



全日病 ニュース

2016.5.1 No.870

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

熊本に震度7の地震 強い余震で11万人が避難

医療機関も被災 全日病AMATが出勤し支援活動を展開

4月14日21時26分、熊本県熊本地方で震度7、マグニチュード6.5の地震が発生した。この地震により益城町、嘉島町、熊本市を中心に停電、ガスの供給停止、断水が生じた。続いて16日深夜1時25分、熊本地方で震度7、マグニチュード7.3の地震が発生し、その後も震度5レベルの余震が続いた。

これらの地震により建物の倒壊、路面亀裂・陥没が相次いだ。断水は熊本・大分・宮崎の3県で43万戸に拡大。停電・ガス停止が続き、17日時点で約11万人が避難所や車内に避難した。地震による死者は48人、負傷者は1159人(21日現在)。

地震の影響で九州各地の高速道路が通行止めとなったほか、鉄道は熊本県を中心に、広い範囲で運転できない状態が続き、緊急物資の輸送が停滞した。

熊本県内の医療機関も被災し、断水と交通遮断の影響で水と食料が不足した。全日病の電話調査(16日)によると、希望ヶ丘病院(上益城郡御船町)は倒壊の恐れがあるため、患者を高校の校舎に移した。川野病院(熊本市中央区)では水道管が破裂して病棟が浸水した。県内会員75病院のうち、28病院が被害を受け、そのうち11病院は建物にも被害が生じている。

●ただちに災害対策本部を設置

熊本県における地震の発生を受けて、全日本病院協会は4月15日に西澤寛俊会長を本部長、加納繁照常任理事(救急・防災委員会委員長)を統括副本部長とする災害対策本部を設置した。

災害対策本部は直ちに全役員および九州地区支部長との連絡体制を構築す



●4月16日に開かれた災害対策本部の会合

るとともに、厚生労働省や日本医師会(JMAT)と情報の共有を図った。また、会員病院をはじめとする被災地医療機関の被害状況把握に努めるとともに、AMAT(全日本病院協会災害時医療支援活動班、All Japan Hospital Association Medical Assistance Team)の派遣調整や支援物資の確保と搬送など、必要な活動を開始した。

災害対策本部は16～17日にかけての週末も事務局員が常駐し、関係方面との連絡と情報収集に努めるなど、災害対策本部としての活動を維持し、AMATの派遣を決定した。まず、先遣部隊として、織田病院(佐賀県)とヨコクラ病院(福岡県)



●熊本市東区役所におけるJMAT、DMAT、AMAT合同の打合せ

が15日に現地入りし、被害規模や現地医療機関の被災状況の把握に努めた。

16日には、現地からの緊急要請を受けて、市比野記念病院(鹿児島県)、サザンリージョン病院(鹿児島県)、国分中央病院(鹿児島県)が緊急支援物資の搬送に当たった。また、白鬚橋病院(東京都)と永生病院・南多摩病院(いずれも東京都)が現地に到着、さらに17日には永生病院の第2陣が現地に入った。

今回の地震は、強い揺れを伴う余震が続き、被害が拡大したのが特徴で、AMATは、余震が続くなかで刻々と変わる被災状況に対応して支援活動を展開。熊本市内の東病院などを中心に、市内北区・東区の避難所の診療支援と地域巡回を実施した。

18日には、断水等に苦しむ本庄内科病院(熊本市)の要請に対し、当協会および日本医療法人協会の現地支援物資集積場所である青磁野リハビリテーション病院(熊本市)からの支援物資を搬送し、支援した。

交通網が途絶えるなかで被災地以外からの支援物資を被災地に届けるため、災害対策本部は19日にトラックを使ってヨコクラ病院に集積していた非常食等の搬送を決定。さらに、福岡県トラック協会の協力を得て、福岡県医師会との連携のもと青磁野リハビリテーション病院に届けるルートの確保に努めた。

