



全日病 ニュース

2017.11.1 No.905

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

安藤副会長が初当選、国政での活躍に期待

自民党から東京・比例区の単独で

10月22日に投開票された第48回衆議院選挙で、安藤高夫副会長が初当選した。安藤副会長は、自民党から東京・比例区の単独で立候補。与党が圧勝する中で、当選を果たした。

来年4月には、診療報酬・介護報酬の同時改定が予定されるほか、第7次医療計画、第7期介護保険事業計画がスタート。さらに医師の働き方改革や専門医制度の実施など、医療行政は課題山積だ。こうした中で安藤副会長が議席を得たことの意味は大きい。全日病副会長として培った知識と経験を生かした活躍が期待される。

野党第1党だった民進党が分裂する中で、自民党は公示前と同じ284議席

を確保。公明党の29議席とあわせ、定数の3分の2を超える勢力を維持した。一方の野党は、小池百合子・東京都知事が率いる希望の党が失速し、57議席から50議席に後退。枝野幸男・元官房長官が立ち上げた立憲民主党は15議席

から55議席と躍進し、野党第1党になった。

今回の衆院選に当たり安倍首相は、消費税率を2019年10月に10%に引上げた上で、増収分を教育無償化に充てる考えを表明。消費税の使途変更に対する信を問うことを解散の理由にあげた。野党はそろって消費税率引上げに反対

の立場をとった。与党の勝利によって消費税率引上げは信任を得た。首相は、消費税の使途変更の具体策を年内にまとめる考えだ。



今回の選挙結果を受けて、安藤副会長と猪口会長にコメントを寄せていただいた。

安藤副会長

全日本病院協会の猪口雄二会長をはじめ四病院団体協議会、東京都病院協会、東京都医師会、日本医師会など医療・介護の各団体からご推薦をいただいた。全日病の会員の皆様方をはじめ現場の声に真摯に向き合い、日本の医療・介護を充実させていくために力を尽くしたい。

猪口会長

今般の選挙にあたり、各選挙区をこまめに回られ、各地で行った地域医療を守るための主張が、多くの皆様からのご支援をいただき、当選につながったものと存じます。今後は、衆議院議員として、国政の場で思う存分にお力を発揮していただけるものと確信しております。安藤高夫先生のご当選を心からお祝い申し上げます。

医療安全対策で医師の専従配置評価などを検討

中医協総会

中医協総会(田辺国昭会長)は10月11日、次期診療報酬改定に向け、救急、小児・周産期、医療安全対策の個別事項を議題とした。厚生労働省が示した論点に対して、概ね委員の了解を得たが、妊産婦への外来管理では具体案が示されなかった。また、医療安全対策では、医師などの専従配置の評価が論点となったが、全日病会長の猪口雄二委員が専従要件の緩和を主張し、さらなる議論を深めることとなった。

救命救急入院料を見直す

救命救急入院料は、救命救急センターの充実段階評価のA評価で1日1,000点、B評価で1日500点を加算している。現状で救命救急センターのうち278病院がA評価で、1病院だけがB評価となっている。この充実段階評価の見直しが検討されており、それに

猪口会長は要件緩和を主張

合わせて、救命救急入院料の見直しを行う。見直しでは、ストラクチャーを中心にした評価から、プロセスを含めた評価を取り入れ、点数換算の方法も変更する。具体的には、地域内の重篤患者の受入率や地域の関係機関との連携を評価項目に加える。

猪口委員は見直しに賛意を示した上で、「本来2次救急で診るべき患者を3次救急が受けていることがある。今回の見直しでそれを改善できるか」と質問。厚生労働省は「本来の役割分担が進むよう期待するが、充実段階評価の見直しだけでは解決しないので、他の施策とあわせて、検討したい」と回答した。

小児の入院医療については、助成制度である小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合に、小児への手厚い入院医療管理を評価する小児入院医療管

理料の対象を、2016年度改定で15歳未満から20歳未満に拡大している。一方、小児特定集中治療室管理料は小児慢性特定疾病医療支援の対象であっても、15歳未満でないとは算定できない。厚生労働省は、15～19歳の年齢で、小児入院医療管理料の算定が一定程度あることから、小児特定集中治療室管理料についても、20歳未満まで算定できるように見直すことを提案した。

妊産婦に対する医療では、尿路感染症など頻度が高い合併症や、虫垂炎など診断が困難な疾患などがあり、これらの合併症・疾患を念頭に置いた外来診療が必要とされることから、そのための外来管理を診療報酬で評価することが論点となった。また、妊娠中・産後の自殺のうち、うつ病や躁うつ病、統合失調症などは医療体制の強化で防ぐことができると指摘。産科や精神科、

自治体などが連携して、患者を診療する体制の評価の検討も促した。評価の方向性に異論はなかったが、具体的な見直しでは、追加資料を基にさらなる検討が必要とされた。

医療安全対策については、特定機能病院で専従の医師、薬剤師、看護師を配置した医療安全管理部門の設置が義務付けられたことを踏まえ、その他の医療機関においても、医療安全管理部門への専従の医師などの配置を医療安全管理加算で評価することが論点になった。これに対し医師配置など外形基準だけで医療安全対策を評価することに反対意見があった。猪口委員は、「医師を新たに配置することによる人件費増の病院への影響は大きい。専従要件の緩和を今後議論したい」と主張した。



現状が変わらなければ労働規制導入は困難

厚生労働省・医師の働き方改革検討会

現場の医師からヒアリングを実施

厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」(岩村正彦座長)は10月23日、医師の勤務実態を把握するため救急などの現場で働く医師からヒアリングを行った。現状の働き方や勤務環境が変わらない限り、時間外労働の規制は難しいことが浮き彫りになった。

ヒアリングでは、東京医科歯科大学医学部附属病院救命救急センターの赤星昂己構成員が、週99時間、当直が月4回、休日が月2回という勤務実態を報告。他科と比べ救命救急科は労働時間が長く、時間外労働の上限規制は、「現状のままなら不可能」と述べた。

順天堂大学眼科助教の猪俣武範構成員は、大学病院管理職の状況を説明。「労働」と「自己研鑽」を明確に分離することの難しさを強調し、「自己研鑽の時間を規制すると、医療の発展の停滞を招く」と述べた。一方で、単純作業を他職種にまかせることによる適正

化の意義はあるとした。

そのほか、外科・産婦人科・小児科学会から勤務医の労働実態の報告があった。外科医の1週間当たりの当直を含めた労働時間は「80～100時間」が21%で最も多く、次いで「100時間以上」が19%。産婦人科は当直を除いた1週間の平均勤務時間が48.4時間、1カ月の当直回数は平均5.7回。小児科は1カ月の時間外・休日・深夜勤務の合計が一般病院で32時間だが、公的小児病院では63時間で差が大きい。

清話抄

AI(人工知能)と医師の関係構築

先日、最強の将棋AIポナンザの開発者である山本一成さん(31歳)と対談した。山本さんは、東京大学工学部に在籍中に留年をした2006年に将棋のソフト開

発に目覚め、卒後も就職をせずにポナンザの開発に没頭した。

2012年3月30日に現役のプロ棋士佐藤慎一四段に初めてコンピュータが勝利したが、「その瞬間、会場の雰囲気は凍り付き、お通夜のようになり、終了後握手をした佐藤四段の手が、冷や汗でぬれていた。」という歴史的瞬間の様子や、2017年4月1日と5月20日に、佐藤天彦名人に2連勝を果たしたときは「もはや当然、何の不思議もない」という周囲の雰囲気の変化に関する話は興味深かつ

