



# 全日病 NEWS

## 2018.11.1 No.928

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

## 「成熟社会における医・食・住」をテーマに東京学会を開催

第60回全日本病院学会 in 東京 承子女王殿下がご臨席

「第60回全日本病院学会 in 東京」(猪口雄二学会長)は前号既報の通り、10月6・7日の両日、東京都支部の担当で「成熟社会における医・食・住」をテーマに開かれた。東京都開催は2008年以来10年ぶり。60回の節目となる東京学

会では、ポスター発表を含め823題の発表が行われた。参加者数は、事前登録の2,411名に加え、当日参加やスタッフを含め3,275名となり、盛況だった。

学会テーマに沿って多彩なプログラムが用意され、各会場では、成熟社会

における医療や病院のあり方をめぐって熱心な討議が行われた。2040年を視野に新たな社会保障ビジョンが検討されている中で、今後の病院経営を考える上で多くの示唆を

得られる学会となった。

6日の開会式には、高円宮承子女王殿下がご臨席になった。60回を迎えた学会の中で皇族が、開会式にご出席になるのは初めて。承子女王殿下は「60回の節目に皆様と一緒できることを心よりうれしく思います」と述べられた上で、学会テーマについて「臨床が前面に出ていないことを意外に思ったが、誰もが暮らしやすいインクルーシブな社会をつくるには医療や福祉の存在が不可欠であることに改めて気づいた。日常の診療やケアの中で得た知見を発表し、共有することで、医療の質を高め、持続可能な医療提供体制のあるべき姿について、多くの建設的な提言がされることを期待します」とお言葉を述べられた。

開会式に続いて、厚生労働省の吉田

学医政局長と猪口学会長による特別講演が行われた後、承子女王殿下も会場でお聞きになった「障がい者スポーツと医療との係わり」など講演やセミナー、演題発表が行われた。

2日目は、小泉進次郎衆議院議員が猪口会長と安藤高夫副会長との鼎談に登壇した。会場に入りきれないほどの聴衆が詰めかけると、猪口会長は自らギターを演奏し、小泉議員を紹介。会場は、熱気に包まれた。

本号では、学会企画を中心に1～4面で模様を伝えます。



開会式でお言葉を述べられる承子女王殿下



## 機能分化や医師偏在の状況を「見える化」

特別講演 1 吉田学 厚生労働省医政局長

様々な課題がある中で、「より良い医療に向けて」という方針を基本に、①地域医療構想②医師偏在対策③医師の働き方改革を柱として、話したい。

地域医療構想は2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるため、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計して、定めるものだ。医療機関は、地域医療構想調整会議で協議し、都道府県は地域医療介護総合確保基金を活用することができる。

今年度中に、各調整会議が集中的に



議論し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的な対応方針を策定することを求めている。とりわけ、公立・公的医療機関に

は、民間に先んじて、再編・統合の議論を進めてもらう。6月時点で、ベッド数換算では4割ほどが議論の土俵に乗りはじめた。

ただ、調整会議の進捗状況には地域差がある。我々としては、地域差がある中で、データを「見える化」し、都道府県の関係者に対応を考えてもらう。非稼働病床の取扱いを含め、病床再編の議論を進めてほしい。また、病床だけでなく、市町村単位の介護保険サー

ビスの把握が必要になる在宅医療の受け皿整備も、地域医療構想の肝となる。医師数については、2008年以降、地域枠を含め、医学部入学定員を段階的に増員しており、2017年度で1,800人ほど増えて、過去最大の増員数となった。全体の人数が増えて、それがどこに効いたかをみると、大都市で医師数

がより増える結果となり、医師不足地

域はよりきつくなっている。

来年度施行される改正医療法等に、医師偏在対策を盛り込んだ。医師偏在指標を用いて、相対的に医師が少ない地域を「見える化」し、そこで頑張っている医師を支援したい。都道府県には、定量的な目安で医師確保計画を定め、PDCAサイクルを回して、大学との協力関係の下、実効力がある対策を講じてもらう。医学部・臨床研修・専門研修の各段階で、偏在を少なくする対応を図る。これらの具体的な対策を「医療従事者の需給に関する分科会・医師需給分科会」で議論している。

都道府県には、これまで医療提供体制に関連する様々な会議体があり、重複感が生じていたため、地域医療対策協議会に統合する。都道府県というエリアが医師偏在対策の中心となる。都道府県と地域の医療関係者が緊密に連

携し、意思疎通を図ってほしい。

働き方改革はオールジャパンでやるのが決まった。だが、すべての業種に一律に適用するのは難しく、医師に対しては、2024年までオールジャパンのルールを適用しない。その後の取扱いを今年度中に決めるため、「医師の働き方改革に関する検討会」で議論している。医師に適用する時間外労働の上限規制の設定だけが問題ではない。医療を良くするために、医療の特殊性を踏まえ、医師の長時間労働を是正する勤務環境改善をあわせて実施する。

全体に関し、2025年に向けた改革とその後の2040年では、見える世界が少し違うことを指摘する。キーワードは健康寿命と生産性向上である。足元の改革とその後の人口減少社会への対応を考えていく難しさがある。

抽象的には、地域共生社会を実現するため、医療を含めた社会サービスが、総合化・包括化・効率化されることが求められる。また、個々のサービスの質を確保するには、人的資源の育成や財政面の持続可能性が特に重要だ。

## 支え手が減る社会で、効率的な医療を

特別講演 2 猪口雄二 全日病会長

成熟社会というのは、ガボールというイギリスの物理学者の言葉で、1972年に提唱された。それから年月が経ったが、日本社会はまさに、成熟社会と言われる社会を迎えつつある。特に、人口動態をみると、日本が大きな変化を迎えていることがわかる。日本だけでなく、先進諸国はほぼその傾向にあるし、アジア各国をみても、日本に遅れて、高齢社会を迎える。日本もそうだったが、アジアの高齢化のスピードは速い。世界が今後、高齢社会を迎える中で、日本が先頭に立っている。

そのような社会で医療・介護費用をどう賄うか。少子化で支え手となる人間は少なくなり、高齢化で支えられる側の人間は増える。最近、厚生労働省が負担と給付の推計を示した。医療・介護費用は、現状の50兆円から2040年

に92兆～95兆円とほぼ2倍に増える。ただ、対GDP比で見ると、8.8%～12%前後で大きな変化はない。これをみると、持続可能に感じられるが、GDPが政府の期待通りに成長することが前提であることに留意することが重要だ。

厚労省は、医療・介護・福祉分野の従事者の将来予測も示している。現状の従事者は823万人で、2040年度には1,065万～1,068万人まで増加するという。就業者全体に占める割合は、2018年度の8.3%から18.8～18.9%になる。これに対し、今後の政策で医療・介護需要を一定程度減らし、ICT、AI、ロボットの活用を見込むと、130万人(同2.3%)の人員を減らせる効果があると推計した。

このような推計を踏まえても、人手が不足するのだから、サービス提供の

効率性を追求することが、医療・介護にとって不可欠になる。

2018年度診療報酬改定では、その考え方が反映された。入院基本料は、急性期の患者に対する看護配置の基本が、7対1から10対1になり、患者の状態に応じて、人を配置する柔軟な設定とする方向になった。多様な働き方に対応するため、常勤や専従の要件も緩和された。このように診療報酬でも、人手不足を踏まえた改定が行われることになったが、次回改定以降、もっと大幅に変えていくべきだ。

これまで診療報酬では、ストラクチャー(施設整備や人員配置)を重視してきた。しかし、人がどんどん減っている中で、ストラクチャーで決めるのは無理が出てくる。早急に、プロセスやアウトカム、P4P(パフォーマンスに応じた支払い)の考え方を取り入れていくことが必要だろう。

AIやIoT、ビッグデータといった技術革新、高齢者の雇用延長、外国人の活用、病院も積極的に対応していく必要がある。

働ける人には、できるだけ長く働いてもらいたいが、若い人たちが入ってこないのも困る。うまくバランスを取らなければならない。

AIやIoT、ビッグデータは、世の中を大きく変えており、医療も今後様変わりするだろう。今回の学会企画では、それに関連する様々なプログラムを用意した。ロボットが外科手術を支援し、介護負担を軽減するなど、人間の機能を代替する。AIやIoTは、院内・外来、在宅を問わず、人を介在させずにサービスを提供する領域を拡大する。そうすることで、人手不足でも、医療・介護を支えられるかもしれない。医療者が果たす役割も改めて問われる。



# 主張

## なぜ欧米の医療職はバカンスをとれるのか

うらやましい話だ。3週間、4週間のバカンスも珍しくないらしい。なぜそんなことができるのか？ そもそも日本人は休み下手で、そんなに休みをもらっても使うことができないという意見がある。だからと言って休みが少ない理由にはならない。はたまた欧米の医療費は高い。だから、たくさんの医療職を雇うことができる・・・のだろうか？

