



全日病 ニュース

2018.8.1

No.922

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

猪口会長が衆議院厚労委で参考人として発言

改正医療法・医師法成立

医師偏在対策などを盛り込んだ改正医療法・医師法が7月18日の衆議院本会議で、与野党の賛成多数により可決・成立した。採決に先立ち、13日の厚生労働委員会では参考人質疑を行い、猪口雄二全日病会長が招かれた。猪口会長は、今回の医師偏在対策の効果が現れない限り、医師養成数は減らすべきでないと主張するとともに、全日病などの総合医育成の取組みが、医師偏在解消に役立つことに期待を示した。

改正医療法・医師法は、厚生労働省の医師需給分科会が3年にわたり検討してきた医師偏在対策の法律事項をまとめたもの。①医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設②都道府県の医師確保対策の実施体制の強化③医師養成過程を通じた医師確保対策の充実④地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応の4本柱からなる。そのほか、医療機関の開設や増床の際の都道府県知事の権限の追加もある。

改正法は参議院で先に審議され、採決に際して、12項目の附帯決議を採択

した。13日の衆議院厚労委での採決時には、22項目の附帯決議を採択した。

衆議院厚労委での附帯決議では、「医師が高度な医学的専門性を発揮し、本来担うべき業務に専念できるよう、抜本的なタスクシフトを進める具体的取組みを検討」、「医師少数区域等で勤務した医師に対する認定の創設に当たっては、認定を受けた医師や医師派遣の要請に応じて医師を派遣する病院に対する効果的な経済インセンティブの付与について検討」などの意見をつけた。

総合医育成事業を紹介

猪口会長は、改正医療法・医師法に対する評価や今後の課題などに関する考えを述べた。改正法の方向性には基本的に賛意を示しつつ、「弾力的かつ実効性ある対策」とするための施行後の適切な運用を求めた。特に、外来医療機能の偏在・不足等の情報の可視化や医学部の地域枠・地元出身者枠の設定・拡充での適切な運用が必要とした。地域医療対策協議会については、都道

府県での運営に格差があるため、中央組織の設置を提案した。

働き方改革の影響を含め、地域の医師不足に対する危機感を強調。「医師偏在対策の効果がなければ、医師不足は続く。その場合は、医師の養成数を減らすべきではない」と訴えた。

新専門医制度に対しては、研修・更新に際して、「専門医が大学病院・基幹病院に集中せず、地域の末端の病院まで行き届くこと」が重要であるとした。医師偏在対策との関連では、超高齢社会の下で、総合的な診療能力を持つ医師が必要とされるが、新たな「総合診療専門医」の育成には時間がかかることを踏まえ、病院総合医の育成が医師偏在解消に役立つことを強調した。その上で、全日病が認定総合医育成事業を開始したことを紹介した。

質疑では、安藤高夫衆議院議員(全日病副会長)が登壇した。

安藤議員は、「医師偏在対策と医師需給、働き方改革が複雑に絡み合う。働き方改革をどう進めればよいか」と質問。猪口会長は、「医師が特別と言いつもりはないが、かなり違うの



は事実。応召義務があり、患者の命を預かる医師として十分な自己研鑽を積み重ねなければならない。一律に時間外労働を規制すると、救急や産科医療が続けられなくなる」と理解を求めた。

医師の長時間労働是正に向けたタスクシフティングの方策では、「診療報酬で評価されている医師事務作業補助者は効果が出ている。報酬面ですらに拡充する必要がある。書類作成など事務的な負担が増えており、様式の統一化などを進めてほしい」と述べた。

さらに、「ナース・プラクティショナー(NP)は、特定看護師における業務の拡充が課題になる。フィジシャン・アシスタント(PA)はほとんど議論されていないが、例えば、救急救命士ができる業務を一定要件の下で、院内でもできるようにする仕組みが考えられるのではないかと医療行為の委譲にも言及した。

DMATの体制強化で人件費の増額求める

厚労省・救急災害医療検討会

救急医療体制は引続きの課題

厚生労働省の「救急・災害医療提供体制の在り方に関する検討会」(遠藤久夫座長)は7月6日、今年4月から5回の会合の議論を整理した。来年度予算案の概算要求に向け、DMAT(災害派遣医療チーム)事務局の人件費の増額が必要との考えを盛り込んだ。救急医療体制については、次期診療報酬改定を見据え、救急医療に必要な体制とその評価方法の検討を続ける。

救急医療体制については、議論が始まったばかりだが、概算要求が8月末に迫り、災害医療体制では一定の合意を得たことから、当面の対応が明確になったものを中心に整理した。

大規模災害に備えるには、DMATの体制が脆弱であるとの認識で一致し、体制強化を求めた。DMAT事務局は東西に2拠点あり(NHO災害医療センターとNHO大阪医療センター)、両方で33人の職員が配置されている。しかし専任の常勤職員は3名で、そのほかは併任や非常勤職員だ。ロジスティック(後方支援)を含めた災害医療の専門家の不足も指摘されている。

議論の整理では、DMAT事務局の人員増強を行うとともに、大規模災害時にロジスティックを含めた専門知識を持つ者の応援が得られる体制が必要とした。人材育成のための研修事業も求めた。厚労省は、これらの費用を来年度予算案の概算要求に盛り込む方針だ。

救急・災害医療提供体制については、3点を見直し、通知を改訂する。

1点目は、「災害時を想定した燃料等の供給手段の確保」。2018年2月に福井県などで豪雪があり、一部地域で灯油など燃料の供給が滞った。災害医療拠点病院は、災害時に食料、飲料水、医薬品が優先的に提供されるよう関係団体・業者と協定を結んでいるが、これに燃料も含める。

2点目は、「病院前医療の効率的な提供に係る地域の協議」。ドクターヘリ、ドクターカー、メディカルジェットなど病院前医療の提供手段が多様化している。しかしどの手段が患者に望ましいかの優先順位を決める仕組みは、多くの地域で未整備だ。このため、効

率的な運用に向け、メディカルコントロール協議会を想定し、地域で一体的に協議することを求めた。

3点目は、「ドクターヘリの安全運行」である。ドクターヘリは現在、全国42道府県で52機が配備されている。一方、2016年には神奈川県でドクターヘリが着陸する事故が発生した。ドクターヘリの安全な運行のため、昨年度まとまった「ドクターヘリの安全な運用・運航のための基準」の内容を「ドクターヘリ導入促進事業」の実施要綱に反映させるべきとした。

救急医療の人材育成・確保も課題

引続きの課題としては、◇広域災害・救急医療情報システム(EMIS) ◇災害派遣精神医療チーム(DPAT) ◇災害医療精神科病院一を指摘した。

EMISは災害時に機能せず、地域により「形骸化している」との指摘がある。医療機関によるEMISへの情報入力力が徹底されていないためだが、「災害時に特化したシステムにするのか根本思想の議論が必要」としている。



DPATについては、DMATとの連携が不十分との指摘がある。このため、所管の統一などを課題とした。救急医療体制全体の議論は、今後本格化する。高齢化や医師の働き方改革など社会の変化に対応するため、第1次～3次救急の体制の見直しを含め、広範な検討を行うことになる。

そのほか、◇救急医療情報センター ◇ICTの推進 ◇救急救命士の業務を行う場 ◇ドクターヘリの効率的な運用 ◇都道府県災害医療コーディネーターが検討課題となっている。

全日病常任理事の猪口正孝委員は、「医師は必ずしも救急医療に精通していない。今後は2次救急を担う医師として総合医が期待されている。救急医療が専門ではない医師に向けた人材育成・人材確保が重要になる」と発言。これを受けて検討課題に「人材育成・人材確保」を加えることになった。

清話抄

「地域医療構想」から思うこと

地域医療構想調整会議が各地で活発化する昨今、北海道十勝地方でも具体的に議論が交わされ始めた。十勝は乳製品等でその地名が知られるように、畑作・酪農業が主要産業であり、广大

な土地にあって小規模な市町村が散在している。この医療圏を広くカバーしていくのが我々主要医療機関の役割であり、また課題となっている。

話は飛躍するようだが、世間を賑わせる昨今のニュースの中に、なんと傷害・殺人事件の多いことだろう。そして驚かされるのが、犯人の年齢である。若い。

我々の議論の対象はとかく高齢者に絞られることが多い。地域医療構想でも主役は後期高齢を迎える団塊の世代

である。この世代による事件ももちろん耳にするが、たいてい「理由」「事情」があるように思う。

しかし、昨今の若年層によって引き起こされる事件には、我々を納得させる「理由」がないことが多いのではないだろうか。

もしもこの若者たちが犯罪に及ぶ理由が「空虚さ」などと言うのであれば、彼等を地域ぐるみで巻き込み、居場所を見つけ、人生の意味や目的を持って充実した生活を送るよう指南すること

が出来ないものか。

私の周囲には、人生を全力で歩んで来た団塊の世代の患者や利用者と触れ合うことで多くの知識を得、影響を受け成長していく若い職員達がいる。また、医療の世界には多くの役割がある。

これを持って余すことなく、また少子化の中に生まれた大切な働き手たちを失うことなく、彼等も高齢者も巻き込んで地域の医療を「構成」出来ればと、願って止まない。

(細川 吉博)