災害対策本部は、被災状況等を勘案して19日、当面は九州地区の会員病院を主体にAMATを編成・派遣する方針を決定した。

◆保険証なしで受診を認める事務連絡

政府は4月14日の地震発生後、直ちに官邸対策室を設置。安倍首相は「地方自治体とも緊密に連携し、政府一体となって、災害応急対策に全力で取り組むこと」を指示した。

厚生労働省も14日に災害対策本部を設置。同日の第1回会議で塩崎恭久厚労相は、①最新の被害状況や住民ニーズの把握②必要な医療の提供、飲料水の確保、保健衛生の維持③避難生活の長期化に備えて、生活物資や医薬品等の確保、被災者の生活支援——に総力をあげて取り組むよう指示した。

翌15日には、避難者が保険証なしでも医療機関を受診できるようにするなど、特例的な取扱いを示した事務連絡を出した。

診療報酬に関する取扱いは18日に保険局医療課が事務連絡を出した。東日

本大震災のときと同様に、◇入院患者の定数超過入院の減額措置を適用しない◇処方せんを患者が持参しなくても事後的に発行すれば、保険調剤として取り扱う◇職員不足などで入院基本料の施設基準を満たせず、1割以上の一時的な変動があっても変更届出を求めない——などの特例を講じる。

また、Q&Aも示した。透析設備が使えなくなり、他医療機関で自院の入院患者の透析を行わなければならない場合は、入院基本料や特定入院料の減額の対象とならない。

そのほか、厚労省は「健康管理に関するガイドライン」を作成。避難生活者に病気の予防策などを周知した。車内避難者が多いことから、エコノミークラス症候群への注意も呼びかけた。

◆被災者支援連絡協開く

医療関係団体19組織から成る被災者健康支援連絡協議会(横倉義武代表)は4月18日、熊本地震への対応を協議した。

全日病の西澤寛俊会長は、会員病院から支援要請が全日病の災害対策本部に直接届いたことを報告。東日本大震災では民間の中小病院には救援物資が

届かないなど、支援が手薄になる問題があったことを指摘し、民間病院への支援について改善を求めた。

協議会では、厚労省がDMATの活動状況を報告。日本医師会は、避難者への医療や健康管理を行う医療チームJMATの13チーム50人が活動を開始したと報告した。

全日病 被災地へ義援金を募集

全日病災害対策本部は4月16日、熊本地震の被災医療機関への支援活動において物資の不足が予想されることから、会員病院に対し物資の提供を呼びかけた。今後、被災医療機関をはじめとした被災地における支援活動を援助するため義援金の募集を行っている。

【義援金口座】 みずほ銀行 九段支店 普通 1700219

【名義】 公益社団法人全日本病院協会

平成28年熊本地震義援金口 会長 西澤寛俊

【名義 カナ】 シャ)ゼンニホンビョウウインキョウカイ ヘイセイ28ネンクマモトジシンギエンキングチ カイチョウニシザワヒロトシ

清話抄

現状を無視した病床削減は絶対に避けねばならない

1993年に創設された療養型病床群は6～7年ごとに名称や基準が変更され、2006年には介護療養病床と医療療養病床に分けられる。突然、2011年には介護療養病床廃止が決定されるが、世論

の声の高まりで6年間延期、しかしこの廃止は決定事項。短期間のスペースでコロコロ変わる制度に老人医療に携わる病院はどれほど翻弄され続けてきたことか。

医療と介護が一体的に提供される介護療養病床は世界に類を見ない制度で、寝たきりの虚弱高齢者とその家族にとっても大きな朗報として迎えられた制度のはず。しかし介護療養病床に入院中の方々には医療は必要ない、施設や在宅で十分だという、現場を知らない

発想で突然に廃止が決定されてしまうこの恐ろしさ。

そして今、地域医療構想策定へと舵取りがなされている。この構想は医療計画との整合性が求められる。それら策定された医療計画は、高齢社会に幸せをもたらしてくれるのか。

なんともやりきれない気持ちで筆者はこの構想策定WGの一員として加わっている。時代は在宅の方向に誘導されているが、崩壊した地方・地域社会にその制度を根付かせるのは現実離れ

の感が強く、不可能に思われてくる。

自宅(在宅)死亡がもてはやされる今日、首都圏・関西圏の大都市では増加し、その他の地域では減少していると報じられているが、その実態は孤独死の急増によるものという惨状である。

地域の重要な社会的資本である医療を崩壊させないために、現状を無視した病床削減は絶対に避けなければならない。超高齢化社会へ向けてのよりよい医療提供体制の構築は、言うは易く行うは難しで、頭が痛い。(田中誠)