さて、欧米の病院を見学に行くと、

日本人がよく聞く「この病院は何床？看護基準は？」は愚問である。私もある病院で病床数を尋ねた。すると、同じ病院なのに答える担当者それぞれが違う数字を言い、あきれた思いをした。実はこちらが恥ずかしかった。当然、最大なのか平均なのか、季節によってもベッド数は変わる。忙しければ病床を増やし、看護師を増やす。暇なら減らす。定床、看護基準など人員基準のない国が多い。

基準病床数、人員基準といったストラクチャーで評価する国は日本だけかもしれない。いかに、重症度、医療・看護必要度の導入といっても頭数が必要だった。

そこで、バカンスである。人員基準がない中で、同僚をバカンスに送り出す。残った職員は、いつもよりも頑張る。その代わり、お互い様ということで、自分の番では仲間に託してバカンスを謳歌する。ここに真相があるのであると思う。もし、人員が少ないことで治療成績が思わしくないならば、病院の評判は落ちる。そうならぬようアウトカムを睨みながら病院は最低人数を確保する。

働き手不足、働き方改革の時代で生産性向上のインセンティブは人員削減だろう。ストラクチャー評価が中心の日本の医療でいかに生産性をあげようが人は必要となる。

そろそろストラクチャー評価からアウトカム評価の時代ではないだろうか。この4月の診療報酬改定で急性期一般病院において10対1看護を基本とし、重症度、医療・看護必要度というアウトカムで階段状評価したことなどはこの流れの始まりと評価したい。ミニマムリクアイアメントのみを示し、がんじがらめのストラクチャー評価から決別する時期だと思う。

(K)

# 作業療法士の一言で人生が前向きに変わった

## 特別講演3 ウィルチェアーラグビー日本代表アシスタントコーチ 三阪洋行

学会1日目の特別講演3では、ウィルチェアーラグビー日本代表アシスタントコーチの三阪洋行氏が講演し、高校生の時、ラグビーの練習中に頸椎損傷で車いす生活になった自身の体験を通して障がい者スポーツと医療の係わりについて話した。講演は、高円宮承子女王殿下が客席でお聞きになった。

ウィルチェアーラグビーは、車いす同士の接触が認められている唯一のスポーツ。4対4で戦い、選手は四肢に障がいのある人が対象で、一般のラグビーとルールが違う部分も多い。障が



いの程度によって7段階にクラス分けされ、障害の重い人には低い点数が設定される。4人の持ち点合計を8点以内に納めなければならないので、障がい程度が重い人も一緒にプレーできる。

三阪氏は、練習中の事故で入院・リハビリを経て車いす生活になった経緯を話した。「グラウンドに倒れた時、首から下は何も動かない状態になり、救急車で病院に運ばれた。1日半ぐらい眠ったままで、起きたらICUのベッドだった」。その後、リハビリ期間を含め8～9カ月間病院生活を送る。18歳の多感な時期に、突然自分の体が動かなくなり、未来への不安ばかりで時間だけが過ぎていった。

一生歩けない、とわかるのはリハビリ病院に移ってからだった。主治医に「病名は頸椎損傷で体は自由に動かせない」と言われて頭が真っ白になり、

その日は一日中泣いていた。翌日からリハビリが始まったが、毎日が不安で時間は淡々と流れ、この先楽しいことがあるとは思えなかった。

ところが、一つの競技との出会いが人生を変えた。「作業療法士が車いすでもラグビーができるウィルチェアーラグビーのことを教えてくれて、ビデオを持ってきてくれることになった。その日は障がいを持って初めて前向きになれた。早く明日が来ないかとわくわくして眠れなかった。ポジティブな気持ちになって毎日が楽しくなった」と三阪氏はふり返った。

一方で、障がいを受容することの大変さも感じた。街中に出ると、「周囲が自分を可哀そうという目で見ています」と感じる。人々は、障がい＝社会的弱者と受け止めていると勝手に考え、ふさぎ込み、引きこもりの生活が長く

なった。人と接するのが怖くなり、ウィルチェアーラグビーだけが自分が自分であることを確認できる時間だった。

そんな頃、ニュージーランド留学を決意する。「日本では甘えられる環境があると甘えてしまう。変わるには誰も助けてくれない場所に行くしかない。チャレンジしたい」という強い気持ちで留学した。

日本との違いを感じたのは、「できることはどんどんやれ、できない時はサポートする」という考えだ。「できないことはある。でも助けてもらうことでできることに変える。できることを増やすことでみんなと同じ場所でききて、みんなと変わらない生活ができる」と考えるようになった。共生社会の第一歩を海外で学んだ。

最後に三阪氏は、医療関係者へのメッセージを次のように述べた。「患者に施すだけでなく寄り添い導いてほしい。私は作業療法士の一言で人生を変えることができた」。

# 病院の参画で地域のCOMMONSPACEづくりを進める

## 市民公開講座2 地域包括ケアを含めた街づくり

地域包括ケアシステムを構築するには、どのような街づくりを進めるべきか。市民公開講座2では、建築家の藤村龍至氏(東京藝術大学美術学部建築科准教授)が、自らかかわるプロジェクトの実例を踏まえて、街づくりからみた医療・福祉への期待を語った。

藤村氏は「地域が必要とする施設を設計する中で、コミュニティとのかかわりが増えてきた」と自己紹介した上で、埼玉県で取り組んでいるプロジェクトを紹介した。都心から40～60kmの遠郊外の5つのニュータウンを選び、介入型のプロジェクトに取り組んでいる。

これらの地域は、1970年代から80年代にかけて、団塊の世代を中心に30代のファミリー層に居住地として選ばれ大きく発展したが、そこで育った団塊ジュニア世代には居住地として選ばれ

ず、若年層が減少し高齢者割合が急速に高まっている地域だ。高崎線という、上尾から行田にかけての圏央道沿いのエリアが当たる。欧米諸国の例では、空き家が増えてスラム化することも予想されるが、適切な再投資があれば、豊かなリタイアメントコミュニティに変わる可能性がある。「遠郊外の住宅団地を10年以内に本物のリタイアメントコミュニティにすることができると課題」と藤村氏は指摘する。

例えば、所沢市の椿峰ニュータウンは、県の公園区域内にあり、環境保護により豊かな自然が残されている。高齢化が進み、住民の自治が活発だが、戸建てと集合住宅が混在していることから、自治会の組織が重複している。行政サービスの境界が入り乱れ、リーダー不在の状態であり、地域全体をケアする体制になっていないという課題

がある。

また、鶴ヶ島市では、10程度の自治会が集まって支えあい協議会をつくり、住民コミュニティの再編が進んでいるが、他方で、高齢者福祉の日常生活圏域は別の境界となっている。このため、サービスによって圏域が異なり、行政の混乱が起こっているという。

鳩山町では、スーパーの施設を活用してコミュニティマルシェを開設。子どもの居場所づくりの社会実験に取り組んでいる。このプロジェクトは、藤村氏らが管理運営を担い、地元企業の協力を得て、工作教室や学習相談など子ども向けの企画を展開。新しいタイプの公共施設ができたことで、新たな動きも出てきた。子育て環境や都心への利便性などから、若い芸術家が鳩山町に移住するようになっている。

公共施設に期待できない場合は、病院がその役割を担う例もある。川越のかすみ野ニュータウンでは、霞ヶ関南

病院が積極的に施設を開放して街づくりにかかわっている。同病院は、リハビリ施設や地域包括支援センターなどの施設をニュータウン内外に開設。病院を中心にリタイアメントコミュニティが展開している。

従来の住宅地は、住宅地と施設(集会所、図書館、医療施設、福祉施設)で形成されているが、藤村氏は「住宅と施設の双方を柔らかく開くことによって、街づくりの拠点となるCOMMONSPACEをつくっていく方向が見られる」と指摘。市民が集まり、人を育て、仕事をつくる場所があれば、街は動き出す。「COMMONSPACEの拠点として病院が参画していくことができる」と藤村氏。多くの人が集まる病院が街づくりの担い手になることを期待した。



# 清話抄

## イクボス

最近、女性医師支援において、イクボスが注目されている。イクボスとは以下の条件を満たすものと考えている。

従業員の育児参加に理解のある経営者・管理職のことで

①男女ともに働きやすい良好な職場環

境を構築する努力をしている

②部下のワークライフバランスとキャリアの継続に配慮している

③自らも仕事と生活を充実させている  
女性医師が働き続けるには、仕事と家庭の両立支援、保育所・病児保育所の設置、短時間勤務制度などいろいろな制度、施策が必要であり、徐々に整備されてきている。しかし制度、支援を気兼ねなくフルに活用するには周囲の理解、特にボスの理解が不可欠である。

そこでM県、F県、A県、T県などの医師会では病院管理者、管理職や大学教官等を対象にイクボスセミナーを開催したり、イクボスを奨励するため「イクボス大賞」を創設し表彰を行ったりしている。男女共同参画推進においてちょっとしたブームになりつつある。流行に遅れないように、私の所属するH県医師会でも今年度から「イクボス大賞」の募集を開始した。

当県で初めての「イクボス大賞」には某県立病院の院長(男性)、「イクボ

ス奨励賞」には民間病院の小児科部長(女性)が選ばれた。病院に掲示できる立派なプレートを用意したので研修医の確保、求人役に役立つかもしれないと期待している。

全日病でもそろそろこのような賞を作ってみてはいかがでしょう。ちょっと頭の固いボスに刺激を与えるのも悪くない。女性医師支援のみならず男性の育児・家事参加も含め、働き方改革の一環として、なんとなく楽しくなると思う。(C. M.)

