なものはなかった。

急性期指標はランキングではない

奈良県立医科大学教授の今村知明委員が「病床機能報告を利用した急性期指標」を説明した。病院の急性期機能を担う項目を選び出し、比較できるように標準化したものだ。急性期の病院が満たしそうな項目として、入院基本料等の算定から人員配置、医療機器・院内設備の保有状況、手術件数などをポイントで表して集計。病院ごとに点数化して示している。今村委員は「優れた病院ランキング」ではなく、地域における病院の立ち位置を把握するもの」と強調した。しかし、構成員より慎重論が相次ぎ、織田委員も、「病床機能報告は病棟の機能を評価するもので、病院として評価するのはおかしい。病院ランキングではないというが、都道府県で趣旨が理解されずに使われている。極めて慎重に利用すべき指標だ」と述べた。

心不全患者のリハビリを地域全体で管理

厚労省・心血管疾患WG 施設の評価指標は今後の課題

厚生労働省の「心血管疾患に係るワーキンググループ」(永井良三座長)は5月19日、心血管疾患の回復期から維持期にわたる医療提供体制の考え方をまとめた。今後増加する慢性心不全患者を施設単体ではなく、地域全体で管理し、急性期医療との連携体制を構築する方向性を明確にした。全日病副会長の美原盤委員は、「心不全増悪で再入院を繰り返す患者を急性期の大病院がすべて抱えるのは難しい」と強調した。

厚労省は心血管疾患リハビリテーションの提供体制のイメージを提示。急

性期後は、外科的治療やPCI(経皮的冠動脈形成術)を行う専門的な施設から、内科的治療中心の施設へ移行し、回復期から維持期でのリハビリにつながる体制を描いた。前期回復期は入院で、後期回復期は外来で、運動療法などのリハビリやカウンセリングなどを提供する。後期回復期からはかかりつけ医での対応を目指し、維持期はかかりつけ医が担う体制で再発防止を図る。

また、関連学会が提唱するリハビリは「運動療法、冠危険因子是正、患者教育およびカウンセリングなどを含む多職種チームによる多面的・包括的な

疾病管理プログラム」である。主に外来で行われることを想定しており、厚労省は、多職種が連携し、地域で慢性心不全患者を管理する体制の検討を促した。委員から概ね合意を得た。

心不全患者は高齢化に伴って増加傾向にあり、毎年1万人程度増えている。2030年には発症が年間35万人を超えるとの推計がある。発症し治療後も、急性増悪と回復を繰り返す慢性心不全状態に陥り、常に突然死の危険がある。そのような変動を繰り返しながら、次第に身体機能が低下していく。委員からは、「回復の見込みが低くなった



患者すべてに人工心臓をつけるのかは、今後考える必要がある」との意見が出た。

今後の課題としては、それぞれの機能を担う施設の評価指標を検討することを確認した。その場合に、リハビリの実施件数など医療計画における指標などを参考にするとともに、連携体制の観点が必要との意見が出た。

清話抄

労働集約型医療機関の限界

いよいよ人口減少が顕著化してきた。生産年齢人口が、ここ20年で1,000万人減少した。求人募集をしても、人気がない職種や給与の安い仕事には人が

集まらない。そこに、国家が主導で「働き方改革」が始まり、労働集約型産業である病院や施設の経営は危機的状況に追い込まれてきている。

また、この人手不足の状況下で、特に若い働き手の“都市への集中”が顕著になってきている。今年度の国勢調査で政令指定都市の静岡市の人口が70万人を切った。原因は若者が首都圏に転出しているからだ。今後は地方都市での労働力をうまく補わないと、とんでもない人手不足に陥り、大問題にな

りそうである。但し、AIの導入が急速に加速され、“モノづくり”に必要な労働力が激減するならば、状況は変化するが、このままでは“人”が足りないというのが現状だろう。

また、働き方改革の中でいち早く「1日8時間」「週45時間」「残業ゼロ」の道を歩まなければならない。従業員数100人以上の企業は人件費に圧迫され経営はかなり厳しい状況になると思われる。

小さな病院、大きな病院を問わず、

午後の診療や夕診をすることが困難になってくるだろう。これだけではなく最も大きな問題は救急医療である。救急医療を「1日8時間」「週45時間」ましてや「残業ゼロ」等の目標など医療の現場は困難を極めていく。救急医療を行っていくためにはかなりの人数の医療スタッフを確保していくことが今後必要である。現在の診療報酬でこの目標を達成するだけの人件費を賄うことがとても厳しいと思うのは、私だけなのだろうか。(小森 直之)

主張

経営に資する病院情報の収集と統治

全日病の医療の質向上委員会では、医療の総合的質経営(TQM: Total Quality Management)に基づき、種々の事業、研修会を実施・開催している。医療のTQMとは、医療の質を武器にして医療経営を効果的・効率的にすることである。当委員会では医療安全管理者養成課程講習会、同継続演習会、医療事故調査制度事例検討研修会、業務フロー図作成講習会、特性要因図作成講習会、医療機器安全管理講習会、MEDI-TARGET看護必要度入力

点検機能操作説明会などを開催している。医療安全に焦点を当てたものが多いが、看護必要度のように経営に直結するツールの説明会もある。

病院にはありとあらゆるデータが散在しているが、このデータを意味あるものにしたものが情報である。しかし、病院のデータは多職種、多部署に散在・分断化されており、それらを統合・可視化し意味ある情報にし、PDCAサイクルを回し、質を改善し、経営に生かすプロセスに乏しい。現在の病院に

は質管理、安全管理(医薬品安全管理、医療機器安全管理、感染管理)、リスク管理の他に、データ管理と情報管理が不可欠である。各種データのデジタル化情報やモバイル化した医療機器情報の統合、セキュリティ確保やサイバー攻撃対策にデータと情報管理は必須である。

現在、各種医療情報が厚労省に集約され、その分析に基づく施策が着実に展開されつつある。これらの政府の施策は必ずしも医療機関に有利な展開になっていないのが現状である。これを逆転させるには、医療機関側もデータ

提供するだけでなく、一致団結してデータ収集・分析できる仕組みを早急に構築し、医療を受ける国民のための施策を提言する必要がある。日本医師会も日医総研を設置し情報収集と政策提言しているが、このような機能構築に資するために全日病総研が設置されていると思われる。医療の質の評価・公表等推進事業の継続とその全面的なブラッシュアップを含め、全日病参加病院の一つひとつが全日病総研の意義を理解し、参加・変革していくことが求められている。

(永井 庸次)

地域包括ケア病棟入院料と回復期リハ病棟を議論

中医協・総会

猪口委員が地域包括ケアシステム構築に資する評価求める

中医協総会(田辺国昭会長)は5月17日、次期診療報酬改定に向けた入院医療の議論で、地域包括ケア病棟入院料と回復期リハビリテーション病棟をテーマとした。地域包括ケア病棟に関して、国公立の7対1病院が自院の患者を転棟させる形で利用する機会が多いことがデータから示唆された。全日病副会長の猪口雄二委員は、地域包括ケア病棟の見直しについて「地域包括ケアシステムの構築に資する観点での評価」に向けた議論を求めた。回復期リハ病棟では、アウトカム評価をめぐる、診療側と支払側で温度差があった。

地域包括ケア病棟入院料等は2014年度診療報酬改定で新設され、その後届出病床数は増加している。2016年10月時点で5万2,492床となっている。すべての点数項目で、医療機関の開設者は民間が多いが、地域包括ケア病棟入院料1については、民間の割合が少なくなる。入院料2の民間の割合が86.4%であるのに対し、入院料1は65.2%にとどまる。入院料1は1日2,558点、入院料2は2,058点。違いは、面積(1人当たり6.4m²以上)と在宅復帰率の要件の有無となっている。

入院料1を届け出ている医療機関は、あわせて7対1入院基本料を届け出ている医療機関が多い。入院料2と地域包括ケア入院医療管理料1、2を届け出ている医療機関は10対1が多い。入院料1を届け出た医療機関では、7対1を減らした医療機関が多く、入院料2を届け出た医療機関では、10対1を

減らした医療機関が多い。

地域包括ケア病棟の入院患者をみると、院内の他病棟から転棟した患者の割合が9割を超える医療機関が、全体の45%を占めた。特に、7対1病棟のある医療機関でその割合が高くなっている。また、1日あたり点数(入院料を除く)の分布をみると、7対1と7対1以外の医療機関では、どちらも500~600点の範囲が最も多かった。

これらのデータを踏まえると、国公立の7対1の大病院で、病棟の一部を地域包括ケア病棟に転換し、自院の患者を転棟させている地域包括ケア病棟入院料等の利用が、相対的に多いと示唆される状況が浮かび上がる。全日病副会長の猪口雄二委員は、「地域包括ケアシステムの構築に資する観点での評価を今後十分に議論する必要がある」と述べた。別の診療側委員は、「急性期からの受入れだけでなく、緊急時の受入れや在宅・生活復帰支援を担う中小病院で取りやすくし、高度急性期を担う病院には取得に制約を設けるべき」と主張した。