主張

熊本地震から2年を振り返って

平成28年4月14日(前震：震度7、M6.5)、16日(本震：震度7、M7.3)に発生した熊本地震から2年が経過した。平成30年6月26日現在、熊本地震の人的被害は2,997人(死者265人)、住居被害は19万7,181棟であり、仮設住宅等の入居者数は3万2,563人(平成30年5月31日)である。県は「県民の総力を結集し、将来に亘る県民総幸福量を最大化する」を掲げ、創造的復興を

行っている。医療領域では、被災者にかかる医療費の負担金は、前震以降の診療分から平成29年2月28日まで免除されていたが、震災後の状況を鑑み平成29年9月30日まで延長された。また、県内医療機関の半数を超える1,302施設が被害を受け、補助金を活用することとした639施設中、295施設が事業を完了している。震災直後の災害時医療において

は、行政・医師会・病院会とともにDMAT、JMAT、AMAT、DPAT、JRATなどを含めた対策チームの迅速な対応により、各部署・地域へ適切な医療提供が行われたが、様々な課題も明らかになった。

第7次熊本県保健医療計画では、『地域で安心して暮らせる保健医療の提供』を施策の柱とし、災害時における『災害医療体制の強化』を掲げ、①医療救護活動に関する地域コーディネーター機能の強化、②災害拠点病院を中心とした医療体制の強化、③災害時の精神保健医療体制としての熊本DPAT体制強化と災害拠点精神科病院の整備、

などを基本目標としている。基本目標『安全安心な暮らしに向けた、ひとり一人の健康づくりと地域における保健医療の提供』は、まだ道半ばであるのが現状である。さらに、施策の柱である『働く世代の健康づくりの推進』や『医療情報の提供・ネットワーク』に関しては、熊本県のみ課題ではなく、全国的視点からみた取り組みが重要と思われる。これらの観点から、全日本病院協会が全国の地域医療に貢献する重要性が明らかであり、各支部との連携を通じて熊本県への御指導・御支援も引き続きお願い致します。(山田一隆)

医師に対する時間外労働規制の議論を再開

厚労省・医師の働き方改革検討会

医療界がまとめた意見書を報告

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7月9日、医師に対する時間外労働規制の議論を再開した。四病院団体協議会などが加わり、日本医師会が主催する検討会議がまとめた医療界の意見が報告された。医師の働き方に関する様々な調査結果も示された。今年度中に、医師に適用する時間外労働規制の上限設定とあわせ、制度的対応を含めた勤務環境改善策をまとめる。

医師への特別条項の「特例」を提案

全日病の猪口雄二会長ら四病協の代表を含め、医療界の代表が参加し、日医が主催した「医師の働き方検討会議」がまとめた意見書を今村聡委員(日医副会長)が会議で説明した(意見書の概要を5面に掲載)。

意見書は、「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立を図ることを最重要の課題とした。働き方改革による労働者全体に適用する法律の要請に応じ、医師に適用する時間外労働の上限(特別条項)を設定するものの、それを超えて働かざるを得ない場合には「特例」を設けることを提案した。

労働者全体への働き方改革の法律が成立し、36協定で特別な場合の時間外労働を定めても、時間外労働は年720時間以下とすることなどが決まった。一方、医師については、働き方の特殊性を踏まえ、2024年度末までは法令を適用せず、その後は厚労省令で別途定める基準を適用するとしている。

意見書によると、まず医師に適用する省令の上限(特別条項)は、労働時間が過度に増加することを防ぐ「歯止め」と位置づけ、目安は「脳・心臓疾

患の労災認定基準」(いわゆる過労死ライン)を基に設定する。その上で、この基準を超えざるを得ない場合の「特例」を設ける。特例を受ける場合は、新たに創設する第三者機関の承認を得るとし、目安は、「精神障害の労災認定基準、海外の働き方の事例等を参考に、上限時間を今後検討する」。

さらに、これらの上限の枠内で対応する「専門業務型裁量労働制」や米国のACGME(米国卒後医学教育認定評議会)を参考とした研修医に対する別制度の検討も提案した。

そのほか、◇健康確保策◇自己研鑽◇宿日直◇院外オンコール待機▽休日、勤務間インターバル、連続勤務時間◇地域住民への医療の理解◇労働関連法令の幅広い見直し・医事法制との整合性—など検討すべき課題を列挙した。

日本病院会の岡留健一郎委員は、「医師の働き方が理解されていないという気持ちが根底にある。勤務医が労働者であるのは間違いないが、患者への応召義務や生涯にわたる自己研鑽、地域医療を守るための様々な活動を担っている。医療の需要に対し医師の供給が足りないという体制の問題もある」と訴えた。

緊急的な取組みの実施状況を示す

厚労省が、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組み」の実施状況を報告した。緊急的な取組みは、同検討会が2月27日にまとめ、医療機関に周知したもの。①出退勤時間の記録など労働時間管理の適正化②36協定の自己点検③産業保健の仕組みの活用④タスクシフティングの推進⑤女性医師等の支援⑥医療機関の状況に応じた医師の

労働時間短縮の取組み—の具体策を盛り込んでいる。

調査の対象は、四病協、日医、全国自治体病院協議会、全国医学部長病院長会議の会員病院となっている。

結果をみると、36協定の点検で「自己点検を実施」は32.3%、「自己点検の予定なし」は17.9%だった。36協定を見直した医療機関のうち、「上限時間の変更」をしたのは67.7%に上った。服薬指導や静脈採血、検査手順の説明などタスクシフティングは多くの医療機関で、すでに行われていた。ただ実施していない医療機関で「予定なし」との回答が、それぞれの項目で5割程度だった。

タスクシフティングが未実施の医療機関の5割程度が、今後も「予定なし」と回答したことについて、「危機感が足りない」との意見と「5割程度も実施している」との意見の両者があった。

また、緊急でない患者に勤務時間外の病状説明を行わないことや、勤務間インターバルの設定、複数主治医制など、「医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組み」を実施しているのは、対策ごとに3～5割だったが、実施していない医療機関で、「予定なし」は5～7割に上った。

病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)の結果も報告された。325名の医師を対象に、2日間の調査で、観察者が1分単位で業務内容を記録したものと、医師本人が30分単位で記録したものを分析した。

厚労省は、結果の概要を次のようにまとめた。当直については、◇日中と同程度に診療が発生している場合、断続的に診療が発生している場合、ほぼ



診療がない場合(いわゆる寝当直)がある◇診療をしていなくても深夜以外は、自己研修や研究など多様な時間となっている◇休憩・仮眠時間が一定程度確保できていても、連続した仮眠ができていない場合がある。

自己研修・研究の時間について、◇自己研修・研究の時間は平均すると1時間半だが、ばらつきが大きい◇長時間の自己研修は大学病院・大学病院以外を問わず、若手医師の場合が多い。

タスクシフティングについては、診療時間のうちの事務作業が、当直ありの場合は4時間、当直なしの場合は2時間程度で、いずれも診療時間の21%程度を占めていた。

厚労省は、医師の働き方改革を進めるには、国民への理解が必須と説明。国民全体を対象とした意識醸成と関係する主体による地域や職場での個別具体的な取組みを求めた。また、医師の業務の負担感として、「診断書、診療記録および処方箋の記載」、「主治医意見書の記載」が大きいことを踏まえ、民間保険会社の書式を含め、様式の統一化・簡素化の検討を進めていることを明らかにした。

今後の進め方としては、9月に2回の開催を予定し、◇さらなるタスクシフトのあり方◇自己研鑽◇宿日直◇応召義務◇諸外国における勤務医に対する労働時間規制—を議題とする。10月以降は、これらの論点の方向性ととも、それを実現するための施策・制度のあり方を議論する。時間外労働の上限時間の設定とあわせ、医師の勤務環境改善策を年度末にまとめる。

入院医療に関する調査項目まとめる

中医協 入院医療等調査・評価分科会

中医協の入院医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は7月12日、改定後初の会合を開催し、2018年度診療報酬改定の影響をみるために2018、2019年度に実施する調査項目案をまとめた。急性期一般入院基本料等の評価体系の見直しについて、2年継続して調査する。調査項目案は、18日の基本問題小委員会に報告された。

2018年度は、①急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響②地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直しの影響③療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響④医療資源の少ない地域における保険医療機

関の実態—の4項目を調査する。

①急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響については、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関を調査対象とする。

調査内容は、◇入院料の届出状況、職員体制◇重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況◇各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況等。

2018年度分の調査は、改定による影響を明らかにするため、経過措置終了後の10～12月に調査を実施し、2019年3月以降に結果を報告する。

2019年度には、特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響についての調査を新たに実施する。さらに、2018年にスタートした、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響と、療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響の調査を継続して実施する。

2019年度分の3項目については、2019年6～7月に調査を実施し、2020年度改定に向けた議論の資料とする。

委員からは、「2018年度の改定で、200床以上の療養病棟ではデータ提出加算が要件となったが、将来的には200床未満の療養病棟に拡大していくことも考えられる。そのため、データ提出加算の届出において難しかった点を調べてほしい」との意見があった。

DPCと指標の作業グループを設置

5月23日の中医協総会で、「入院医療等の調査・評価分科会」と「DPC評価分科会」の2つを統合して「入院医療等の調査・評価分科会」とし、その下部組織として2つの作業部会を設置することが承認された。