# 社会のあり方を変えるのが本当の社会保障改革

## 特別鼎談 人生100年時代の社会保障 ～小泉進次郎議員との鼎談～

学会2日目の注目のセッションは、小泉進次郎衆議院議員を招いた特別鼎談だ。小泉議員を囲み、猪口雄二会長と安藤高夫副会長(衆議院議員)が人生100年時代の社会保障を語り合った。会場に聴衆が入りきれず、第2会場を設けてテレビ中継の画像を流した。小泉氏が会場入りすると握手攻めでなかなか登壇できなかったほどの熱気。猪口会長がギター演奏と自作の歌詞で小泉氏を紹介すると会場は笑いの渦に包まれた。最初に小泉氏が「『人生100年時代』は『3万円』事件から始まった」と題して講演した。

今や民間企業の広告にも使われるようになった「人生100年時代」だが、きっかけとなったのは「3万円事件」だった。政府は、2015年12月6日、年金生活者支援給付金を打ち出した。年金を受給している高齢者に3万円を渡すというもので、財源は3,000～4,000億円。小泉議員を含む自民党若手議員が「ちょっと待った。いつも財務省は子育て支援などに金がないと言いつつ、おかしいじゃないか」と声を上げた。自民党内で若手の言うことももっともだという声が拡がり、将来の社会保障

について議論する「2020年以降の経済財政構想小委員会」を立ち上げることで収めることになった。

この小委員会で生まれたのが人生100年時代という言葉。そこから様々な政策の形が出てきた。小委員会が出したメッセージは人生100年時代のバイブルになっている。タイトルは「ルールからの解放」で、「人口減少を強みに変える新たな社会モデルを目指して」という副題がついている。

小委員会は、その後①人生100年型年金②勤労者皆社会保険制度③健康ゴールド免許の3本柱の提言をまとめ、さらに話題になったこども保険も提案した。小委員会が打ち出した政策が実現のルールを走り始めた。こども保険の議論が盛り上がった結果、消費税の使い道の組み換えなどで幼児教育・保育の無償化が行われる。骨太の方針には、勤労者皆社会保険制度が盛り込まれた。これは週20時間以上働く人であれば、正規、非正規に関係なく社会保険に加入できる仕組みを想定している。人生100年型年金は、年金受給開始年齢を柔軟化し、70歳以降も受給開始を選べるようにする制度である。

ニュージーランドのアーデン首相やタレントの萩本欽一氏と会った時の逸話を紹介しながら「これからの社会保障改革は社会保障制度だけの改革を意味するのではなく、まちづくりなども含め、社会全体のあり方が問われる改革だと思う」と締めくくった。

### ルールを換えることを当たり前

小泉議員の講演を受けて、三氏による鼎談が行われた。

**猪口** 人生100年時代は定年のない社会である。医師は定年がなくてもいいと思うが、会社勤めになると、上がつかえているとか、給与などの問題もある。どうやって変えていくのか。

**小泉** 私も定年をなくそうと思っている。課題は定年をなくした時、若者との新陳代謝をどうするか。一人ひとりの能力に合った環境を整えると同時に労働市場の流動性をいかに高めていくかが課題になる。これまでは企業を守ることに眼目が置かれていたが、我々の発想は人を守る。

芸能界、スポーツ界では30代、40代の引退はよくあるが、これからは企業



人も引退ではなくルールを換えるのが当たり前前の社会を作っていくべきだ。社会のあり方を変えないと本当の社会保障改革はできない。

**猪口** 国会議員に仕事を換えられた安藤さんの思いは。

**安藤** 転職しようと思っていたが、よく考えると借金が残っていた(笑)。

**猪口** 人生100年時代では生き方と同時に仕舞い方も大切。長生きさせようとして本人が苦しむより、前からどういう医療を受けたいか家族で話し合っておくべきだ。その辺はどう考えるか。

**小泉** ある国の大使館の人と話していたら「我々の国には介護の課題がない。日本人のように長生きしないから」と言われた。人生100年時代の日本ならではの課題があり、一方、外国には日本人ほど長生きしないから日本のような課題に向き合わなくて済む国。幸せは何かということにつながるが、人生100年時代を明るく、豊かな時代にすることが政治の役割だ。

# 成熟社会におけるコミュニケーションの大切さを確認

## 市民公開講座1 成長から成熟へ～生きづらさの処方箋～

学会1日目の市民公開講座1では、「成長から成熟へ」をテーマに3人の若手起業家が講演した。

最初に登壇したアイリス代表取締役の沖山翔氏は、AIとロボティクスもののテクノロジーが医療にもたらす変化について話した。ヒトゲノム解読を筆頭にテクノロジーは倍々ゲームで進化。AIは、人間がプログラミングするのではなく、自ら膨大な画像を学習することによって人間より高い精度で認識、予測することができる。

一方、ロボティクスが得意とするのは自動化、運動・感覚機能の拡張だ。医療ロボット「ダヴィンチ」は手振れ補正機能があり、自走式ロボット「バクスター」は、プログラミング不要で自動学習し、産業界に革命をもたらしている。

医療者は、テクノロジーをどう使うべきか。「病気を治すのは手段であり、

医療の目的は人(患者)を癒すこと、幸せになるのを助けることだと思う。患者の不安や悩みの解消にテクノロジーを使うべきだ」と沖山氏は述べた。

メディカルノート共同創業者の井上祥氏は、成熟社会におけるコミュニケーションを論じた。井上氏らが運営するメディカルノートは、医師と患者をつなげる医療Webメディアで、医療リテラシーの向上と医療現場におけるコミュニケーション課題の解決を目指している。

コミュニケーション技術の発展により、インターネットは時間的制約、空間的制約を超え、医療情報へのアクセスは飛躍的に向上した。医師と患者の関係も変えつつある。それでも、医療者と患者の情報格差は大きい。リンパ節の「郭清」を「覚醒」と勘違いするなど、医療者なら当たり前の言葉も患者は誤解する。コミュニケーションを

高める取組みが必要で、井上氏の事業のねらいもそこにある。

情報が氾濫し、どの年齢層でもインターネットを使って医療情報を検索するようになった。その反面で、検索によって操作されてしまう部分もある。主体的に情報を得る力が必要で、「患者を手助けしたい」と井上氏は述べた。

### 家庭料理はコミュニケーション

シェアサイン代表取締役の飯田陽狩氏は、食を起点とした豊かさについて講演。共働き世帯が増え、外食、中食市場が拡大している中で「家族と食卓を囲むこと」と「家庭料理」の大切さを訴えた。家族で食事を共にする頻度が少ない10代の子どもは「タ

バコやアルコールを飲む」「摂食障害に陥りやすい」「学業成績も低い」などのデータが明らかになっている。「食事の際のコミュニケーションが鍵で、食卓での会話は普通の会話の2倍の効果がある。両親が自分への興味を持っていること、自己肯定感の醸成、言語能力の向上につながる」(飯田氏)。

家庭料理はコミュニケーションそのものだ。子どもの好みなど相手をおもんばかって作るのが家庭料理の本質である。「私が小さいころ落ち込んで帰宅したら、母に何も話していないのに食卓に大好物の茶わん蒸しが並んでいた。これぞまさにコミュニケーションだと思う」と飯田氏は述べ、家庭料理の大切さを強調した。



沖山氏



井上氏



飯田氏

# 地域医療構想の実現に向けた課題と病院の役割

## 学会企画シンポジウム1 回復期の医療をどう担うか

学会企画の地域医療構想調整会議をテーマとしたシンポジウムでは、地域医療構想を実現する取組みが本格化する中で、構想の意義を問う幅広い議論が行われた。

厚生労働省の松岡輝昌・医政局医師確保等地域医療対策室長は、構想の実現に向け、構想区域ごとに調整会議で

協議を行っても機能分化・連携が進まない場合は、医療法で定めた都道府県知事の権限が用いられる可能性を示唆した。医療機関の病床転換・削減に関わる具体的な協議には至っていない構想区域も少なくなく、「活性化策が必要な状況」とした。

活性化策としては、①都道府県単位の調整会議の開催②研修会の開催③地域医療構想アドバイザーの選出一をあげた。アドバイザーは、「地域の実情にくわしく、医療機能の分化・連携などのデータを読み解ける人」を、都道府県に推薦してもらっている。

5月21日の経済財政諮問会議で安倍首相は、「厚生労働大臣に今年秋を目途に、構想の全国の対応方針の策定状況を中間報告しても

らう」と述べている。松岡室長は、「調整会議の協議がより進むよう、みなさんに智恵を借りたい」と述べた。

### 構想と診療報酬との関係を指摘

全日病の猪口正孝常任理事は、構想が目指す医療機能の分化・連携の姿を概観した上で、「協議が進まなければどうなるのか」というと、結局、なるようにしかならない」と述べた。