また、入院患者の状況を見ると、疾患では「骨折・外傷」、「肺炎」、「脳梗塞」が多く、入棟前の居場所が違っても、この傾向は同じだった。7対1、10対1に入院する患者と比べると、「骨折・外傷」に該当する患者が多くなっている。逆に、7対1、10対1に多い「悪性腫瘍」の患者は地域包括ケア病棟では多くない。年齢層は高齢者が多く、年齢階級別では80~84歳が最も多く

なっている。

地域包括ケア病棟の診療科では、過半数を超えているのが「内科」(93%)、「整形外科」(70%)で、次いで「外科」(45%)、「リハビリテーション科」(23%)、「脳神経外科」(20%)が続いた。それ以外は1割以下となっている。猪口委員は、「療養病棟入院基本料を届け出ている医療機関にも地域包括ケア病棟がある。そこで提供されている医療の内容を含め、医療機関の機能に応じて、どのような違いがあるかの調査結果をみる必要がある」と、実態把握を行った上での議論を求めた。

回復期リハのアウトカム評価で議論

回復期リハビリテーション病棟入院料は、一貫して増加傾向にある。直近10年間でおよそ2.5倍に増え、2015年7月時点で7万5,433床、病床数全体の5%弱を占める。ただ入院料1が増加傾向にある一方、入院料2、3は横ばいの状況だ。入院料1は1日2,025点、入院料2は1,811点、入院料3は1,657点(生活療養なしの場合)。入院料1はリハビリ職員配置や入院患者、退院場所などの要件が厳しい。

入院1を届け出ている医療機関は7対1と10対1が多く、入院料2、3では10対1と療養病棟が多くなっている。また、回復期リハビリテーション病棟を持つ医療機関のうち、訪問リハビリを実施している医療機関は約30%、通所リハビリを実施している医療機関は約44%となっている。



2016年度改定でアウトカム評価を導入し、疾患別リハビリの算定に制限を設けた。具体的には、患者1人1日あたり9単位まで算定できたのが、効果が認められないと判断された場合に、6単位を超えるリハビリが算定できなくなった。効果の測定は、FIMの運動項目で、ADLスコアを評価して行い、3カ月ごとの集計において2回連続で、一定の点数未満の場合に算定できなくなる。

アウトカム評価の実施は経過措置が設けられ、今年1月から実施されており、その影響はまだ把握できていない。同日の議論で支払側の委員は、「ADLの改善を一律に評価するのではなく、入院時の患者の状態や目標に対する達成度によるアウトカム評価を検討すべき」と主張。これに対し診療側の委員は、「今は前回改定の影響を検証する段階。改善しやすい患者ばかりを集めるモラルハザードなど、様々な問題が生じる可能性がある」と反論した。

関係業界から薬価制度抜本改革でヒアリング

中医協・薬価部会

外国価格調整の米国価格でPhRMAが提案

中医協の薬価専門部会(中村洋部会長)は5月17日、薬価制度の抜本改革への意見をきくため、関係業界からヒアリングを行った。外国平均価格調整で米国のリストプライスが突出して高いことに関し、米国研究製薬工業協会(PhRMA)がメディケア・メディケイドの償還価格を提案。ただ委員から「代表性」を疑問視する意見が出た。

関係団体は日本製薬団体連合会(多田正世会長)、PhRMA(パトリック・ジョンソン在日執行委員会委員長)、欧州製薬団体連合会(EFPIA)(オーレ・ムルスコウ・ベック会長)、日本医薬品卸売業連合会(鈴木賢会長)。昨年12月の4大臣会合で決定した薬価制度の抜本改革の基本方針に沿って、意見を述べた。

薬価制度改革全体に対し、日薬連は「医療の質の向上に貢献する革新的な

新薬の創出を薬価制度が後押し」することを主張。抜本改革に対しては、「安定性、予見性を強く求めたい」と述べた。PhRMAは新薬開発が近年よりリスクの高い、困難なものになってきたことを強調。日本の患者に画期的な新薬を迅速に届けるため、「特許期間中の新薬の薬価を維持する仕組みの継続」を求めた。

EFPIAは「薬剤費の効率化で生まれる節減額は、新薬の価格レベルを特許期間中に維持することに充当すべき」と主張した。日本卸売連は抜本改革を行うに際し、安定的な医薬品流通の確保や流通改善が前提であるとして、医薬品卸売業界の現状を勘案した「慎重な検討」を要望した。

製薬3団体は、2010年度改定で試行的に導入した新薬創出・適応外薬解消等促進加算の維持・継続を主張。加算

対象となる新薬の範囲を狭めることのない対応を求めた。

日薬連は「特許期間満了後は後発品への置換えが進むことを前提に、薬価引下げを一時的に猶予し、前倒しで得られる収益を研究開発に再投資することで、革新的新薬の創出を加速させるとともに、未承認薬・適応外薬やドラッグ・ラグの解消を実現させる」との同加算の趣旨をもとにした形での薬価改定方式の「制度化」が必要と強調した。

中間年の改定については、4団体とも「対象を限定すべき」とした。日本卸売連は「中間年の調査で、特定の卸売業者のみを対象として、それをあらかじめ公表した場合、取引先を調査対象外に変更するなど流通にゆがみが生じかねない」と指摘した。

外国平均価格調整については、「米、英、独、仏」の価格の平均額を算出し、



一定額を上回る場合や下回る場合に価格調整を行っている。しかし米国の薬価のリストプライス(AWP)が他国と比べ、突出して高いため、それに引きずられる形で、薬価が高くなるのが問題になっている。今回PhRMAは、AWPではなく、公的医療制度のメディケア・メディケイドの償還価格の算定に用いる「ASPおよびNADAC」を参照することを提案。ただ「その価格に代表性があるのか」と疑問視する意見が薬価部会の委員から出た。

定期巡回・随時対応型と小規模多機能型の基準緩和が論点に

厚生省・介護給付費分科会

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は5月12日と24日に会合を開き、2018年度介護報酬改定に向けて、一巡目の議論に着手した。
12日は、◇定期巡回・随時対応型訪問介護看護および夜間対応型訪問介護、◇小規模多機能型居宅介護および看護小規模多機能型居宅介護(旧複合型サービス)を取り上げ、24日は認知症施策を取り上げて議論した。

伸び悩む地域密着型サービス

12日に議論された4つのサービスは、いずれも指定と基準設定に市町村の裁量が認められる地域密着型サービスであるが、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と看護小規模多機能型居宅介護が2012年度創設と新しいサービスであるのに対して、夜間対応型訪問介護と小規模多機能型居宅介護は2006年度改定で創設されたにもかかわらず、その普及は十分とはいえない。

日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護を一体的に提供する定期巡回・随時対応型訪問介護看護をみると、創設から4年で請求事業所数は633、利用者数は約13,800人、利用者に占める中重度者(要介護度3以上)の割合は50%となっている(2016年4月審査分)。

しかも普及に偏りがみられ、給付実績がない保険者は全体の65%にもものぼるなど、地域ごとのばらつきが大きい。

一方、夜間における訪問介護のみの提供を想定した夜間対応型訪問介護は、創設から11年過ぎても請求事業所数が182と少なく、利用者も8,000人前後で、伸び悩んでいる。

「通い」を中心に、利用者の状態に応じて「宿泊」や「訪問」を組合わせて提供する小規模多機能型居宅介護(小多機)は、創設から11年たった現在、請求事業所数は4,984、利用者数も約

グループホームにおける医療ニーズで議論

85,200人と増加しているが、利用者に占める中重度者の割合は45%にとどまっている。

他方、小多機に訪問看護の機能を付加した看護小規模多機能型居宅介護(看多機)は、創設から4年経過したものの請求事業所数は318にとどまるが、中重度者が占める割合は6割を超えている。

厚生労働省は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護については、さらなる普及が必要とした上で、①人員基準や資格要件等の見直し、②とくに日中は兼務禁止となっているオペレーターについてICT活用も含めた人員基準や資格要件等の見直し、③定期巡回・随時対応型訪問介護看護における集合住宅対策、の検討を課題にあげた。

小多機と看多機に関してもさらなる普及が課題であるとした上で、①人員基準や利用定員等の見直し、②看護職員の雇用が困難という現状への対応の検討を提起。さらに、小多機について、③(必置である介護支援専門員ではない)外部の介護支援専門員がケアプランを作成した場合の取り扱い、④(小多機と)他サービスとの併用の可否という2点を論点にかかげた。このうち外部の介護支援専門員の活用に関しては、介護報酬の算定対象とすべきか否かを検討することが昨年12月20日の閣議決定で決まっている。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護に関する議論で、日本医師会の委員は、「この事業はサ高住の併設というのがビジネスモデルとして想定されている。こうした不適切なやり方を是正すべく見直しが必要がある」と指摘した。他の委員からも同様の指摘が相次いだ。