た。

しかし最も興味深かったのは、「羽生二冠(注:当時)は横に教師がいなかったのが孤独であったと思うが、藤井四段は最初から答えを示してくれる教師がいたので孤独ではなかったと思う」という発言であった。「ある局面で、自分が指した手が最善かどうかかわらないまま自分の道を切り開いてきた羽生二冠と、その局面で自分と同等あるいはそれ以上の棋力をもった人工知能が手を示してくれる環境で育った藤井4段では、学習

効率が桁違いです」という山本さんの発言に、これからの医師の将来の姿が見えたような気がした。

おそらくこれからの医師の多くは、藤井四段が自分の手が最善かどうかを確かめるためにAIを活用したのと同様に、自分の診断が最善かを確かめるためにAIを活用し、孤独からの解放や、診断能力の格段の進歩に貢献するという方向でAIと医師の関係が構築されていくのだろう。

(泰)

主張

病院の窮状を訴える情報発信が不可欠

近年の異常気象、核ミサイル、頻発するテロ等に関し、マスコミは競って取上げるが、医療界の話題ではIPS細胞やゲノム絡みの画期的な治療や新薬開発等を除けば、医療事故や院内感染を筆頭にネガティブな話題が日々誌面・画面を賑わしている。

一方、病院運営の立場からは死活問題となりつつある総医療費抑制、消費税問題、人材不足及び人件費高騰(紹介会社)、訴訟増加、医療・介護関連産業の増大による病院医療収入の相対

的縮小等、枚挙に暇が無いが、これ等の現実は殆ど取上げられる事が無い。マスコミは元来、読者・視聴者への話題性を中心に取上げる傾向があり、病院の窮状はその対象外で経営破綻する病院数が相当数出ない限り話題の対象にはされないであろう。総医療費抑制の潮流は現在の国家財政から考えれば今後も継続・強化されるであろうし、診療・介護報酬改定の度に様々な診療抑制・病床削減に繋がる仕組みが仕掛けられ、その矛先の多くは病院医療に

向けられている。公的病院は様々な形の財政補助を受け、結果的には回避して生き残るが、会員の大半を占める中小の民間病院はまともに大打撃を受け、医療の現場から撤退せざるを得ない状況に追い込まれつつある。

中医協では医師会と共に診療側で支払い側と対峙するが、同じ診療サイドでも病院とクリニックでは利害が反する面は多々ある。この点を突かれ消費税問題を筆頭に過去に何度も煮え湯を飲まされてきたが、この期に及んでは我々には座して待つ余裕等も無い状況で、独自の意見を強く発信すべき段階にきている。視聴・読者の理解を得て

味方にしない限り、我々の主張はたとえ悲痛な叫びであっても見向きもされない。枝葉末節の小手先の交渉は中医協の場でも良いが、「存立危機」の現状に対しては、旧来手段の新聞紙面での特大サイズの意見広告やTVを手始めに、様々なSNS(LINE、Twitter他)を駆使して持続的・効果的な情報発信を行い、まず大衆=利用者⇒支持者の理解を得るべきで、時は既に陰徳よりは陽徳の時代であり、アピールが無ければ誰も振り返ってはくれない。この時代に合わせた大局的な見地からの情報発信は不可欠である。

(N.Y.)

入院医療に関する2017年度調査の結果を報告

中医協・入院医療等分科会

病棟群単位の届出は微増だが要件見直しが課題

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5日、厚生労働省から2016年度診療報酬改定の影響に関する2017年度調査の報告を受けた。経過措置があり、一定期間後の影響を調べる必要があった項目を調査対象とした。調査結果は分科会で分析した上で、中医協の基本問題小委員会・総会に報告される。

2017年度調査の対象は、◇一般病棟入院基本料・特定集中治療室等の「重症度、医療・看護必要度」◇短期滞在手術基本料と総合入院体制加算◇救急医療管理加算等◇療養病棟入院基本料等―。一般病棟等から1,270病院(回収率51%)、療養病棟から789病院(回収率44%)の回答を得た。

病棟群単位の届出は14病院

2016年度改定で導入した病棟群単位の届出の状況を見ると、利用する病院は、全体の2.0%に当たる14病院にとどまった。この14病院に今後の届出の意向をきくと、「7対1への再度の届出を検討」が3病院、「10対1への転換を検討」が5病院、「未定」が6病院となっている。2016年度調査では8病院だったため、わずかに増えた。

病棟群単位の届出は、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、7対1と10対1の病棟の混在を認めるもの。今年4月以降は7対1が病床全体の60%以下でなければならず、原則として、届出後に10対1か

ら7対1への転換はできない。董仙会理事長の神野正博委員は、「7対1病院に戻れないなど、使い勝手が悪いことが利用の少ない原因。要件の見直しを検討すべき」と主張した。

特定集中治療室の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合は、2017年3月で88.1%、ハイケアユニット入院医療管理料が88.9%ではほぼ同じ。病床利用率は、特定集中治療室が73.3%、ハイケアユニット入院医療管理料が71.3%で、平均在院日数は、特定集中治療室管理料が7.2日、ハイケアユニット入院医療管理料は6.2日となっている。特定集中治療室管理料の在院日数は3日以上4日未満、ハイケアユニット入院医療管理料は2日以上3日未満の割合が高いが、いずれの管理料でも10日以上の方が約2割いた。

総合入院体制加算は、「十分な人員配置および設備等を備え、総合的かつ専門的な救急医療を24時間提供できる体制および病院勤務医の負担の軽減および処遇の改善に資する体制等」を評価した加算。入院から14日を限度に算定できる。しかし手厚い評価を行っている加算1(240点)の算定が2016年度改定前の時点で、5病院だけだった。2016年度改定で要件緩和を行った結果、加算1は2017年7月1日時点で37病院に増えた。

2016年4月以降、新たに総合入院体制加算1を届け出た理由をきくと、20病院のうち17病院が、「化学療法の件

数緩和で、要件を満たすことが可能になった」と回答した。2016年度改定では、化学療法について「年4千件以上」を「年千件以上」に緩和しており、その効果が現れた形だ。

また、総合入院体制加算には、加算1～3のいずれでも精神科要件がある。総合入院体制加算の要件のうち、満たすことが困難な要件として最も多かったのは「精神病床を有し、精神病棟入院基本料等を届け出て、現に精神疾患患者の入院を受け入れている」(77.9%)だった(複数回答)。今後、精神科要件の取扱いが課題となりそうだ。

救急医療管理加算は、緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院から7日を限度に算定できる。加算1(900点)と加算2(300点)がある。2016年度改定では、加算1の対象に「緊急カテーテル治療・検査またはt-PA療法を必要とする状態」を含むことを明確化し、点数を100点上げた。一方、加算2は100点下げた。加算2の適正化の背景に、重症患者の状態に「準ずる」状態であれば、算定できる曖昧さがある。委員からは基準の明確化を求める意見が出た。神