その理由として、診療報酬改定が構想に「寄り添い」、構想が目指す方向性で改定が行われれば、「報酬面で追い込まれるため」と説明した。2018年度改定を振り返り、患者の状態と投入される医療資源が見合うよう報酬改定が行われるなど、実際にその方向性で改定が行われたことを示した。

産業医科大学の松田晋哉教授は、構

想を「各医療機関が自らの機能をデータに基づき客観的に把握し、自院の将来像を描くことに尽きる」と述べた。データで示される今後の地域医療の姿は、地域差を前提した上で、「高齢化で外来も入院も減る。地域の大病院も空き病床が出始めた。典型的な急性期が減っている。慢性心不全、脳血管障害、肺炎、骨折だけは、高齢化で増えている」と説明した。

一方で、2025年の必要病床数は、機能分化・連携をしなければ、現行の135万床から152万床に増える。その理由は「医療区分1相当の高齢患者が増える」ためだ。この慢性期の需要は、療養病床、在宅、介護施設で配分する必要がある。配分割合は地域の医療資源で変わることも松田教授は示した。

民間の中小病院が果たす回復期機能への期待も強調した。地域包括ケアを支える要として、介護サービスとの緊密な連携や在宅医療を担える診療所が少なければ、中小病院が自ら在宅医療を提供することも必要であるとした。



松岡氏

猪口氏

松田氏

# 医療を変えるサイバニクス技術の現在と未来

## 特別講演 4

### 成熟社会を支える革新的サイバニクス ～人、ロボット、AI、IoH/IoT～

山海嘉之・筑波大学教授／CYBERDYNE株式会社CEO

特別講演4では、人とロボットをつなぐサイバニクス技術で最先端をいく筑波大の山海嘉之教授(CYBERDYNE株式会社 CEO)がサイボーグ型ロボット「HAL®」の成果を発表した。

山海教授が取り組むのは、人とロボット、AI、IoTにかかわる分野で、IoH (Internet of Humans) が重要なキーワードである。人間の身体や生活にかかわる情報を扱い、成熟社会に革新をもたらすと期待されている。

ロボットは、すでに社会のパーツになっているが、「人と一緒に仕事をしてはいけない」というルールがあった。また、コンピュータの処理能力の向上でAIが急速に進歩しているが、学習型の将棋や囲碁のプログラムは、どうして勝つか設計者もわからない部分があるという。こうした技術を社会で

使うには一定の枠組みが必要だ。山海教授は、新技術を社会の中で使うための国際ルールづくりに力を注いできた。

サイバニクスの研究領域は、人とサイバーフィジカル空間の融合、人とテクノロジーの共生である。人間の体の中の情報を簡便に取り出す技術が開発され、皮膚や衣服の上から体内の情報を収集することができるようになってきている。IoH/IoTの通信技術を使うことで、脳神経系や生理にかかわる情報をビッグデータとして集積・解析できる。

2040年代に日本は高齢化のピークを迎えるが、身体、脳神経系、生理系、生活にかかわる情報をスーパーコンピュータまでつなぎ、データを分析することで、病気の早期発見や予防に活用することができる。効率的な介護の方法も見出すことができるだろう。

これまでのロボットは人の動きを代替することが主だったが、サイボーグ型ロボットの「HAL」は、人とロボットをつなぐのが特徴だ。HALは動作意思を反映した微弱な生体電位信号を検出することができる。人間の脳神経系の情報をロボットが検出し、意思に従って動く。さらに感覚器の情報が脳に戻ることによって神経と神経、神経と筋肉のシナプス結合を調整する技術である。現在、HALを使った治療を世界中で展開している。「日本、ドイツ、ポーランド、米国からどんどんデータが集まってきている」と山海教授。

山海教授が、ビデオを使ってHALによる治療成果を紹介した。

10年以上車いす生活をしている完全脊損の少年が2014年12月、HALを装着した。最初は反応がなかったが、3

時間経った頃、生体電位信号が出現し、HALを介して膝が動き始めた。その後、HAL腰タイプも

使用し、体幹も改善が見られ、ついにHALを外しても腿(もも)が上がり始めた。その様子が流れると、会場から驚きの声が上がった。

現在、HALによる治療は、ALSや筋ジストロフィーなど八つの神経・筋難病疾患の治療が保険適用になっている。脳卒中でも治験が始まっている。最後に山海教授は、HALの技術を活用した介護する側の支援機器を紹介した。腰回りに装着することで、介助の際の腰への負荷を低減することができる。サイバニクス技術が医療・介護現場に変革をもたらす日はそう遠くさそうである。



# 医師の働き方改革は時間と財源をかけて解決していく

## 学界企画シンポジウム3

### どうなる、どうする医師の働き方改革

学会2日目のシンポジウム3では、医師の働き方改革をめぐる議論した。厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」で議論が進むが、時間外労働の上限規制や宿日直、自己研鑽などの論点について来年3月までに結論を出す必要がある。すべての医師の健康を確保しつつ、地域医療を守ることがテーマだ。

7月末に厚労省を退官した武田俊彦・前医政局長は、「医師の働き方、医師偏在対策、医師養成の問題は全部影響しあう。ここで失敗すると、将来に大きく影響する」と述べ、医療政策上の重要な転換点にあるとの認識を示した。

時間外労働規制をめぐるのは、医師が病院にいる時間のうちどこまでが労働時間なのかという議論がある。武田氏は、宿日直や自己研鑽の問題を考慮しても、大部分は労働時間となり、医師の長時間労働は是正せざるを得ない

とし、「医師の働き方改革は避けられない問題であり、時間と財源をかけた解決していく問題」との認識を示した。

さらに武田氏は、「是正すべきものとそうでないもの、政策的に支援すべきものを分けて考える必要がある」と指摘する。「政策的に必要な医療について長時間労働が避けられないとすれば、地域の医療機関と連携した上で医師の集約化が不可欠」とし、財源を手当てしながら医師の健康確保の義務を課さなければならないと述べた。

宿日直については、現在の医療実態を踏まえて宿日直の許可基準を「現代化」する方向で見直すとともに、全国で統一的な運用にすべきと述べた。

自己研鑽については、「病院は学びの場、職種間の交流の場であり、病院を離れて学びの場をつくることは難しい」と発言。仕事と密接に結びついているので、切り分けできるかが議論になっている。武田氏は、医師の学ぶ意欲を

疎外しないことが大切だと指摘した。

医師の働き方改革の取りまとめは来年3月。施行は5年後となる。武田氏は、「それまでの間に何らかの立法措置が必要になる」と述べ、医師の働き方改革を受けて法改正が必要になるとの見通しを示した。

### 専門医制度が経営リスクに

東京医科歯科大学医歯学総合研究科の河原和夫教授は、東京都医師会病院委員会がまとめた中間報告を説明。医師の働き方改革は、単に労働時間の問題ではなく、新専門医制度や医師研修制度と密接に結びつく。専門医の資格を維持する要件として学会が手術の症例数等を決めているが、市中の病院では満たせない部分がある。「大学病院を中心に県立病院等のネットワークができて、そこから外れると大学から医師の供給がなくなる」と懸念を表明。



専門医機構は全国津々浦々の病院で資格を更新できるというが、実態はそうではないとし、「ネットワークから外れた病院でも資格を更新できる体制が必要だ」と訴えた。

小児科医である自見はな子参議院議員は、私見として「医師は労働者とは異なる特殊性がある。自分自身、労働者と意識したことは一度もない」と発言。若手医師から、「私の学びたいという権利はどこに行くのか」と問われたことを明かし、労働時間規制で自己研鑽の機会が失われることを危惧した。

また、女性の立場から医学部入試における得点操作について問題意識を示し、女性医療職エンパワーメント推進議連(自見氏が事務局長)で、この問題を取り上げる考えを示した。

# 西日本豪雨災害でのAMAT活動状況を報告

## 学会企画シンポジウム2

### 病院救急車で患者の搬送を支援

学会企画として、平成30年7月(西日本)豪雨災害におけるAMAT活動状況報告のシンポジウムが行われた。7月豪雨では、岡山県倉敷市真備町周辺が水没。水に浸かったまび記念病院は孤立した。AMATは、倉敷市を中心に最大6隊が被災地に滞在し、支援を続けた。シンポジウムでは、被災地の活動とともに、AMATの意義や課題を議論した。座長は、猪口正孝常任理事(AMAT本部統括)と種村一磨・広島県支部長(救急・防災委員会委員)。

救急・防災委員会委員の大桃丈知・平成立石病院副院長によると、「7月7日の時点では、病院の被災はないとの報告だった」。しかし、一夜明けると状況が変わった。「本部を立ち上げ、先遣隊を送った。岐阜・愛媛の状況はわからずプッシュ型、岡山はプル型。その後、岐阜・愛媛の支援は必要ないことが確認でき、後続隊を含め合計13チームが岡山に入った」。今回は、「病院支援」よりも、病院救急車を活用した「搬送支援」が中心だったと指摘した。