小多機に関する議論で日本医師会の委員は「小多機をもっと柔軟にしてい

くことが大切」とした上で、1事業所登録定員(上限29名)のうち最大18名となっている「通い」の利用定員を緩和することを提案した。介護支援専門員については外部活用に反対し、多くの委員から同様の意見があがった。

医療機関との連携強化で一致

5月24日は、認知症施策をめぐって議論した。厚生労働省は論点として、①医療ニーズへの対応など認知症対応型共同生活介護(グループホーム)のサービスのあり方、②認知症対応型通所介護(認知症デイサービス)のサービスのあり方、③認知症に関連する加算のあり方という3点を提示した。

この日の議論は、グループホーム(GH)が算定できる医療連携体制加算などGHにおける医療サービスのあり方を中心に議論したが、医療機関との連携強化によって体制の充実化を図る方向で概ね一致した。

調査によると、GH事業所の半数が利用者における医療ニーズの増加を認めている。また、「胃ろう・経管栄養」「インシュリン注射」「膀胱カテーテルの管理」「痰の吸引」については半数以上が「対応不可」と回答するなど、「医療ニーズの増加」がGH退去にいたった理由の3分の1を占めている。退去先は、精神科病院への入院を含め、医療機関が最も多く46.5%を占める。

GH内で死亡し、看取りまで行ったケースは19.4%だった。搬送等による入院先等で亡くなったケース(17.4%)も含めると、入居者の36.8%がGHで生を終えている。

しかしグループホームには、看護職員の配置が義務づけられていない。このため病院・診療所や訪問看護ステーション等との連携が求められる。こうした体制に対しては医療連携体制加算



が認められていて、8割の事業所が入退院時の情報の提供・受取りを実施している。

病院団体の委員は、合併症を合わせ持つ認知症患者が様々な施設に分散しているにもかかわらず、その実態が明らかでない」と指摘。全体像を把握することを提案した。その上で、医療機関における認知症対応には、総合診療医の配置が不可欠であると主張した。

日本医師会の委員は、「GHの看護職員必置は適切ではない」とした上で、ケアプラン作成時のアセスメントにかかりつけ医を参画させるなど、GHとかかりつけ医の連携が重要と主張した。

その一方で、必置ではない看護職員を配置している事業所を評価すべきとの声もあった。あるいは、「外部からの提供も含め、医療ニーズに対応する体制を評価する加算を強化すべき」として、GHにおける看取りの体制の整備を求める意見もあった。

こうした意見の一方で、「GHは特養の待機場所となっている実態もある。地域包括ケアの重要な領域としてあらためて位置づけしてほしい」「GHを地域における認知症相談の拠点とすべく強化していくべき」など、認知症の施策体系の中でGHを位置づけ直すべきとする意見があった。

認知症にかかわる加算評価に関しては「当該事業所を支援するためには加算の種類・対象を増やしていく必要がある」との意見が出るなど充実を求める声が大勢を占めたが、保険者からは「全体的にもう少し整理してもよい」とする意見も示された。

「先発品と後発品の価格差を患者の追加負担としてはどうか」

厚生省・医療保険部会

改革工程表に基づき厚生省が議論を提起。反対・慎重が多数

社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)が5月17日に開かれ、厚生労働省は「先発医薬品と後発医薬品の価格差を(先発品を選んだ)患者の自己負担とする」考え方を提案し、議論を求めた。

この日の議論は反対もしくは慎重に検討すべきとする意見が大勢を占めたが、この課題は経済・財政再生計画の改革工程表で2017年度半ばをめどに結論を出すことが求められており、引き続き検討課題となるのは必至だ。

後発医薬品シェア80%以上の達成時期が課題

経済・財政再生計画の改革工程表は、「先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方について、関係審議会等において検討し、2017年央を目途に結論」を出すことを求めている。

4月11日の経済・財政一体改革推進委員会の社会保障ワーキング・グループで、厚生労働省は、「薬剤の適正使用に向けた取組」の一環として、①後発品数量シェア80%以上の目標達成時期と求められる更なる使用促進策および②上記も踏まえた先発品価格のうち後発品に係る保険給付額を超える部分の負担のあり方が喫緊の課題であるとし、改革工程表に基づいた取り組みを進め

る方針を表明している。

「調剤メディアス」によると、後発医薬品の数量シェアは昨年9月で66.5%。改革工程表の「2017年央に70%以上とする」目標に3.5ポイントまで迫っているが、この数字は薬局で調剤されたものだけで、後発品の使用割合が低くなる入院や院内処方含まれていない。

改革工程表は、さらに、「2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上」とする目標を掲げ、「2017年央に80%以上の目標の達成時期を具体的に決定する」としている。

委員からは、「80%は多分クリアできるのではないか」という見方もあったが、80%が「2018年度から2020年度末までの早い時期」に本当に達成されるのか、また「早い時期」をどの時期とするのかについて、後発品メーカーの製造余力の問題もあり、課題となっている。

先発品の薬価を後発品まで引き下げる案も

厚生省がこの日の部会に示した考え方は、(1)先発品と後発品の差額を患者負担とする、(2)患者負担とするのではなく先発品の薬価を後発品まで引き下げる、という2案。

(1)は、先発品の使用は「選定療養」と位置づけ、後発品の薬価までを保険



外併用療養費として給付し、後発品の薬価を超える部分は、医療機関等が患者から徴収するというもの。

ただし、この考え方については、患者の立場から、◇先発品を使用した場合に患者負担がこれまでよりも増える、◇患者によっては、身体症状等により先発品を使用しなければならない場合がある一と論点を整理した。

また、製薬企業の立場から、◇後発品へのシフトが進むために先発品企業の経営に一定の影響が出る、◇需要が大きく増えることによって後発品の安定供給にも一定の影響が出る可能性がある、さらに、◇先発品企業が先発品の価格を引き下げると後発品企業の経営にも影響が出るのではないか一と産業政策面からの論点を示した。

次に、(2)の「先発品の薬価を後発品まで引き下げる」考え方については、◇先発品と後発品の価格差がなくなるので後発品を使用するインセンティブ

がなくなるのではないかと、◇価格差がなくなることによって、先発品企業だけでなく、価格優位がなくなる後発品企業の経営に大きな影響が出るのではないかと一とする論点を提示した。

この日の議論では、(1)の患者に追加負担を求める考え方にに対しては、多くの委員が明確に反対するか、「慎重な議論を求める」姿勢を示し、賛成もしくは前向きな議論を求めたのは経済団体の委員など数名にとどまった。

(2)の「先発品の薬価を後発品まで引き下げる」案に対しても、「価格競争がなくなるためにかえって両方の薬価が高止まりしてしまわないか」「先発品企業における新薬開発にブレーキがかかる可能性がある」など、疑問視する声が多かった。

遠藤久夫部会長は「幅はあるものの慎重な意見が多く、積極的に進めようとする意見は見当たらなかった」とまとめた。

リハビリが難しい患者への対応が課題

厚労省・脳卒中 WG

回復期から維持期への連携体制を議論

厚生労働省の「脳卒中に係るワーキンググループ」(小川彰座長)は5月17日、脳卒中の回復期から維持期の医療提供体制構築の考え方を議論した。合併症を抱え、回復期リハビリテーションを受けることが難しい重症患者への対応などが課題となった。超高齢社会の進展で、回復期の不足が見込まれるなか、委員からは、現状の医療資源で急性期を破綻させずに、回復期・維持期で脳卒中患者を支える体制構築を求める意見が相次いだ。

脳卒中患者の急性期以降の経過は、個人により大きく異なり、患者の状態に応じた医療提供体制を構築する必要がある。今回厚労省は、一般的な経過をたどる脳卒中患者と一般的な経過をたどらない脳卒中患者の提供体制の考

え方を示し、概ね合意を得た。一般的な脳卒中患者の場合、急性期の病態安定後、機能的な改善の到達点やそれに到達する時期を予測した上で、速やかに回復期リハビリに移行できる連携体制を整えるべきとした。回復期リハビリによるADLの改善が十分に見込めなくなれば、今度は、円滑に維持期の医療に移行させる。

委員からは、「脳卒中は在院日数が長く、急増する需要への対応が喫緊の課題。今後の高齢化では、特に大都市で、回復期病床が足りなくなる。回復期から維持期への多職種協働の地域連携パスが重要になる」との意見が出た。一方、一般的な経過をたどらない脳卒中患者では、肺炎や心不全などの合併症を抱える重症患者が多く、回復期

リハビリの効果が見込みにくい。厚労省は、リハビリの阻害要因として、「遷延性意識障害」、「認知症」、「両側障害」、「高度心疾患」をあげた。その上で、リハビリと合併症の治療が同時にできる医療連携体制が望ましいとの論点を示した。

全日病副会長の美原盤委員は、「回復の見込みのある患者に密度の高いリハを集中的に提供する回復期リハ病棟は、再発・合併症等に対応する施設ではない。むしろ地域包括ケア病棟等が担うべき」と強調した。また、「すべての脳卒中患者を地域の中核的な病院が受け入れるのは、今後の超高齢社会では現実的ではない」との考えも示した。