主張

新たな専門医制度を考える

我が国の新たな専門医制度の開始に当たり、最終局面で議論が沸騰し、見直しを求める声が出てきている。そこで私見を述べてみたい。

欧米においては医学部卒業後、自分の能力を信じ高みを目指す者は、専門医となる過程を選択してきた歴史があった。ここにきて、専門医と同等の明確な研修プログラムを設定し、従来の専門医に欠けるものを補填する、並列な関係として一般医の育成が各国で始まっている。

国によっては研修を担保された一般医が、ゲートキーパーとしての役割も担うという住み分けがされている。一方、日本では全員が何らかの専門医を目指すことを前提とした制度になっていることが、私にとって一番不思議なことである。全員専門医化が、制度上もともと見直すべき点であることを前提として、意見を述べる。

まず、現在の医学生の40%近くを占める女性たちに対する制度の柔軟性が欠

けている。多くの女性医師には、この専門医資格取得と結婚・出産・子育てという人生における極めて重大な役割と、時間的に競合せざるを得ない状況を強いている。何事も当初より完成品は存在しないことは自明の理であるが、専門医取得に当たり、制度上の窮屈さは明らかである。

また外科専門医として活躍してきた医師が外科医を断念するような事態になった場合など、一人の医師が複数の診療科に従事する事態が想定されてない。我々の時代よりも、現在の専門医試験ははるかに難しくなっている。この意味で、医師全員を専門医化すると医療レベ

ルは確保されるかもしれないが、一方卒業後5年という年限も短すぎないかという不安も残る。

また現在の医学生は医学部合格のために単一的な人生を過ごし、卒業後も専門医取得のために知識の習得に追われているのが実情である。このような知識や技術中心だけの人生を過ごすことで、患者から信頼される医師になれるとは考え難い。医師養成にはもっと人格形成の視点が重要だと思われる。真の名医を育てるためには、医学知識と技術を要求するばかりでなく、一般教養も含めて、大らかさと暖かさも醸成される制度設計をお願いしたい。(川島周)

高額薬剤の薬効 保険適用の際に制限も検討

中医協 薬価収載の取扱い今後議論へ

中医協は4月13日の総会(田辺国昭会長)で、7成分12品目の新薬の薬価収載を承認したが、高額薬剤に対する薬価算定の方法や保険適用の範囲を改めて議論すべきとの意見が委員から相次いだ。このため、薬事承認で認めた薬効について保険適用の際に一部制限することを含め、厚労省が課題を整理することになった。

議論になった新薬は、高脂血症用剤のレパルサ皮下注(アマテラス・アムジェン・バイオファーマ)。成分はエボロクマブ(遺伝子組換え)。算定薬価は2万2,948円で、ピーク時販売金額は492億円、予測投与患者数は6.9万人。効能・効果は「家族性コレステロール血症」だが、一定の条件をつけた上で、「高コレステロール血症」まで適応が広がった。

これに対し診療側の委員が、一定の条件のチェックが難しく、投与患者数が予測よりも増加することを懸念。患者数が増えれば売上額が増加し、医療保険財政に与える影響が大きい。売上額が予想を超えて増加した場合に、迅速に薬価を引き下げる仕組みが必要との意見が出た。

他の診療側委員からも、財務省の財政制度等審議会が高額薬剤の議論を行い、「抗がん剤のオブジーボの費用が年間1兆7,500万円に及ぶ」とされたことを引き合いに、中医協としての議論が必要との意見が出た。現状でオブジーボの費用はそこまでではないが、今後、効能・効果が追加されていけば、投与患者が増える。薬事承認された効能・効果を医療保険ですべて認めるのではなく、一部制限する必要があると問題提起した。

また、4月から始まった患者申出療

養では、適用外の薬剤を保険外併用療養費で受けられる。混合診療が実質的に拡大する可能性があり、高額薬剤について、◇抗がん剤のように延命効果を高めるもの◇生活習慣病薬のように継続的な服薬が必要なもの◇C型肝炎治療薬のように治療が見込めるもの—に分けて議論すべきとの声もあった。