7月12日の入院医療等の調査・評価分科会では、作業部会が取り組む課題を整理した。

「DPC/PDPS等作業グループ」(山本修一班長)は、DPC/PDPSの運用に関する事項と、DPC退院患者調査に関する事項を担当する。「診療情報・指標等作業グループ」(池田俊也班長)は、診療実績データの分析や、利活用のあり方を検討する。

作業グループのメンバーは、分科会委員のなかから選ばれる。作業グループは、2018年度の調査結果が出た後に、本格的な活動を始めることになるとみられる。

診療報酬改定シリーズ 2018年度改定への対応⑤

DPC制度—調整係数の廃止により支払制度として完成形へ

医療保険・診療報酬委員会 副委員長 太田圭洋

1998年11月に国立病院等10病院における1入院当たりの急性期入院医療包括払い制度の試行として開始されたDPC制度は、2018年度診療報酬改定での暫定調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換え終了により、支払い制度としてほぼ完成した形となった。

2018年4月1日現在では、1,730病院、約49万床がDPC/PDPSによる支払制度を利用している。これは急性期一般入院基本料に該当する病床の約83%を占めるまでに利用が拡大していることを意味し、我が国の急性期医療支払制度の主流となっている。過去20年にわたりさまざまな変遷をたどってきたDPC/PDPSという支払制度が、その制度創設に深く関わった迫井正深氏が医療課長として指揮する2018年度改定でひとつの完成をみたことに運命的なものを感じざるを得ない。

機能評価係数Ⅱのあり方を再整理

さて、今回の改定での調整係数から機能評価係数Ⅱへの置き換え完了により、DPC/PDPSは機能評価係数Ⅱを中心とした評価体系に完全に移行したと言える。これに伴い制度の安定的な運用を確保する観点から機能評価係数Ⅱのあり方について再整理が行われた。導入時より評価されている6つの係数(保険診療、効率性、カバー、複雑性、救急医療、地域医療)については、基本的評価軸として位置づけ、過去に追加されてきた2つの係数(後発医薬品、重症度)が廃止されたことに加え、機能評価係数Ⅱの各係数もさまざまな設定方法の見直しが行われた。この結果、より急性期機能が高い医療機関の機能評価係数Ⅱが上昇すると思われる。

激変緩和係数の新設

また、本改定での調整係数の置き換え完了に伴い、今後、基礎係数+機能評価係数Ⅰ+機能評価係数Ⅱによる評価となる。ただ、今後も診療報酬改定時に係数が大幅に変動する病院は生じうる。そのため係数の急激な変化により経営的に大きな影響を受ける病院を救済する目的で、新たに改定年度の

(1年間)設定される激変緩和係数というものが新設された。

今回の改定では、暫定調整係数の廃止により一部の病院で経営的に大きな影響がでるのではないかと危惧もあるが、最終的に1年の激変緩和しか行わないということになった。DPC/PDPSに入った時に調整係数が高く設定され、最後まで暫定調整係数が高止まりしていた病院は、激変緩和はされるものの短期間のうちに係数が大幅に下がることとなる。そのような病院は新たな係数に適応していくためにコスト削減等、さまざまな効率化を行っていく必要がある。

算定ルールの変更

本改定では算定ルールの見直しも行われた。DPC病院で短期滞在手術等基本料に該当する患者の報酬算定につ

いてDPC/PDPS点数設定方式Dにより算定することとされたことに加え、一連の入院として取り扱う再入院の傷病名の整理(前入院の傷病名・合併症と再入院病名との関係についての見直し)も行われた。

2018年度改定の影響

今回、さまざまな病院に医療機関係数がどのように改定により変化したか聞いてみたが、総じて係数が上昇している病院が多い印象である。これは基礎係数の上昇に加え、機能評価係数Ⅰの中の、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算など、本改定において、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進として取り組まれた部分の係数が上昇した影響が大きい。

ただし各診断群の点数は減少していることが多く、実際の病院の収益にど

のような影響が出ていくかは、今後の調査の結果を待つ必要がある。

地域医療構想に寄り添う改定

今回の診療報酬改定は迫井医療課長が中協協会で述べたように「地域医療構想に寄り添う」改定という性格が強い。地域での医療機能分化・連携を推進する方向に誘導するよう点数が設定されており、今後の改定もこの方向で継続されていくことが予想される。

DPC/PDPSにおいても、それらの点数改定が、機能評価係数Ⅰや機能評価係数Ⅱ、また基礎係数において反映されていくことになる。各病院は制度そのものを分析し対応していくことも重要であるが、地域における自院の立ち位置を真剣に考え、環境の変化に適応していくことが、より重要になっていくと思われる。

DPC/PDPSの見直し

調整係数の廃止(置き換え完了)に対応した医療機関別係数の整備

平成24年度改定から実施した調整係数置き換えを完了し、今後の安定した制度運用を確保する観点から医療機関別係数の再整理を行う。

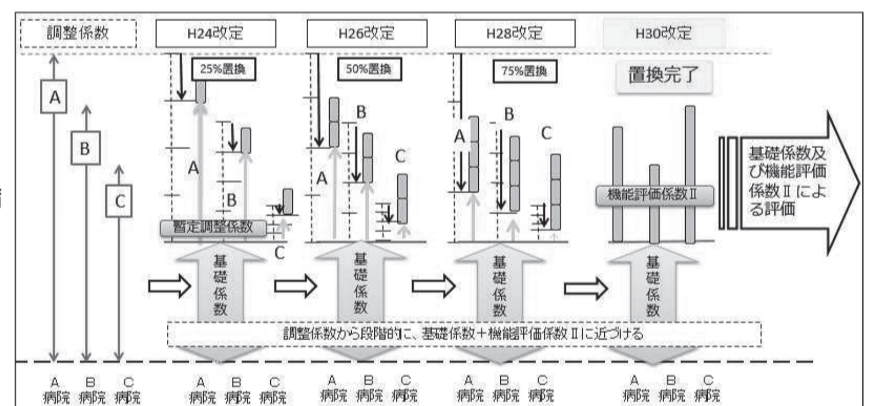
1. 基礎係数(医療機関群): 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続
※ 医療機関群の名称は、「DPC標準病院群」(現行のⅢ群)、「大学病院本院群」(現行のⅠ群)、「DPC特定病院群」(現行のⅡ群)に見直す
2. 機能評価係数Ⅰ: 従前の評価手法を継続
3. 機能評価係数Ⅱ: 後発医薬品係数、重症度係数を整理・廃止するとともに、基本的評価軸を6係数(保険診療係数、地域医療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数)とし、係数の評価手法について所要の見直しを実施
4. 激変緩和係数: 調整係数の廃止と診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定(改定年度のみ)

算定ルールの見直し

1. DPC病院で短期滞在手術等基本料に該当する患者の報酬算定についてDPC/PDPS・点数設定方式Dにより算定
2. 一連の入院として取り扱う再入院の傷病名を整理(前入院の傷病名・合併症と再入院病名との関係についての見直し)

その他(通常報酬改定での対応)

直近の診療実績データ等を用いた診断群分類点数表の見直し等、通常報酬改定での所要の対応を実施



公立・公的病院の機能について議論

厚労省・地域医療構想WG

民間病院のデータを示すべきとの意見も

厚生労働省の「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)は7月20日、地域医療構想調整会議の状況等について議論した。公立・公的病院等の今後の機能等を調整会議で議論するにあたっては、機能の競合する民間病院に関するデータを調整会議に示すべきとの意見が出された。

調整会議について、厚労省は全国の構想区域の機能分化・連携の資料を示し、沖縄県は課題等を報告した。

沖縄県の5つの構想区域はすべて病床過剰である。16の公立・公的医療機関等は新公立病院改革プランおよび公的医療機関等2025プランを策定し、今後、調整会議で協議を進めていく。沖縄県担当者は課題として、県内の人口が2020年まで増加すると予測され、医療機関の病床稼働率も高い水準であるなかで、医療機能の分化・連携の必要性を医療機関に十分に伝え切れていな

いことなどをあげた。

県として個別に医療機関のヒアリングを実施するとともに民間医療機関にも、「簡易なプランの策定」を依頼し、協議を進めるとした。

委員からは、「民間病院にきちんとプランを出してもらった上で、公立・公的病院に関する議論を進めるべき」との意見があった。他方で、別の委員は、「将来の機能が大きく変わらない民間医療機関にプランをつくらせることについては、極めて慎重に対応してほしい」と要請した。

政府の「骨太の方針2018」では、公立・公的医療機関に対し、地域の民間医療機関では担うことのできない高度急性期・急性期や不採算部門等に重点化するよう医療機能を見直し、再編・統合の議論を進めるよう求めている。

委員からは、「公立・公的病院がプランを調整会議に示すことで、地域に

必要な高度急性期・急性期病床をさきにとってしまうのではないかと懸念する声があることが報告された。

これを受けて別の委員は、「公立・公的病院と民間病院が競合する地域において、民間が担える機能は民間病院に譲るべき」と主張。民間病院が行っている医療のデータを調整会議に示すことで、機能が競合していることのエビデンスになるという認識も示された。

議論を踏まえて厚労省は、「事例を整理し、研修会等を通じて、都道府県に事例を周知していきたい」と答えた。

「アドバイザー」は現場重視を

同日のWGでは、調整会議の充実・強化に向けた対応の一つである「地域医療構想アドバイザー」についても協議した。アドバイザーは、都道府県の地域医療構想の進め方について助言する役割を担い、都道府県の推薦を踏ま