厚労省の資料では、回復期を①回復期リハビリテーション②亜急性期治療



(再発予防、基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応等)に整理した。老人保健施設や通所リハビリが担う維持期リハビリに円滑に移行する連携体制も求めた。ただ機能の違いによる連携をどの施設間・施設内で行うかは、地域の医療資源によるとしている。

同WGは同日で議論を終え、6月末に開く「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」に報告する。厚労省が同WGの報告書の素案を作成し、委員間の持ち回りで了承を得る考えだ。

個人情報保護法の改正に関する対応を報告

厚労省・レセプト情報等の提供に関する有識者会議

厚生労働省の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」は5月17日、厚労省から「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」(行個法)の改正に関する対応について報告を受けた。改正行個法は、5月30日に施行された。

今回の改正により個人情報の定義が明確化されたが、厚労省の保有する個人情報の利用および提供の制限に関す

る規定は改正前から変更はない。現行のNDB(レセプト情報・特定健診等データベース)の第三者提供は、改正行個法の適用が可能であり、第三者への提供を継続する方針を確認した。

NDBのレセプト等の情報は、匿名化処理が行われたうえで保険者から厚労省に提供される。このため、第三者提供するNDBデータは「原則として個人情報に当たらない」との解釈を示し

た。NDBデータの第三者提供に当たっては、個々の研究ごとに研究の目的や必要性について慎重に審査しているため、個人特定のリスクが懸念されるデータ提供は行っていない。

ただし、非常に例外的なケースで、第三者提供のNDBデータに患者の個人情報が含まれる可能性が完全には排除できないことを説明した。具体例として、極めて稀な疾病の傷病名が記載

されている場合や、年齢が明らかな著名人が稀な疾患に罹患したことが報道された場合を示した。厚労省は、こうした可能性を念頭に、患者の個人情報が含まれたNDBデータを第三者提供した場合について、改正行個法との関係を入念に整理することが必要とした。

また、NDBデータの現状について報告を受けた。3月現在のデータ件数は、レセプトデータ128億8,400万件(2009年4月～2016年12月診療分)、特定健診・特定保健指導データ1億9,800万件(2008年度～2015年度実施分)に及ぶ。3月審査終了分までの第三者提供の承諾件数は137件だった。

病院経営管理指標及び経営実態に関する調査結果を公表

開設主体別に経営状況に大きな格差

2015年度の病院経営管理指標及び経営実態に関する調査研究報告が5月2日に公表された。それによると、経常利益と医療利益において、公私の格差が顕著となっている。

調査は、厚生労働省医政局の委託研究事業として行われたもので、昨年までは全日病にも直接協力依頼が来ていたものだ。全国の7,080病院を対象に調査票を配布し、1,322病院から回答を得た(有効回答率18.7%)。回答病院の病床種別は、一般病院が49.2%で約半数を占める。また、開設者別では医療法人が56.7%を占め、最も多くなっている。

一般病院の平均病床数を開設者別にみると、医療法人立病院の130.4床に対し、自治体立、旧社会保険関係団体立、その他公的に分類される公的病院は300床以上である。

経常損益が黒字の病院の比率を開設者別にみると、医療法人が70.2%、旧社会保険関係団体立が75.9%であるのに対して、自治体立は45.9%、その他公的は45.6%であり、黒字病院が少ない(表1)。

なお、自治体は一般会計からの繰入金で医業外収益として扱われるため、経常利益率よりも医業利益率の方が経営の実態を表している。医業収益における黒字病院の比率をみると、医療法人が64.8%、旧社会保険関係団体立が51.7%、その他公的病院が36.7%、自治体立が12.1%となり、自治体立病院の黒字病院が少ない(表2)。

入院単価別に急性期の指標を分析

調査では、一般病院(一般病床が80%以上を占める病院と定義)が、どの

ような機能を有しているかを把握するために、病院を機能別に分類し、その機能別にどのような経営状況にあるのかを総数の多い医療法人について確認した。機能を表す指標として、入院患者1人1日あたり入院収益(入院単価)、平均在院日数、看護配置、全身麻酔手術患者数について分類して分析した。このうち、入院単価別の比較をみると、以下の通りである。

急性期病院の特色が強くと考えられる指標として、平均在院日数、医師1人あたり入院患者数、看護師1人あたり入院患者数、職員1人あたり入院患者数、ケアカンファレンス実施率、二次医療圏外からの在院患者数、1床あたり固定資産額を取り上げている。

入院単価が3万円未満の病院では平均在院日数が39.6日に対して、7万円以上の病院では8.8日であり、4.5倍の

開きがある。入院単価が高い病院ほど平均在院日数が短くなる相関関係がある(相関係数 $r = -0.463$ 、プラス・マイナスに関わらず絶対値が大きいほど相関が強い)。

医師1人あたり入院患者数は、入院単価が3万円未満の病院の7.3人に対して、7万円以上の病院では2.7人で、入院単価が高いほど医師1人あたりの入院患者数は少ない関係がある($r = -0.477$)。看護師1人あたり入院患者数($r = -0.550$)、職員1人あたりの入院患者数($r = -0.471$)でも同様の傾向がある。

ケアカンファレンスの実施率は入院単価とは反比例している($r = -0.351$)。二次医療圏外からの在院患者数割合は、入院単価が3万円未満の病院は10.2%だが、7万円以上の病院では26.8%で、2.9倍の差がある。また、入院単価が高いほど二次医療圏外

からの在院患者数が多い傾向がある($r = 0.305$)。

1床あたりの固定資産額と入院単価にも一定の相関があり($r = 0.431$)、入院単価が3万円未満の病院では10,687千円であるのに対し、7万円以上の病院では26,339千円であり、単価の高い病院は設備や機器に投資していることがわかる。

これらの指標の多くは、入院単価が高いほど急性期機能が強くなることを示唆している。

このほか調査では、理事会・社員総会・評議員会の開催等、ガバナンスに関する経営実態を調べている。それによると、理事会を設置している医療法人の割合は93.9%。2015年度の平均開催回数は、理事会が4.2回、社員総会が2.4回、評議員会が2.2回だった。

表1 病院種別・開設者別黒字病院の比率(経常利益)

開設者	一般病院		ケアミックス病院		療養型病院		精神科病院		合計	
	黒字	回答数	黒字	回答数	黒字	回答数	黒字	回答数	黒字	回答数
医療法人	67.8%	211	69.5%	220	67.3%	147	80.2%	111	70.2%	689
自治体	46.0%	298	40.0%	90	55.6%	9	60.7%	28	45.9%	425
旧社会保険関係団体	80.0%	25	50.0%	4		0		0	75.9%	29
その他公的	47.2%	72	33.3%	15	100%	2	0.0%	1	45.6%	90
合計	55.1%	606	59.6%	329	67.1%	158	75.7%	140	60.2%	1,233

表2 病院種別・開設者別黒字病院の比率(医業利益)

開設者	一般病院		ケアミックス病院		療養型病院		精神科病院		合計	
	黒字	回答数	黒字	回答数	黒字	回答数	黒字	回答数	黒字	回答数
医療法人	62.9%	213	63.6%	220	63.1%	149	73.2%	112	64.8%	694
自治体	15.3%	295	2.2%	89	0.0%	9	14.3%	28	12.1%	421
旧社会保険関係団体	56.0%	25	25.0%	4		0		0	51.7%	29
その他公的	37.5%	72	26.7%	15	100%	2	0.0%	1	36.7%	90
合計	36.4%	605	44.8%	328	60.0%	160	61.0%	141	44.5%	1,234

(注) 有効回答のみを集計対象としているため、上表とは合計数が一致しない。

次期診療報酬改定で8項目の要望書

日病協 人件費の高騰など経営の厳しさ訴える

日本病院団体協議会は5月9日、次期診療報酬改定に関する要望書を厚生労働省の鈴木康裕保険局長に提出した。入院基本料の評価や「重症度、医療・看護必要度」など8項目について、総論的な要望を行った。原澤茂議長(全国公私病院連盟常務理事)は提出後の会見で、人件費の高騰が病院経営を圧

迫しており、診療報酬の大幅な変化は望ましくないと訴えた。

日病協として、診療報酬改定の要望を2回に分けて行う予定。今秋に、改定の改定項目の具体的な内容に踏み込んだ要望を行う。今回は総論的な内容にとどめたが、厚労省が2025年を見据えた重要な医療・介護同時改定である

ことから、中医協での議論を速めており、前回改定時よりも前倒しの要望書提出となった。

原澤議長は会見で、病院をめぐる厳しい状況を説明。人件費の高騰が多く、急性期病院を中心に経営状況が急激に悪化していると訴えた。地域医療構想では、病院間の機能分化と連携の強化を目指しているが、次期改定で診療報酬の大きな改定を行うことは、地域医療への影響を考えると、「慎重に対応すべき」