野委員は、「厚生局によって判断が異なるのも問題ときいている」と指摘した。

療養病棟2の1割が5%減算に

療養病棟では2016年度改定で、医療区分2、3の患者割合が入院基本料2で、5割以上であることを求める一方で、医療区分または看護職員配置基準のみを満たせない病棟については、5%減算した上で、2018年3月末までの算定を可能とした。入院基本料2で5%減算を算定する病棟は約10%(23病棟)で、算定の理由は、1病棟を除き、医療区分2・3の患者割合を満たせないと回答した。

療養病棟の看取りの状況が議論になった。看取り患者に対する対応方針を定めている療養病棟は43%で、定めていない療養病棟の方が多かった。対応方針を定めていない理由としては、「個別の患者ごとに対応できているため」が大部分で93%を占める。神野委員は「93%が個別に対応できているとの結果に注目すべき」と述べた。

また、厚労省が作成した「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況では、ガイドラインを利用している病棟は約2割。「ガイドラインを知らない」と回答した病棟が約1割で、「利用していない」と回答した病棟は約6割だった。



共用試験や医学生の医行為を公的、法的に位置づけ

厚労省・医師養成のあり方検討会

卒後研修で活躍できる医師養成が課題に

厚生労働省の「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10月20日、全国医学部長病院長会議の提言を踏まえ、卒前教育の見直しをテーマに議論した。卒後研修ですぐに地域医療で活躍できる医師の養成に向け、共用試験のCBTや医学生が行える医行為を公的、法的に位置づけることを論点とし、概ね合意を得た。

卒前・卒後の医学教育を改善

全国医学部長病院長会議の新井一会長が、卒前・卒後のシームレスな医学教育を実現する観点で、①共用試験(CBT、OSCE)を公的なものにする②医学生の医行為を法的に担保する③国家試験を抜本的に見直す―ことを提案した。国家試験は診療参加型の臨床実習に即したものに限定し、CBTとの差別化を明確にする。専門医研修と連

動させる見直しも必要とした。

共用試験は2005年に、医療系大学間共用試験実施評価機構の運営により導入された。2001年の医学教育モデル・コア・カリキュラムの到達目標に準拠した試験で、医学生の臨床能力を評価するもの。全国80の医学部・医科大学すべての臨床実習前の進級判定で用いられており、CBT(コンピュータを使った知識を中心に問う筆記試験)とOSCE(客観的診療能力試験)がある。

全国医学部長病院長会議は卒前教育について、「臨床実習の期間・内容に大学間で格差がある」、「国家試験を前に6年次の臨床実習が形骸化している」、「卒後の医師育成がシームレスにつながない」などの問題点をあげて、CBTやOSCEを公的なものにすることを求めた。

厚労省も臨床実習の質を向上させ卒後研修につなげていく観点から、医学

部長病院長会議と同趣旨の論点を示した。ただしOSCEについては、客観的に評価することが難しいとして、CBTのみを公的位置づけの対象とした。

医学生の臨床能力向上を期待

委員からは「現状で、卒後すぐの研修医は戦力にならない。大学での臨床実習が少なく、改善が必要」など、地域医療を確保する観点から医学生の臨床能力向上を求める意見が多かった。一方で、「リベラル・アーツを学ぶ機会を設けてほしい」との要望もあった。

同じ観点から、医学生が行える医行為を拡大・強化し、法的に位置づけることを厚労省と医学部長病院長会議が提案した。医学生が行える医行為を位置づけたものとしては、臨床実習検討委員会最終報告(文部科学省通知、1991年)がある。それによると、指導医の監督下で患者の同意を得て、事前

に学生の適正評価を行い、一定の行為に限定したものであれば、医学生であっても実施できるとしている。

厚労省は、これらを改めて整理し、医学生の医行為を法的に位置づけることを論点とし、委員から特に異論はなかった。研修医が卒後に臨床現場で活躍できるようにする観点から賛成する意見があった。

これらの見直しの時期については、臨床研修制度が変更される2020年が直近となる。ただ国家試験の抜本的な見直しを含め、十分な周知期間が必要であることを踏まえると、慎重な対応が必要になると厚労省は説明している。



「医師確保計画」で都道府県の体制を強化

厚労省・医師需給分科会

医師の偏在度合い示す指標を作成

医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会(片峰茂分科会長)は10月11日、厚生労働省が示した都道府県の医師確保実施体制の強化策を大筋で了承した。「医師確保計画」を新たに医療計画に位置づけ、定量的な現状分析をするため医師の偏在度合いを示す指標を作成する。医師確保対策を議論する会議体を地域医療対策協議会に集約化することでも一致した。

都道府県は医療計画に「医療従事者の確保に関する事項」を記載している。しかし、記載内容にばらつきがあり、必ずしも十分な現状分析・目標設定に基づく具体的な対策になっていないという。別に、都道府県は医療計画に地域医療対策を定めているが、「医療従事者の確保に関する事項」との関係が整理されておらず、そもそも地域医療対策を定めていない都道府県もある。これらの状況を踏まえ、定量的な現

状分析に基づく実効的な医師確保対策が進められるように、「医師確保計画」を法律に位置づける。「医師確保計画」に、①医師の確保方針②医師偏在の度合いに応じた目標設定③目標の達成に向けた施策を盛り込む。医療計画は6年だが、在宅医療に関する事項と同じく、3年ごとに見直し、PDCAサイクルを回し、実効性を確保する。

地域医療対策協議会に集約

医師確保対策を議論する場としては、地域医療対策協議会(地対協)に機能を集約化する。地対協は2006年の医療法改正で、医師確保対策を協議する場として法制化された。しかし現状の実施状況を見ると、直近5年間で5県が一度も開催していない。34都道府県は年に1回程度の開催となっている。開催が少ない理由はいくつかあるが、その一つに関連する会議や構成員の数が多く、重複もあり、調整が難しいことを理由にする都道府県が多い。

これらの問題は、全日病副会長の神野正博委員をはじめ、同分科会の委員から改善を求める意見が出ていた。医師確保に直接関係する会議体としては、◇都道府県医療審議会◇地域医療対策協議会◇地域医療支援センター◇へき地医療支援機構◇新専門医制度におけ

る都道府県協議会があるほか、間接的に関連する会議体として、◇地域医療構想調整会議◇医療勤務環境改善支援センターがある。厚労省は、各会議体の連携が乏しく、重複した検討が行われている場合があると指摘した。

これらを踏まえ、医師確保対策は地対協に機能を集約化することを提案した。医師確保対策を担う医療機関が中心になるよう構成員を見直すとともに、へき地医療支援機構と新専門医制度における都道府県協議会は統合する方向だ。

都道府県の地域医療支援事務についても改善を図る。具体的には、◇都道府県は必ず大学医学部・大学病院と連携し、地対協で協議する◇医師の派遣先は、理由なく公立病院・公的病院に派遣先が偏らないようにする◇地対協の協議を経て、地域枠医師の派遣方針を決定することを明確化◇キャリア形成プログラムを策定することを徹底◇派遣医師の負担軽減のための援助(休暇取得や能力開発等が可能な労働条件の確保等)を行う一をあげた。

