全日病ニュース NEWS
2017.10.1
No.903
ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION　http://www.ajha.or.jp / mail:info@ajha.or.jp

「大変革前夜に挑め！ 今こそ生きるをデザインせよ」をテーマに石川学会を開催

第59回　全日本病院学会 in 石川

「第59回　全日本病院学会in石川」（神野正博学会長）が前号既報の通り、石川県支部の担当で「大変革前夜に挑め！今こそ生きるをデザインせよ」をテーマに9月9・10日、金沢市で開かれた。学会には、全国の会員病院から2,900名が参加。準備にかかわった関係者を含めると3,500名を超えた。会場となった石川県立音楽堂、ANAクラウンプラザ金沢、金沢市アートホール、ホテル日航金沢では学会テーマに沿った多彩なプログラムが行われ、人口減少社会を生き抜く病院の経営戦略をめぐって熱心な討論が交わされた。

学会のオープニングを飾ったのは七尾市の青柏祭魚川でか山保存会による木遣り唄だ。毎年５月に行われる青柏祭は、日本最大の曳山祭で昨年ユネスコの無形文化遺産に登録された。神野学会長は、「祭りの賑わいと伝統文化こそ日本活性化の源」と述べるとともに、地域の活性化なくして病院の存続もないことを強調。「病院はセイフティネットであると同時に地方創生の切り札になる」と訴えた。

2018年は大変革の年である。トリプル計画・トリプル改定と言われる制度改革の節目の年であり、新たな専門医制度が始まるほか、医師の働き方改革の議論も佳境を迎える。

学会の１日目は、2018年度に予定される制度改革に焦点を当て、診療報酬改定や地域医療構想に関するプログラムが組まれた。

２日目は、より中長期的な視点で病院経営の将来を考えるプログラムを用意。神野学会長は、学会テーマを次のように説明した。「少子高齢化・人口減少社会の到来に伴って価値観が変化し、ICTの進化は効率化を生むと同時に生き方・働き方を大きく変えようとしている。我々には病院を訪れた人に医療を提供するだけでなく、地域を包括し、生活の場におけるかかわりが求められている。地域の新しい文化を創生し、人口減少社会における病院の生き残り戦略を探りたい」。石川学会は全国の病院関係者に多くの示唆を与える学会となった。

開会式に続いて日本医師会の横倉義武会長、厚生労働省の武田俊彦医政局長による特別講演が行われた。本号では、学会企画を中心に１～４面で石川学会の模様を伝えます。

診療報酬本体財源の確保を政府・与党に訴える

特別講演　横倉義武　日本医師会会長

社会保障と経済成長の関係と、かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの２つをテーマに話したい。

日本経済には様々な課題があり、それにより、消費税10％への引上げが２回延期されることになった。アベノミクスによる成長戦略を進めてきたが、期待どおりの成長率は実現していない。

世界経済は不安定さを増し、日本経済を牽引してきた大企業の凋落も伝えられる。経済成長と財政再建の両方が喫緊の課題となる中で、政府は社会保障を抑制する方針を示している。

日医は政府の方針に対し、①国民の安全な医療に資する政策か②公的医療保険を堅持できるかという判断基準で対応している。高齢化で社会保障費は増大し、人口減少が進む厳しい状況にある。地域で過不足なく医療提供ができる体制を維持しながら、財政を破たんさせないために、時代に即した判断が必要だ。第一に必要なことは健康寿命の延伸であり、日医はそのために経済団体、保険者、自治体などと連携して「日本健康会議」に参加し、糖尿病やCOPDの予防策に取り組んでいる。

一方で、日本医師会に対する誤解がある。ある新聞は「日医が受け取る医療費に切り込む姿勢が政府に足りない」と書いた。そもそも医療費は日医が受け取るものではない。また、医療機関の人件費比率は医薬品や医療機器、各種費用の増加により、すでに５割を切っている。チーム医療の普及により、医療従事者は様々な職種で増え、人件費は医師以外の部分が大きい。

財務省は診療報酬の伸びが経済成長率よりも高いと指摘するが、2012年を起点とした指数でみると、診療報酬の伸びは物価・賃金の上昇に追いついていない。医療機関に必要な人件費が確保できるよう主張していく。

来年度の予算編成では、社会保障関係費を1,300億円減らすことが求められている。医療・介護同時改定の財源確保策として、今年８月から見直した高額療養費制度や介護保険２号被保険者が負担する拠出金算定における総報酬割導入の満年度化により捻出できる財源、薬価改定がある。様々な手段を尽くして、診療報酬本体の財源を確保できるよう政府・与党に訴えていく。特に、たばこ税の引上げによる増収分を診療報酬に充てたい。

かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムについては、2013年８月に日医・四病院団体協議会が共同提言した「医療提供体制のあり方」がある。医療提供体制は、全国画一的な方向性を目指すのではなく、地域の実情にあわせて構築していくことを前提に、考え方を整理している。

地域のかかりつけ医と病院が連携を深めることが課題だが、地域の医療資源は異なるので、地域に密着した医療提供体制を整える必要がある。民間の中小病院は、まさに地域に密着した医療機関であり、地域との関わりを深めることが、中小病院の生き残る道につながると考える。

地域医療構想では関係者の納得と合意が重要

特別講演　武田俊彦　厚生労働省医政局長

医政局には医師確保策や専門医制度、働き方改革への対応など、様々な課題があるが、地域医療構想と病床機能報告制度に絞って話す。

人口問題では、高齢化の「率」より「量」の問題が大きくなっている。これまで高齢化に対して、全国一律の対応をとってきたが、地域差が大きく、同じモノサシは当てはまらない。地域医療構想を推進する上で、各地域の課題が異なることを理解する必要がある。

地域医療構想調整会議では、具体的な対応方針の速やかな策定に向けて、２年間程度で集中的な検討を進めていただきたい。その際、医療介護総合確保基金の活用を視野に入れ、個別の病院の機能の転換なども話し合ってほしい。厚生労働省として、協議に役立つデータも提供するので活用してほしい。

地域医療構想実現のプロセスには、３ステップがある。①調整会議における協議で、政策医療を担う中心的な医療機関の役割を明確化した上で、その医療機関との連携やその他の機能の役割分担を図る②基金を活用し、病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助などを実施する③医療機関の自主的な取組みが進まない場合の対応として、都道府県知事による機能分化・連携の推進がある。都道府県知事には、一定の権限がある。しかし重要なのは、地域の実情を踏まえた関係者の納得と合意に基づく決定である。

厚労行政を眺めると、10年単位で施策のターニングポイントがある。1990年代は高齢者介護の時代、2000年代は急性期を中心とした医療機能の分化・連携の時代、2010年度は地域包括ケアの時代だ。今も医療機能の分化・連携の推進は重要な政策課題で、例えば疾病ごとに機能を集約化する方針がある。しかし、今後需要が増大する地域包括ケアを担う医療機関は、集約化よりも地域ごとに包括的な医療を提供することが重要になる。

従来どおりの診療を続けると、病床が次第に空き、医師を確保できず、経営が悪化する例がみられる。その場合に、統合・合併ではなく、地域医療連携推進法人の活用という選択肢もある。例えば、人事や電子カルテ、ICT機器の投資など単体では非効率な部分が改善される。人材確保面でもメリットがある。

調整会議の協議で心配なのは、公的病院など大きな病院から先に機能を決めてしまい、残った機能をその他の病院が分け合うという誤解があることだ。これでは議論は進まない。同時並行的に進める必要がある。公的医療機関改革プランの策定についても、病院単体で役割を考えるのではなく、地域のつながりの中で機能を考えてもらう。そして、策定後は速やかに調整会議に提示する。

病床機能報告制度については、病棟が様々な機能を担う中で、一つの機能を選ぶことになっている。回復期を選んでも、一定の急性期の機能がある。療養病床も一部は回復期を担う。地域の中では、むしろ多様な機能を担う病院が必要であると考えている。

主張　自分の終末期は自分で決めよう

自分の終末期医療の方針は自分で決めよう

以前の終末期医療は、どんな病態であろうが、何歳であろうが、ともかくできる治療は全部行って、１秒でも長く患者を生かしておくことが重要であった。いよいよ最期の時には、病室から家族に出てもらい、医師と看護師で懸命に蘇生処置をしたのである。

近年、患者のQOLを大事にし、患者が望む終末期を迎えてもらうように医療は変ってきている。とくに2000年代前半に、終末期医療をめぐるいくつかの「事件」が起こり、国民の注目を集めた。厚生労働省は2007年に有識者や医師会、病院会（全日病から私）の代表を招集し「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を作成した。全日病でも2009年に病院のあり方委員会が中心となって策定検討会を招集し、「終末期医療に関するガイドライン」（2016年改訂）を作成した。いずれも患者の終末期医療の方針は患者・家族と、多職種による医療チームとで話し合って決める。その際患者の希望が優先されるがそれが明らかでない場合、家族の考えを尊重するものである。

ここで重視したいのが、本人の希望を文章化したリヴィングウイルである。現在臨床の場において、終末期医療の方針は特に高齢者の場合、患者の希望が不明で家族が本人の希望を推察して決めることが殆どであり、リヴィングウイルの作成率は非常に低い。これは欧米諸国でも程度の差はあるものの同じ傾向である。