と主張した。控除対象外消費税の負担が大きいことも指摘した。

8項目の要望内容は下記のとおりとなっている。

●2018年度診療報酬改定に関する要望

- ①入院基本料の評価基準の見直しと病棟群単位による届出制度の改善
入院基本料は看護師配置だけでなく、患者の状態像や病棟の機能に応じて設定されるべき。抜本的に見直す必要だが、2018年度改定にこだわらず、十分な議論を尽くすことを要望。病棟群単位の届出制度は、限定的な制度であるため、より利用しやすい制度への改善を要望する。
- ②急性期病床の重症度、医療・看護必要度の評価(内科系疾患の評価)
現状の重症度、医療・看護必要度は、地域の総合病院等において提供している入院医療を評価する上で不十分。内

- 科系急性期疾患の評価を見直すとともに、現在評価対象となっていない診療内容への適切な評価を要望する。
- ③DPC/PDPS制度の見直し
機能評価係数Ⅱの重症度係数に関しては、その妥当性のさらなる検討を要するとともに、その他の既存の係数も医療機関の取組みが適切に評価されるよう見直すことを要望する。
- ④医療療養病床の方向性の早期決定と看護配置基準の医療区分の見直し
25対1医療療養病床は介護療養型医療施設と同じく最低6年の経過措置延長をした上で、医療区分の抜本的な見直しや介護分野の整備状況との整合性

- の確保を含め、新たな医療療養病床全体の方向性の早期決定を要望する。
- ⑤精神疾患特性を踏まえた在宅医療のあり方と高齢化対策
精神疾患はその個別性ゆえに一律の期限を定めた入院や、安易な退院促進は馴染まない。この点の診療報酬上の配慮が必要。また、長期在院者の多くは高齢者であり、医療・福祉・介護各分野における精神保健福祉法上の切れ目のない一連の体制整備への評価を要望する。
- ⑥包括対象範囲の見直し
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の手術や麻酔の包括外算定が前

回の改定で認められたが、特定入院料を算定している場合、患者の生命維持や治療に不可欠かつ代替困難な高額薬剤等に関しては、包括からの除外を要望する。

- ⑦診療報酬の簡素化
現在の診療報酬体系は近年ますます複雑化し、一般的に理解しづらく、病院が誤った解釈をしてしまう恐れもあり、抜本的な簡素化を要望する。
- ⑧医療のICT化推進の診療報酬上の評価
医療のICT化は診療報酬上、ごく一部しか評価されていない。電子カルテ等のシステムの導入・維持・更新に莫大な費用がかかっていることから、診療報酬における評価を要望する。

地域医療構想や医療介護同時改定で方向性

経済財政諮問会議

高齢化要因を超えて伸びる費用を抑制

経済財政諮問会議の社会保障ワーキンググループは4月28日の経済・財政一体改革推進委員会(新浪剛史会長)に、同WGが3月以降議論してきた地域医療構想や医療介護同時改定など社会保障改革の方向性をまとめ、報告した。夏に閣議決定する骨太方針2017を見据え、経済財政再生計画の着実な推進により、高齢化要因を超えて伸びる部分の医療・介護費用の抑制を狙っている。

経済財政再生計画は2016～2018年度の3年間(集中改革期間)で、社会保障関係費の伸びを1.5兆円程度に抑えることを目指し、改革工程表で、医療・介護をはじめとした制度改革の方向性を示している。2018年度は集中改革期間の3年目。診療報酬・介護報酬同時改定や医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業計画などの節目の年となっているため、これらの「有機的な連携を図る」ことを課題としている。

4月12日の諮問会議において、塩崎恭久厚生労働大臣や諮問会議の有識者議員は、改革工程表の施策を推進する上で医療提供体制の地域の実情などを「見える化」したデータを積極的に活用しつつ、都道府県の役割を強化し、施策を推進する考えで一致している。安倍晋三総理も「病床のスムーズな転換方策」などを「スピード感を持って検討・実施してほしい」と発言した。社会保障WGの報告では、これらを踏まえ、具体的な方向性を示した。その中で①地域医療構想②診療報酬・介護報酬同時改定③医療費適正化計画④薬価制度・薬剤の適正使用等一についてみていく。

診療報酬で病床の機能分化を進める

地域医療構想はすべての都道府県の策定が完了したことを受け、病床の役割分担を進めるための具体的な議論を行う。今年度から2年間で集中的な検

討を行い、「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を速やかに策定」することを促進する。地域医療介護総合確保基金で支援するほか、都道府県知事の権限のあり方にも言及した。2025年までに追加的に必要となる約30万人分の「在宅医療等」の受け皿の整備量の見込みを夏までに示すことを厚労省に要請した。

診療報酬改定については、「地域医療構想の実現に資するよう病床の機能分化・連携を推進する入院基本料のあり方や介護保険の新施設の介護報酬・施設基準のあり方」を検討すべきとした。介護報酬改定では、「自立支援に向けた介護事業者へのインセンティブ付与」、「生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和等および通所介護などの給付の適正化」を指摘した。医療介護の連携強化につながる診療報酬・介護報酬での対応も強調した。医療費適正化計画では、医療費の地

域差縮小を目標に掲げ、地域医療構想の成果を医療費の推計で見込むとした。入院医療の取組みは地域医療構想に委ねられるが、外来医療については、医療費適正化計画で「追加的な取組みを検討する」とした。2023年までの地域差半減のためには、約0.2兆円の外来医療費適正化が必要と指摘した。

薬価制度については、昨年12月の「抜本改革に向けた基本方針」に基づき、◇効能追加等に伴う薬価見直し◇中間年の薬価調査・改定◇新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度のゼロベースの見直し◇費用対効果評価の本格導入—などに取り組むとした。医療費の伸びに占める割合で、薬剤費の比率が高まっていることなどに対応する。薬剤の適正化使用では、後発医薬品の使用割合を80%とする時期を決定するとともに、さらなる使用促進策を検討するとしている。「セルフメディケーションを含め、健康サポート薬局の取組みの促進」も明記した。

ユニットケアの長所と短所を検証、優位性は認められず

高齢者医療介護委員会

全国一律の基準ではなく地域に応じた施策展開を求める

「介護保険施設における今後の施設類型の在り方に関する調査研究事業」の報告書がこのほどまとまった。高齢者医療介護委員会(委員長=木下毅常任理事)が老人保健事業推進費補助金を受けて実施したもので、ユニットケアの長所・短所を検証した結果、患者の状態像や職員の負担軽減の面で優位性は認められなかったと結論付けている。介護・看護の担い手確保が困難となるなかで、介護保険施設の基準は全国一律の考えではなく、地域の実情に応じた施策が求められると提言している。

ユニットケアは、在宅に近い居住環境で、入居者一人一人の個性や生活のリズムに沿って介護を行うことにより、個別ケアの実現を図る方法。これまでハード・ソフトを一体として施設類型

と基準が設定され、介護保険上の評価を通じて普及を図ってきた。これまでの研究によると、ベッド上の滞在率の減少や他人との交流時間の増加、食事量の増加、ポータブルトイレの設置台数の減少などが指摘されている。

一方、少子高齢化の進展で介護や看護の担い手の確保が困難となる中で、低所得者への対応や増大する医療ニーズへの対応が課題となっている。調査研究事業では、全国の介護保険施設から無作為抽出した施設を対象にアンケート調査を行い、507施設から回答を得た。アンケートでは、施設の人員配置状況、夜勤や長時間労働の発生状況、職員の確保状況を聞いたほか、入所居室の種類とADLや認知症の状況について回答を求めた。あわせて、自治体や介護職員に対するアンケート

調査も実施した。

アンケートの回答をもとに介護保険3施設のユニット型施設と従来型施設との間で、人員体制や入所者像、入所者のアウトカムの変化、職員の勤務負担に関する比較を行った。

その結果、ユニット型施設は、従来型施設と比べて、入所者あたりの介護、看護職員を多く配置していることがわかった。一方で、人員配置の多さにもかかわらず、より重度の要介護者や医療ニーズの大きい入所者の受入れ、入所者の状態像の維持・改善、職員の勤務負担の軽減といった側面で、ユニット型施設と従来型施設の間に明確な差を見つけないことができなかったとしている。職員の勤務負担に関しては、「夜間に1人対応が生じやすい」、「休暇が取

りにくい」などの認識があり従来型施設よりもユニット型施設においてより大きな負担が生じていると考えられる事項もみられた。

また、所得第1・第2段階の低所得者については、多床室が入所先として重要な地位を占めていることが示唆された。

こうした結果を受けて報告書は、介護保険施設におけるケアのあり方について、ユニットケアと従来型ケアの長所・短所を客観的に分析する必要があると指摘。その上で、人的資源や利用者の負担能力は、地域ごとに状況が大きく異なることから、介護保険施設におけるユニットケアや個室化に当たっては、全国一律の基準ではなく、地域に応じた基準の設定と施策展開が必要としている。



医療・介護同時改定を展望し活発に議論 社会の変化をとらえ、病院の対応を考える学会に!