あわせて、医師派遣と勤務環境改善対策が密接に関連する状況を踏まえ、地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携を強化するための「制度上の工夫」を行うとした。

神野委員はこれらの論点に対し、「医師確保計画」の策定など基本的な方向性に賛意を表明。その上で、医師派遣が公立病院・公的病院に偏らないようにすることを明確化することを求めた。また、医療勤務環境改善支援センターによる医師の勤務環境改善に向けた取り組みに関連して、「会場が労働基準監督署であるなど、指導が行われる可能性に医療機関が不安を感じる体制になっており、配慮が必要」と指摘した。

「医師確保対策」の目標設定に関しては、医師偏在の度合いを示す指標の作成が課題になる。厚労省は、「人口10万人対医師数」など単純な指標ではなく、医療需要(ニーズ)を把握して、例えば、二次医療圏など、データが入手できる単位で、「医師少数地域」や「医師多数地域」を指定し、都道府県内で「医師多数地域」から「医師少数地域」に医師を派遣するイメージを描いた。都道府県をまたいだ対応も検討する。

医療需要(ニーズ)を把握するには、多くの要素を勘案する必要がある。将来の人口変化や患者の流入、医師の年齢など様々だ。厚労省は入院・外来の区別や小児科・産科など診療科別の要素を加える意向も示した。医療需要(ニーズ)に応じて、医師を確保する方針に対し、神野委員は、「将来人口減少で医療ニーズが少ないと見込まれる地域でも、最低限の医師数による医療ニーズは確保されるべきだ」と訴えた。



新たに規制対象となるネット医療広告のGLの検討に着手

厚労省・医療情報の提供内容等のあり方検討会

「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」が10月4日に開かれ、6月14日に公布された医療法等一部改正法における医療広告の見直しの施行に向けて、厚生労働省は省令事項およびガイドラインの検討に着手した。

これまで医療広告は、3要件(誘引性、特定性、認知性)に基づいて判断され、自ら情報を求めてアクセスするネット情報や申込み方式による詳細なパンフレット等は原則として規制の対象外としていた。改正によって認知性(一般人が認知できる状態にあること)が問われなくなって規制の対象が拡大。ウェブサイトやメールマガジン等による医療広告や情報提供についても、虚偽・誇大等の不適切表示が禁止されるとともに、「広告等可能事項の限定」(いわゆるポジティブリスト方式)による規制が導入されることになった。

ただし、ウェブサイト等による医療情報提供を一律に規制すると患者が知

りたい情報が得られなくなる問題も生じるため、対象によっては限定列举方式の適用を外して自由な情報提供を認める必要がある。

検討会は、患者による適切な選択が阻害される恐れが少ないとみなされ、限定列举規制の例外とすることができるウェブサイト等による医療情報提供の範囲(事例)や手法(運用)等について議論を深め、施行日の期限となる来年6月初旬に間に合わせるべく、年度内に新たな省令とガイドライン案をまとめる方針だ。

この日の検討会で厚労省は、規制対象の拡大を踏まえ、どのような内容の広告を禁止するのか、どのような場合に広告可能事項を限定しないのかを検討する必要があると問題を整理。具体的な事例・運用等を、新たなガイドラインで明らかにしたいとして、対応の方向を示した。

具体的には、(1) 医療機関のウェブ

サイトは、一定要件の下、広告可能事項を限定しない、(2) 医療機関のウェブサイト以外のサイトは、特定の医療機関に誘引する意図が認められるものは規制の対象とするが、そうでないものは一定要件の下で広告可能事項を限定しない、(3) バナー広告・リスティング広告は、誘引性・特定性を満たす場合に広告規制(広告可能事項限定)の対象とするが、バナー等のリンク先医療機関のウェブサイトは、広告として取り扱うものの広告可能事項限定の対象とはしない一とすることを提案した。

また、医療法改正を受けて、省令に規定する広告禁止事項とガイドラインに規定する内容を整理する必要がある、法改正のきっかけとなった美容医療をめぐるトラブルの増加を踏まえた規制のあり方を検討する。厚労省は、現行の医療広告ガイドラインと医療機関ホームページガイドラインの表記を整理



しつつ、新たなガイドラインを作成する方針を表明した。

その上で、広告可能事項を限定しない医療機関のウェブサイト等における、客観的事実が証明できない事項、比較優良に関する事項、体験談・術前術後(ビフォーアフター)の写真的取り扱いに関する考え方を示した。

また厚労省は、「医業等に係るウェブサイトの監視体制強化事業」(ネットパトロール)を8月24日から始めたことを報告した。

一般社団法人 全日病厚生会の 全日病ベネフィット

病院で働く皆様の毎日を応援！
約50万のサービスを優待価格で使い放題

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

- 1 約500,000の福利厚生優待
- 2 年間400%を超える利用率！

●サービスの詳細はホームページをご参照ください。

ベネフィット・ステーション

※ 入会申し込みは随時受け付けています。

福利厚生サービス導入のメリット！！

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

福利厚生サービス「全日病ベネフィット」特別価格

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

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

続報・全日本病院学会 in 石川 9月9～10日に金沢市で開かれた全日病学会の続報として、委員会企画の内容を4面～6面で紹介します

総合医へのキャリアチェンジを支援

プライマリ・ケア検討委員会

プライマリ・ケア検討委員会 委員長 牧角寛郎

社会の構造的変化と医療保険制度の持続可能性への不安、政府財源不足による財政的支援の不透明さ、そして働き方の改革などによって、医療供給サイドとしての病院は戦後最大の変革を強いられている。全日本病院協会プライマリ・ケア検討委員会ではこれらへの対応の一つとして、全日病総合医育成事業の検討を進めている。なお、日本専門医機構で運営される総合診療専門医が2018年度から1期生の後期研修がスタートすることになっているが、全日病事業で育成する総合医は、方向性としては同じであるが、協会独自のものである。

今回の学会テーマも「全日本病院協会における総合医へのキャリアチェンジ支援事業について」とし、現在委員

会で検討している本事業についての講演となった。

プライマリ・ケア検討委員会の小川聡子副委員長より「病院が、地域が総合医に求めるもの」と題して最初の講演が行われた。小川副委員長は、高齢者、認知症有病者、独居世帯の増加に伴う病院総合医のニーズの増大を指摘し、循環器専門医から訪問・在宅診療を経て総合医として診療する自身のキャリアを紹介。病院経営者として、地域の求めに応じるために病院総合医の普及の必要性と専門医からのキャリアチェンジへのサポートに言及した。

座長を務めたプライマリ・ケア検討委員会の牧角寛郎委員長からは、自身の病院の所在地である鹿児島県の状況を基に、地方病院における現実につい

て追加発言があった。認知症や多疾病を有する高齢者が今後増え続けることが予想され、幅広い診療能力を持つ医師が、地方の病院で必要とされる状況を訴えた。

井上健一郎委員からは、「全日病総合医育成プログラム」について、概要が説明された。すでに一定のキャリアを持つ医師を主な対象とし、病院に勤務しながら総合医としてのスキル・マインドを学び、キャリアアップを目指していく。期間はおよそ1年～3年で、カリキュラム方式のプログラムを検討している。e-ラーニングとスクーリング等によりカリキュラムを履行し、修了者には「全日本病院協会認定病院総合医」の認定証を発行する。