終末期においても自身が望む医療を受けるために、これからは自分の終末期の方針は自分で決め、リヴィングウイルを書いておくことをお勧めする。最近は一般の書店でも、エンディングノートを販売しており、終末期医療についての説明や、リヴィングウイルのお手本などもあるので、参考にされるとよい。今の段階で、文章化することに抵抗がある方は代弁者・医療代理人を決めておくことも良い。自分で自身の医療の決断ができなくなった時に、代わりに決定する人を指名することを言う。

少なくとも終末期について家族で話し合って、自分の希望を口頭でも伝えておく事は最低限必要な事かと考える。

（木村　厚）

医師の労働の実態把握で調査を実施

特別講演　厚生労働省　鈴木康裕医務技監

厚生労働省の鈴木康裕医務技監は、「平成30年医療・介護同時改定toward＆beyond」と題して講演した。

鈴木氏はまず、来年の同時改定の見通しについて、財源をいかに確保するか、子育て支援を見込むか否か、の２点がポイントになると述べた。その上で、医療・介護政策は変化が避けられない状況を強調。今後、生産年齢人口が急激に減り、働く人や保険料を払う人が少なくなることや、出生数が100万を切っている状況などをあげ、「これからは、今までの高齢社会と質が違うものになる」と警鐘を鳴らした。

社会保障の自然増を毎年度5,000億円に抑える政府方針の中で、2017年度予算では6,400億円から1,400億円を減らした。自然増抑制の取組みは続いており、2018年度も、6,300億円を1,300億円減額しなければならない見通しを示した。

限られた財源の中で、医療・介護報酬をどう配分するかについて、鈴木氏は具体的数字を示さなかったものの、自らが医療課長時代に行った2012年度診療報酬改定に言及。2012年度改定では、「首の皮一枚改定」といわれ、わずかに0.004％だったが、ネットプラスを確保している。

一方、昨今の院外処方の増加を踏まえれば、薬価改定の財源をすべて医療機関に戻すことが必然ではないとの認識を示した。前回改定ではネット改定率を示さなかったが、医療機関の経営状況と相関する改定率の表現方法の必要性を示唆した。

また、７対１入院基本料と10対１入院基本料が病院内に混在する病棟群単位の算定を前回改定で認めたことについて、「要件が厳しく、ほとんど使われていないときいている」と述べ、再検討の必要性に言及した。

鈴木氏は最後に、医師の「働き方改革」が今後の重要課題と強調。医師が労働者である規定自体を変えることは難しいとしつつ、「あまり厳格にしすぎると、地域の救急医療や入院が維持できなくなる可能性がある。医師の需給や病院の経営にも影響が大きい」と指摘した。今後、医師について、応召義務をふまえながら、労働と自己研鑽を見分けるための調査を病院団体等と協力して実施する予定であることを明らかにした。

地域をデザインする病院

学会企画シンポジウム３

佐藤氏　松田氏　麻生氏

学会企画のシンポジウム「地域をデザインする病院」には、病院経営者、地域医療連携のコーディネーター、学者の３人が登壇、地域における病院の役割を論じた。座長は西澤寛俊名誉会長。

株式会社「麻生」代表取締役会長の麻生泰氏は福岡県飯塚市で株式会社「飯塚病院」を経営する。ビジネスマンの観点から発言したいと前置きしたうえで、病院は「労働集約型の最たるものだ」と規定。病院経営に乗り出した時「日本一のまごころ病院を作る」と自らにミッション（使命）を課したことを明らかにした。

親戚筋に当たる故武見太郎日本医師会会長に相談した。「どういう病院を作りたいのか」と聞かれ、麻生氏の返答に「なんだそれ、君の発想は過去からの延長じゃないか。リーダーは未来からものを考えないとダメだ」と一喝されたエピソードを紹介し「大切にしている言葉だ」と述べた。

当時、飯塚病院は「西日本一のおんぼろ病院」と言われ、医師数42人だった。今は医師は300人を数え、全国から見学に来る。カギは、患者の満足度を上げる、医療スタッフがハッピーの２点。「いいスタッフを集めると、患者は自然と集まってくる」。それが病院経営安定の好循環をもたらすと語る。

労働集約型の企業は無駄が多くなる。「明るく、楽しく、無駄をなくす」を標語に、患者の待ち時間を減らす、薬局では１分以内の受け渡しなどを目標に改善努力している。高齢者が住みやすい街づくりのため、フレイル予防にも力を入れていると語り「病院を中心に街づくりをしていきたい。飯塚のブランドを高めたい」と締めくくった。

佐藤俊男氏は地方独立行政法人山形県酒田市病院機構日本海病院の法人管理部参事として山形県庄内地方の地域医療連携構想の中心的コーディネーターだ。人口28万人を切り、高齢化率35％の庄内地方で、医療機関を再編しなければ病院経営が成り立たなくなるとの危機感から、管内９法人を集約して地域医療連携に向けて、「日本海ヘルスケアネット（仮称）」を進めている。

連合体にするからには、誰もがメリットを共有しなければ意味がない。「事業は安定的に進むのか」「メリットは何か」などの議論を繰り返した。共同事業には、人事交流、電子カルテの共有なども視野に入れている。佐藤氏は「ブランド力、経営効率を向上して地域医療のモデルを目指したい」と語った。

松田晋哉・産業医科大学教授は、学者の立場から発言。高齢者を孤立させない住まいの提供が今後、大切になってくると指摘した。

人口減少社会における街づくりに行政は相変わらず無計画だと批判し、「高齢者は楽しいと思える場所があればそこに出かける」。具体例としておばあちゃんの原宿として知られる東京・巣鴨の「とげぬき地蔵通り商店街」を挙げ「あの商店街では店員とお年寄りの会話があるからだ」と述べた。高齢者が楽しめる街づくりは、街の中心部の再活性がポイントだとする一方、施設周囲の田んぼで入居者が農作業する「半農半患」構想を実践している例も紹介した。

松田氏は、「良い病院はその地の地域品質を高める。地域品質の高いところに人は集まる」という神野正博学会長の言葉を紹介して、テーマをまとめた。

清話抄

東京都保健医療計画
第６次改定

東京都では2013年に保健医療計画が策定され、現在は2018年からの次期計画の策定が本格化してきている。2016年７月に策定された東京都地域医療構想で示された「東京の将来の医療～グランドデザイン～」などを踏まえて検討をしていくわけであるが、これからは今まで整合性がとれていなかった医療と介護の融合が特に大切になる。

東京都では地域医療構想の策定にあたって、病院・診療所の病床の整備については現行の二次医療圏を原則とする「病床整備区域」単位で整備しつつ、５疾病・５事業や医療連携の推進については「事業推進区域」を設定し、柔軟に運用することとなった。

疾病に関しては癌・脳卒中・心疾患・糖尿病・精神疾患・認知症。そして事業としては救急・災害・小児・周産期・へき地・在宅・リハビリテーション・外国人・人材・歯科・医療情報・ICT・医療安全が挙げられ、それぞれ改定部会が設置され検討されている。喫煙対策に関係する肺疾患が項目として明文化されなかったことは残念であるが、疾病においては予防・急性期・慢性期と時系列での項目の列挙など、医療・介護の現場を踏まえたうえでの内容となっている。

これはここ数年、東京都医師会と東京都病院協会が「車の両輪」となって特に東京都に対して発言できるようになったために、東京都が現場の意見を率直に聴取するようになったことが大きく寄与している。形式だけの会議ではなく本当に未来を考えての会議となっている。

官も民もその地域に根ざす一員であり、その地域がよくなるためにともに汗を流すことがこれから特に必要になる。

そのためには、医療人として政治に無関心ではいけないと考える。（竹川勝治）

社会保障改革と消費税、ICT・AIの活用、地方創生と医療の役割を議論

特別シンポジウム　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～

市民公開講座として行われた特別シンポジウムは、４人の政治家を招き、「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～」をテーマに社会保障の財源問題と消費税、ICT・AIの活用、地方創生と医療の役割について論じた。シンポジストは、石破茂衆議院議員（前地方創生相）、伊藤達也衆議院議員（元金融相）、田村憲久衆議院議員（前厚生労働相）、自見はなこ参議院議員（医師）。座長は、神野正博学会長とキヤノングローバル戦略研究所研究主幹の松山幸弘氏。

医療・介護同時改定の財源は？

基調講演を行った松山氏は、来年の医療・介護同時改定について、「それほど心配はいらない」と楽観的な見方を示した。「政府は社会保障費を1,300億円抑制する方針だが、それ以上のことはしない。診療報酬はマイナス改定のような話にはならないだろう。介護報酬も政策的にもマイナス改定にすることはあり得ない」と述べた。

松山氏は、「問題はその次に起こることだ」として、財政破綻のリスクを指摘。国と地方の債務残高は名目GDPの２倍を超え、わが国の財政は既に構造破綻の状態だ。新たな国債を発行しても買い手がつかない「国債札割れ」の事態が起こると、日本は財政再建の意欲も能力もないと金融市場からみなされ、円の信用が失墜すると警鐘を鳴らした。