救急・防災委員会委員の小關剛・筑波記念病院副理事長は、AMATの特徴について、「DMATとJMATの間にAMATが入ることで、活動全体がシームレスになる。AMATは患者搬送能力が高く、支部が機能しているため、情報収集能力もある」。今回のAMATの活動実績を「大きな一歩だ」と評価した。

加塩信行・永生病院副院長は現地での活動を振り返り、「浸水した地域での活動だったが、事前に研修していたの

で、比較的円滑な支援ができた」と述べた。避難所となった小学校では、診療や熱中症対策を行った。孤立した被災者を訪問し、介護困難になった高齢者を光生病院に搬送するなど支援した。

岡山県支部長の佐能量雄・光生病院理事長・院長は、まび記念病院での救助活動の映像を示しながら、活動の実態を報告した。その上で、「人工呼吸器や喀痰、人口透析などのため、病院は電気と水が命綱。避難所では、地域包括ケア病棟や小規模多機能型施設への早めの転送が必要な被災者がいる」と強調した。AMAT活動に関しては、「早めの出勤が重要。空振りでも無駄ではなく、立派な実技訓練になる」と述べた。

# 全日本病院学会を愛知に引き継ぐ

東京学会は10月7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9月開催の愛知学会の太田圭洋学会長に、「学会旗」を手渡した。

猪口学会長は閉会式の挨拶で、「事前登録2,411名、当日登録356名、講師や協賛者の方々、スタッフを含め3,275名の来場があった。内容もテーマに恥

じないものだったと思う」と述べた。

愛知学会は来年9月28、29日に名古屋国際会議場で開催する。テーマは「今こそ示せ。医療人のプライド」。太田学会長は、「非常に大きい変革を病院は受けている。一つひとつが病院の存立に関わる。我々はそれを乗り越える必要がある」と力を込めた。



### 石川学会の優秀論文を表彰

6日の懇親会で、昨年の全日本病院学会in石川の演題から選ばれた優秀論文の授賞式が行われた。

### 【最優秀論文】

『災害時病棟放棄における経営的BCP～熊本地震における当院の経験から～』

寿量会 熊本機能病院 米満弘一郎氏

【優秀論文】 『地域中核病院でのリハビリテーション地域連携の取り組み～患者・医療従事者の思いを載せた動画添書送付～』

白十字会 白十字病院 林賢太郎氏 『心不全ワークシート導入による多職種連携の有用性』

董仙会 恵寿総合病院 崎田透氏

# 医薬品などへの価格調整の手法で論点示す

中医協・費用対効果評価等合同部会

保険収載の可否には用いない

厚生労働省は10月17日、中医協の費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保険医療材料専門部会合同部会(荒井耕部会長)に、医薬品や医療機器の費用対効果評価の本格的な実施に向けて、論点となる事項を示した。増分費用効果比(ICER)などで費用対効果の「よい・悪い」がわかれば、それを価格調整にどう用いるかが課題になる。合同部会では今後、費用対効果評価の結果を医薬品などの実際の価格に反映させる手法を議論していく。

高額だが画期的な新薬が相次ぎ登場し、薬事承認され、保険収載される状況にある。医療保険財政への影響から、費用対効果評価の仕組みが議論されている。同日の合同部会の議論では、仕組み活用の範囲について、保険収載の可否に用いることには、「時期尚早」との意見で一致した。当面は価格調整に限って活用することを念頭に検討する。ただ、将来的には、保険収載の可否に用いることを検討すべきとの意見も出た。イギリスでは保険収載の可否にも用いているという。

対象品目は、価格は高くとも患者数が少ないため、市場への影響は大きくない品目の取扱いや、薬価等の算定方式に応じて費用対効果評価を反映させる範囲などが論点になった。新規収載品と既収載品については、全日病会長の猪口雄二委員が、「現状だと新規収載の段階で、価格調整を行うのは難しいのではないか」と問題提起。厚労省は、価格調整の具体的な時期について、改めて案を示す考えを示した。

また、類似機能区分比較方式では、加算部分への価格調整にとどめるべきとの意見が多かったが、原価計算方式に対して、原価に不透明な部分があり、加算部分以外も価格調整の対象にすべきとの意見が出た。

実際の分析作業を行う厚労省の体制も課題となっている。人材育成を含め、体制強化を図るが、短期間で劇的な強化は見込めない。そこから逆算すると、当面は試行的導入時と同じく10品目程度が限界との考えを示す委員もいた。

希少疾患に対する医薬品など、費用対効果評価において、配慮が必要なものへの対応も論点となっている。

のへの対応も論点となっている。

試行的導入では、倫理的・社会的な観点で考慮する要素として、◇感染症対策など公衆衛生的観点◇公的介護費や生産性損失など分析に含まれない追加的な費用◇QOLは向上しないが生存期間が延びる治療◇代替治療が存在しない—があがった。指定難病、血友病、HIV感染症は、費用対効果評価そのものの対象から外れた。

今回厚労省は、本格導入で希少疾患に用いる品目や小児のみに用いる品目は、費用対効果評価の対象から外すとともに、適応症の一部で希少疾患や小児に用いる品目や抗がん剤は、総合的評価(アプレイザル)を行う際に、配慮するとの案を示した。

薬価改定めぐり業界からヒアリング

同日の総会では、消費税引上げに伴う薬価改定をめぐり、関係業界からヒアリングを行った。日本製薬団体連合会、米国研究製薬工業協会、欧州製薬団体連合会は連名で意見を提出。薬価改定は来年10月に実施するとともに、



通常の薬価改定と位置づけが異なるため、薬価引下げは限定的なものにとどめることを主張した。

来年10月の消費税引上げに伴い、控除対象外消費税に対応するため、来年度中に薬価改定が行われる。薬価への上乗せが行われるが、市場実勢価格に上乗せするため、全体では薬価は下がる。そのための薬価調査の準備が現在、進んでいる。製薬業界は、消費税対応という趣旨を踏まえれば、「薬価改定は来年10月に実施されるべきもの」と強調した。

また、通常改定とは位置づけが異なることから、「新薬創出等加算、基礎的医薬品および最低薬価の対象となる品目については、薬価を維持する措置を実施することとし、長期収載品に係る追加的な引下げや再算定、新薬創出等加算の累積額の控除などは実施すべきではない」と主張し、限定的な改定にすることを求めた。

# 入院医療の2018年度改定の影響を調査

中医協・入院医療等調査・評価分科会

「医師の指示の見直しの頻度」項目は削除

中医協の入院医療等の調査・評価分科会(尾棟裕也分科会長)は10月18日、入院医療に関する2018年度の調査票案を大筋で了承した。2018年度改定で行った入院基本料の評価体系の見直しなどの影響を調査し、次期診療報酬改定につなげる。11月以降に、病院などに調査票を送付し、集計。来年3月頃に公表する予定だ。

調査は、2018年度改定の附帯意見に沿った形で行われる。項目は、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およ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点。

調査項目により、回答を求める施設数は異なるが、「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」では、約2千施設を対象とする。調査項目は膨大で多岐に

わたり、センシティブな質問もある。病院の負担は大きく、負担軽減の工夫も行われたが、全体としては、前回より調査項目は多くなった。厚労省は、全日病など病院団体に、調査への協力を病院に伝えるよう依頼している。

今回、これまでの調査票にあり、関係者の誤解を招いてきた「医師の指示の見直しの頻度」の質問項目が削除されることになった。医師の指示の見直しがなければ、患者の医療の必要性が低いとの誤解を生む要因だった。



全日病副会長の神野正博委員が、「医療従事者のタスクシフティングが進み、医師の包括的指示の下で、多くの医療が行われるようになってきている。医療提供の状況を把握するのに、ふさわしくない質問だ」と述べると、多くの委員が賛同し、削除が決まった。

# 救急医療管理加算の要望書まとめる

日病協・代表者会議

電子カルテは意見集約に至らず

日本病院団体協議会は10月19日の代表者会議で、次期診療報酬改定に向け、救急医療管理加算に関する要望書を大筋でまとめた。加算2(300点)が厳格化の方向にある中で、2次救急を担う医療機関が幅広く算定できるよう配慮

を要望する。近く厚生労働省に提出する予定だ。加算1(600点)の算定基準は、不明確との指摘があることから、明確化を求める考えだ。

中医協の入院医療等調査・評価分科会では、次期診療報酬改定に向けた入院

医療に関する2018年度調査に関して、「医師の指示の見直しの頻度」の質問項目が削除されたことに対しては、「日病協としても支持する」との見解を示した。山本修一議長(千葉大附属病院病院長)は、「『医師の指示の見直しの

頻度』と患者の重症度は、別の話」と述べた。また、調査の有効回答率を上げるために、日病協として、病院団体を通じ、協力する意向を示した。

電子カルテの標準化も、日病協としての意見をまとめる方向にある。ただ、会見で山本議長は「現段階では、様々な意見があり、意見の集約化を図るのに時間がかかる」と述べた。