筑波大学の前野哲博教授からは、本

事業で現在企画されているスクーリングについて説明があった。「プライマリ・ケアの現場で一步踏み出せること」をコンセプトとし、「診療実践コース」「ノンテクニカルスキルコース」「医療経営コース」の3分野で構成される。

その後パネルディスカッションが行われ、参加者からは、役割の増大やワークライフバランス、報酬・評価についての懸念があがった。座長を務めた全日本病院協会の織田正道副会長は、今後の総合医の普及が病院全体の生産性とワークライフバランスの改善に寄与することに言及し、プライマリ・ケアの現場同様に「一步踏み出す」ことの重要性を述べた。

ディスカッションでは本事業に対する期待の声が多く上がり、織田座長はこれらの声に感謝を述べ、場を締めた。

病院ブランディングと街づくり

広報委員会

病院のあり方は、医療・介護の連携の枠を超え「街づくり」にまで視野を広げることが必要な時代となってきた。各病院が固有の価値を見出し、広報活動を通して行った様々な取り組みが、地域住民や行政、企業を巻き込んだブランディングへとつながっている。今回、街づくりに先進的に取り組む3病院にご講演頂いたので、その講演要旨を掲載する。なお、当委員会として全日病ニュース「広報のあり方シリーズ」上で3病院の紹介を考えている。

地域活性化への起爆剤となるために～阪神淡路大震災を経験した地域だからこそ～

医療法人社団十善会法人本部長 林 政徳

当法人は昭和6年の初代野瀬善三郎医師から二人の息子、そしてその三人の息子たちも医者になるという奇跡の法人である。平成7年、神戸市長田地区で多くの命が奪われ、地域の人口は三分の一まで減り病院存続が危ぶまれたが、平成26年8月に新病院をオーブ

ンし、来年にはクリニック、訪問介護、サ高住、疾病予防事業等を開設するまで成長した。

6つのコンセプトを中心に患者さん、地域、職員が平等で一人一人が主役となる地域作りに貢献したい。十善会で働くことに誇りを持ち、すべてを受け入れ前向きに物事を捉えることが出来る職員を増やすこと、職員の質を上げること、仲間意識と持つことが大切と考えている。コンフリフト・マネジメントを全てに対し活用しているが、コンフリクトがあるから組織は成長するし、謙虚になれると考えている。利他の精神でこれからも十善会のスタッフ、地域の方々と共に発展していきたい。

地域にとけこむ広報活動 ～なかまちーずプロジェクト～

一般財団法人操風会岡山旭東病院企画課主任 井上朝美

岡山旭東病院は、幅広い広報活動を行っているが、イベント開催が多くなり、広報内容が行事中心の情報発信に

広報委員会 委員長 高橋 肇

陥っていた。そこで初診患者や地域住民、イベント参加者等に広報に関するアンケート調査を実施し、必要な情報を適切に発信するには情報に応じたツールを選択する必要があることを認識した。当院への受診動機は、医療機関、知人・家族からの紹介が殆どで、病院は地域の医療機関や地域住民との信頼関係で成り立っていることもわかった。地域と病院の架け橋となることが病院広報に求められている。

そんな中、岡山市中区地域では、医療・介護・福祉施設や行政と住民を巻き込んだ「なかまちーずプロジェクト」という、地域包括ケアシステム実現に向けた街づくりが始動している。今後も地域を巻き込み地域にとけこむ病院広報のあり方を構築していきたい。

生きる力を引き出し、繋げる、拡がる

医療法人社団アルペン会理事長 室谷ゆかり

アルペングループは、医療法人社団・

社会福祉法人から成り、富山市内4カ所で事業を行っている。町医者から始まり、療養病院となり、介護のため社会福祉法人を設立した。その後在宅復帰を目指し療養病院を回復期リハ病院に転換し、地域リハビリ機能を増設した。施設内託児所を設けたことで、教育の素晴らしさがわかり、東日本大震災後、地域の一助として、多世代で知り合う場—あしたねの森を開設した。

富山医療圏では、2025年までに医療需要が1割、介護需要が4割増と予想される中、勤労人口が著減、介護職は現在学校の募集定員の半分も満たせない。私たちは生きる力を繋げる役割として、障害者の就労支援と商品価値を上げる取り組みを進め、来年4月からカフェを始める。中高年のサポーターも少しずつ増えてきたが、私たちの取り組みを地域のみならず都会の若者にも知ってもらい、人に関わる仕事を選択し活躍できる場を提供していきたい。



医療事故調査制度への対応と課題

医療事故調査等支援担当委員会

医療事故調査等支援担当委員会 委員長 飯田修平

医療事故調査制度(以下、本制度)実施後、1年10カ月経過した。しかし、不適切な対応をする医療団体及び医療機関がある。その要因は、①本制度が医療機関及び医療従事者に周知されていない、②本制度の趣旨を理解しても、関与したくないという意識、③法令の条文及び趣旨とは異なる解釈をする医療関係団体・研究グループの複数の指針の存在である。

1. 座長飯田が、本制度運用の問題の要因は、①医療事故調査と事故対応の混同、②原因究明・再発防止と補償・責任追及との混同、③複数団体の法令と異なる対象事例(「医療に起因する」と「予期しない」)の判断に基づいた指針、であることを指摘した。

本制度対象事例の判断をする場合には法令に沿って行う必要がある。判断の基準は、当該医療機関で提供した「医療に起因する」、「予期しない」死亡ま

たは死産と管理者が判断することである。医療関係団体・研究グループの指針において法令とは異なる解釈があるので、整合を図る必要がある。

2. 永井庸次委員は、管理者の立場から、経験を踏まえて報告した。

管理者の役割は、①死亡事例の把握(仕組みの構築)、②緊急対策会議(報告事例の判断)、③遺族への説明(事故発生、事故調査結果)、④医療事故調査・支援センターへの報告(事故発生、事故調査結果)、⑤臨時院内事故調査委員会の招集等である。

日常的に3b以上の事例把握と原因究明・再発防止に関する仕組みの構築が必要である。

3. 長谷川友紀委員は、医療事故調査外部委員の立場から、経験を踏まえて報告した。

院内調査を行う際は、公平性、中立性を確保する観点からも、専門家の派遣等の医療事故調査等支援団体の支援

を求めることとされている。外部委員の選択基準は、①関連学会・分野で知名度がある、②専門知識・技術がある、③利害関係がない、④病院の状況に配慮できる等である。

医療事故調査等支援団体の役割は、①医療事故の判断、②調査手法、③報告書作成、④院内事故調査委員会の設置・運営、⑤解剖、死亡時画像診断(施設・設備等の提供含む)、⑥院内調査に必要な専門家の派遣、等に関する相談・助言である。全日病は①～④の支援をしている。

4. 宮澤潤委員は、弁護士の立場から、制度の問題と対応の問題を報告した。

本制度は、旧来の法的対応に新しい方法を付加したものである。遺族は独自に事故調査の申立はできないので、経過や病院の説明に不審がある事例に関しては、刑事告訴および民事裁判をするしかない。産科医療補償制度の実績から、本制度が適切に運用されれば、