一方、田村氏は、同時改定の見通しについて「そんなに簡単なものではない」と楽観論を否定。2017年度予算の中で2018年度分まで社会保障費を抑制する仕組みがあるが、待機児童の解消のために500億円が別途必要になる事情を説明。診療報酬本体のプラス改定に向けて努力する必要があるとした。

社会保障を政府の大きな課題に

社会保障の財源問題をめぐって、元金融大臣の伊藤氏が、社会保障制度改革国民会議の議論を振り返って発言した。少子高齢化・人口減少社会を乗り切っていくためには社会保障の機能強化が必要であり、国民会議は消費税率を引き上げその財源を社会保障に充てる道筋を描いた。しかし、社会保障・税一体改革では、消費税率を５％上げても社会保障の充実に使うのは１％のみで、残りの４％は財政赤字の穴埋めに使われることになった。「デフレに対する処方せんを間違えたからだ」と伊藤氏。リーマンショック後にデフレの状況に陥り、世界標準の財政運営を行うことができずに財政赤字が拡大した。「ポスト安倍政権では社会保障を政府の大きな課題に置いて議論しなければならない」と伊藤氏は強調した。

社会保障の財源確保のために消費税を引き上げるべきという点では田村氏も同じ立場。2019年10月には消費税を10％に上げなければ「財政がもたない」として確実に実施する必要があるとした。また、75歳以上が増大する2025年に向けて「消費税を10％からさらに引き上げていかなければならない」との認識を示した。

消費税引上げに社会保障改革が必要

社会保障の財源確保のために消費税を引き上げていくには、社会保障のさらなる改革が求められる。石破氏は、「医師の偏在が言われるが、自由開業制の中で偏在は避けられない。一方で、医師が10％増えればそれだけ医療費が増える。どこにどういう医師を配置するかが自由でいいのか考えなければならない時期にきている。消費税を上げるのであれば、それとセットで社会保障改革の答を出さないといけない」と述べた。

ICTとAIで医療はどう変わる？

ICTとAIの発展は医療をどう変えるのか。松山氏は、アメリカの最新情勢を報告。「AIの普及によって認知医学の時代が急速にやってくると言われている。AIを駆使して医師が最適な診断をする時代が来る」と述べた。

それを実現するためには、英知を集めてインテグレートする研究機関が必要となる。「アメリカにはメイヨークリニックのように政府の政策とは関係なく最先端の研究を行う事業体があるが、日本にはそれが存在しないことが問題」と指摘した。

田村氏は、「バイタルデータをナースがチェックして記録しているが、人がやらなくていいものは機械化して、病院内の業務を徹底して効率化する必要がある。それをやらないと医療人材が足りなくなって病院が回らなくなる」とした。

自見氏は、遠隔診療に取り組む中で見えてきた課題を指摘した。「金融や情報通信など13の重要インフラがあり、金融の分野では必要な安全基準を自分たちでつくってきた。医療だけがサイバーセキュリティ対策で取り残されている」と述べ、この分野での取り組みの重要性を訴えた。

地方創生に医療の力が不可欠

石破氏が、日本再生の処方箋として、地方創生の必要性を訴えた。

「このままいくと日本の人口は2100年に5,000万人を切る。明治の終わり頃に戻るだけという人もいるが全然違う。若い人が少なくなり、高齢者が多くなる中で、どうやって社会保障や財政を維持するのか。お手本は世界のどこにもないので、我々が考えていかなければならない。

今までは国がいろいろなメニューを用意してその中からどれを選ぶかを考えてきた。しかし、その街でどの産業を伸ばしていったらいいか、霞が関で分かるはずはない。

また、役場で素晴らしいプランができれば誰も苦労しない。その地域でなければできないプランを『産官学金労言』※が一緒になって作っていく。国の用意したプランではなく、わが街はこれしかない、だから国はこういう支援をしなければならないと言えば流れが変わる。人口が減って経済が伸びない時代には、それぞれの地域がベストプラクティスを出していかないと国自体が立ち行かなくなる」。

石破氏の発言を受けて神野氏は、「医療は地域に密着している。医療が充実して教育・子育て支援が充実し、働く場があれば人は集まってくる」と述べ、「産官学金労言」に「医」を加えることを提案。

これに対し伊藤氏は、「大賛成だ。地域が健康長寿を支え、安心して暮らせることが地方創生にとって本当に重要。地域の抱える課題を解決するには、縦割りの部分最適ではなく、総力戦で臨まなければならない。当然、医の力が必要」と述べて賛同した。

※「産官学金労言」は、石破氏の著書「日本列島再生論」で提唱している考え方。「金」は金融、「労」は労働団体、「言」は言論機関で地方の新聞・テレビ。地方創生プランは、行政だけでなく、地域の関係者が知恵を出して考える必要がある。

石破氏

伊藤氏

田村氏

自見氏

松山氏　神野学会長

中小病院が提供する在宅医療のあり方

学会企画シンポジウム１　織田病院がMBCの運用状況を報告

学会企画の「在宅医療と病院」では、地域における実際の取り組みを通して、病院が提供する在宅医療について議論。地域包括ケアシステムの中で、病院による直接的・間接的な在宅医療や在宅で療養する患者の緊急時の対応で、民間の中小病院が大きな役割を果たしていることが示された。座長は池端幸彦副学会長。

厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長の松岡輝昌氏は、地域包括ケアの見取り図や、在宅医療を必要とする高齢者が今後どれくらい見込まれるかを示した。

地域包括ケアシステムにおける在宅医療の課題では、①退院支援②日常の療養③緊急時の対応④看取り―をどう確保するかが重要と指摘。一例として、介護保険の地域支援事業として始まった在宅医療・介護連携推進事業で、市町村が在宅医療に関与することになったため、医療機関との連携が必要になっているとした。

また、高齢化の進展で在宅医療の需要は増大する。松岡氏は、現在の需要を2025年の高齢者増に対応させると約100万人、医療機能の分化・連携による需要増で約30万人の在宅医療の需要が発生する見通しを示した。

地域医療介護支援病院を説明

日本医師会常任理事の鈴木邦彦氏は、「大病院ではなく、中小病院、有床診療所、診療所が在宅医療を提供する機能を担う」と強調。日医と四病院団体協議会の合同提言で提唱した「地域医療介護支援病院」の内容を説明し、「これこそが今後の地域包括ケアシステムの中核を担う病院」と位置づけた。

地域医療介護支援病院は、地域に密着した200床以下の民間病院を想定。その機能は、「急性期病床からの転院を受け入れ、在宅復帰を支援するとともに、在宅医・介護施設と連携して在宅患者・施設入所者等の急変を24 時間体制で受け入れ、在宅療養を支援すること」。医療・介護連携の役割も強調している。また、かかりつけ医機能を担う医師について、鈴木氏は日医の認証制度の養成状況を説明し、在宅医療でも重要な役割を果たすとした。

地域医療機能推進機構（JCHO）高岡ふしき病院副院長の宮﨑幹也氏は、同病院が提供する在宅医療の状況を紹介。JCHOはその名称のとおり、地域医療に貢献する目的で組織されている病院で、地域医療に関する研修も行っていると説明した。高岡ふしき病院は、積極的に在宅医療に取り組み、訪問看護ステーションとあわせ、在宅等に訪問診療を行っている。

病院が直接、在宅医療を提供する利点としては、◇病状悪化時やレスパイトでの入院が容易◇他科の医師を含め往診の代理を頼める◇自院で在宅医療の研修ができる◇多職種連携が迅速にできる―をあげた。課題としては、医師の高齢化も進み、医師確保が困難であることや、介護を必要とする患者の増大への対応、手厚い評価となっている在宅時医学総合管理料を算定することによる患者の負担感などを指摘した。

全日病副会長の織田正道氏は自院（祐愛会織田病院）の取組みを紹介した。特に、院内のフラット型の医療従事者の連携とメディカル・ベース・キャンプ（MBC）が、在宅医療の支援で、重要な役割を果たしているとした。

院内のフラット型の医療従事者の連携は、医師を頂点にした従来のピラミッド型の連携に対比されるもの。生活を支える機能が重要になる中で、介護を含めた多職種がその専門性を活かす上でも、フラット型である利点は大きいとした。

MBCは、患者宅や訪問診療の人の動きに関する位置情報をリアルタイムで視覚化し、把握するシステムを用いて、退院患者の在宅医療を支援するシステム。テレビを介して、在宅の患者と連絡できる体制を整えた。織田氏は、「退院後にかかりつけ医に戻すまでの１週間～10日間は、病院が訪問診療を行い、補助的にICTを用いた遠隔的な支援を行っている」と説明。さらに、今後は患者のバイタルサインを含めた患者の状況をより詳しく把握できるシステムの検討を進めているという。

社会の中で医師はどのような役割を果たすか

学会企画シンポジウム２　医師偏在や働き方改革に示唆

学会企画の「医療の社会性をデザインする」では、医療と社会の関係をめぐり、様々な角度から議論した。喫緊の課題である医師偏在対策や働き方改革の対応を考える上で、示唆を与えるシンポジウムとなった。座長は猪口雄二会長。