第59回全日本病院学会 in 石川が9月9、10の両日、金沢市で開催される。学会長の神野正博副会長に学会の見どころと準備状況をきいた。

オール北陸で学会を開催

—— 今回の学会は、北陸ではじめての開催ですね。

実は、石川、富山、福井の3県は、全日病の会員数が少ない県なんです。石川県には、全石川病院協会があり、ほぼ100%の加入率の団体です。このため、全日病などの病院団体に加入する必要を感じていないところがあります。しかし、オールジャパンの動向を知るためには、全国規模の病院団体に加入する意義があることを学会の開催を通じて見せたいという思いがあります。

これは、富山も福井も同じなので、今回、富山県支部長の藤井久丈先生と福井県支部長の池端幸彦先生に副学会長になっていただいて、オール北陸で開催することになりました。

同時改定に向けて実のある議論を

—— 学会テーマ「大改革前夜に挑め! ~今こそ生きるをデザインせよ~」について説明してくれますか。

まず、「大改革前夜」というのは、2018年度の医療制度改革を念頭においています。2018年4月にはいろいろなものが変わるわけです。診療報酬と介護報酬の同時改定があり、医療計画や介護保険事業計画がはじまります。また、療養病床の新しい姿が明らかになりますし、専門医の新たな制度もはじまります。2025年の医療提供体制をつくっていくに当たり、2018年度は節目の年となります。

その前の年の9月ですので、一番議論のし甲斐があるときです。あまり近くなるといろいろと固まってきますし、あまり早いと方向が見えてこないでしょう。9月なら実のある話ができると思いますし、時期的なアドバンテージがあるわけです。

同時にすべての病院が肌で感じていると思えますが、社会が大きく変わりつつあるということがあります。働き方改革が議論されていますが、これは労働者が少なくなってきたことが背景にあり、少子高齢化の進展は社会のあらゆる面に影響を及ぼしています。

団塊の世代が65歳以上になっていますが、この人たちは今までの高齢者とは違うと思います。ビートルズを聞いて育った人たちだし、バブルの時期を経験しているのです。結構わがままです。そういう人たちが高齢者になるのですから、価値観が変わってくるのは当然でしょう。

こうした社会背景の中で、我々医療人が何をやらなければいけないのか考える必要がある。「生きるをデザインせよ」というのは、単に病気を治すということだけでなく、「生活」や「人生」を含めて、主体的に関与していく必要があるのではないかと、ということです。

—— 制度的な対応にとどまらず、社会の大きな変化にも対応するための学

会にしようということですね。

そうです。あわせて病院の生き残りも考えていきます。病院の管理者としては、職員の生活を考える必要があります。

学会企画で7つのシンポジウムを用意

—— 学会企画の準備状況はいかがです。

これまでの全日病学会では、全日病本部の委員会企画のほかに学会企画のシンポジウムが2~3本ということが多かったのですが、今回は学会企画のシンポジウムを7本用意しています。同時改定に関する企画については医療保険・診療報酬委員会にお願いしていますし、総合診療医についてはプライマリ・ケア検討委員会にお願いしています。これらの委員会企画とは別に学会独自で7本のシンポジウムということです。

—— 学会企画のシンポジウムについて、いくつか説明していただけますか。

政治家を招くシンポジウム「どうする医療~政治家放談」は、市民公開講座として行います。医療関係者や行政の関係者で医療政策の議論を重ねますが、最後に決めるのは政治の場です。政治家の中でも、次の世代を担う方に来ていただき、ディスカッションすることにしました。

前地方創生相の石破茂衆議院議員、前厚生労働大臣の田村憲久衆議院議員、前金融相の伊藤達也衆議院議員、医師で厚生労働委員会所属の自見はなこ参議院議員をお招きし、キャノングローバル戦略研究所研究主幹の松山幸弘さんに基調講演をお願いし、私も加わって議論しようと考えています。

—— どんな議論になりそうですか。

財務の視点、厚生労働の視点、地方創生の視点から議論をしようと考えていますが、政治家を説得しないと医療の財源を確保できません。地方創生においても、医療がいかに重要かという話をしたいと思えます。また、政治を動かすにはどうすればいいかという話でもできれと思います。

「医療の社会性をデザインする」というシンポジウムでは、河北医療財団の河北博文理事長、厚生労働省の武田俊彦局長、慶應義塾大学の権丈善一教授、東京大学の渋谷健司教授をパネリストに迎え、我々が社会とどうかわっていくかを話します。社会あつての医療、医療あつての社会であり、経済と社会保障の関係についても議論したいと思っています。

「ニュージェネレーションが医療を変える~若手起業医師たちがデザインする」もおもしろい企画だと思います。アメリカの大学でMBAの資格をとり、病院の世界を飛び越えて起業した若手の医師にどんな思いで事業をはじめたのかを話していただけます。彼らは生活にかかわる仕事をされていて学会のテーマともつながりますし、ITの活用にも詳しい人たちです。

「枠を越えて生きるをデザインする病院」も聞いていただきたいシンポジウムです。国際医療福祉大学の高橋泰教授に価値観の変化について話してい

ただいたあと、特徴的な病院の話をしていただきます。

KNI北原国際病院の北原茂実理事長は、カンボジアに病院を作った医師です。株式会社おとなの学校代表取締役の大浦敬子さんには、高齢者と共に学び合う介護を目指す「おとなの学校」について語っていただきます。

くろさわ病院理事長の黒澤一也さんは、長野県佐久市で病院の枠を越えて公共施設と一体になった病院をつくった人です。これまでの医療の枠を越えて活動している人の話を聞いてください。

—— 教育講演は、どんなプログラムですか?

教育講演では、イノベーション、AIやIoT、VRに関するテーマの講演を用意しています。人手不足もあってICTを活用した遠隔医療の取り組みが始まっていて、我々が思っている以上に早いスピードで変化がおきかと思えます。これを無視するわけにはいかず、ICTやAIによって社会や医療がどう変わっていくかを示すことは学会の役割だと思います。

プログラム全体の構成としては、1日目は、2018年4月の同時改定に向けて現実的な課題を議論し、2日目はもう少し将来を展望した話を中心にしたいと考えています。2025年、2035年に向けてどう生きていくか、ヒントになる話をしたいと思えます。

発表演題の申し込みは、5月16日まで締め切りましたが、全部で710題になりました。現在、参加者登録の受付中です。

学生や研究者に広く参加を呼びかける

—— そのほかに特徴的なことはありますか?

今回の学会では、全日病本部の学術委員会にお願いして、研究者や学生、大学院生、社会人大学の学生の方に対して、特別料金で参加を呼びかけることにしました。全日病学会で初めての試みです。将来の医療政策を担う研究者や医療系の学生にできるだけ参加していただき、私たちの議論を聞いていただきたいと考えています。

—— 金沢の魅力を一言。

いま人気の金沢で、観光スポットは目白押しですが、伝統的なものと近代的なものが融和している街が金沢です。近代的な21世紀美術館もあります。

今回の学会は、オール北陸で開催しますので、金沢にとどまらず、北陸の魅力を感じていただきたいですね。私の病院のある能登をはじめ、富山、福井も魅力的で、訪れる度に新たな発見があります。

9月8日には、前夜祭が組まれていますし、開会式では、サプライズがあるかもしれません。学会に参加して、北陸の文化と食を楽しんでいただきたいと思えます。

病院や医療の将来を考える上でヒントになるプログラムを多数用意しています。とにかく参加しないと議論ができません。金沢学会に参加して積極的にこれからの「生きる」を考えていきましょう。

学会企画のシンポジウム概要

- 特別シンポジウム(市民公開講座)
「どうする医療~財務の視点、厚生労働の視点、地方創生の視点~政治家放談」
松山幸弘(キャノングローバル戦略研究所研究主幹)
自見はなこ(参議院議員)
伊藤達也(衆議院議員)
石破茂(衆議院議員)
田村憲久(衆議院議員)
シンポジウム1 「在宅医療と病院」
伯野春彦(厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長)
鈴木邦彦(日本医師会 常任理事)
宮崎幹也(独立行政法人地域医療機能推進機構高岡ふしき病院 副院長)
織田正道(社会医療法人祐愛会織田病院理事長)
シンポジウム2 「医療の社会性をデザインする」
河北博文(社会医療法人河北医療財団理事長)
武田俊彦(厚生労働省 医薬・生活衛生局長)
権丈善一(慶應義塾大学商学部 教授)
渋谷健司(東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授)
シンポジウム3 「地域をデザインする病院」
麻生 泰(株式会社麻生代表取締役会長)
松田晋哉(産業医科大学医学部公衆衛生学教授)
佐藤俊男(地方独立行政法人山形県酒田市病院機構日本海病院 法人管理部参事)
シンポジウム4 「枠を越えて生きるをデザインする病院」
高橋 泰(国際医療福祉大学大学院医療福祉経営専攻医療経営管理分野教授)
北原茂実(医療法人社団K N I 北原国際病院理事長)
大浦敬子(株式会社おとなの学校 代表取締役)
黒澤一也(社会医療法人恵仁会くろさわ病院 理事長)
シンポジウム5 「チーム医療をデザインする：医師事務作業補助領域の未来~病院の変革にどう貢献できるか~」
高橋 明(札幌白石記念病院)
増成倫子(医療法人光臨会荒木脳神経外科病院)
田中加奈子(独立行政法人国立病院機構浜田医療センター診療部医療クラークリーダー)
越後加代子(医療法人社団和楽仁芳珠記念病院 事務局 医療企画部 医療サービス課 外来担当 副主任)
唐澤 剛(内閣官房まちひとしごと創生本部地方創生総括官)
シンポジウム6「ニュージェネレーションが医療を変える~若手起業医師たちがデザインする」
木畑宏一(株式会社メディカルノート 代表取締役社長)
原聖 吾(株式会社情報医療代表取締役)
佐竹晃太(株式会社キュアアップ代表取締役社長)
物部真一郎(株式会社エクスメディア代表取締役社長)