# 国民に上手な医療のかかり方を広める

厚労省・医療のかかり方懇談会

効果的な広報を検討

厚生労働省は10月5日、「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」の初会合を開催した。医師の働き方改革とあわせ、国民の医療のかかり方への理解を深めるため、効果的な広報のあり方などを検討する。12月に論点整理を行い、医師の働き方改革に関する検討会に報告する。座長は東京大学大学院の渋谷健司教授。

医師の働き方改革に関する検討会が2月にまとめた中間的な整理では、医師の勤務負担軽減や労働時間の短縮に向けて、「医療提供者側の取組みだけでなく、患者やその家族である国民の理解が欠かせないため、医療機関へのかかり方を含めた国民の理解を得るための周知の取組みを関係者が一体となって推進する必要があるのではない

か」としている。

厚労省は懇談会の検討事項として、①医療のかかり方に関する情報の収集・整理、各分野の取組みの見える化など周知すべきコンテンツの整理(医療のかかり方のホームページの特設など)②わかりやすいリーフレットの作成(上手な医療のかかり方の重要性とコンテンツへのアクセス方法をコンパクトにまとめて広める)③効果的な広報のあり方(対象のセグメンテーションと、属性に応じたメッセージや広報ツール・手法の選択)④厚労省の取組みと各分野の団体の取組みの整理・連携のあり方—を示した。

初会合では、厚労省が医療のかかり方の現状を説明、2人の構成員からヒアリングを実施した上で、フリーディ

スカッションを行った。

医療のかかり方の現状について厚労省は、「適切な医療機関・診療科の選択や、そもそも医療機関にかかる必要があるのかなど、その判断に困っている人も多い」、「患者が適切な受診行動を選択できないことにより、患者側にも費用・時間の両面でコストが生じている」、「時間外/休日・夜間の不急の受診などで、医師の負担が増大し、医療の質に悪影響を与えることも懸念される」ことをあげた。

かかり方の改善に向けた取組みの方向性では、かかりつけ医の推進や地域の夜間・休日診療所の周知・普及、#8000(子ども医療電話相談事業)や#7119(救急安心センター事業)の推進、受診の目安や緊急時の対応に関する情



報提供などを示した。

課題として、医療機能情報提供制度や#8000の認知度の低さを指摘した。

親たちの受診行動が変化

民間団体代表が、乳幼児の保護者を対象に開催している「子どもの病気を学ぶ講座」を通じ、受講した親たちの受診行動が変化したことを紹介した。

また、宮崎県延岡市の代表は、県立延岡病院の医師が大量に退職する医療崩壊の危機に際して、市民の署名活動が起こったことをきっかけに、2009年に全国の市町村で、初の地域医療を守る条例を制定したことを報告。条例では行政・医療機関・市民の三者のそれぞれの責任を規定している。

# 病院機能評価委員会の熱い想い!

## 病院機能評価委員会 副委員長 土屋繁之

### 病院機能評価との関わり

私が全日病病院機能評価委員会に関わるようになってもうすぐ10年になります。20数年前日本医療機能評価機構が本稼働する少し前に「サーベイヤ育成講座」(昔は3日間ほどの講座を受ければ認定されました)を受け、機能評価の活動に参加し、最初に審査に行った時のリーダーが当委員会の委員長である木村厚先生でした。そして数年経って木村先生から突然お電話を頂き「東京へ出ておいで、楽しいよ」と誘われたのがきっかけでした。

その頃の評価機構のサーベイヤは私のような“ずぶの素人”は珍しく、ほとんどの方が以前から医療の質向上に向けて取り組んでおられた高名な方ばかりで、受審しようとする病院も医療の質向上に積極的に興味を持っておられたところが多かったです。評価ツールの評価項目はそれほど多くなく、審査チームのリーダーを中心とした“サーベイヤの感性”と受審病院の“良くなりたいたいという意気込み”のやりとりが審査だったように思います。

その後、評価ツールはバージョンアップを重ねて現在は3rdG.Ver.2.0となり、受審病院が地域において求められている医療機能にどれほど近づこうとし、充実しているかを審査する評価になってきたように思います。そういう観点からも最近の受審は以前のように重箱の隅をつつくようなことはなく、サーベイヤと受審病院とで意見交換を行いながら審査が進むので、個人的には“楽しくなった”と思います。

### 受審支援相談のお誘い

当委員会では少しでも全日病会員病院が機能評価を受けて頂けるよう

いなる面で検討を重ね、評価機構に具申して参りました。また評価を受けることのメリットを知って頂くため、あるいは評価項目を適切に理解して頂くため、毎年全日病学会前日に受審支援セミナーを開催しています。そして半年ぐらい後には各地に出向いて同セミナーを開催し認定病院の継続更新や未認定病院の掘り起しに努めています。

しかし毎月報告される認定病院数は一向に増えず、今年9月現在2,192病院の認定病院のうち全日病会員病院は868病院(39.6%)と貢献しているものまだまだ受審して頂きたい病院はたくさんあります。

当委員会で行ってきた事業の一つに「受審支援相談」があります。評価機構より“懇切丁寧、安く、わかり易く”をモットーに取り組んできました。診療・看護・事務それぞれの部門でも対応しますし、チームとしても出向きます。とても評判が良く、昨年度「受審支援相談」を受けられて認定された病院から感謝のことが届いています。

「模擬審査に近い形でご指導頂いたが、わかり易く、具体的に問題点を指摘して頂き大変参考になった。お陰さまで無事認定更新できた」「これほど丁寧にご指導頂けると思っていなかった。お陰さまで自信と安心感を持って受審に向け準備ができ無事更新できた」とお褒めのことがばを頂いております。これからも同様に受審支援を行っていく予定にありますが、現在支援のあり方を検討中で、受審予定病院からの相談申し込みを待っているのではなく、私どもの事業をより理解して頂き、積極的にお申込み頂けるような活動をしたと考えています。

### 認定率向上キャンペーンを実施

次年度より3年間を目標とし、全日病会員の認定病院数1,000!をめざして認定率向上キャンペーンを実施したいと思います。全日病2,522会員のうち100床以下の病院は890施設、全体の35.3%となります。従いまして100床前後の受審病院を増やすことが当委員会の責務と考えます。しかしそのような病院は多くの場合、「時間がない、人がいない、金がない」が受審しない理由となっています。時間、お金の支援は難しいですが、マンパワー的に準備が難しい病院には人材育成も含めて支援するようにしたいと思います。

また、次年度以降、例えばモデル病院を公募(1~2病院)して、実際の受審支援相談事業の動きをトレースし、機能評価認定までの経緯を知って頂き、

多くの病院に取り組んで頂くきっかけを作るようなキャンペーンを考えております。どうか全日病会員の皆さま当委員会の熱い想いをお汲み取り頂き今後の更なるご支援とご協力を宜しくお願い致します。

私の病院は99床の療養病床だけの病院ですが3回認定更新しています。初回認定を頂いた時はケアミックス病院として東北2番目の病院となり大変喜びました。しかし当時のレベルはとても低く、正直威張れるような環境ではなかったです。しかし更新を重ねるごとに(5年に1回の一大イベントではありますが・・・)、着実に成長していると思います。自分の成長は自分ではわかりません。しかし毎日の職員の顔つき、仕事に向かう姿勢は間違いなく15年前とは違います。

病院機能評価未受審の会員の皆さま、管理者として満足させて貰える機能評価受審を真剣に考えてみませんか。結構楽しいですよ。

### 機能評価受審支援相談を受けて

私達の病院は本年3月、病院機能評価を受審し、7月末日に認定書を受領致しました。

当院は、病院機能評価が病院の質改善活動を支援するツールであるとの趣旨に共鳴し、2002年の初認定から継続して受審し、今回で4回目になります。今回の3rdG.Ver.1.1から、「一般病院」「リハビリテーション病院」「慢性病院」の3部門に分けて認定受審することになりましたが、予備審査を受けずこれを同一日に受審し、いずれも追加審査なく認定されました。

このように指摘事項なく認定更新できたのは、昨年8月全日本病院協会の機能評価受審支援相談として、お二人のアドバイザーに現場を実際に見ていただき、模擬審査を受け、解りやすく

具体的に問題点を指摘され好意的に、丁寧にご指導いただいたことが大きかったと思います。

医療法人 柏葉会 柏戸病院  
院長 齊藤俊弘

当院では更新審査2ヶ月前に相談事業を利用しました。ケアプロセス評価のデモ、病棟訪問、など実に150項目にもおよぶ内容について丁寧にご指導いただきました。その後もメールなどでフォローしていただき、自信と安心感を持って、受審に向けた準備を進めることができました。

医療法人社団春日会  
黒木記念病院  
法人事務局長 小川英彦

# 医学部入試の地域枠を別枠方式に限定

## 厚労省・医師需給分科会

## 地元出身者枠の設定も

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10月24日、医師不足地域での診療義務を課す大学医学部の地域枠に関し、選抜は別枠方式で行うことを大学に要請することで一致した。地域枠の義務を全うする人数が設定枠の7割と推定され、地域枠を厳格化する。