河北総合病院理事長の河北博文氏は、西洋では神学、法学、医学の３つが神の領域に関わる学問とされ、「それに従事する人が職業倫理を負っている」と説明。プロフェッショナル・オートノミーとは、「自治的なあり方ではなく倫理である」と強調した。

日本医師会長を務めた武見太郎氏の「医療とは医学の社会的適用」との言葉を引き、現代では「神」ではなく、「社会」と医学が関わり合うことにより、医師に社会的責任が生じると指摘。

「かつては『由らしむべし知らしむべからず』で、医師中心の時代があったが、今は患者が中心になった」として、健康を支えるのはあくまで患者自身で、「患者が自分の健康に責任を持つことを理解すること」の意義を訴えた。

厚生労働省医政局長の武田俊彦氏は、医療と社会との関わりの観点から医師偏在の問題に言及。「医師の自主性を最大限尊重した上で、国と都道府県は地域医療の確保に責任を持つ。その観点で、行政が介入することが、医師のプロフェッショナル・オートノミーに反するとは考えない」と述べた。

「医療機関の開業は自由だが、病床は規制している。民間が主体だが非営利が前提。どこの国をみても、自由市場に全面的にまかせず、公共部門の下にある」と現行の医療制度を説明。その上で、地域医療構想という新たな仕組みの意義を訴えた。

地域医療構想を実現するための地域医療構想調整会議は、医療機関同士が地域の医療提供体制を自主的に話し合う仕組みだ。「話し合いでうまくいかなければ、吸収合併という強制的な措置ではない地域医療連携推進法人という選択肢がある」と補足した。

慶應義塾大学商学部教授の権丈善一氏は、「医師はガス・水道・電気に似ている。ないと生活できない。ただ人間であるということが難しい」と問題を設定した。自然にまかせて、適正配置が実現しないのであれば、政策的な対応が必要と指摘。社会保障・税一体改革の議論の中で、医療団体が「医師偏在解消に向け一定の規制を受け入れる」と発言していたことを評価し、取組みを前進させる立場から、地域枠など医学部入学者の問題について述べた。

渋谷氏　権丈氏　武田氏　河北氏

医師は地元の医学部を出ると、その地域に定着するという前提で、一県一大構想ができた。しかし1990年代以降、都会出身の学生が地方の医学部を占拠し始める。「バブル崩壊後、優秀な学生は東大を目指すより、地方の医学部を目指すようなったからだ」（権丈氏）。

都会の出身者は卒業後しばらくすると都会に戻ってしまう。権丈氏は、地域枠が機能していない状況を指摘。医師需給分科会が、地域枠の見直しを議論していることを評価した。

東京大学大学院医学系研究科の渋谷健司氏は、「医師が足りている地域でも、医師不足を訴えている。外形的な手段に訴え、医師を増やすことや強制配置をすることは解決策にならない」と問題提起した。「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」が実施した医師の働き方調査の結果を紹介。１万６千人の医師が回答した初の大規模調査で、「地方勤務の意思ありという回答が44％。若い医師ほど高い傾向にある」。しかし、実際には地方の医師不足が続いている。渋谷氏は、「医師が定着する土壌を作る必要がある」と主張した。

具体的には、ライフスタイルに合った医師のキャリア形成が可能になる仕組みが求められると指摘。「20代はバリバリ働き、30～40代は子どもの教育がある。50代になれば親の介護や将来設計が重要になる。これは医師に限ったことではない」と渋谷氏は述べ、働き方の見直しが不可欠と主張した。

枠を越えて生きるをデザインする病院

学会企画シンポジウム４

学会企画のシンポジウム「枠を越えて生きるをデザインする病院」が行われ、３人の演者が従来の病院の枠を越えた取組みを紹介。生き残るための病院経営の真髄を語り合った。座長は、安藤高朗副会長と国際医療福祉大学大学院の高橋泰教授。

自立可能な医療システムを輸出

医療法人社団KNI北原国際病院の北原茂実理事長が、北原グループが取り組む海外事業やAIを駆使した病院建設を紹介した。

北原グループは、カンボジア、ベトナム、ラオスでアウトバウンドの海外事業を展開している。昨年10月にカンボジアに救命救急センター「サンライズジャパンホスピタル」を開設。現在は、ベトナムで病院建設を進めている。

北原グループのアウトバウンドは、日本の医療を持ち込むのではなく、相手国の実態にあった形で自立可能な医療システムを作ることが特徴。現地のスタッフを教育して雇用を生み出す。「本当に必要な医療が安価に提供される仕組みを提供する」と北原氏はいう。

一方、国内では本拠地である東京・八王子ではICTやAIを活用した医療に取り組んでいる。その一つがデジタルリビングウィルだ。医療情報や緊急時の対応、終末期の意志表明などを記録・活用するサービスで、指紋認証で個人を特定し1人暮らしの高齢者が倒れて意識がない場合でも延命治療を望んでいたかを確認することができる。

11月にオープン予定の病院はデジタルホスピタルを目指している。AIによる自動運転の病院で、顔認証の入館システムを導入。関係者以外は病院に入ることはできず、認知症の人の外出も防げる。職員は、ヘッドセットを着けて、AIから指示を受ける。検温をすればその結果が電子カルテに自動的に記録される。ミスがなくなり、申送りの時間が不要になる。

病院経営から「おとなの学校」へ

株式会社おとなの学校の大浦敬子代表取締役は、23年前、病院の事務長をしていた母の急死により医療法人の経営を担うことになった。認知症ケアに取り組む中で、「おとなの学校」という介護の仕組みにたどり着いた。

おとなの学校は、「単に施設を学校にしたもの」（大浦氏）。黒板やスクール形式の机と椅子、校歌を用意。制服を着て、１日の時間割があり、在宅に帰るときは卒業式がある。「仰げば尊し」を歌うと号泣する人も。「学校に行って楽しかった。今日も生きていてよかった」という人生を提供するメソッドだ。

重度の認知症の人は現在のことはわからなくても、昔のことは覚えている。「学校という枠組みの中に入ると、安心して座っていられる」（大浦氏）。認知症ケアに大きな効果があり、授業中は１人のスタッフで20～30人の高齢者をケアできる。その間、他のスタッフの時間ができるので、施設運営の効率化につながる。

「おとなの学校」は、フランチャイズで全国展開に乗り出し、2002年から介護施設アクティビティの教科書「おとなの学校メソッド」を発行。急速に部数を伸ばし、現在280施設の6,000人に届けている。

枠を越えて地域づくりに取り組む

社会医療法人恵仁会くろさわ病院の黒澤一也理事長は、長野県佐久市を中心に生活を支える医療を展開。病院の枠を越えて街づくりに取り組んでいる。

くろさわ病院は、今年80周年を迎えた。建物の老朽化に伴う病院の建替えに当たり、４月に駅前の商業施設の跡地を利用して病院を新築移転した。

住民の要望に応えて、公民館を施設内に併設。病院の裏手には市が立体駐車場を整備し、連絡橋でつないだ。

「駅前商店街の一角に人が集まる施設をつくったことで、街の活性化が期待できる」と黒澤氏。

一方、旧病院の跡地には、サテライト老健の建設を計画している。隣接する健康運動センターは新たな形の予防施設として生まれ変わる予定だ。

「人口減少の中で、このままでは街もろともになくなってしまう。どうしたら地元の街を存続させられるかを考えてきた。医療と介護だけをやっていたのでは街は残せないと思い、いろいろな枠を越える形で取り組んできた」という黒澤氏。病院の枠を越えて地域全体の持続可能性を考えている。

黒澤氏　大浦氏　北原氏

全日本病院学会を東京に引き継ぐ

石川学会は９月10日の夕刻に、すべてのプログラムを終え、閉会式が行われた。来年10月開催の東京大会の猪口雄二学会長に、「学会旗」を手渡し、全日本病院学会を次回に引き継いだ。

神野学会長は閉会式の挨拶で今回の学会について、「１日目の学会企画は、医療制度の大変革を意識した『現（うつつ）の世界』、２日目は、未来を見据えた我々のあるべき姿、なりたい姿を語ってもらう機会とした」と説明。その上で、「その実現に向かって、貢献できていればうれしい」と述べた。

「第60回全日本病院学会in東京」は来年10月６日、７日にお台場で開催する。テーマは「成熟社会における医・食・住」。2025年に向けて、医療・介護同時改定や地域医療構想を含めた医療計画が実施された後であることを踏まえ、大きな視点で医療を取り巻く生活環境を捉え直す観点でテーマを設定した。