えて、国が選定する予定だ。

参考人として出席した浜松医科大学医学部附属病院の小林医療福祉支援センター長は、静岡県地域医療構想に参与した経験を踏まえて、現場感覚のある学識経験者が関与することは重要と指摘した。アドバイザーの心構えとして、◇中立的◇客観的かつ多角的視点をもつ◇問題提起を行うファシリテーターの役割を担う◇現場を重視すること一をあげた。

全日病副会長の織田正道委員は、「アドバイザーには、民間病院の立場や経営についても理解してもらいたい。任期は原則1年で、毎年更新していくというが、果たして、中立的にアドバイスするだけの見識を養うことができるだろうか。長いスパンで育成していくことを考慮してほしい」と主張した。

豪雨災害の被災地にAMATを派遣

DMATと連携し機動的な支援活動を展開。AMATの存在意義を示す

西日本を中心に記録的な豪雨被害をもたらした「平成30年7月豪雨」の被災地に対し、全日病は、AMAT（災害時医療支援活動班、All Japan Hospital Medical Assistance Team）を派遣し、岡山県を中心にDMATとの連携の下で支援活動を展開した。

台風7号が九州に接近した7月3日以降に梅雨前線が活発化し、西日本各地で記録的な豪雨となった。消防庁のまとめによると、今回の豪雨災害による死者は全国で219人に及び、広島県で109人、岡山県で61人、愛媛県で26人となっている（7月24日現在）。また、床上浸水した住宅は1万4,441棟、床下浸水は2万225棟となった。厚生労働省によると、23日の時点で水道が復旧せず断水している世帯は1万3,241戸に及ぶ。連日酷暑が続き、被災地では避難所や復興に当たるボランティアなどから、熱中症で救急搬送される人が相次いだ。

情報を収集し迅速に出動

全日病は、7月7日の段階で



対策本部で連絡調整に当たる猪口正孝全日病災害対策本部副本部長（AMAT本部統括）（左から2人目）

AMAT本部を立ち上げるとともに、EMIS等の情報から広島、岡山、愛媛、岐阜の被害が大きいと予想して、情報収集を開始。このうち広島県については、種村支部長より、AMATの出動を要する状況ではないと判断が伝えられた。岐阜県については、日本医療法人協会の伊藤副会長から支援の必要性はないとの情報を得た。

岡山県からは、佐能支部長より県内の状況が把握できないとして支援の要請があった。愛媛県では、EMISの情報から大洲記念病院が浸水していることを把握したが、詳細な情報が確認できなかった。このため、対策本部は、岡山県と愛媛県にAMAT派遣の方針を決めた。

先遣隊に登録している病院に打診し、8日の段階で、筑波記念病院と南多摩病院が出動した。両病院は、大阪の加納総合病院に一泊した後、翌9日から岡山に向かった。加納総合病院は愛媛に向かって出発した。

筑波記念病院は、岡山県庁の災害対策本部にAMATの連絡担当として入り、南多摩病院は、避難所を巡回し、医療ニーズを調査した。

大洲記念病院に向かった加納総合病院は、すでに病院が復旧作業中であることを確認した後に、松山経由で10日から岡山県に移動し、倉敷市に支援に入った。

DMATと連携して支援を展開

AMATは、被害が大きかった倉敷市を中心に活動し、10日から16日にか

けて、最大6隊のAMATが被災地に滞在する形で支援活動を継続した。

現地では、県の災害対策本部の下でDMATと協働して、DMATの手が及ばない避難所の支援を担当し、AMATの特徴である病院救急車の機動力を生かして真備を中心に避難所巡回診療を行った。また地元の消防力を補完する形で、医療が必要な傷病者を病院救急車を活用して医療搬送を行った。

14日からは日本医師会のJMATが被災地に入ったが、AMATはDMATとJMATの間をつなぐ役割をはたした。一連の活動を通じ、AMATは機動力と展開力を示し、JMATとの違いも明らかとなった。

猪口正孝全日病災害対策本部副本部長（AMAT本部統括）は、今回のAMATの活動について、「会員病院の直接的な支援のニーズはなかったが、災害対策本部に入り、DMATと協力してDMATができない支援を担い、AMATの有用性を示すことができた」と述べ、AMAT活動の意義を強調した。

全日病事務局によると、今回の支援活動に参加したAMATは、7月8日～16日にかけて延べ13班・52名となった。AMATとして出動した病院は次の通り。

【AMAT出動病院】

- 筑波記念病院
- 南多摩病院
- 永生病院
- 松波総合病院
- 平成立石病院
- 花と森の東京病院



岡山県庁内の災害対策本部

- 加納総合病院
- 京都きづ川病院
- 大阪暁明館病院
- 福岡新水巻病院
- 織田病院
- 赤穂中央病院

【全日病災害時医療支援活動班】

- 光生病院

被災者支援連絡協議会でAMATの活動を報告

被災者健康支援連絡協議会（会長＝横倉義武日本医師会会長）が7月13日に開かれ、今回の豪雨災害に際し、広島県、岡山県、愛媛県などの被災地で支援を行った行政や関係団体が情報交換を行った。

同協議会には、日本医師会や全日本病院協会をはじめ医療・介護関係の21組織・40団体が加入している。会合には、厚労省や内閣府、総務省の行政も参加し、広島、岡山、愛媛の3県の医師会はテレビ会議で参加した。

全日病は美原副会長が出席し、13班のAMATを派遣し、日本医療法人協会と協働で活動したことを報告した。また、全日病のAMAT活動について紹介し、AMAT病院として128病院、AMAT隊員として770名が登録していることを説明した。

NDBと介護DBの連結の仕組みで議論の整理

厚労省 医療・介護データ等解析基盤有識者会議

厚生労働省の「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」（遠藤久夫座長）は7月12日に会合を開き、これまでの議論を整理した。レセプト情報・特定健診等データベース（NDB）と介護保険総合データベース（介護DB）を連結し、研究に役立つ仕組みで一定の合意を得た。秋に議論をまとめ、来年の通常国会の法案提出を目指す。

同会議は5月から5回の会合を開催。この日はこれまでの議論を、◇議論の経緯◇基本的視点◇データの収集・利用目的、対象範囲◇第三者提供◇実施体制◇費用負担◇技術面の課題一の項目で整理した。医療に関連する様々な

データを連結し、ビッグデータとして分析する方向にある中で、法的規定を整え、実際の運用につながる考えだ。

「基本的視点」では、NDBと介護DBの連結が、「地域包括ケアシステムの構築、効果的・効率的で質の高い医療・介護の推進等に寄与する」ことを強調している。また、NDB、介護DBともすでに匿名化された情報であるが、連結に際して、その匿名性が損なわれないことが重要としている。

「データの収集・利用目的、対象範囲」では、NDBと介護DBの連結に際して、新たな法律の規定が必要であるとした。NDBは法律で規定する利用目的が明確で、「医療費適正化計画の作

成、実施および評価」となっている。ただしガイドラインで利用目的を拡大し、第三者提供などを行っている。

介護DBの利用目的は、NDBより広い。介護保険事業計画の作成・実施・評価のほか、「国民の健康の保持増進およびその有する能力の維持向上」を含んでいる。新たな法規定では、介護DBの利用目的に近い形で、NDBを法律に位置づける方向だ。

「第三者提供」では、幅広い主体が公益目的で利用できる枠組みの制度化を求めた。現状でNDBにおいては、◇標準的な項目の定期的な公表（オープンデータ）◇一定の情報を集めたデータセットの提供一を行っている。

「実施体制」では、データベースの保有主体が国との性格を踏まえ、他の主体に委ねることの整理が必要とした。NDBでは、厚労省に有識者会議を設け、個別審査などを行っている。

「費用負担」では、大部分は国が対応すべきとしている。ただし、利用ニーズの増加や多様化・高度化への対応で費用が膨らむことが想定されることから、受益者負担を考え、第三者提供では利用者の費用負担の検討も行う。

「技術面の課題」では、NDBと介護DBを連結する上で、匿名性を維持しつつ、識別・連結の精度向上につながる方策を引続き検討していくとした。

同会議は今回の議論の整理を社会保障審議会医療保険部会・介護保険部会に報告した上で、議論を再開し、秋をめどに報告書をまとめる予定だ。

睡眠セミナー 無料サービスのご案内

水と、空気と、睡眠と。

東洋羽毛

＊— 今よりもぐっすり、幸せな毎日のためのヒントがきっと得られるはずですよ —＊

睡眠セミナー講師を無料で派遣いたします。

東洋羽毛では「睡眠健康指導士」の資格を有した社員が講師を務める充実したセミナーをご用意しています。

正しい情報を得て睡眠習慣を見直し、イキイキと健康的な毎日を歩むお手伝いをさせていただきます。

＊セミナーは研修内容及び研修時間についてご相談の上、実施させていただきます。
＊セミナーはご希望により何回でも承ることが可能です。

《テーマ例》

- ★睡眠習慣を整え、キラキラ輝く私に
- ★よりよく眠る為のヒント 睡眠6カ条
- ★体内時計を整えてよりよく眠る方法
- ★よく眠れる、眠りのお話！？
- ★眠る門には福来る！
- ★早起き・早寝・朝ごはんがよい事いっぱい