裁判は減るだろう。

5. 質疑応答で、具体的な対応方法を総括した。

医療法施行規則改定(2016年6月)により、病院長は全死亡例を把握しなければならない。しかし、担当医あるいは看護師から疑い症例の報告を待つ病院がある。組織的に全死亡事例を迅速に判断すべきである。本制度の目的である、医療事故の原因究明による再発防止を図ることができなければ、医療不信を増悪させる虞がある。



続報・全日本病院学会 in 石川

事務長研修、看護部門長研修から代表演題を発表

医療従事者委員会

医療従事者委員会 委員長 井上健一郎

医療従事者委員会では、事務長研修、看護部門長研修を行っている。それぞれ延べ19日、9日の研修を行い、各人の病院の経営改善をテーマにディスカッションし、最終日には研修のまとめとなる経営改善計画をグループごとに集約して発表してもらっている。

せっかく計画を立てて実行したのだから、それがどのようにうまくいったのか、あるいはうまくいかなかったのか、うまくいかなかったのであれば、その原因は何かを皆で議論しましょうということで、本年からフォローアップ研修会を始めた。

また、それぞれの研修を修了した方は病院管理士(現在469名)、看護管

理士(同104名)として認定しているが、その認定更新の要件にこのフォローアップ研修に参加する、あるいは全日病学会に参加することが求められている。

フォローアップ研修では事務、看護でそれぞれ数グループに発表をしてももらった。特徴的なことは、事務、看護が混じって発表しお互いに議論をするという形で開催したことである。共通する論点もあれば、職種特有の問題もあるが、違う立場でみることで、かえってお互いの理解が深まるということでも好評であった。

今回の全日本病院学会in石川ではフォローアップ研修で発表してもらった演題の中から、さらに代表演題とい

うことでそれぞれ1演題ずつ発表してもらった。

若手の事務管理者をいかに育成するかということテーマとして、事務長研修からは「職員教育～できる事務中間管理職の育て方～」と題して、高辻伸行氏他4名の発表があり、一方看護部門長研修からは「組織のブラッシュアップによるマグネットホスピタルの確立」と題して、職員を引き付ける病院をどうやって作るかということテーマにして、江川民子氏他5名の発表があった。

池上直己教授(聖路加国際大学特任教授)、萩原正英氏((株)日本経営支



援センター代表取締役社長)のコメントをいただきながら本企画を進行した。また当日の会場参加者は160名程度で、大半が事務長、看護部門長研修の修了者であった。事務側、看護側それぞれの観点からの発言がなされ、大変有意義な企画になったと思われる。

医療従事者委員会では今後も、事務長、看護部門長研修の修了者がお互いに議論できる場の提供を考えている。

医療職の働き方のデザインとメンタルヘルス

人間ドック委員会

人間ドック委員会 委員長 西 昂

今回の企画では、日本医師会認定産業医教育講演として、斐英洙(ハイエイシュ)先生(ハイズ株式会社 代表取締役社長)には「マネジメント視点から見た医療職の働き方改革への処方箋」をテーマに、田中和秀先生(医療法人ひつじクリニック 理事長)には「医療従事者におけるメンタルヘルス対策 ～ストレスチェックの活用～」をテーマにご講演いただいた。

斐先生からは医療職、特に医師の時間外労働が多い理由として「手術や外来対応等の延長」、「記録・報告書作成や書類整理」、「会議・勉強会・研修会等への参加」等が挙げられ、単純に時間外労働を一律に制限してしまうと自己研鑽のための時間が無くなってしま

い、医療職としての自己成長ができなくなってしまう、というような問題もあり、全ての人が納得できる解を見つけることは難しいとの認識が示された。

今後、医療機関は医療の質を上げつつ、労働時間を短縮するためにも「マネジメント体制」を確立する必要がある、病院におけるマネジメント人材の育成が重要になってくる。マネジメント人材の育成の方法について、座学よりも実学(ケースディスカッション)が有効で、現実の生々しい経営事例(ケース)を用意して当事者として参加し、解がない問いについて生徒同士または講師とディスカッションすることによって自分自身で考える力を養うことができると指摘された。

講演終了後、会場より、「現在の管理職層への教育方法をどのようにすればよいか」との質疑があり、本人の現在のマネジメント方法を否定するのではなく、現在のマネジメントを認め、さらに上乘せするというアプローチを取る。更に意識が高い集団を組織し、管理職も学んでいくという文化を醸成していくのが有効であると回答された。

次に田中先生からは医療現場では「命と直面する緊張感」、「仕事量の多さ」、「内容の個別性、煩雑さ」等が大きなストレスとなっており、離職の原因となっていること、最近では医療現場でのパワハラ・過重労働が問題になっており、最悪のケースでは自殺につながってしまうため、医療現場でのメ

ンタルヘルス対策が必要であるとの認識が示された。

医療現場でのメンタルヘルス対策ではストレスチェック制度が有効であり、ストレスチェックを実施することによって職場のストレス要因が特定できるので、その職場に合った対策を取ることができる。また、一般企業ではメンタルヘルス対策を企業の業績アップ対策に利用し、組織戦略として人的資源管理(Human Resource Management)を取り入れている企業もあることが報告された。ストレスチェックを活用することによってハイリスク者の抽出・ケアといった個人的な面だけでなく、職員満足度の向上、職場の負荷の分散といった企業全体の経営向上にも有用であると指摘された。

石川学会の点描



病院経営改善をデザインするための機能評価

病院機能評価委員会

最初に座長である、病院機能評価委員長の木村厚よりパネルディスカッションの趣旨を説明した。病院機能評価に対する希望として、認定されることで病院経営にプラスになる経済的なインセンティブが欲しいという声をよく聞く。今回は、全員サーベイヤの経験のある機能評価委員にパネリストをお願いし、自分の病院が機能評価の認定を受けたことでどのように病院経営改善をデザインできたかを話し合うことを目的とした。

1番目は全日病副会長でもある群馬県伊勢崎市の美原記念病院の美原盤院長に、急性期のDPC病院の立場から発言してもらった。同病院は、機能評価受審を経験している205名にアンケート調査を行ったが、①約7割が受審してよかったと回答、②病院の目指す方向が明確になることで、業務の標準化と効率化が促進され、医療の質・安全性の向上が期待できる、③病院スタ

ッフの取り組みの変化により、間接的にはあるが病院経営上のメリットも考えられるとの結果が得られた。

医療の質が向上し病院経営に貢献

2番目は慢性期病院の立場から、福島県郡山市の土屋病院の土屋繁之理事長に発表してもらった。東日本大震災で被災した病院から昨年新築移転したばかりで、人間ドックや健診にも力を入れている。最初の前提として、病院機能評価の評価ツールは、医療の質向上のために作られており、病院経営に直接つながるものではないことを挙げた上で、機能評価受審で見えてきた数値をピックアップした。①抗菌薬使用量が3年で42%減少した、②検診受診者数が6年で2.9倍に増加した(新築病院に移転した事も一因となっている)、③准看護師から正看護師になる人数が増加した、④医療事故防止の研修会に参加する人数が増加したなどで