熊本学会の優勝論文を表彰

９日の懇親会で、昨年の熊本学会の演題から選ばれた優秀論文の授賞式が行われた。大田泰正学術委員会委員長から表彰状が受賞者に授与された。

【最優秀論文】

『熊本地震における当院の下肢静脈血栓症対応』

寿量会　熊本機能病院　吉野孝一氏

【優秀論文】

『障害者等一般病棟の運営における医療相談員の役割～難病患者への特化と在宅復帰の両立のために～』

脳血管研究所　美原記念病院

星野晴彦氏

『キャリアラダーを用いた人材育成について』

石川記念会　HITO病院

藤川智広氏

『NPH患者の歩行能力向上に対して胸郭アプローチを行った一症例』

明理会　行徳総合病院

鳴海翔太氏

病院から転換する介護医療院の名称を議論

社保審・医療部会　厚労省は今後掲示の仕方を整理

社会保障審議会・医療部会（永井良三部会長）は９月15日、次期診療報酬改定の基本方針策定に向けた議論を始めるとともに、病院が介護医療院に転換する場合に、「病院」の名称を用いることができる特例の取扱いを議論した。病院の一部が介護医療院に転換する場合、介護医療院の名称を明示しなければならないが、全日病会長の猪口雄二委員は、元の病院の名称が使えるよう柔軟な対応を求めた。

介護医療院は病院ではないので、基本的に病院を名乗ることはできない。しかし、◇介護保険法上の医療提供施設である◇転換前の病院、診療所としてすでに地域に定着している◇介護医療院へ転換しやすい環境が作られる―との理由で、病院・診療所から転換する場合に限り、特例で病院の名称が認められた。その場合でも「介護医療院」という文字が使用される必要があり、その他の要件は厚生労働省令で定める。

厚労省は今回、名称の特例に関し、より具体的な論点を示した。病院の名称を使うことはできるが、実態に合わず、誤解を招きかねない名称を使えないこととした。例示としては、◇法令に基づく名称（特定機能病院、地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院等）◇予算事業に基づく名称（休日夜間救急センター、災害拠点病院等）―などがある。これらの名称は「介護医療院」に併記して、用いることはできない。

一方、議論になったのは、病院の一部を介護医療院に転換した場合、施設全体としての名称をどうするかという点。猪口委員は、「ケアミックスの病院が多いので、一部が介護医療院になる病院が増えると思う。その場合に、（「介護医療院」の名称を含まない）元の名称を使えるようにすべき」と要望した。他の委員からも賛同する意見が相次いだ。ただ厚労省は「届出では『介護医療院』の名称は必須。ただ掲げる場合にどうするかは整理させてほしい」と回答した。日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「元の名称が使えないと、転換の阻害要因になる」と述べた。

改正医療法等の成立により、厚労省の検討会で施行に向けた議論が始まる改正事項がある。具体的には、◇特定機能病院のガバナンス体制強化◇医療に関する広告規制の見直し◇検体検査の精度の確保―の３つ。いずれも法律が成立した６月14日から１年以内に施行する必要がある。

次期改定で働き方改革の関係も焦点

診療報酬改定の基本方針は医療保険部会との連名で、12月上旬に策定し、それに沿って、中医協が個別事項を決定することになる。今回、厚労省は「改定に当たっての基本認識」、「改定の基本的視点と具体的方向性」を示した。基本的認識では、「医療・介護現場の新たな働き方の実現、制度に対する納得感」をあげた。

猪口雄二委員は、「医療従事者の人手不足は深刻で、今後はICT（情報通信技術）などを駆使し、業務を効率化しないと病院の経営はさらに厳しくなる。その一方で、診療報酬はどんどん複雑化し、手間がかかっている。診療報酬の簡素化が不可欠だ」と主張した。また、働き方改革に関する医師の時間外労働の上限規制等のあり方に関し、「救急、産科医療の現場をどう守るかという視点で議論すべき」と訴えた。人手不足への対応や医師の時間外労働への問題について、猪口委員に同調する意見が、他の委員からも相次いだ。

維持期リハビリの介護保険への移行策を検討

中医協総会　第２ラウンドの個別テーマの議論始まる

中医協総会（田辺国昭会長）は、2018年度診療報酬改定に向け第２ラウンドの議論を９月13日に開始。最初のテーマを維持期・生活期のリハビリテーションを円滑に介護保険に移行させる方策とした。2018年４月以降、標準的算定リハビリ日数を超えた要介護被保険者は、医療保険での算定が原則できなくなる。この期限をさらに延長することの是非や介護保険への移行策が課題となった。

疾患別リハビリの維持期・生活期のリハビリは、医療保険ではなく介護保険で実施すべきとの観点から、これまで数次の改定で介護保険に円滑に移行させる措置を検討してきた。医療保険で算定できるのは当初2014年度の医療・介護同時改定までとされたが、医療保険での維持期リハビリに一定のニーズがあることを踏まえて延期され、現在は原則2018年３月末となっている。

前回改定では、さらなる移行措置を図るとともに、維持期のリハビリテーション料において厳しい対応をとった。具体的には、要介護被保険者に対する維持期リハビリテーション料の減算率を１割から４割に上げた。さらに、維持期リハビリを提供する医療機関に介護保険のリハビリの実績がない場合の追加減算率が１割から２割になった。

例えば、脳血管リハビリテーション料（Ⅰ）の場合、発症等後180日は医療保険でリハビリを１単位20分で245点を算定できる。180日を超えると、要介護被保険者以外は引き続き、月13単位を限度に245点を算定できるが、要介護被保険者であれば、４割減の147点になる。厚労省は、脳血管疾患等リハビリ料等や運動器リハビリ料等を算定した患者で、標準的算定日数を超過した要介護被保険者の割合は２～３％とのデータを示した。

全日病会長の猪口雄二委員は、「４割減算の147点よりも、（介護保険のリハビリの実績がなく）２割減算が加わり、所定点数の48％まで下げられている医療機関が多い」と述べ、減算の影響の厳しさを訴えた。

同日の議論では、診療側の委員から、方向性は受け入れつつも、標準的算定日数を超過した要介護被保険者が医療保険のリハビリを受けられる期限を2018年３月末とする措置について、さらなる延長を求める意見が相次いだ。しかし支払側の委員は、「医療保険と介護保険のリハビリは役割が違う。円滑に移行させる措置を講じるべき。その際に、診療報酬での配慮は必要なく、事務負担の軽減や施設の利用の工夫などで対応できる」と主張した。

一方、厚生労働省は、治療継続により状態の改善が期待できるなど、必要があれば、医療保険でのリハビリが可能であることを強調した上で、維持期・安定期のリハビリを介護保険に円滑に移行させる方策の論点を示した。

現在、同一の施設で医療保険の外来リハビリと介護保険の通所リハビリの両方を実施している施設がある。しかし両者の施設基準は機能訓練室の広さや職員の配置などで異なる。標準的算定日数を超過した要介護被保険者が介護保険でリハビリを受けるようになると、同一施設で両者のリハビリを実施することになり、どちらか一方の場合よりも実質的に職員の加配になることがある。このような課題に配慮する必要性が指摘された。

疾患別リハビリの実施に当たって作成するリハビリテーション実施計画書については、両者で重複する項目があるため、「写し」で代用できるようにするなど、事務負担軽減が論点となった。また、医療保険の「目標設定等支援・管理シート」と介護保険の「リハビリテーション計画書」などでも様式の互換性に乏しいとの指摘があり、様式の変更を検討する。

一方、介護保険に移行する場合の居宅支援事業所への診療情報提供料（Ⅰ）にリハビリの情報が含まれていない問題がある。現在、特段の評価がない医療機関から通所リハビリ事業所・訪問リハビリ事業所への直接の情報提供の評価を新たに設けることも検討課題になった。猪口委員は、「様々な手段を尽くして、スムーズに医療保険から介護保険に流れる体制をきちんと作らないとうまくいかない」と述べるとともに、社会保障審議会・介護給付費分科会との緊密な連携も促した。

費用対効果の評価基準で技術的な論点示す

中医協・費用対効果評価専門部会　厚労省は慎重に議論進める姿勢

中医協の費用対効果評価専門部会（荒井耕部会長）は９月13日、費用対効果評価の試行的導入における価格改定手法について議論を深めた。費用対効果評価の「よい・悪い」を決める評価基準について、技術的な論点が示されたが、委員からは費用対効果評価への具体的な影響がわからないとの意見が出て、結論には至らなかった。厚生労働省は議論を慎重に進める姿勢で、制度設計が予定より遅れている。

試行的導入では、総合的評価（アプレイザル）の増分費用効果比（ICER）の評価基準で、一般国民に対する支払い意思額調査は実施しないことをすでに決めている。健康に生きられる生存年を延ばすために、いくらまで費用を支払うべきかを尋ねる調査の設計で合意が得られていないためだ。このため、試行的導入では、研究者の過去の調査を参考にすることになった。

今回厚労省は、主要な４つの調査のうち、どれを参考にすべきかの基準を論点とした。具体的には、◇「個人の自己負担（全額）」ではなく、「社会（税金・社会保険料、自己負担）としての負担」を尋ねる◇支払うべき金額を直接尋ねるのではなく、バイアスが少ないとされる二段階二項選択法を用いる◇より最近に行われた調査とする―とした。これらに従うと、国立保健医療科学院の白岩健主任研究員らが実施した2010年の調査が参考になる。

あわせて、諸外国の費用対効果評価の仕組みで用いている評価基準について、どれを参考にすべきかの論点も示した。厚労省は「具体的な評価基準が公開されている国のうち、できるだけ医療体制や生活の状況等が日本と近い国を参考にする」とし、諸外国の状況を示した。