◎医療安全対策研修、メンタルヘルス研修、学校保健委員会に対応した内容も行っています。

TUK 東洋羽毛工業株式会社

〒252-0206 神奈川県相模原市中央区淵野辺2-26-5

セミナーに関するご相談は
お気軽にお問い合わせください

お客様相談室
0120-410840

【資料】医師の働き方改革に関する意見書(2018年7月・医師の働き方検討会議)(抜粋)

はじめに～「医師の働き方検討会議」について

○設置の経緯

働き方改革において、医師に限っては、その特殊性から、厚生労働省内に「医師の働き方改革に関する検討会」が別途設けられた。平成29年8月から検討が行われ、平成30年2月に中間の整理、緊急的対策がまとめられた。

平成29年6月に、日本医師会は「医師の働き方検討委員会」を設置し、議論を進め、平成30年4月に答申をまとめた。「医師の働き方検討委員会」答申(以下、「答申」)においては、医師の働き方改革に関するおおよその方向性が示されるとともに、医師の働き方改革については、医療界が意見を集約するべきとの提言がなされた。

これを受けて、医師の働き方について医療界として主体的かつ具体的に検討し合意形成を図ることを目的として、「医師の働き方検討会議」が日本医師会主催で設置された。

○意見書の方向性～勤務医の働き方について労関連法令を中心に提言

医師の働き方改革の論点は極めて多岐に渡っている。既存の審議会等で具体的議論が進みつつある論点と、労働関連法令を中心にまだ具体的な議論に至っていない論点がある。

働き方改革関連法においては、医師の時間外労働時間の取扱いについて別途定めるとしているが、労働関連法令全般において、医師の働き方の実態に合っているのか見直す必要がある。

さらに、多種多様である医師の働き方を一律に同じ法令で規制するのではなく、一定の標準的なルールの下で、多種多様な働き方を各医療機関が主体的に決めることができる仕組みが求められている。

医師の働き方改革を進めていく場合、救急医療体制を始めとする医療提供体制の在り方、増大する診療報酬事務に求められる要件の見直しといった根本的な課題もある。これらは、別途協議することとし、本検討会議では、勤務医の働き方について、主に労働関連法令についての重点分野を洗い出すこととした。

そして、法令に合わせた制度という発想ではなく、具体性や実効性があり、「プロフェッショナルオートノミー」(専門家による自律性)に基づく、医師に合った制度自体をまず検討するという発想で議論を進め、重点分野の在り方や今後の進め方について提言を取りまとめた。

○今後の医師の健康管理について

医師の健康管理には、労働時間管理、健康診断だけでなく「包括的な」管理が不可欠である。

【包括的な健康管理の方向性】

1. 役割分担の明確化

労働安全衛生法で規定されている、事業者における勤務医の健康管理に対する責任について、①病院長、②施設長・診療科長等、③産業医、といった役割ごとの役割をより明確化する必要がある。

2. 多面的な健康確保策

仕事の要求度・負担度、業務効率性、やりがい、自己研鑽等、医師の心身に影響を与える多様な事象を考慮した多面的な健康確保策が必要であり、その制度を構築する必要がある。

3. 医師自身の健康管理

労働安全衛生法第26条において、労働者には自己保健義務が課せられており、健康異常の申告や健康管理措置への協力が求められている。

医師においては自己保健義務の意識と技能が不足しているという調査もある。勤務時間管理も含めた自己保健義務の意識と技能を涵養する制度を構築する必要がある。

4. 宿日直の健康への影響と管理

宿日直特有の健康課題を踏まえ、何らかの方策を検討する必要がある。

5. 在院時間管理の必要性

医師における自己研鑽や宿日直の取扱いによっては、労働時間と在院時間に乖離が発生する。面接指導等の健康管理における在院時間の位置付けの検討が必要である。

6. 衛生委員会の活用

1から4の取り組みを行う上で、既存の衛生委員会の場を活用し、「労働時間等設定改善委員会」を設置する必要がある。

○医師における時間外労働時間の上限について

(1) 省令における上限時間～「医師の特別条項」と「医師の特別条項の『特例』」

現状の医師の労働時間の分布状況、時間外労働時間規制を導入した場合の地域医療への影響等を考えると、一律の上限規制を設定すること自体が難しい。

日本医師会「医師の働き方検討委員会」が都道府県医師会長を対象に実施したアンケート調査によると、医師の時間外労働時間の上限規制については、「目標・目安として、一律の上限規制の設定が必要。ただし、変更の余地を残す」という意見が33件・71.7%を占めていた。

こうした調査結果等を踏まえ、同委員会答申では長時間労働の歯止めとして「医師の特別条項」、特別条項で対応が困難な場合の「医師の特別条項の『特例』」という医師独自の制度を提言している。本検討会議においても、この考え方を踏襲することが妥当と考える。

働き方改革関連法(平成30年6月29日成立)において、医師については時間外労働時間の上限を省令で定め、平成36年4月から施行するとされている。省令を定めるには、法定休日、勤務間インターバル、連続勤務時間、自己研鑽時間、宿日直業務の影響、タスクシフト等の取り組み等を詳細かつ精緻に分析する必要がある。

「医師の特別条項の『特例』」は、こうした様々な要因の分析を踏まえて今後設定するべきである。まず、歯止めとして「医師の特別条項」の時間設定をすることが求められる。

「医師の特別条項」を適用する医師	「医師の特別条項の『特例』」を適用する医師
労働時間が過度に増加することを防ぐ「歯止め」として、省令で上限を規定する。	「医師の特別条項」を超えざるを得ない場合、「医師の特別条項の『特例』」で対応する。 この場合、第三者機関の承認を得ることとする。 これにより、医師の多様な働き方に一定程度柔軟な対応が可能となる。
【時間の目安】 脳・心臓疾患の労災認定基準(いわゆる過労死ライン)を基に時間を設定する。	【時間の目安】 精神障害の労災認定基準、海外の働き方の事例等を手掛かりとし、上限時間を今後検討する。 【第三者機関の関与】 詳細は後述 【研修医等の取扱い】

(2) 実効性のある上限設定～休日、勤務間インターバル、連続勤務規定からのアプローチ

一定の長時間労働は正の努力は当然不可欠であるが、「医師の特別条項」の範囲内に無理に取めようとするのではなく、まず、休日の確保、勤務間インターバル、連続勤務の抑制を優先とした取り組みについて議論することが望ましい。

【休日、勤務間インターバル、連続勤務時間規定の活用例】

- 各医療機関の実態に応じて設定する。
 - ・休日は月○日
 - ・勤務間インターバルは最低△時間とする。
 - ・基準となる連続勤務時間を□時間とする。基準時間を■時間超えた場合には、勤務間インターバルを☆時間確保する。
- 第三者機関が、各医療機関で決めたガイドラインの遵守状況を適宜チェック

(3) 省令の上限時間設定に当たり注意を要する点

①「医師の特別条項」の課題

歯止めとして「医師の特別条項」の時間が設定されると、各医療機関はその時間を念頭に様々な取り組みを進め、良い方向に向かうと期待される。

ただし、「医師の特別条項」を過度に意識し、地域医療体制のバランスが崩れないよう細心の配慮が必要である。また、医師確保ができる地域とそうでない地域の間で勤務環境の格差が拡大する懸念がある。医師確保を急がせ、各医療機関が過度に費用をかけ経営体力に支障を及ぼすことのないようにする必要もあり、その意味では医師確保に関する施策を早急に講じる必要がある。

また、長時間労働の是正を進むことで、産業医の取り組み、衛生委員会の取り組み、健康診断の実施といった健康管理の基本的事項がおろそかになってはならない。

こうした副作用が起らないよう、各都道府県の第三者機関には監視する役割も担ってもらう必要がある。

②「医師の特別条項の『特例』」の課題

高い上限に設定した場合、地域医療への影響は少なくなる一方、長時間労働の是正の努力が医療界全体として進まなくなる恐れがある。また、医療機関が支払う賃金が経営を圧迫し、地域医療に支障を来す恐れもある。

上限が低すぎると、対応できない地域や医療機関が出てくる。

③段階的な是正と労働監督行政の理解

以上を踏まえると、上限時間の設定には慎重を期すべきで、長時間労働の是正は拙速ではなく段階的に進めることが必要である。そのためには労働監督行政の理解を得る必要がある。

○第三者機関の設置

多種多様な医師の働き方を一律に同じ法令で対応することは現実的ではない。標準的なルールの下で、各地域、各医療機関、各医師が自律的に働き方を決める仕組みが求められている。

国の各種ガイドラインをもとに、各都道府県における目線合わせや各医療機関の個別相談等を担う第三者機関を設置し、多種多様な働き方に柔軟に対応する。

第三者機関は、宿日直や医療勤務環境改善支援センター等、労務管理に関わる事項が医療法で規定されていることも踏まえ、医事法制で規定することが望ましい。

【第三者機関の方向性】(試案)

1. 設置主体

各都道府県の医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センター等を中心とした組織を構築する。その際、都道府県の地域医療対策協議会等、各種会議体との関係を整理する。