病院機能評価委員会 委員長 木村 厚

「医療の質が向上することで病院経営に貢献している」と述べた。

3番目は看護管理の立場から、東京の聖母病院の岩淵泰子副院長の発表である。前職の聖マリアンナ医科大学ナースサポートセンターでの経験をお話いただいた。キックオフミーティングの際に院長から「認定取得後こそが真価を問われる。継続的な改善に努めることが、患者満足に繋がる」との訓辞を頂いたことが披露された。

数値化できた効果として、①転倒・転落発生件数が4年間で70%減少した、②入院単価が3,200円アップした、③看護師の退職率が2.5%減少した、④看護師の入職率が66%増加した、等の報告があった。

4番目は事務管理の立場から、埼玉県白岡市の白岡中央総合病院の朝見浩一事務長に発表してもらった。同病院は、関東全域に医療・介護施設を展開している上尾中央医科グループの一員

であり、病院機能評価はグループ全体で取り組んでいるので(AMQI)、その視点からの話となった。グループの基本姿勢としては、医療の安心・安全の確保は当然として、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることが重要と考えている。具体的な数値としては、①薬剤師1人当たりの収入が18年で5.5倍になった、②エラスポールの購入本数がAMQI介入後急激に減少し7年間の減少累積額は2億円を突破、③血液製剤廃棄率が減少し2年間で118万円のコスト削減となったと説明した。

最後に当委員会の外部委員で東邦大学の長谷川友紀教授から、病院機能評価のメリットとして、「細かい経営上の数値も大事だが、病院の医療の質の向上があって初めて考えられることである」とのコメントを頂いた。

地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方

高齢者医療介護委員会

全日病では平成28年度「老人保健事業推進費等補助金」を活用して「地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方に関する研究事業」を行った。全国の病院(8,452病院)を対象としたアンケート調査を行い、1,894病院から回答を得た。「7:1又は10:1病棟を有する病院」、「7:1又は10:1以外の一般病棟を有する病院」、「一般病棟を有しない病院」の3グループに分けて集計を行った。

地域包括ケアを進める上で一番重要と思われる在宅・施設患者の急変時の入院受入は、「7:1病棟等一般病棟」が多く、「一般病棟を有しない病院」では低めであった。退院前カンファレンスの参加依頼でも同様の傾向が見られた。病院規模や機能によって差は見られたが、それぞれの地域にあった取り組みが行われていた。そこで全日病の会員病院の取り組みをパネルディスカッション形式で発表した。

芳珠記念病院の仲井培雄理事長・院長は、地域包括ケア病棟の取組みを発

表した。同病院は、全身麻酔手術を担う320床のケアミックス病院で、地域包括ケア病棟のポストアキュート、サブアキュート、周辺機能、在宅・生活復帰支援の4つの病棟機能を駆使しつつ、他の病棟や併設老健と通所、訪問の各事業所機能を活用して、「ときどき入院 ほほ在宅」を実践している。院内多職種協働は、リハビリ、NST、リハ栄養、認知症ケア、多剤投薬対策を包括的に提供し、オンデマンドでリアルタイムのPOCリハに注力している。

2018年春には幼老障の共生型事業を開始し、仲井理事長自身の夢として、「2005年に合併した能美市を2025年までにヘルスケアサービスで一つにして“のびのび能美!ヘルスケアコミュニティ”を創造したい」と語った。

光風園病院の木下牧子副理事長は、療養病床からの地域包括ケア病棟への転換が少ない中で、2010年に回復期リハ病棟、2016年に地域包括ケア病棟を立ち上げた。「いずれの病棟でも慢性

高齢者医療介護委員会 委員長 木下 毅

期医療の実績が病棟運営や患者アウトカムに大きな貢献をしている」と報告。慢性期病棟から転換した地域包括ケア病棟では、リハやケアが充実しており、また緩和ケアや神経難病のケアにも実績をあげている。「医療と生活のコーディネータとしての潜在能力は地域包括ケア病棟運営の大いなる利点と思われる」と述べた。

多機能型慢性期病院の取組み

池端病院の池端幸彦理事長・院長は、在宅医療を支える病院の役割について述べた。国の調査結果では、終末期に自宅最後まで療養したいとの回答は約1割に過ぎない。「本人の希望に添って在宅限界を少しでも高める一方、必要なとき、必要な期間、入院できるベッドが求められる。その入院を支える病床こそ、地域包括ケア病床や療養病床ということになる」と強調した。同病院では、30床の療養病床1病棟を『多機能型慢性期病院』と位置付け、機能強化型在宅療養支援病院とし

て運用している。それを可能にするために、①在宅復帰・在宅医療支援機能、②リハビリテーション機能、③終末期医療機能を高めながら、かかりつけ医、ケアマネジャー、地域包括支援センターとの連携を重視し、在宅支援を行っている」と報告した。

恵寿総合病院・けいじゅサービスセンターの中川一美課長は、地域包括ケアにおいては、医療介護ニーズの増大のみならず、社会や地域の変化とともに生活者の抱える課題そのものが複雑・多様化していることを認識し、地域の医療機関として、急性期の段階から介護福祉生活までを一体的に捉える視点を持つことが重要であると指摘した。

地域包括ケアにおける病院の役割として、在宅療養支援機能と急性期からの退院支援体制の充実の二点を挙げた上で、「地域を知り、地域住民の生きる力を応援する活動、地域医療介護連携を継続していく」と意気込みを語った。

特定行為に係る看護師の研修制度を今後どう活用すべきか

看護師特定行為研修委員会

まず、座長が趣旨説明を行った。看護師の特定行為研修制度は、医師の包括的な指示に基づき、在宅等で危険を伴う特定の医行為を看護師の判断を交えながら一定の範囲内で実施するために必要な研修を行うものである。研修修了者が実際に活躍する場面が増える一方で、まだまだその実態が知られていないという現実があり、2025年までに10万人の修了者を出すという厚生労働省の方針ではあるが、現状ではかなり困難であると言わざるを得ない。

厚労省の示す働き方改革では、医師等の労働時間とその内容に着目し、他職種へのタスクシフティングがその解決の一助になるとの方向性(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報告書:平成29年4月)が示されている。特定行為

研修はその実現の一助になりうると期待される一方で、行わせる業務の範囲や研修のあり方について様々な問題があると指摘。全日病では、早くからこの問題に取り組んでいることを強調した。

次に、厚労省の島田陽子看護課長は、「特定行為研修制度の今後の戦略」と題して、10万人確保に向け都道府県が医療計画において特定行為研修の体制整備に向けた計画を策定することとしたこと、財政支援や研修機関の指定の在り方の見直し、大学や高度急性期よりも修了者の主戦場は在宅や慢性期と考えていることを明言した。

更に、座長が「病院としての今後の戦略」と題し、現在の研修の取組状況に加え、今後の展開として地域で取り組む研修のスタイルを提案した。共通

看護師特定行為研修委員会 委員 星 北斗

科目は出来るだけ身近な研修機関で修了し、その上で行為別研修を県内の複数の指定研修機関で受講できるようにするというものである。また、315時間という膨大な共通科目の時間数の問題、働きながらの受講者への配慮の必要性などを指摘した。