地域枠には、選抜の段階で、一般枠と募集定員を分ける「別枠方式」と、一般枠と共通で選抜し、事前または事後に地域枠を募集する「手上げ方式」

がある。「手上げ方式」だと、奨学金の貸与実績が6割、地域枠の義務が履行されない離脱が18%とのデータもある。最終的に地域枠の義務を全うする医師は、設定枠の7割程度と推定された。

地域枠は、医師不足地域で診療に従事する医師が増えることを期待して、設けている。ところが、名称は「地域枠」でも「地域枠」とは言えない実態があることに、委員から厳しい意見が相次いだ。厚労省は、都道府県知事に対し、特定の地域で診療する義務のある地域

枠の設定にあたっては、別枠方式とすることを実質義務化することを提案し、委員から了承を得た。

厚労省は、診療領域についても一定の制限を課すことを地域枠選抜の際に明示することを求めた。これに関し、全日病副会長の神野正博委員は、地域枠の医師のキャリア形成を「都道府県や地域医療支援センターが支援する仕組みの構築が必要になる」と指摘した。厚労省は、別枠方式の限定を2020年度から実施したい考えだ。



地域枠の医師は、医師偏在指標で判断した医師少数区域で診療に従事することが期待される。あわせて、医師少数都道府県には、地元出身者枠を医学部に設けることを要請できるようにする。地域枠・地元出身者枠を含め、都道府県が策定する医師確保計画を中心に、様々な医師偏在対策を現在検討している。それにより、2036年には、医師少数区域がなくなることを目指す。

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ければ幸いです。

《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**

# 機構と学会への医師研修の意見まとめる

## 医道審・医師専門研修部会

## 医師偏在助長させない対応求める

医道審議会・医師分科会医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)は10月15日、新専門医制度に関する日本専門医機構と基本診療領域18学会に対する意見書を大筋でまとめた。厚生労働省は一部修正の上、意見書を機構と学会に提出。機構と学会は、意見書に回答した上で、10月22日に来年度の専攻医の募集を開始した。

制度開始を1年遅らせ、今年度から始まった新専門医制度に対しては、医師偏在を助長するとの懸念が依然としてある。一方、医師偏在の改善は喫緊の課題であり、先の通常国会で成立した改正医療法等では、厚生労働大臣が機構と学会に、地域医療への影響などの観点で、医師の研修に関し意見を言うことができるようになった。

具体的には、厚生労働大臣は、医道審議会の意見をきき、意見をまとめる。その際に、都道府県知事の意見もきかなければならず、都道府県知事は地域医療対策協議会の意見をきく必要がある。そして、機構と学会は、厚生労働

大臣の意見を医師の研修に反映させなければならない。

このため、今回まとめた意見書は、医師専門研修部会の意見と都道府県の地域医療対策協議会の意見をあわせたものとなっている。機構への意見・要請は16項目に及び、ほかに18学会それぞれに向けた意見・要請がある。

意見書の中身をみると、医師偏在を助長させない対応を求める意見・要請が並んでいる。

機構は大都市に対し、専攻医の上限(シーリング)を設定し、さらに来年度は、東京の上限を5%削減する予定だ。しかし、意見書では、実態把握が不十分とし、新専門医制度が大都市への医師集中を招いたかの「エビデンスに基づいた検証」を行い、今年度中に専攻医数の予測を公表することを要請した。

機構はこれまで、東京への集中は、大学病院・大病院への登録段階での人数であり、その後、一定数が近隣県の関連病院に派遣されるため、見かけほ

ど、東京への集中は進んでいないと説明してきた。意見書では、このような説明が妥当であるかを含め、「各専門研修プログラムが都市部以外の地域に貢献している程度を測る統一的な指標を作成し、来年度の募集から厳密に適用する」必要があるとした。

また、連携病院で研修する柔軟なプログラムが設定できることを、各学会にきちんと周知すべきとした。

昨年度から研修が始まった総合診療専門医については、同日の部会で、様々な意見が出た。

例えば、「総合診療専門医はまだ育っていない。当面、地域医療を支えられない。それに期待して、今の対策を考えるのは間違い」、「ビジョンを持つことは重要。アメリカではプライマリケアの制度が整っていて、参考になる」、「総合的な診療能力を持つ医師が現場でチームリーダーとなって、地域包括ケアを支えることが今後重要になる」などの意見があり、かかりつけ医のあり方を含め、認識の違いが委員間にあ



ることが示された。

意見書では、「総合的に診療できる医師を各都道府県で幅広く養成できるよう体制を整えること」となった。

研修する場所や年次を厳密に定めないカリキュラム制を採用する専攻医への配慮も求められた。ただ、カリキュラム制を採用する専攻医数を、上限設定の人数に含めなかった学会が一部にあり、シーリングを上回る事例があったため、「厳密な適用」が要請された。

そのほか、◇専用の担当者を置くなど、事務局機能を早急に強化する◇機構が定める専門医制度新整備指針、運用細則に則った研修プログラムを用意する◇地域枠医師が、各都道府県内の専門研修プログラムに優先的に採用され、他の都道府県の基幹病院による採用を制限される等の仕組みを整える一などの意見を明記した。

# 専門医研修の募集始まる

日本専門医機構(寺本民生理事長)は10月22日、来年度の専攻医募集を同

日、開始したことを発表した。厚生労働省の医道審・医師分科会医師専門研

修部会がまとめた厚生労働大臣の意見を、今後の専門医研修に反映させることを理事会で了承。それを受け、昨年度より遅れての募集開始となった。一次募集は11月21日を期限とし、面

接などを経て、12月21日に採用を決める。二次募集は12月22日～来年1月21日まで。2月21日に採用を決定する流れだ。その後、二次募集不合格者への対応もある。

# 高齢者の窓口負担増や高額薬剤などを議論

## 社保審・医療保険部会

## 骨太方針2018への対応

社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)は10月10日、骨太方針2018と経済・財政再生計画改革工程表により求められている医療保険関係の検討項目を議論した。

検討項目としては、◇後期高齢者の窓口負担◇外来受診時の定額負担◇薬剤自己負担◇金融資産を勘案した負担

◇新規医薬品・医療技術の保険収載◇現役並み所得判定基準◇保険給付率と患者負担率の関係の見える化一がある。

後期高齢者の窓口負担については、被用者保険側から、改めて2割負担への引上げを求める声があがった。日本医師会や高齢者代表の委員は75歳以上の高齢者の生活が厳しいことや、窓口

負担の強化は受診抑制につながるおそれがあり、引上げに反対した。

新規医薬品・医療技術の保険収載に対しては、「費用対効果評価の仕組みを活用するなど、保険外ではなく、医療保険制度の中で対応を図るべきだ」との意見が出た。一方、「真に保険給付が必要なものは何かを議論し、メ



リハリのある保険給付ができる仕組みを考えるべきだ」との意見もあった。

# 現行の処遇改善加算とは別の新たな加算を提案

## 社保審・介護給付費分科会

## 介護職員以外の職員も対象

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は10月15日、来年10月の消費税率10%への引上げとあわせ実施する、介護人材の処遇改善の議論を深めた。厚生労働省は、今回の取組みで、現行の介護職員処遇改善加算とは別の新たな加算で対応することを提案した。

厚労省は、9月5日の分科会における議論を踏まえ、◇今回のさらなる処遇改善ではこれまでの介護職員の処遇

改善の取組みを一層進める◇介護現場への定着を促進する一との趣旨で、介護報酬における加算を検討することを求めた。その上で、事業所内の配分に当たっては、介護職員の処遇改善とともに、事業所の判断でその他の職員の処遇改善に充てられるようにすることを論点とした。そして、この取扱いは現行の介護職員の処遇改善とは、別の加算で対応することを提案した。

さらに、◇介護事業所がこれまで進

めてきたキャリアアップの仕組みと整合を図る◇離職防止や人材育成、雇管理改善に取り組む一方針を示した。

新たな加算について、厚労省は、現行の介護職員処遇改善加算と整合性を図るため、処遇改善加算の算定を前提に、それに上乗せするような形とすることを中心に、検討したい考えだ。ただ、今後の検討により、全く別建ての加算となる可能性もある。

「柔軟な運用」で対象になる具体的



な職種も今後検討されるが、事務職員や調理員は対象に含める見込みだ。

意見交換で、日本医師会の江澤和彦委員は、事業所内で配分することで、介護職員だけでなく、他の職員の処遇改善も可能とするとの厚労省の新たな加算の提案に賛意を表明。また、これまでの処遇改善加算の効果を検証することを求めた。

### 2018年度 第7回常任理事会 10月5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。  
大阪府 医療法人優心会腹見病院 理事長 中村充彦  
正会員は合計2,522会員となった。  
賛助会員は以下の入会を承認した。  
株式会社Fair Medical(代表取締役 ナワズカン・アサド)  
賛助会員数は合計101会員になった。

#### 【主な報告事項】

●審議会等の報告  
「中医協総会」、「中央医療対策協議

会」、「社会保障審議会医療部会」、「全国在宅医療会議ワーキンググループ」、「高齢者医薬品適正使用検討会」、「医療計画の見直し等に関する検討会」、「医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会」「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」の報告があり、質疑が行われた。