医療法等一部改正法案が審議入り

国会 今国会で成立の見通し

政府の医療法等一部改正法案が5月12日に、衆議院厚生労働委員会で審議入りした。内容は①検体検査の精度の確保②特定機能病院のガバナンス体制の強化③医療に関する広告規制の見直し④持分なし医療法人への移行計画認定制度の延長—など。今国会で成立する見通しだ。なお、介護医療院の創設などを盛り込んだ介護保険法等一部改正法案も衆議院で可決されており、今国会で成立する見込み。

検体検査の精度の確保では、遺伝子関連検査について、諸外国と同様の水準を満たすために、精度管理に関する

規定を設ける。ただし規定は遺伝子関連だけでなく、医療機関が実施するすべての検体検査に及ぶものになる。具体的な基準は、法成立後に、別途検討会を設置して議論する。現在、厚生労働科学研究の研究班で検討中だ。

具体的には、検査分類を国際標準と一致させるとともに、検体検査の分類を省令委任とし、遺伝子関連検査を加えるなどの対応を行う。

特定機能病院のガバナンス体制の強化では、患者の死亡を招いた重大な医療事故の発生に対応し、特定機能病院の責任体制を明確化する。管理者に對

しては、「病院の管理運営の重要事項を合議体の決議に基づき行う」ことを義務付ける。開設者に対しては、「管理者権限の明確化、管理者の選任方法の透明化、監査委員会の設置などの措置を講じる」ことを義務付ける。

医療に関する広告規制の見直しに関しては、社会保障審議会・医療部会の了承後に、自民党の議論で変更が加えられた。新たな規制では、医療機関のウェブサイトの虚偽・誇大等の不適切な表示を禁止し、中止・是正および罰則を課すことができるよう措置する。ただし患者が知りたい情報が得られなくなるとの懸念を踏まえ、広告等可能事項の限定を解除できる場合を設ける。



医療部会の段階では、原則広告可能で禁止する事項を限定するとしていた。

持分なし医療法人への移行計画認定制度の延長では、持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行計画の認定期間と税制上の特例措置を3年延長するとともに、認定要件について、「役員数、役員の親族要件、医療計画への記載等の要件」を緩和する。それにより、贈与税の非課税対象が大幅に拡大するとしている。

第5回定時総会・第5回臨時総会 開催のご案内

下記日程で第5回定時・臨時総会を開催します。

公益社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

□第5回定時総会・第5回臨時総会 日時 2017年6月17日(土) 午後1時~午後3時(予定) 会場 ホテルグランドパレス3F「白樺」 東京都千代田区飯田橋1-1-1 TEL 03-3264-1111	第1号議案 平成28年度決算(案)について 第2号議案 役員選任について 第3号議案 議長・副議長について 第4号議案 顧問・参与・名誉会員について
第5回定時総会 目的事項 報告事項 1. 平成28年度事業報告について 2. その他 決議事項	その他 第5回臨時総会 目的事項 報告事項 1. 新役員就任報告について 2. その他

(正会員の皆様に)
総会終了後(午後3時目途)に同会場で支部長・副支部長会を開催し、「今後の医療提供体制のあり方」(仮題)の特別講演を行います。(当協会正会員の皆様にご参加いただけます。)
また、特別講演終了後に懇親会を開催します(午後4時30分目途)。

全日病がイラストを提供(予定)
ホームページからダウンロード可能

会員病院が利用できるイラストを作成しました。全日病のホームページ(会員ページ)から無償でダウンロードすることができます。院内のポスターや発表用資料のスライド等にご利用ください。

2017年春の叙勲で会員8人が受章

2017年春の叙勲で全日病の会員から下記8人の受章が決まり、それぞれに以下の勲章が授与された(敬称略・順不同)。

- 旭日中緩章 日野 頌三 社会医療法人頌徳会 日野病院 理事長・院長(全日病における経歴:2001年4月~07年3月常任理事、07年4月理事に就任、現在に至る)
- 旭日小緩章 川島 周 社会医療法人川島会 川島病院 理事長(全日病における経歴:2001年4月に常任理事に就任、現在に至る)
- 木下 毅 医療法人愛の会 光風園病院 理事長(全日病における経歴:1999年4月~01年3月理事、01年4月に常任理事に就任、現在に至る)
- 旭日双光章 上田 裕一 医療法人野毛会 もとぶ野毛病院 理事長・院長
- 小寺 隆 社会医療法人小寺会 佐伯中央病院 理事長
- 瑞宝小緩章 松本 隆利 社会医療法人財団新和会 八千代病院 理事長
- 山本 孝之 医療法人さわらび会 福祉村病院 理事長
- 瑞宝双光章 藤野 正晴 医療法人藤野会 成田病院 理事長

一冊の本 book review

『ちょっと気になる医療と介護』

著者●権丈 善一
発行●勁草書房 定価●2,000円+税

医療政策は提供体制(デリバリー)と報酬制度(ファイナンス)の2つの視点から考える必要がある。『ちょっと気になる社会保障』の続編にあたる本書では、国の医療政策において数々の功績を残してきた著者の経験と研究成果が詰まった内容となっている。今後の社会保障改革に向けて、提供体制の改革には何が重要か、財源確保や報酬制度などの改革をどのように考えるかなど、多くの医療・介護のあり方を提案している。今後の方向性を見定めるためにも、医療経営者必読の一冊と言える。

2017年度 第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月20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。
北海道 医療法人晴生会晴生会さっぽろ南病院
院長 大瀧 敏裕
静岡県 富士市立中央病院
院長 柏木 秀幸
三重県 医療法人栄恵会白子ウィメンズホスピタル
院長 二井 栄
徳島県 医療法人高川会虹の橋病院 理事長 竹内 尚
他に、退会が7会員あり、正会員は合計2,496会員となった。
準会員は合計81会員となった。
賛助会員は退会が1会員あり、合計95会員となった
 - 平成28年度事業報告書(案)を承認した。
 - 平成28年度決算報告(案)が承認され、第5回定時総会に諮られる。
 - 第5回定時総会および第5回臨時総会等の開催案内について承認した。
 - 各都道府県から選出された次期支部長候補者を承認した。
 - 次期顧問・参与について第5回定時総会に諮ることを承認した。
 - 熊本地震に係る平成29年度会費免除を承認した。
 - 北海道支部規約の変更、長野県支部規約の変更、長野県支部事務局の変更を承認した。
 - 事務局組織規則(修正案)を承認した。
 - 災害時医療支援活動規則(修正案)を承認した。
 - 改正個人情報保護法の全面施行に伴う「全日本病院協会における個人情報保護指針について」の改訂を承認した。
 - 人間ドック実施指定施設の申請を承認した。
- 【主な報告事項】**
- 役員立候補者、沖縄県副支部長の退任が報告された。
 - 審議会等の報告
「中央社会保険医療協議会」総会、薬価専門部会等、「医療従事者の需給に関する検討会(第4回)/医師需給分科会について(第9回)」、「社会保障審議会医療部会」、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」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

- 「平成29年度夏期研修会(広島県)」、「平成29年度第1回病院看護師のための認知症対応力向上研修会」、「平成29年度第1回病院医療ソーシャルワーカー研修会」、「平成29年度第1回病院職員のための認知症研修会(ユマニチュード入門研修)」、「第21回機能評価受審支援セミナー(石川会場)」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.1.1 ~ 順不同)
 - ◎一般病院1
北海道 新さっぽろ脳神経外科病院 更新
山形県 至誠堂総合病院 更新
石川県 金沢脳神経外科病院 更新
福岡県 村上華林堂病院 更新
石川県 伊藤病院 更新
滋賀県 甲南病院 更新
広島県 山陽病院 更新
福岡県 栄光病院 更新
 - ◎一般病院2
千葉県 千葉市立海浜病院 更新
東京都 西東京中央総合病院 更新
兵庫県 尼崎中央病院 更新