訪問看護ステーション愛美園の中島由美子所長は、訪問看護の現場で実践している立場から報告するとともに将来に向けた提案を述べた。大和クリニックの木村洋輔院長は、指示を出す医師としての立場から制度活用の意義と制度発展のためヒントを発表した。二人は行為の実践は医師と看護師の相互の信頼関係の上に成り立つことや研修修了後には自信を持って行為を実践できること、指示や報告が極めて短時間で確実にできたことなどを報告した。

更に、S-QUE研究会の兼久隆史事務局長は、全日病と共同開発している全日病S-QUE e-ラーニング教材の現状と課題について報告した。指定研修機関54のうち34が同教材を使用していることや、区分別科目についても開発中であることを発表した。

討論では、研修施設やその教育内容等について、量の確保に加えて質の担保・向上が求められること、そのためには全日病をはじめとして多くの関係者の理解と協力が不可欠であること、時間数の見直しや在宅等で必要とされる医行為の範囲の拡大などが喫緊の課題であるなどの指摘があった。フロアからの意見なども寄せられ、有意義なシンポジウムとなった。

研修プログラムが都道府県協議会の了承得る

日本専門医機構

制度自体の見直し含め様々な意見

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は10月6日、10日に始まった新専門医制度における専攻医の1次登録を前に、都道府県協議会から研修プログラムの了承を得たことを報告した。ただ制度自体の見直しを含め、様々な意見が寄せられたことを説明。今後の制度運営の中で、柔軟に対応していく姿勢を示した。

新専門医制度では、整備指針や運用細則に医師偏在の拡大を防ぐための規定を盛り込んでいるほか、研修プログラムについて、都道府県協議会のチェックを受けることになっている。

今回の都道府県協議会からの意見では、年次を定めずに既定の単位を得れば受験資格を得られるカリキュラム制の積極的な活用を求める強い意見があ

ったという。一方、機構は最初に取得する専門医については、プログラム制が基本との立場を示している。

山下英俊副理事長は、「研修施設の追加を求める意見が多かった」と指摘。意見を学会に伝え、改善を図るよう調整するとともに、今後の運営において、都道府県協議会から出た様々な意見に伝えていく意向を示した。

また、松原謙二副理事長は、総合診療専門医の研修プログラムのうち、機構の審査基準により、認められなかったものの一部が、都道府県協議会の意見を踏まえた調整で、改めて採用されることになったことを報告。研修プログラムは9本が追加されて、合計で367本になった。

なお、これに先立ち、10月2日に四病院団体協議会は、総合診療専門医研修プログラムの認定プロセスに不透明さがあるとして、意見書を機構に提出し、認定に至らなかったプログラムに対し、理由を文書で示すことを求めた。

がんゲノム医療の整備指針案を了承

厚生労働省・がん診療提供体制検討会

中核拠点病院が連携病院を申請

厚生労働省の「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」が10月18日に開かれ、がんゲノム医療の提供体制について議論、がんゲノム医療中核拠点病院の指定要件を含むがんゲノム医療中核拠点病院等の整備指針案を基本的に了承し、細部の修正を事務局(厚生労働省健康局がん・疾病対策課)に委ねた。

整備指針案は、第3期がん対策推進基本計画案に盛り込まれたがんゲノム医療に関して、「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」と「がんゲノム医療中核拠点病院(仮称)等の指定要件に関するサブワーキンググループ」がまとめた報告書を踏まえ、がん・疾病対策課によってまとめられた。

その中で描かれた将来像によると、がんゲノム医療提供体制の枠組みとして、がんゲノム医療中核拠点病院とその連携病院によって、通常のがん医療とがんゲノム医療を一体的に提供する

体制を、段階的に、すべての都道府県に構築するイメージが示されている。がんゲノム医療中核拠点病院は、がん診療連携拠点病院の中から指定され、中核拠点病院が連携病院を申請する。

がんゲノム中核拠点病院は、遺伝子パネル検査の医学的解釈が自施設内で完結できる体制を確保、かつ臨床研究中核病院もしくはそれに準じた体制を整え、研究開発、治験・先進医療主導、診療支援、人材育成の機能を担うとともに、がんゲノム連携病院は遺伝子パネル検査を活かした医療を拠点病院と連携して実施する。そのために、指定申請にあたって拠点病院は連携病院の推薦リストを提示し、同時に審査を受けることになる。

両者の緊密な情報共有と連携によって、患者は、中核拠点病院に移ることなく連携病院でがんゲノム医療を受けることができるというのが厚生労働省の構想だ。

今年度中に中核拠点病院を指定

厚生労働省は中核拠点病院を2017年度内に指定する方針で、前出サブワーキンググループは現時点の12病院ほどと想定しているが、指定にあたっては「がんゲノム医療の質(集積性)」とともに「地域性の考慮」を踏まえるとしている。中核拠点病院等のあり方は2年以内に見直されることになる。

中核拠点病院の指定要件案の一つに、パネル検査結果の医学的解釈が可能な多種職の専門家集団からなる検討会(エキスパートパネル)の定期開催がある。この構成メンバーについて、全日病副会長の神野正博構成員は「エキスパートパネルには倫理や医療安全の専門家は入らないのか」と質問した。佐々木昌弘がん・疾病対策課長は「エキスパートパネルの構成員については、検査結果の患者説明に医療者以外のスタッフを求めることと併せて検討していきたい」と答え、構成メンバーの拡大に含みをもたせた。



また、中核拠点病院の指定要件案は臨床検査室や病理検査室に第三者認定を課しているが、構成員からISOを想定する声が上がった。これに対して、神野構成員は「第三者認定については、医療安全を含め、病院機能評価などなんらかの認定取得を明確にするべきである」と注文し、他の構成員からも同様の意見があった。

また、この日の検討会は、現行がん診療連携拠点病院等の指定期限を、新たな指針が施行される2019年4月に揃えたいとする厚生労働省の方針を了承した。2018年3月末に期限を迎える拠点病院は1年間延長となり、2020年以降に期限を迎える拠点病院は前倒しでの更新となる。

■ 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
第3回 TQM (総合的質経営)の医療への適用 —医療と社会と法— 研修会 (40名)	2017年11月22日(水)、 11月23日(木) 【北海道医師会館】	70,200円(91,800円) (税込) (テキスト代、宿泊費(22日)、 昼食(23日)、懇親会費含む)	「改正個人情報保護法・改正マイナンバー法」を適切に理解し対応する基本である「情報管理—情報の利活用と保護」を切り口に、意思決定に関わる物事の基本的考え方を医療、社会、法それぞれの観点から検討することを目的とする。
医師事務作業補助者研修 (福岡開催) (100名)	2017年11月27日(月)、 11月28日(火) 【TKP博多駅前シティセンター】	30,000円(税込) (テキスト料、昼食代含む)	診療報酬の「医師事務作業補助体制加算」を算定するための研修要件を満たすための研修で、集合研修(2日間)を修了し、病院内研修レポートを提出した方に「修了証」を授与する。
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会 (150名)	2017年12月13日(水) 【全日病会議室】	5,400円(税込)	厚生労働省の「医療安全推進週間」に、医療関係者の意識向上や組織的取り組みの促進等を図るために実施する。全日病・日本医療法人協会の主催で実施した「医療安全管理者養成課程講習会」の講習(1単位)に該当する。

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

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



家庭用コンセント または発電機可 (インバーター使用)



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