2. 構成員

病院団体、都道府県医師会、都道府県社会保険労務士会、都道府県衛生部局等

3. 役割

医療機関の勤務環境の改善支援、医師確保への支援、各医療機関における労働関連法令に関わる制度の総合的な相談、指導等を担う。

例) 勤務間インターバル、連続勤務時間規定、「医師の特別条項」「医師の特別条項の『特例』」、自己研鑽、宿日直、院外オンコール待機等

4. 労働監督行政との調整

第三者機関において、労務管理について医療機関指導の役割を担うことも検討する。その際、労働監督行政との関係性の整理が必要となる。

まとめ～現行法令の枠に拘らない柔軟な議論を

医師の働き方検討会議は、現行制度を当然踏まえつつも、「働き方を法令に合わせる」のではなく、「法令を働き方に合わせる」という発想で提言をまとめた。

「医師の健康と地域医療を両立する」「多種多様な医師の働き方に柔軟に対応する」という観点で医師の働き方を考えた場合、現行法令の枠組みを過度に意識してしまうと、結局、法令に医師の働き方を合わせるような議論となり、医師の働き方にあった制度が構築できなくなる恐れもある。

第1回の厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」で、厚生労働大臣は「検討会では規制はかけるものの、特例の在り方について議論していただくことが目的だ。具体的な医師の勤務環境の改善策を推進することで医療の生産性を高めて、提供する医療の質を維持・向上しながら医師の働き方を改善していくことが重要だ」と発言している。

地域医療体制の維持に過度に重きが置かれ、医師の健康を害する「特例」であってはならないのは言うまでもないが、医師の働き方は「特例の在り方」であるという原点を確認しておきたい。

現行法令の枠内における「特例の在り方」だけでなく、必要であれば、その枠組みには必ずしも拘らない「特例の在り方」であっても良いはずである。

医師の働き方の議論に関わっている関係者におかれては、より良い制度の構築、ひいてはより良い医療のため、柔軟な発想で検討を進めていただくよう、ご理解、ご協力を切にお願い申し上げます。次第である。

医師の働き方検討会議 構成員(14名)

岡留健一郎(日本病院会副会長)、猪口雄二(全日本病院協会会長)、馬場武彦(日本医療法人協会副会長)、長瀬輝詮(日本精神科病院協会副会長)、河北博文(東京都病院協会会長)、山本修一(全国医学部長病院長会議大学病院の医療に関する委員会委員長)、赤星昂己(東京女子医科大学東医療センター救急救命センター医師)、猪俣武範(順天堂大学医学部附属順天堂医院眼科医)、三島千明(青葉アーバンクリニック総合診療医)、明石勝也(日本私立医科大学協会業務執行理事)、山内英子(聖路加国際病院副院長)、今村聡(日本医師会副会長)、市川朝洋(愛知県医師会副会長)、松本吉郎(日本医師会常任理事)

人口減少社会において地方で街づくりと多角的連携を実践 ～6月2日の病院見学会報告

若手経営者が本音を語るシリーズの4回目は、長野県佐久市を中心に医療・介護サービスを展開する社会医療法人恵仁会くろさわ病院の黒澤一也理事長です。公民館を併設した新病院建設の経緯や、6月に行われた病院見学会について報告していただきました。

当法人の概要

当法人は、長野県佐久市にある83床のケアミックス型病院であるくろさわ病院を拠点とし、同市内と上田市真田町に医療機関や様々な介護保険事業、保健部門を展開する保健医療福祉の複合体である。当院は昭和12年に佐久市中込に産婦人科医院を開業したのが始まりで、その後昭和47年に産科婦人科中心の病院となった。

しかし、昭和末期に大病院志向による患者数伸び悩みや将来の高齢化を見据え高齢者医療・介護への転換を始め、昭和63年に介護老人保健施設を開設し、その後平成になってからは病院を中心に訪問系・通所系サービスを充実させ、平成10年にはケア付き住宅を病院の近隣に開設し、病院を退院した自宅暮らしで暮らせない高齢者の住まいを確保した。その後ケア付き住宅を増やし、様々な介護サービスを充実させ拡大していったが、平成12年に第二代理事長が急逝し、その後しばらく経営が低迷したが、病院経営を立て直すべく医師の確保や診療の充実を図り、また平成14年に市内初の宅老所開設を皮切りに市内で複数の宅老所や有料老人ホームを開設した。さらに託児所の開設や研修の充実など職員満足度を上げる取り組みも実施し職員確保にも注力した。

また平成15年頃から障がい者事業への展開を始め、さらに医療・介護ともに質の高い充実したリハビリが実施出来る体制を作り、現在ではスポーツのサポートも実施している。

このように第二代理事長逝去後の低迷期を乗り越え、また高齢化社会における医療・介護の競争社会の中で当法人は様々な変化を遂げてきた。

佐久の医療体制が激変 救急搬送が急増

さて当院の属する佐久二次医療圏は人口約20万人で、高齢化率は30%を超える地方都市型地域であり、山間部を中心に人口減少が進んでいる。比較的充実した医療が提供されている地域であるが、これは拠点病院となる佐久総合病院の影響と思われる。その佐久総合病院は平成26年3月に病院を分割し救急・専門医療に特化した佐久医療センターが開院した。

これをきっかけに佐久医療圏の医療体制が激変し、それまでは救急車はほとんど佐久総合病院に搬送されていたが、佐久医療センターが高度救急を主に扱い、それ以外は周囲の医療機関で対応する形になり、当院への救急搬送は以前60件ほどであったのが、昨年度は400件に迫るほどになった。その影響で手術件数も増加し整形外科・形成外科で400件以上の手術を行うようになった。

新病院建て替えと移転後の運営について

当院は老朽化に伴い約10年前から新病院建て替え計画を進め、平成27年2月に着工し平成29年4月JR小海線中込駅前に新築移転した。当初は現地建て替えを模索していたが、旧施設の周囲は住宅街で工期・資金的にも不可能と判断され、近隣への新築移転場所を検討した。その中で中込駅前に旧商業施設が残っており、市と協議した結果、そこを取得するに至った。しかし地域住民よりその場所に、やはり老朽化した公民館の移転新築の希望があった。そこで当法人、市、地域住民と様々な会議等で話し合った結果、当法人施設内に公民館を併設し市に貸与するという形で話がまとまった。

民間病院に地元公民館が併設されるのは全国的にも珍しく、寂れた駅前人が集まるのが期待され、また少子高齢化・人口減少社会において、地域の皆さまが医療や介護のみならず、安心して暮らせるような生活を支える地域包括ケアシステムの拠点になればと考えて新築移転事業に取り組んだ。

今回移転した新施設は病院をはじめ、介護老人保健施設、健診センター、訪問ステーション、法人本部がともに移転した。当院の売りであるリハビリセンターは前施設より大幅に広くなり機器も充実させた。救急車の受け入れ増加に対しては様々な救急患者さまを受け入れるべく救急室を外来から独立させ対応できるようにした。また手術件数増加に対応すべく手術室は2室を増やした。



くろさわ病院の外観

退院支援体制を構築し病床運営を転換

そのような取り組みの中で当院の病床運営は移転後半年で劇的に変わった。旧病院では療養床は医療・介護20床ずつであったが、移転とともにすべて医療療養床に転換した。しかし療養床はここ数年医療区分が低く、行き先のない介護度の高い患者が多く収支は悪化の一途を辿っていた。それとは逆に前述したように救急・手術患者の増加等に伴い、一般床・地域包括ケア病床の稼働率・収支は増加していた。

そこで移転後、早期退院を促す退院支援体制を構築し取り組んだところ、行き先が見つからず長期入院となる患者が減少し、療養床を地域包括ケア病床に転換する方針を固め、病床運営・看護師確保に取り組んだ。その結果として平成29年10月より療養床すべてを地域包括ケア病床に転換し、最終的には一般床37床・地域包括ケア病床46床とした。現在同病棟の運営状況は良好と考えられ、5月からは新設された入院料1を算定している。

今回の病院建て替えの最大の特徴は前述したように公民館が併設されたこ



中込会館において病院見学会の参加者と。前列中央が筆者。

とである。300名収容の大ホールをメインに、工作室・和室・調理室なども完備しており、病院に隣接しているため防音には特に気を遣った。また駐車場に関しては協議の結果、市に立体駐車場を準備して頂き、共同で設置した連絡橋で繋がり法人施設・公民館ともに利用者の利便性を図った。新築移転後約1年が経過したが、病院利用者が徐々に増加しているとともに公民館の方も利用件数・利用者数とも昨年度を大きく上回っており、相乗効果が出ているものと考えている。さらに最近では地元商店街のイベントにも参画し、様々なコラボレーションを実践している。今後も引き続き公民館・地元商店街等との連携を推進し街づくりを進めていきたいと考えている。

今後の展開、将来への展望

今回の新施設の特徴としては、市街地駅前で行政と連携し同一建物内に文化会館を併設したことであり、跡地利用も含め街づくりを通して地元との連携を深め、地域に根ざし創意工夫しながら独自の地域包括ケアシステムを創造していく予定である。平成29年度末で市立病院併設の老健が閉鎖し、その受け皿としてサテライト老健建設が旧病院跡地に建設し8月1日に開設予定となっている。

また旧病院の前にあるケイジン健康運動センターは以前プール・温泉が併設された疾病予防施設として運営されていたが、平成28年末のボイラー故障に伴い平成29年度よりプール・温泉を廃止し、マシン中心の運動施設に生まれ変わった。現在は高齢者向けの運動教室や子供向けの運動教室も行っている。同センターを中心に法人内では保険によるリハビリは今後制限が厳しくなると考えられるため、自費事業としての各世代に向けた運動教室等を展開し、その中から雇用を創出する取り組みを始めている。