それによると、具体的な評価基準を公表している主要国はイギリス、ポーランド、アイルランド、スロバキアで、イギリスが比較的日本に近いといえる。イギリスの費用対効果の「よい・悪い」の分水嶺は２万～３万ポンド。１ポンド138円で換算すると、276万円～414万円となる。ただし一定期間の為替レートで換算する方法と、１人当たりGDP等の比率で算出する方法がある。１人当たりGDPの比率で算出するほうが、為替レート変動の影響は小さいと厚労省は説明した。

また、試行的導入の対象品目である抗がん剤のオプジーボや脳深部刺激装置のアクティバRCのように、適応疾患が複数ある場合の対応も論点になった。各適応疾患でICERを計算すると複数の結果が出る。一つの医薬品、医療機器として評価するため、◇もっともよい結果と悪い結果を用いる◇複数のICERの結果を患者割合等で加重平均する◇適応疾患ごとに総合的評価を行い、その結果を患者割合等で加重平均する―の３案が示された。

これらの論点に対しては、「費用対効果評価への具体的な影響がわからず判断できない」との意見が委員から相次いだ。参考にすべき評価基準の論点では、意見が分かれた。

全日病会長の猪口雄二委員は、議論を前に進める観点から、「参考にすべき評価基準の調査は『個人の自己負担（全額）』ではなく、『社会としての負担』とし、イギリスの仕組みを参考にした場合は、１人当たりGDPの比率で日本円に換算し、適応疾患が複数ある場合の対応では、複数のICERの結果を患者割合等で加重平均するべき」と述べ、論点の方向性に賛意を示した。

実効性のある医師偏在対策の議論を再開

厚労省・医師需給分科会　無床診療所への規制も検討課題

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13日、次期通常国会での法案提出を視野に、実効性のある医師偏在対策の議論を再開した。医師確保に関して都道府県の関与を強くすることや医療機関が主体的に協議する場の位置づけ、無床診療所の開業に対する一定の制限、医師の養成段階での対策など、幅広い検討課題について、年末までに結論をまとめる考えだ。

同分科会は昨年９月に検討すべき医師偏在対策をまとめ、その後、本格的な議論に入る予定だったが、「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」が開催されたことで、議論が止まった。ほぼ１年が経過し、ようやく再開した。厚労省は今回、◇都道府県の計画的な医師確保対策◇都道府県の医師確保対策の実施体制の強化◇医師養成過程（医学部・臨床研修・専門研修）について、現状と課題、検討の方向性を示した。検討の方向性は示さなかったが、外来医療提供体制も検討課題とした。

都道府県の計画的な医師確保対策では、「医師の多寡を把握できる指標の導入」をあげた。全国ベースで比較できる指標により、どの都道府県・地域で医師が足りないかを明らかにする。足りない場合は、医師確保の実効的な対策を進められるよう都道府県の関与を強くする。現状では、都道府県がとれる手段が限られており、権限を強める。指標を導入する場合は、次期医療計画との調整も必要になる。

都道府県の医師確保対策の実施体制の強化では、地域医療対策協議会を中心とした医療機関が協議する体制を整える。地域医療対策協議会は法律に位置づけられた会議だが、都道府県で開催状況に格差があり、開催ゼロが７県あるとの報告もあった。一方、全日病副会長の神野正博委員は、「協議会と名のつく会議体が都道府県・地域で数多く、混乱する。統合してミッションを明確化すべき」と指摘した。

外来医療提供体制については、無床診療所の開設に一定の制限を設けることが課題になる。病院の病床には基準病床数制度という規制があるが、無床診療所には規制がなく、その結果、都市部に開設が偏る傾向がある。神野委員は、「地域の医療審議会で無床診療所の開設を認めないと判断することは、あり得るのではないか」と提案した。一方、日本医師会の委員は、「開設は認めないという厳しいものではなく、適切な配置を促すための情報提供がより重要」と述べた。

医師養成過程については、医学部・臨床研修・専門研修のそれぞれで検討の方向性を明示した。

医学部に関しては、医学部に地元出身者が増える仕組みを課題にした。医師不足に対応するため、地方の医学部では地域枠を設定し、卒業生の定着を期待しているが、都会出身の医師の定着率が必ずしも高くないという結果が出ている。むしろ、地域枠ではない地元出身の医師の定着率が高く、入学定員の仕組みを工夫する。

臨床研修に関しては、都道府県に臨床研修病院の指定・定員設定に主体的に関わり、格差是正を進める役割を求める。また、臨床研修制度では、研修医の都市部偏在を防ぐため、2010年度から臨床研修の都道府県別の募集定員に上限を設けている。2020年までに、募集定員を研修希望者の1.1倍まで縮小させる過程にあるが、これをさらに圧縮することを検討する。加えて、臨床研修後も研修医が他の地域に出て行かない対応が必要とした。

専門研修に関しては、「医師が将来の診療科別の医療需給を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要」と指摘。あわせて、働き方改革の観点からも、診療科偏在を是正する仕組みを検討するとした。また、塩崎恭久前厚生労働大臣の談話にあるように、「専門研修がこれ以上偏在を助長しないようにすることが不可欠」とした。具体策の検討の方向性としては、◇将来の診療科ごとの専門医の需要の明確化◇法律上、地方自治体の意見を踏まえる仕組みとする―をあげた。

ビジョン検討会報告書を説明

同日の分科会では、ビジョン検討会座長の渋谷健司・東京大学大学院医学系研究科教授が、医師偏在対策に関わるビジョン検討会報告書の内容を説明。その上で、「これまでの経過に関して、不快に感じた方もいると思うが、報告書をうまく活用してほしい。医師不足という課題に対し、単に医師を増やす、医師を強制配置するという解決策ではなく、意欲を引き出すことを重視した」と述べた。

神野委員は、「ビジョン検討会では、医師の働き方調査を行なった。今後の医師需給についてはどう考えるか」と質問した。渋谷参考人は「医師数を抑制すべきか増やすべきかの議論は神学論争になる。一概に結論は出ない。その時々のファクトで判断したい」と答えた。また、医師不足地域での診療実績を医療機関の管理者要件とすることに渋谷参考人は反対したが、別の委員は引き続き検討課題にすべきと主張した。

入院医療に関する調査の分析結果で中間報告

中医協・入院医療等分科会　看護必要度と診療報酬項目の相関を今後検証

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９月15日、次期診療報酬改定に向けた入院医療の中間整理をまとめた。2016年度改定の附帯意見に従い、入院医療に関する調査結果を分析し、解釈を加えている。実際の改定内容は中医協総会が決めるが、改定の方向性を検討する上で中間報告は重要な役割を果たす。

急性期について、７対１入院基本料は、近年減少傾向にあり、2017年４月時点で約35.4万床となった。前回改定で導入された病棟群単位の入院基本料の届出は、８施設で調査対象の1.8％という状況。届け出ていない医療機関の理由は、「10対１への変更を予定していない」が96％を占めた。

一方、７対１、10対１の平均在院日数や「重症度、医療・看護必要度」の状況をみると、一定程度重なっていた。10対１では「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合でばらつきが大きいという結果も出ている。

「重症度、医療・看護必要度」のＡ項目（モニタリング及び処置等）とＣ項目（手術等の医学的状況）は、類似の診療報酬項目との相関を分析することになった。分科会の議論では、「重症度、医療・看護必要度」を診療報酬項目（DPCデータのEFファイル）に置き換えて、DPCデータで自動的に患者の重症度を把握することをめぐって議論になったが、「重症度、医療・看護必要度とEFファイルは、データの質が異なり、置き換えられない」との根強い反対があり、「相関の検討」にとどめた。

全日病副会長の神野正博委員は、「相関をみることで、急性期とは何かをもう一度考えることになる。急性期は状態が日々変化する。重症度、医療・看護必要度の該当と非該当を繰り返すこともあり得る。また、データ提出の拡大で、その活用によって病期をまたぐ医療の質を向上させるためのツールとなり得る」と述べた。

地域包括ケア病棟入院料は、届出病床数が増加傾向にある。民間が６割だが、「国立、公立、公的・組合」の割合が相対的に高い。７対１、10対１から入棟した患者と、自宅等から入院した患者では、「患者の疾患や医学的な理由、検査の実施状況等」で、一定の差がみられた。両者の評価を分けることの是非が分科会で議論されたが、「そもそも両方の患者を受け入れる機能を持つ病棟として位置づけられている」との意見が付記された。

療養病棟入院基本料の医療区分については、医療区分が上がるほど◇日常生活に支障をきたす症状を有する◇病状が不安定で、医療や看護の提供頻度が高い―など一定の合理性が確認できた。療養病棟入院基本料２の看護配置は多様で、「１」相当の配置がある病棟も一定数あることがわかった。

データ提出加算は、提出の入院基本料等の要件化の範囲を拡大する方向でデータを分析した。急性期を想定する現行のデータを他の病棟の機能に応じた内容に変更することが指摘された。