- 兵庫県 三菱神戸病院 更新
 - 鹿児島県 鹿児島市医師会病院 更新
 - ◎リハビリテーション病院
熊本県 熊本託麻台リハビリテーション病院 新規
 - 埼玉県 リハビリテーション天草病院 更新
 - ◎精神科病院
群馬県 原病院 更新
- 4月7日現在の認定病院は合計2,190病院。そのうち、本会会員は884病院と、会員病院の35.4%を占めている。

計報

全日本病院協会顧問の内藤賢一先生が2017年4月に逝去された。

内藤顧問は1978年度から96年度まで常任理事を務めた後、97年度より顧問を務めるなど、永きにわたり全日病の発展に貢献した。

地域医療への配慮をわかりやすく表現

日本専門医機構

厚労省検討会の要望に対応し新整備指針修正

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は5月12日の理事会で、専門医機構新整備指針などの文言を地域医療への配慮がより明確になる形で一部修正することとした。厚生労働省の検討会が医師偏在の拡大に配慮するよう求めたことに対応する。また、総合診療専門医の研修プログラムの内容も大筋でまとまった。

塩崎恭久厚労相の肝いりで開催が決まった厚労省の「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」(遠藤久夫座長)は、4月24日に初会合を開き、新専門医制度を議論。来年4月開始予定の新制度が、医師偏在を拡大さ

せることを懸念し、専門医機構に新整備指針を見直すよう要望することに多くの委員が賛同した。

具体的には、①すべての医師が専門医の資格を取得する必要はない②履修の年次を定めたプログラム制だけでなく、年次を定めないカリキュラム制の研修を設ける③様々な患者を診ることができる市中病院も重要な研修拠点とし、研修の中心は大学病院のみでなく、症例の豊富な地域の中核病院等である一ことの明確化を求めた。

しかしこれらの点は、昨年7月に執行部を刷新し、制度開始を2018年度に1年遅らせて、全体の見直しを図る中

で、新執行部が目指してきたもの。従来の整備指針を改訂した新整備指針や今年4月に了承した運用細則、国民に専門医の新たな仕組みを理解してもらうためのQ&Aでも、確認していることでもある。

吉村理事長は理事会終了後の会見で、「新整備指針、運用細則、Q&Aに書いてあることだが、それが十分に伝わっていないため、もっとわかりやすくなるように文言を見直す」と述べた。具体的な文言修正については、6月中の理事会で決定したい意向を示した。また、全国市長会などの主張に配慮し、都道府県協議会での運用について関係



者と意思疎通を図る方針も示した。

Q&Aは同日の理事会で文言修正を終え、17日に日本専門医機構のホームページに掲載された。

総合診療専門医については、研修内容の決定が遅れていたが、概ね固まった。3年間の研修期間のうち、内科1年、救急科3カ月、小児科3カ月、総合診療1年を必修とする。総合診療は2区分に分け、在宅医療を含む地域医療での研修を半年、大病院等での研修を半年とする。残りの6カ月は選択だが、外科やへき地医療を推奨する。

規制改革会議が支払基金の改革で意見

都道府県支部の集約化・統合化を求める

政府の規制改革会議(大田弘子議長)は4月25日、「社会保険診療報酬支払基金の見直しに関する意見」をまとめた。支払基金が2020年度に予定しているコンピュータシステムの刷新を「改革のラストチャンス」と位置づけるとともに、都道府県支部の「集約化・統合化」を進めるよう改めて主張した。

同会議は昨年6月に、支払基金の「ゼロベースの見直し」を提言し、規制改革実施計画として閣議決定された。こ

れを受けて厚生労働省は「データヘルズ時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」を開催し、1月に報告書をまとめた。報告書は春を目途に業務効率化・工程表をつくるとしているが、まだ策定されていない。

規制改革会議の意見は、コンピュータシステムの刷新に当たり、「すべての業務を見直し、業務を構成する作業ごとにコスト、時間等の削減目標を設定し、抜本的な効率化を目指すべき」と明記。

支払基金が担っている業務を機能ごとに分解し、標準的な方式で組み合わせ、最適な全体システムを作り上げていく設計方式(モジュール化)の採用を強調している。

これにより、委託元である保険者自身がその機能を自ら処理するなど、委託範囲を適切に精査できるようになるほか、外部事業者への委託が可能になることで、より効率の高いシステムに進化させることができるとしている。

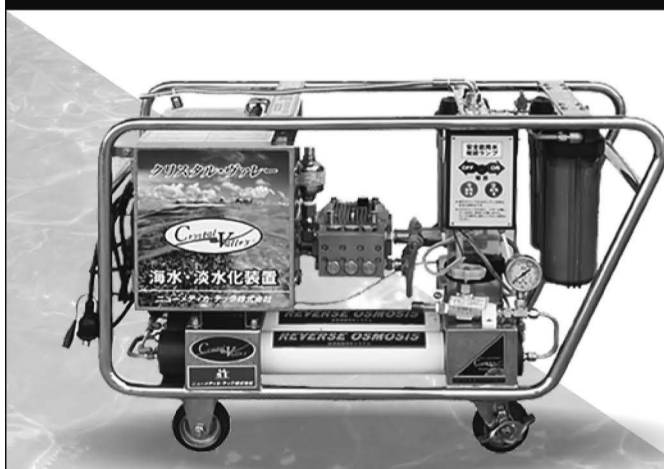
次期コンピュータシステムについては、各種データの形式、付番などを統一化し、それを前提に相互連携できるデータベースを導入するとともに、そのためのレセプト様式の再設計も行うべきとしている。また、地域差を精査の上、最小化し、同一のコンピュータシステムで処理できる範囲を拡大することを求めている。

都道府県支部については、有識者会議の報告書で「集約化・統合化」と「現状維持」との両論併記となっていたが、改めて集約化・統合化を求めた。レセプト電子化が完了し、オンライン審査が可能になったため、47支部の「必要性は乏しい」としている。

■ 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
2017年度 第1回災害時の病院管理者等の役割研修 (60名)	2017年6月24日(土) 【TKP ガーデンシティ札幌駅前】	7,560円(10,800円) (税込)	大規模災害時には病院に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、役割等の留意点の説明と防災を想定したシミュレーションを実施する。受講者には「受講認定証」を発行する。
2017年度 「特定保健指導実施者育成研修(基礎編・技術編)」 (65名)	2017年7月1日(土)、2日(日) 【全日病会議室】	37,800円(48,600円) (税込)(事務職員は基礎編のみで別料金)	特定健康審査・特定保健指導で修了していることが望ましい「健診・保健指導の研修ガイドライン(確定版)」に沿った「特定保健指導実施者育成研修(基礎編・技術編)」を実施する。受講者には「受講認定証」を発行する。
2017年度 第1回病院医療ソーシャルワーカー研修会 (120名)	2017年7月1日(土)、2日(日) 【ベルサール神保町】	21,600円(29,160円) (税込)	日本医療社会福祉協会との共催により、病院施設ならびに関連施設における医療ソーシャルワーカーを対象とした研修会を開催する。2日間通した参加者には認定医療社会福祉士のポイント対象の「受講修了証」を発行する。
2017年度 第1回「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」 (320名)	2017年6月19日(月)～20日(火) 【ベルサール半蔵門】	16,200円(21,600円) (税込)	「認知症ケア加算2」の施設基準に対応する研修会。2日間通した参加者には「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の「受講修了証」を発行する。
2017年度 第1回「病院職員のための認知症研修会(ユマニチュード入門研修会)」 (120名)	2017年7月8日(土)、9日(日) 【全日病会議室】	34,560円(43,200円) (税込)	医師、看護職員、リハビリテーション職員、医療ソーシャルワーカー職員などを対象に、認知症患者への対応メソッドである「ユマニチュード」をテーマに研修会を行う。2日間通した参加者には「受講修了証」を発行する。
第21回機能評価受審支援セミナー(石川会場)(診療・看護合同領域60名、事務管理領域30名)	2017年9月8日(金) 【石川県地場産業振興センター】	8,640円(12,960円) (税込)	日本医療機能評価機構の病院機能評価の「一般病院1」を対象とした評価項目について、3rdG ver.2.0の概要説明およびグループワークを取り入れ、評価項目を絞ったディスカッションを行うプログラム編成としている。

省電力で海水や雨水を飲料水にする浄水装置(亜硝酸性窒素を除去)



車のバッテリーで稼働 一日3.7t/1,200人分の飲料水

モーター式災害対応浄水装置 AD-CVR-M155J

世界初!低消費電力660Wを実現
従来の海水淡水浄水機の25分の1の消費電力



公益社団法人 全日本病院協会 賛助会員
AEE The impression beyond your expectation
Anjo Electric Engineering
株式会社 安城電機



詳しくは、ホームページ <http://www.anjyo.co.jp> または、 <http://nmt.or.jp/> をご覧ください