新病院を含めた当法人の施設は駅から遊歩道を有する商店街を挟み込んでおり、今後商店街や地域住民を巻き込んで、人口が維持できる、そして多世代の住民が健康でいられる街づくりができればよいと考えている。

一方で高齢化により介護保険事業者が増加し競争するようになり、利用者確保や職員確保が困難になってきたため、入居者の減ったケア付き住宅は廃止し、また宅老所や訪問系事業所は統廃合するなど事業整理を行っている。

6月2日の病院見学会について

今回、平成30年度の若手経営者育成

事業委員会の病院見学会において当院が選出され、去る6月2日に全国より60名ほどの若手経営者の皆さんが参加され盛大に開催された。見学会では、併設された中込会館において、まず法人の概要・新病院移転への取り組み、今後の展開などについてお話をさせて頂き、その後4班にわかれ新施設を見学して頂いた。経営者の皆さんは特にコスト面について細かく質問されていたのが印象に残った。

約1時間の見学のあと、柳田清二佐久市長より特別講演をして頂いた。その中で市長は、佐久の卓越性をアピールし企業誘致や移住促進に注力している話をされた。実際佐久市において旧佐久市では新幹線駅周辺を中心に過去10年で人口が増加しており、今後も様々な取り組みを継続していくとのことだった。

その後懇親会会場のホテルまで新施設と旧病院を結ぶ商店街を歩いて移動して頂き、中込の街の状態を参加者の皆さんに見て頂いた。懇親会は佐久市長も参加され、多くの皆さんが時間一杯まで交流し非常に熱気あふれる懇親会となった。さらに有志を募って二次会に行ったものの参加者が多く、二手に分かれ中込の街を堪能して頂いた。三次会まで多くの皆さんが参加し多くの交流が持てた。翌日ゴルフ申し込みされた方は女子ツアーも行われる軽井沢72ゴルフ北コースでゴルフを楽しんで頂いた。

今回の見学会には全国から多くの若手経営者に参加して頂き様々な意見交換ができ、充実した見学会になったのではないと思われる。これから病院建て替えを控えた経営者にとって少しでも参考になれば幸いです。

おわりに

民間小病院が今後の少子高齢化・人口減少社会を生き残るためには、周囲の状況を的確に把握し、時代の流れを先取りし、臨機応変に事業の拡大・統廃合をしていく必要があると考える。また医療や介護といった枠にとらわれず、異業種や地域住民、また民間であっても行政と積極的に連携していく必要があると思われる。そして保険事業にとらわれず自費事業の拡大も視野に、地域包括ケアシステムの構築を含めた街づくりと多角的な連携が必要と考える。

全日病においても次世代を担う経営者が安心して病院経営できるよう、若手経営者育成事業委員会を中心に全国の若手経営者の集いの場として、今回のような見学会や研修等が永続的に行われることを期待し、私も微力ながら尽力していきたいと考えている。

第60回全日本病院学会 in 東京

猪口雄二・学会長に聞く

節目となる第60回全日本病院学会を東京の台場で開催 テーマに「成熟社会における医・食・住」

全日本病院協会が主催する「第60回全日本病院学会 in 東京」(猪口雄二学会長)が、10月6日、7日の2日間にわたって、東京都支部の担当で、東京都内の「グランドニッコー東京台場」で開催される。60年にわたる全日病学会の歴史で東京開催はつごう10回目となる。その記念すべき学会として、実行委員会(猪口正孝実行委員長)は「成熟社会における医・食・住」をテーマに掲げた。

自ら学会長に就いた全日病の猪口雄二学会長は、テーマの意図について、「量的拡大を追求する経済成長が終息し、精神的豊かさや生活の質の向上を重視する社会が到来する。この社会は、高齢者の食生活や住まい方を考えた総合的な街づくりが求められる超高齢社会でもあり、地域包括ケアシステムの創造が求められている。また、高度な技術革新によって身の回りの生活が様変わりしていく。そうした中で、社会の進歩に医療がどのようにかかわっていくのか、超スマート社会における医療の未来予想図を我々自身の手で描けるように考えたい」と語っている。

部の詰めが行われており、詳細の発表にはなお時間を要するとみられる。

その中で、委員会企画については、医業経営・税制委員会(テーマに消費税を予定)、医療保険・診療報酬委員会(テーマに「2018年度医療保険・介護保険同時改定」を予定)、病院のあり方委員会(テーマに「地域包括ケアシステム(仮)」を予定)、病院機能評価委員会(テーマに「成熟した社会が病院機能評価に求めるもの」を予定)のほか、医療従事者委員会、救急・防災委員会、プライマリ・ケア検討委員会、人間ドック委員会等が参加を予定している。

これ以外にも、介護医療院協議会(テーマは「地域包括ケアにおける介護医療院の役割」を予定)、外国人技能実習生受入事業会議(=国際交流委員会;テーマは「外国人技能実習制度 介護」を予定)によるシンポジウム等の開催が見込まれている。また、2020年の東京オリンピック・パラリンピックを見据え、パラリンピックに関連したセッションも企画されている。

31階建(総客室数884室)のホテルだ。羽田空港から直通バスで約20分で着くことができるだけでなく、ゆりかもめの台場駅に直結しているため、JR山手線(新橋駅)と連絡している新橋駅からは14分で到着するという便のよさを誇っている。

台場駅をつながる形で大きな歩行デッキが整備されているため、このデッキを進めば、FCGビル(フジテレビ本社ビル)、大型複合商業・エンターテインメント施設で知られるアクアシティお台場やダイバーシティ東京、さらには代表的ホテルの1つであるヒルトン東京とも行き来できる。まさに、東京の湾岸リゾートである。

台場駅を挟んだ向かい側にあるヒルトン東京お台場(旧ホテル日航東京)は、実は、1999年に第41回全日本病院学会(古畑正学会長)を開催した場所である。その後、東京都支部と北海道支部には10年に1回の学会開催が義務づけられ、東京に関しては、2008年には都市センターホテルで第50回学会(河北博文学会長)を開催、今回、名誉ある第60回学会を2018年に開催することになったというわけだ。

東京タワーやレインボーブリッジを一望できる「グランドニッコー東京台場」は、大型の催事や会議施設、レストラン、ブランド品のショッピング街



だけでなく、フィットネスクラブも兼備した大型のシティホテルとして知られる。

さらには、ホテルから東京ディズニーランドと東京ディズニーシーまで無料送迎のグッドネイバーホテル・シャトル(予約定員制)が運行されているという特典もある。

「第60回全日本病院学会 in 東京」の演題登録はすでに終了し、事前参加登録も8月20日に迫っている。節目となる第60回全日本病院学会へ、全国からふるっの参加が期待されている。

主要委員会が積極的な企画を用意

第60回学会のプログラムは、現在細

会場は東京の湾岸リゾート

会場となる「グランドニッコー東京台場」は、東京湾の眺望が一望できる



「第60回 全日本病院学会 in 東京」の開催概要

開催日◎2018年10月6日(土)～7日(日)
学会長◎猪口雄二(全日本病院協会会長)
実行委員長◎猪口正孝(全日本病院協会常任理事)
会場◎グランドニッコー東京 台場(東京都港区台場2-6-1)
事前参加登録◎2018年8月20日 締切
参加費◎

	協会会員		一般	学生
	理事長・院長	左記以外の方		
事前登録	32,400円	10,800円	12,960円	—
当日登録	37,800円	12,960円	16,200円	2,160円

*事前参加登録は原則として学会ホームページでのオンライン登録となります。
<http://www.ajha60tokyo.org/>
*宿泊予約は、学会ホームページでの「宿泊予約」よりお申込みください。
<https://amarys-jtb.jp/ajha60tokyo/>

2018年度 第4回常任理事会の抄録 7月21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。
宮城県 医療法人光成会
宮城中央病院
理事長 西山昭光
群馬県 社会福祉法人恩賜財団済生会
群馬県済生会前橋病院
院長 西田保二
埼玉県 医療法人社団武蔵野会
TMG宗岡中央病院
院長 佐藤 滋
神奈川県 医療法人社団晃進会
たま日吉台病院
理事長 鈴木敏夫
愛知県 医療法人清水会
相生山病院
理事長 佐藤貴久
兵庫県 医療法人社団頭修会
頭修会すずらん病院

- 理事長 稲見直邦
他に退会が6会員あり、正会員は合計2,519会員となった。
賛助会員として以下の入会を承認した。
株式会社セブン銀行
(商品サービス部長 竹田正俊)
ジェイリース株式会社
(代表取締役社長 中島 拓)
新日本法規出版株式会社
(取締役社長 服部昭三)
賛助会員数は合計99会員になった。
●特定費用準備資金等取扱規程を承認した。
●愛知県支部長と宮城県支部長の交代を承認した。
●全日病個人情報保護規定の改訂を承認した。
【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」等、「在宅医療及び医療・介護連携に関す

- るワーキンググループ」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」などが報告された。
●大阪府北部を震源とする地震に係る被害調査結果が報告された。
●平成30年7月豪雨への対応・被災者健康支援連絡協議会が報告された。
●電話医療通訳の利用促進事業への参加会員病院の募集が報告された。
●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 札幌ライラック病院 更新
大阪府 井上病院 更新
愛媛県 吉野病院 更新
高知県 島津病院 更新
福岡県 西福岡病院 更新
長崎県 聖フランシスコ病院 更新