●「外国人技能実習生受入事業9/10 - 14ミャンマー視察報告書」「外国人技能実習生受入事業介護技能実習生・特定技能(仮称)の受入れ検討のこれまで」などが報告された。

●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能【3rdG:Ver.1.1, Ver.2】  
～順不同

- ◎一般病院 1
  - 香川県 まるがめ医療センター 新規
  - 埼玉県 皆野病院 更新
  - 佐賀県 河畔病院 更新
  - 佐賀県 織田病院 更新
- ◎一般病院 2
  - 千葉県 柏たなか病院 新規
  - 千葉県 セコメディック病院 新規
  - 北海道 札幌厚生病院 更新
  - 東京都 岩井整形外科内科病院 更新

- 東京都 東海大学医学部付属八王寺病院 更新
  - 大分県 大分岡病院 更新
  - ◎リハビリテーション病院
    - 愛知県 三九郎病院 新規
    - 沖縄県 沖縄セントラル病院 更新
  - ◎慢性期病院
    - 埼玉県 東所沢病院 更新
  - ◎精神科病院
    - 鹿児島県 福山病院 更新
- 9月7日現在の認定病院は合計2,192病院。そのうち、本会会員は868病院と、全認定病院の39.6%を占める。

# 医師の働き方改革で応召義務など5項目を要望



吉田医政局長(左)に要望書を手渡す日本病院会の岡留副会長(中央)と猪口会長(右)

## 四病協 時間外労働の上限でも十分な配慮を

四病院団体協議会は10月16日、厚生労働省の吉田学医政局長に、医師の働き方改革の要望書を提出した。厚労省検討会での年末の骨子とりまとめに向けた議論が本格化する中で、医師の健康確保と地域の医療提供体制の両立を図るため、①応召義務②タスクシフティング③宿日直④自己研鑽⑤時間外労働時間の上限規定一の5項目で要望した。

現在、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」で、医師に適用する時間外労働の上限規定などが検討されており、年内を目途に骨子をまとめ、年度内に結論を出す予定にある。四病協が要望した5項目は、検討会で重要な論点として、議論されている項目だ。応召義務については、現在、厚労省の研究班が法的な位置づけの整理を行っている。要望では、「地域におけ

る医療提供体制、医療機関の義務、医師個人の義務の関係性を明確にする」とともに、労働時間規制と応召義務との関係を整理すること」を求めた。ただし、「いつ何時も勤務医に対する労働時間規制が優先し、結果として患者の生命が脅かされることがあってはならない」とした。

タスクシフティングについては、現行の特定行為研修制度を見直し、「手術後の病棟管理業務等の一連の業務を担うことができるよう財政支援も含めた制度の見直しを検討する」ことを要望した。あわせて、薬剤師、看護師、臨床工学技士、救急救命士などの有資格者に、「一定の教育の下で、既存の役割分担にとらわれない業務移管が可能となる制度の見直しを図るべき」とした。

宿日直基準は、労働基準法上の許可

基準の見直しに向けた検討が進んでいることを踏まえ、「医政局主体でガイドラインを作成し、(労働行政ではなく)医療行政当局による監督が行われるようにすること」とした。許可を与える労働基準監督署長に、医療に対する十分な理解があるかに疑いがあることが背景にある。

また、宿日直許可が得られない勤務実態にある病院には、労務管理・勤務体制の適正化のための財政支援を要望した。

自己研鑽の時間に関しては、「労働時間と評価されれば、研鑽の時間はどうしても抑制されることにつながる」と懸念を示した。自己研鑽は、医療法第1条の4で定めている「良質かつ適切な医療を行う」ことを確保するために必須であり、研鑽を抑制すれば、医療の質の低下につながると判断。自己

研鑽を抑制しない制度を求めた。

時間外労働時間の上限規定については、短時間で大幅に労働時間を減らすことは難しいとして、十分な配慮を求めている。「日本の医療は、限られた医師数で必要な医療を提供しており、タスクシフティングを進めたとしても、十分な医師の代替は難しい。一律に医師の労働時間を制限すれば、医療提供体制の崩壊につながる恐れがある」と指摘。このような医療の特殊性を踏まえ、時限外労働時間の上限設定の議論を行う必要があると主張している。

# 在宅療養支援病院に関する委員会を再開

## 四病協・総合部会 終末期医療ガイドラインに関する調査結果を報告

四病院団体協議会は10月24日に総合部会を開き、「在宅療養支援病院に関する委員会」を再開し、地域包括ケアを支える中小病院の役割について検討することを決めたほか、終末期医療に関するガイドラインの利用状況に係るアンケート調査の結果について報告を受けた。アンケート調査では、3分の2の病院がモデルとなる書面が必要と答えていることが報告された。

「在宅療養支援病院に関する委員会」の再開は同日の四病協会長会議で決定し、総合部会に報告された。委員長には、日本医療法人協会の鈴木邦彦副会長が就いた。総合部会終了後の記者会見で鈴木委員長は、「地域包括ケアを構築するためには、診療所だけでは難しい面がある。中小病院を中心とする病院の在宅支援が求められているが、在宅療養支援病院は要件が厳しく増えている。かかりつけ医や医師会とも連携しながら進めていきたい」と述べた。

終末期医療に関するガイドラインに係るアンケート調査は、人生最終医療に関する検討委員会が8月に実施した。ガイドラインの認知度についての質問では、厚生労働省のガイドラインの認知度

が最も高く、次いで全日病、日本医師会のガイドラインの順だった。

実際に利用しているガイドラインは、厚生労働省のガイドラインを使っているという回答が多く、次いで病院独自で修正して使っているという回答が多かった。

人生最終段階の医療についてACPやDNRに関する書面を作成しているかという問いでは、急性期の病院で約

6割、全体でも過半数の病院が書面を定めていないと回答した。また、3分の2の病院が何らかのモデルとなる書面が必要であると回答した。

これを受けて同委員会では、各団体等が公表している書面など事例を収集した上で、モデルとなる書面を作成する方針であることが報告された。



会見する加納繁照日本医療法人協会会長(右)と鈴木邦彦副会長(中)、伊藤伸一同会長代行(左)

### 訃報

全日本病院協会理事・岐阜県支部長の山本眞史先生が2018年10月14日に逝去されました。

山本先生は2006年度に岐阜県支部長に就任。2007年度から理事を務めるなど、永きにわたり全日病の発展に貢献されました。

### 一冊の本 book review

#### 薬価の経済学

編者●小黒一正・菅原琢磨  
発行●日本経済新聞出版社  
定価●3,000円+税

昨年の今頃は財務省が診療報酬のマイナス改定を提案というニュースにヤキモキしていたという方も多いただろう。最終的に診療報酬本体はプラスとなったが、これは薬価の引下げでバランスをとった結果であった。医療において医学と薬学は密接不可分であり、エビデンスなき薬価の引下げは、医療業界にマイナスの影響をもたらす。しかし、果たして我々医療機関関係者は薬価制度や政策について正確に理解できているだろうか。本書は、薬価に関する制度・政策の現状と課題、そして今後の方向性が明確に整理・解説されている。特に、後発医薬品や高額薬剤に関する課題はデータに基づいて記載されており、処方に対する多くの示唆を与えてくれるだろう。病院経営者をはじめ、すべての医師・薬剤師に読んでほしい一冊。



### ■ 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
臨床研修指導医講習会 (40名)	2018年11月24日、25日(土・日) 【全日病会議室】	65,000円(85,000円) (税込) (昼食代・資料代含む)	全日病と日本医療法人協会の共催で厚生労働省の開催指針に則って指導医養成講習会を開催する。修了者には、両協会会長及び厚生労働省医政局長の連名の「修了証書」を交付する。2020年度の研修制度の見直しに対応できるよう工夫している。
第2回 災害時の病院管理者等の役割研修 (60名)	2018年12月1日(土) 【全日病会議室】	7,560円(10,800円) (税込)	災害時に病院管理者等の取るべき処置、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。AMATの受入対応を想定した講義も予定する。当協会が認定する「AMAT 隊員更新」のための研修(2単位)に該当する。
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会 (150名)	2018年12月5日(水) 【全日病会議室】	5,400円 (税込)	全日病と日本医療法人協会の共催で、厚生労働省が推進する「医療安全推進週間」における取組みとして、医療安全対策に関し、医療機関、関係団体等の組織的取組みの促進等を図ることを目的に、講習会を開催する。「医療安全管理者養成課程講習会」のための講習(1単位)に該当する。
第2回 災害時のBCP研修(大阪会場) (60名)	2018年12月14日(金) 【大阪東京海上日動ビル】	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について「気付き」を得てもらう。
第4回 医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】 (100名)	2019年1月5、6日(土・日) 【全日病会議室】	27,000円(32,400円) (税込) (受講料、テキスト代、昼食代含む)	2018年度診療報酬改定では、医療安全対策地域連携加算が新設された。現時点で、研修会の受講は施設基準の要件ではないが、感染管理加算と同様に、体制構築及び運用の実態が問われると考えられる。「医療安全管理者養成課程講習会」の継続講習の意味もある。