大改修まで6.4m^{2}を可とすべき。四病協が介護医療院で要望

厚労省・介護給付費分科会

四病院団体協議会は、9月13日の社会保障審議会・介護給付費分科会（田中滋分科会長）で、介護医療院に関して、(1) 小規模医療機関における療養室単位転換の容認、(2) 医療機関に併設する場合の人員配置等の緩和、(3) 大規模改修まで6.4m^{2}以上を可とする等の経過措置、(4) 一般病床からの転換の取扱い、などを要望した。全日病からは安藤高朗副会長が出席した。

【介護医療院に関する四病協要望の主な事項】

●１施設での類型(Ⅰ)と類型(Ⅱ)の両サービスを提供可能とする。

●サービス提供単位について、病棟に代わる「療養棟」単位のサービス提供を基本とするが、小規模医療機関は療養室単位も可能とする。また、同一棟で介護医療院と医療療養病床が混在する場合は両者の詰所が併存できるよう配慮が必要。

●人員について、（Ⅰ）は現行介護療養病床（療養機能強化型）の人員配置を継承、（Ⅱ）は、夜間看護職員配置を念頭に介護療養型老健の配置を参考とする。ただし、併設の場合は夜間看護職員配置基準緩和等の配慮が必要。医師の宿直は義務とするが、併設しない単独型の（Ⅱ）はオンコールでも可とする。併設する場合は宿直医を含めた人員配置の兼任等の緩和を図る。

●療養環境は個室やユニット型を理想とするが、介護老健施設を参考に１室の定員４名以下かつ８m^2／人以上として、多床室におけるプライバシーに配慮した療養環境に対する評価を行う。また、転換にあたっては、一般病床を含め、大規模改修まで床面積6.4m^{2}以上を可とする等の経過措置が必要。廊下幅は1.8m（中廊下の場合は2.7m）を原則としつつ、大規模改修までは1.2m（中廊下1.6m）とする現行基準を引き継ぐ。

●設備は病院・診療所を参考とし、かつ、（Ⅰ）と（Ⅱ）の基準は統一する。併設の場合は設備の共用を可能とする。また、入所者への調剤業務は施設内で行われるべき。

●食堂・談話室・レクリエーションルーム等の生活設備を設けるが、転換の場合、レクリエーションルームは新たに設置するのではなく、施設全体としてその機能を発揮できるようにする。また、大規模改修までは食堂や談話室との兼用を認めることが必要。一般病床は病室からの転換も考えられ、スペース等の確保に更なる配慮が必要。

来年１月の中間整理に向けた検討課題示す

厚労省・医師の働き方検討会　医師の勤務実態を把握する調査を検討

厚生労働省は９月21日の「医師の働き方に関する検討会」（岩村正彦座長）に、来年１月の中間整理に向けた今後の検討課題を示した。医師の勤務実態を精緻に把握した上で、医師の仕事の特殊性を踏まえた時間外労働規制のあり方の議論につなげる。医師偏在対策と関連する勤務環境改善策もあわせて検討する。厚労省は、医療機関や診療科など属性別にタイムスタディを実施し、勤務実態を精緻に把握する働き方調査の検討に入る意向を示した。

厚労省は年内の検討課題として、◇医師の勤務実態の精緻な把握と労働時間の捉え方◇勤務環境改善策◇応召義務のあり方や医師の労働の適正化に関する国民の理解◇時間外労働規制のあり方―などをあげた。医師偏在対策の法案を来年の通常国会に提出する予定であるため、それと関連する勤務環境改善策などの議論を先に進める。

厚労省は検討課題の一つとして、「勤務実態の精緻な把握」をあげている。医師の勤務時間の中で、労働とみなせる部分とみなせない部分を見分けるために不可欠な材料となる。今年１月、「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」は大規模な医師の働き方調査を初めて実施し、約１万６千人から回答を得た。この調査結果から、勤務実態の様々な側面を明らかにすることができる。

しかし「精緻な把握」のためには、対象数を少なくして、医療機関や診療科、地域別の属性でタイムスタディを実施する必要があるという。同日の検討会では、調査の実施を求める意見が出され、厚労省は具体的な検討に入る意向を示した。

また、今回厚労省は、最近の裁判例などで、医師の労働者性がどう捉えられているかを示した。例えば、「産科医の宿日直勤務について、実際に診療していた時間だけでなく、全体が労働時間に当たるとみなされた判決」や「研究という自己研鑽の時間外労働について、病院の利益に関連するため、私的な活動との主張が退けられた判決」を紹介した。

裁量労働制を求める意見相次ぐ

医師の労働者性を考える前提として、「（法人の代表ではなく、病院等で働く医師は）労働基準法上の労働者である」ということを明確にした。委員から、「医師の労働者性に曖昧さがあるのではないか」との質問が出たが、岩村座長は、「そこに疑問の余地はない」と断言した。さらに、現在、法案化が進んでいる「高度プロフェッショナル制」についても岩村座長は、診療する時間と場所の強制力が強く、その意味での裁量性が低いため、同制度の対象にはなりにくいとの見解を示した。

それでも委員からは、医師の働き方の特殊性を踏まえた新たな裁量労働制の検討を行うべきとの意見が相次いだ。例えば、手術などで特殊な技術を持っている場合などで、裁量労働制を検討する余地があるとの指摘があった。

また、医師の時間外労働規制の運用が厳格になれば、国民が期待する医療が提供されなくなる可能性があり、そのことに関する「国民の理解」や応召義務の取扱いを課題とした。

介護医療院と医師の働き方改革をテーマに討論

常任理事会　介護医療院協議会（仮称）の設置を決める

全日病は８月19日の常任理事会で、介護医療院と医師の働き方改革をテーマに討論し、介護医療院について議論する場として、「介護医療院協議会」（仮称）を設置することを決めた。

転換を進めるための環境整備が課題

介護医療院をめぐっては、社会保障審議会・介護給付費分科会において、人員・設備の基準や報酬体系の議論が始まっているが、本格的な検討はこれからだ。常任理事会では、高齢者医療介護委員会の土屋繁之常任理事が厚生労働省との水面下の折衝内容について報告した。

土屋常任理事は、「一番の問題は介護療養病床からの転換をいかにスムーズに進めるかであり、そのための環境整備である」と指摘。論点として、①施設機能、②サービスの提供と療養環境、③人員配置、④施設基準をあげた。

介護医療院は、日常的な医学管理や看取りなどの医療機能と生活施設としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設で、ⅠとⅡの２類型がある。Ⅰは、重度者が対象（療養機能強化型Ａ・Ｂ相当）で、施設基準は介護療養病床相当。Ⅱは、Ⅰよりも比較的容体が安定した者を対象とし、施設基準は老健施設相当以上とされる。報酬設定に当たっては、類型Ⅰと類型Ⅱの違いをどう設定するかがポイントの一つとなる。

猪口会長は、「具体的な施設基準や報酬が決まるのは、来年３月になるだろう」と見通しを示すとともに、「相当大きな影響がある」として、会内に介護医療院の問題を検討する場として、「介護医療院協議会」（仮称）の設置を提案。高齢者医療介護委員会の木下毅委員長（常任理事）に協力を要請した。木下委員長は、快諾して人選を進める考えを示した。

猪口会長は、協議会を通じて積極的に情報を発信していく考えを強調した。

医師の働き方では実態把握進める

医師の働き方改革については、８月２日に「医師の働き方改革に関する検討会」の初会合が開かれ、検討が始まっている。

３月28日に政府の働き方改革実行計画が決まり、長時間労働是正のために罰則付きの時間外労働の上限規制が導入されることとなった。医師は、時間外労働規制の対象とするが、応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要とされ、改正法の施行期日から５年後を目途に規制を適用することとなった。また、医療界の参加の下で検討の場を設け、新たな働き方の実現に目指して２年後を目途に規制の具体的なあり方、労働時間の短縮策について結論を得ることとされている。

働き方改革は、医師の需給推計と密接にからむ。「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」の議論が再開するが、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」では、専門医の養成から卒前・卒後の教育課程まで含めた検討を進めている。「医師の働き方改革検討会」と合わせて３本柱で検討が進むこととなる。

猪口会長は、医師の働き方改革の論点を、①応召義務や自己研鑽といった医師の働き方の特殊性をどう捉えるのかという問題と②救急医療等への影響の２つに整理した。

①は、自己研鑽のために勉強することが労働なのか、という問題。自分のために勉強していても、労基署の基準では病院にいる間はすべて労働という扱いになり、時間外労働になってしまうという問題である。

②は、より深刻な問題といえる。夜間に救急の対応をほとんどしない場合は、宿日直制が認められ、手当を支払っているが、労働の実態があると、時間外労働とみなされる。救急車を受けている場合はすべて時間外勤務の整理となり、割増賃金を支払わなければならない。現状の医師の数では、救急の現場が回らなくなると予想される。猪口会長は、救急現場の実態を把握する必要があるとし、実態調査を行う考えを示した。

猪口会長の発言を受けて理事から、「医療崩壊になりかねず、本当に困る」とする声があった。

猪口会長は、働き方改革の問題について、毎月の常任理事会、理事会で進捗状況を報告すると述べた。

2017年度　第６回常任理事会の抄録　９月８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　医療法人社団我汝会さっぽろ病院
　院長　春藤　基之