- ◎一般病院2
埼玉県 北里大学メディカルセンター 更新
埼玉県 メディカルトピア草加病院 更新
千葉県 帝京大学ちば総合医療センター病院 更新
福岡県 聖マリア病院 更新
沖縄県 南部徳州会病院 更新
◎リハビリテーション病院
神奈川県 新横浜リハビリテーション病院 新規
◎慢性期病院
群馬県 駒井病院 更新
熊本県 悠紀会病院 更新
鹿児島県 市比野記念病院 更新
6月1日現在の認定病院は合計2,196病院。そのうち、本会会員は864病院と、39.3%を占める。
●「医師の働き方改革に関する検討会」資料を基に医師の働き方を討議した。

全日病総合医育成プログラムがスタート

認定総合医育成事業 「プライマリ・ケアで新たな一歩を踏み出す」

全日病は7月14日、認定総合医育成事業の開講式を開いた。育成事業には、募集定員40名に対し、59名が参加した。開講式では、井上健一郎常任理事が事業の概要を説明するとともに、必修2単位の「医療経営コース」のプログラムとして、松岡輝昌・厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長、猪口雄二会長、前野哲博・筑波大学附属病院総合診療グループ長が講演した。超高齢社会の医療ニーズに応えるための全日病の新たな取り組みが始まった。

全日病総合医育成事業は、概ね経験6年以上の医師が2年程度の研修期間を経て、「全日本病院協会認定総合医」の認定を受けるもの。一定のキャリアを持つ医師の診療の幅を広げるとともに、介護など多職種との連携にスムーズに対応でき、病院組織の運営にも積極的に関与できる医師を育成する。

プログラムは、①自院での総合診療実践②スクーリング(医療運営、診療実践、ノンテクニカルスキル)③総合診療eラーニングレクチャーからなる。猪口会長は挨拶で、他団体による同種の事業との違いの一つとして、「自院に勤めながら、総合診療実践を受けることができる」ことを強調した。

井上常任理事は、そのほかの特徴として、◇技術偏重ではなく、総合医に求められる全般的なスキルを重視したため、テクニカルスキルとノンテクニカルスキルをバランスよく習得できる◇スクーリングの実施により、「単に診療の場を経験する」だけでは獲得できない臨床能力の習得を図る◇ICTの活用一などをあげた。特に、「激変するプライマリ・ケアの現場で新たな一歩を踏み出すこと」を最重要の目標に位置づけた。

総合医の認定を受けると、日本プライマリ・ケア連合学会認定の試験が免除される。日本プライマリ・ケア学会理事長の丸山泉理事は、「施設のためではなく、個々の医師のために総合医を育成する。医師が変わらないとプライマリ・ケアは変わらない」と参加者を鼓舞した。

松岡室長は、政府の社会保障・税一体改革の枠組みの中で、地域医療構想の推進や「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換、地域包括ケアの推進という近年の改革が進められてきた経緯を説明。医療需要の変化の中で、かかりつけ医機能とあわせ、認定総合医の役割が求められているとした。特に、①フレイル②ポリファーマシー

③医療・介護連携一の分野で、特に期待を示した。

医師偏在解消に総合医育成が不可欠

猪口会長は、「なぜ病院総合医が必要か」という問いに対し、◇超高齢社会で認知症を含む多疾患を持つ高齢者が増加◇日本専門医機構の「総合診療専門医」の育成には時間がかかる◇多くの医療機関で、専門性を有した医師が専門領域以外で活動する機会が増えている◇医師偏在解消には、総合医の育成が必要不可欠と説明した。

医師偏在対策との関連では、「総合医が増えないと医師偏在も解消しない。現状の縦割りの専門医養成の仕組みのままだと、医師が増えても診療科同士の取り合いになって、地域の医療需要に対して適正な配置にならない。一方、十分な数の総合診療専門医が地域で働くようになるには、相当の時間がかかる。地域の医療需要を把握した上で、病院総合医が縦割りの仕組みに横断を刺して、救急を含めた幅の広い診療に対応できれば、医師偏在の解消に役立つことができる」と強調した。

前野教授は、今後のスクーリングの全般的な概要を説明した。「基本コンセプトは、高度な専門知識を網羅的に



覚えたり、専門的な技術を習得したりすることではなく、プライマリ・ケアの現場で一歩を踏み出せることがゴール」と述べた。イメージとして、「適切に当直対応して翌日専門医につなぐ」、「あまり複雑ではない典型的なケースをガイドラインに則して治療する」などを例にあげた。

翌15日には、「医療運営コース」のスクーリングを実施した。プログラムでは、神野正博全日病副会長が「病院医師をとりまく環境の変化」、佐野哲・法政大学経営学部教授が「医療経営のポートフォリオ」をテーマに講演した。佐野教授による「自院の事業ポートフォリオ分析」のグループワークもあり、活発な議論が交わされた。

神野副会長は、超高齢社会や働き方改革など病院医師をとりまく環境の変化や、それに対応するための医療制度改革の中身などを説明した。その上で、今後の病院経営にとって、生産性向上を図ることや地域でガバナンスを考えることの重要性を強調した。

日本専門医機構の新理事長に寺本氏

日本専門医機構は7月13日、新理事長に日本医学会連合推薦の寺本民生氏(帝京大学臨床研究センター長)を選出した。新副理事長には、日本医師会推薦の今村聡氏(日医副会長)、学識経験者枠の理事である兼松隆之氏(長崎市立病院機構理事長)が互選された。

機構は6月29日の社員総会で新理事長25人を決定していた。四病院団体協議会からは引き続き、全日病副会長の神野正博氏と日本精神科病院協会副会長の森隆夫氏が就任している。機構は、9月の専攻医募集を目指し、募集人員の上限設定などの議論を加速させる。

電話医療通訳サービスの参加病院を募集中

全日病が、電話医療通訳サービスの参加病院を募集している。厚生労働省の「団体契約を通じた電話医療通訳の利用促進事業」に採択されたことを受け、電話医療通訳サービスを提供するジェイ・アイ・ジー・エイチ(JIGH)と契約を結び、9月3日のサービス開始


に向けて参加病院を募集中だ。募集は200病院で、募集期間は8月17日まで。8月9日には、全日病会議室で説明会が行われる。応募・問い合わせはJIGHメディアフォン事務局まで。電話 050-3184-0922 メール: ajha2018@mediphone.jp

一冊の本 book review

新版 医師のためのパフォーマンス学入門
患者の信頼を得るコミュニケーションの極意

著者●佐藤綾子
発行●日経メディカル開発
定価●2,700円(税込)

第3次医療法改正によってインフォームド・コンセントが明文化されてから20年経ったが、いまだに患者とのコミュニケーションに悩む医療関係者は多い。我々医師は、医術を極めるべく学び、努力し続けているが、コミュニケーション術については学ぶ機会が少なかった。しかし、この人口減少社会においては、患者との良好な関係を構築することこそが、医療機関の生き残りのための生命線であるともいえる。著者である佐藤綾子先生は、森喜朗元首相などにも指南した経験を持つコミュニケーションのスペシャリスト。また、日本大学医学部にてOSCE研修を10年にわたり担当し、多くの医師の卵を育成した。医師をパフォーマンスとして位置づけ、どのように話すかを、服装・動作・表情などの観点から指南する。診察室というステージで、医師は、どんなことを、どのような顔で、どう話せばよいのか。すべての医師に読んでほしい1冊。



■ 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
全日病「団体契約を通じた電話医療通訳利用促進事業」説明会	2018年8月9日(木) 【全日病会議室】	無料	全日病が2018年度に実施する「電話医療通訳の利用促進事業」に参加検討している会員病院向けに事業の詳細説明を行い、本事業への参加検討を促進する。
第3回 医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】(100名)	2018年9月1日(土)、2日(日) 【全日病会議室】	21,600円(27,000円) (税込) (テキスト代、昼食代含む)	2018年度診療報酬改定で医療安全対策地域連携加算が新設された。6月の講習会【運用編】の経験に基づき、標準的安全管理体制相互評価の運用に関する研修会を企画した。「医療安全管理者養成課程講習会」の継続講習となり、「医療安全管理者養成課程講習会」修了が受講資格になる。
災害時のBCP研修(60名)	2018年9月13日(木) 【全日病会議室】	20,000円(21,600円) (税込)	災害時に事業の継続、復旧を速やかに遂行するために作成する計画がBCP(事業継続計画)。研修では、BCP/BCM(事業継続マネジメント)の説明、大規模地震発生を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応体制、対応方法の現状課題の「気付き」を得る。
医療機関トップマネジメント研修コース(30名)	2018年9月～2019年1月 【全日病会議室】	324,000円 (税込) (食事代、懇親会費含む)	経済産業省の委託事業で開発したトップマネージャー向けの研修用教材と会員病院での取組みから作成されたケースで、戦略的・効率的な医療経営のための実践的な知識や判断力の習得を目指す。全般的な講義後、参加者がグループワークで解決方法を考えるケーススタディ形式。
個人情報管理・担当責任者養成研修会 アドバンストコース(90名)	2018年9月28日(金) 【全日病会議室】	22,680円 (税込) (資料代含む)	全日病は「認定個人情報保護団体」の認定を受けている。アドバンストコースでは、講師として弁護士3名を招き、ベーシックコースではできなかった法の解釈についてより深い議論を行う。参加者には、「個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンストコース」受講認定証を発行する。