正会員は合計2,505会員となった。

準会員として以下の入会を承認した。

東京都　医療法人社団医の森医の森クリニック浅草橋
　理事長　真野　俊樹

広島県　医療法人好緑会下山記念クリニック
　理事長　下山　直登

福岡県　医療法人松風海内藤クリニック
　理事長　内藤　壽則

佐賀県　医療法人社団敬愛会健診センター佐賀
　理事長　内田　康文

準会員は合計86会員となった。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会総会、保険医療材料専門部会、費用対効果評価専門部会、入院医療等の調査・評価分科会、DPC評価分科会」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」、「医療介護総合確保促進会議」の報告があり、質疑が行われた。

●平成29年度第８回国際看護学術会議等の参加及び介護技能実習生の人材送出し機関との業務協定締結に向けた諸調整の実施について報告された。

●健診団体連絡協議会の報告があった。

●第60回全日本病院学会 in 東京について報告された。

●講習会、研修会について

「平成29年度「特定保健指導専門研修（食生活改善指導担当者研修）」、「医師事務作業補助者研修実践力向上セミナー」、「第13回（平成29年度）看護部門長研修コース（看護管理士認定）」。「平成29年度「臨床研修指導医講習会」」（日本医療法人協会共催）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
　兵庫県　井野病院　更新
　宮崎県　整形外科前原病院　更新

◎一般病院２
　北海道　日鋼記念病院　更新
　茨城県　総合守谷第一病院　更新
　群馬県　東邦病院　更新
　大阪府　行岡病院　更新

◎リハビリテーション病院
　大阪府　関西リハビリテーション病院　新規
　茨城県　いちはら病院　更新
　熊本県　熊本回生会病院　更新

◎慢性期病院
　北海道　札幌西円山病院　更新
　鹿児島県　国分中央病院　更新

８月４日現在の認定病院は合計2,175病院。そのうち、本会会員は881病院と、会員病院の35.2％を占めている。

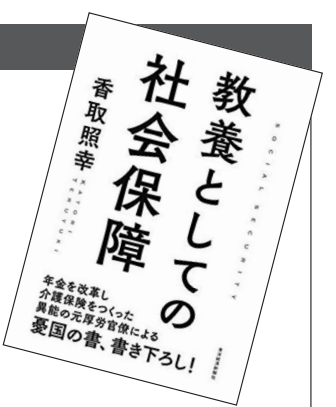
●討議事項として、「介護医療院」をテーマに意見交換を行った。

一冊の本　book review

教養としての社会保障

著者●香取照幸

発行●東洋経済新報社　定価●1,600円＋税



社会保障は身近なものではあるが、複雑でスケールが大きいため、その制度や仕組みを理解することはとても難しい。本書では、社会保障がどのようなものかをわかりやすく解説した上で、現在の日本社会が直面している問題点や、社会の発展・経済の成長に貢献できる社会保障制度の構築のために必要なことが書かれている。医療・介護に関わるすべての関係者に薦めたい一冊。

重症度、医療・看護必要度のDPCデータ応用は概ね了承

日病協・代表者会議　リハビリテーション協会が正式加入し14団体に

日本病院団体協議会は９月15日、中医協・入院医療分科会の審議状況や医師の働き方改革をめぐって議論した。

入院医療分科会では、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の運用について、DPCデータを用いた分析を検討している。これについて、会見した山本修一副議長（写真左）は、「日病協としても是非、進めるべきと考えている。現在の運用は研修受講も含め現場に多大な負担となっており、今回の分析結果が次期改定に向けて現場の負担軽減につながることを期待したい」と述べた。

しかし、「重症度、医療・看護必要度」の考え方を次回改定で変更することは、「現場の混乱を招く可能性がある」と慎重な姿勢を示し、「仮にDPCデータを活用した評価を取り入れるとしても、現行の重症度、医療・看護必要度の測定方法は残した上で、DPCデータによる評価方法を新たな選択肢として、医療機関が自ら選択できるような方向が望ましい」とした。

山本副議長は、７対1入院基本料と10対１入院基本料の点数差が大きいことから、10対１の加算点数引き上げが提案されていることに対して、点数差を小さくすることで10対１に移行しやすくする狙いがあるとし、７対１、10対１の病棟群単位の届け出方式の見直しとあわせて注視していく必要があるとした。

また、データ提出を義務付ける範囲を200床未満に拡大するに当たっては、特に200床未満の療養病床などでは、スタッフが少ないことから、負担軽減策の検討を求める意見があったことを紹介した。

DPCのⅠ群、Ⅱ群における機能評価係数の重み付けについては、効率性係数とカバー率係数の見直しが課題になったが、Ⅰ群の病院にこれ以上の効率性を求めるのは限界で粗診粗療につながる可能性もあること、Ⅱ群の病院では地域における役割分担を考慮する必要があり、カバー率係数の引上げは適当ではないことから、いずれの係数も見直さない方向となったことが報告され、了承した。

医師の働き方改革でも意見交換した。四病協が実態調査を実施する方向であり、原澤茂議長は「日病協としても同じスタンスで意見を発信する必要がある」と述べた。また、地域の救急医療や産科医療が医師の時間外労働にどの程度依存しているかを把握する必要があるとの意見があった。

そのほか、この日の代表者会議から、日本リハビリテーション病院・施設協会（栗原正紀会長）が正式に加入し、日病協は全部で14団体となった。また、地域包括ケア病棟協会（仲井培雄会長）がオブザーバとして参加した。

当初予定を若干変更し10月10日に登録開始

日本専門医機構　全体の日程は変わらず

日本専門医機構（吉村博邦理事長）は９月21日、来年度に開始する新専門医制度の専攻医の登録を当初の10月１日ではなく、10日に変更した上で、これまでのスケジュール通り進める方針を示した。総合診療専門医のプログラム審査が若干遅れていることによるもの。１次審査を通ったプログラムは19基本診療領域で3,026本であることも明らかにした。

10月10日までに、医師偏在の拡大などの恐れがあるかを都道府県協議会がチェックし、問題がなければ、専攻医の登録が始まる。なお、都道府県協議会から意見があれば、プログラムが変更される可能性がある。

登録の締切りは11月15日。その後の採用までの日程は、予定通り12月15日までに完了させる。１次登録で研修先が決まらない専攻医に対しては、来年１月以降に２次登録を実施する。

医師偏在の拡大を防ぐためには、大都市の専攻医数を過去の採用実績を超えないよう調整する措置などを講じることとしている。

具体的には、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡の５都府県の各基本診療領域の専攻医総数の上限について、原則、過去５年間の専攻医採用実績の平均値を超えないようにする。ただし医師が減少傾向にある外科、産婦人科、医師数自体が少ない病理、臨床検査は除外している。

医師臨床研修の評価方法で議論

厚労省・臨床研修制度の到達目標・方略・評価WG

厚生労働省の「医師臨床研修制度の到達目標・方略・評価の在り方に関するワーキンググループ」（福井次矢座長）は９月21日、研修医の評価方法について議論した。各分野・診療科のローテーション終了後に、医師および医師以外の医療職が研修評価票で到達目標の達成度を評価し、研修管理委員会で保管することを決めた。評価結果をもとに、プログラム責任者・研修管理委員会委員が年２回以上、研修医に対するフィーバックを行う。

全日病副会長の神野正博委員は「２年間の研修の最後の評価では、フィードバックの機会がない。低い点数の研修医をどうするのか」と質問。これに対し、福井座長は「２年目の夏移行のパフォーマンスでレベルを上げるようにしてもらいたい」と回答した。

他の委員からは「医師以外の専門職による評価は、どんな職種を想定しているのか。福祉関係ではケアマネージャーもみている」との質問があり、福井座長は「看護師が研修医を観察している。できるだけ多くの職種の人が評価してほしい」と答えた。

また、「評価に主観的判断が入る要素がある。全国の研修病院で各病院の評価データをオンラインで見られる仕組みを考えるべきだ」との提案があった。

■ 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
第13回　看護部門長研修コース（48名）	2017年10月27日（金）、28日（土）、29日（日）【ホテルヴィラフォンテーヌ東京汐留】（２泊３日研修）	216,000円（324,000円）（税込）（全３単位９日間分、テキスト代、第１単位宿泊費、懇親会費、昼食代含む）	看護部門長の「経営革新・実践力強化」を目的に、経営感覚、イノベーション、実践力の３つの狙いを軸に講義・演習等を行う。原則全３単位（９日間）の出席と課題の提出（医療従事者委員会で審査）により、「看護管理士」として認定する。左記は第１単位の日時・会場。

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

製品に関する詳しいお問い合わせは（0566）75－5515まで、お気軽にお問い合わせください

AC100V　家庭用コンセントまたは発電機可

DC12V　バッテリー可（インバーター使用）

公益社団法人 全日本病院協会 賛助会員

AEE Anjo Electric Engineering　The impression beyond your expectation　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

発行所：公益社団法人全日本病院協会／発行人：猪口雄二／〒101-8378 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）5283-7441／FAX（03）5283-7444