●DPC制度見直しに説明求める

厚労省は同日の中医協総会に、2016年度診療報酬改定のDPC制度の対応結果を報告した。大学病院本院である基礎係数のI群(係数:1.1354)は東北医科薬科大学に医学部が新設されたことで、81病院になった。I群に準じるII群(同1.0646)は新たな実績要件により99病院から140病院に増えた。それ以外のIII群(同1.0296)は1,446病院で、合計1,667病院となっている。

全日病副会長の猪口雄二委員はDPC制度の改定について、「より複雑になり、DPC制度がブラックボックス化している」と述べた上で、3点を質問。①改定率がDPC制度見直しの各項目にどう反映しているか②暫定調整係数の置き換えがさらに進んだが、基礎係数や機能評価係数IIにどう反映しているか③重症度係数の考え方——の説明を求めた。

厚労省は、①に関し「包括範囲では例えば、基礎的な処置や検査、医薬品などについて、改定の影響を反映させた」、②③に関し「(暫定調整係数を機能評価係数IIなどに置き換える中で)暫定調整係数が表現するものは何かを考えた場合に、診断群分類だけでは表現しきれない患者の重症度を評価した」と回答。その上で、DPC評価分科会で詳細に説明するとした。



●薬価調査等の実施は6月頃に決定

中医協総会は同日、消費税を10%に引き上げる場合の医療機関の控除対象外消費税への対応を議論。「医療機関等における消費税負担に関する分科会」の報告を受けた上で、今後の進め方を概ね了承した。薬価調査等は、実施するかどうかを6月頃までに総会が決定。医療経済実態調査は実施しない。「医療機関等の設備投資に関する調査」は、分科会で引き続き議論する。

分科会では、薬価調査と特定保険医療材料価格調査の実施に賛否両論があった。このため総会では、業界などからのヒアリングを実施した上で、6月頃に結論を出す方針だ。政府が消費税引き上げの再延期を検討していることをふまえ、状況を見極める。

●過去の上乗せ分の扱いを明確に

なお、控除対象外消費税では、過去に診療報酬に上乗せした点数がその後の改定で扱いが不明瞭になっていることが問題になっている。下表は、3月30日の消費税分科会で提出された資料。

2014年4月に消費税が8%に上がった際に、診療報酬改定で基本診療料を中心に点数を上乗せした。しかし2016

年度改定を経て、その扱いが早くも見えづらくなっている。

「2」の歯科訪問診療料は2014年度改定で3点上乗せして143点になり、2016年度改定では120点となった。すると、120点のうち、3点分は上乗せ分を除いた117点が本来の点数なのか、本来123点に上げるべき点数が120点にとどまっているのか、疑問が生じる。「1」「3」は、さらに複雑だ。

全日病は、上乗せした項目が2016年度改定でどう変化したかをすべて明らかにするよう厚労省に求めており、近く中医協に提出される予定だ。

●選定療養を整理・明確化し通知改正

中医協総会は同日、選定療養に関する告示・通知改正案を了承した。選定療養の類型を整理するとともに、内容の明確化を行った。「ノロウイルスの検査等」を選定療養に加えるとの1月29日の提案は見送った。

例えば、「特別の療養環境」(差額ベッド)では、泊まらなくても透析患者などに個室を長時間提供する場合に、特別の料金を徴収できることを明確化した。回数制限を超える腫瘍マーカーは特異度が高いものを追加した。

介護人材の絶対的不足に対応

ベトナム看護師の受け入れについて アンケートに協力を!

2025年には30~40万人の介護人材が不足すると予測されているが、全日病の国際交流委員会(山本登委員長)は将来の人材不足を補うため、外国人技能実習制度に基づくベトナム看護師を介護人材として受け入れる新たなシステムを検討している。同委員会では、事業の具体化に向けて会員を対象に、近くアンケート調査を実施する意向。全日病が外国人技能実習制度の受け入れ機関となることについて意見をきくほか、外国人介護人材の受け入れ人数や費用に関して、会員病院の意向を伺う。全日病の事業として実施するためにも、アンケートに多数の回答が必要であり、同委員会は、会員病院の協力を求めている。

外国人技能実習制度は、開発途上国の労働者が日本に一定期間滞在し、日本の産業の技能・知識を習得してもらうもの。現在、改正法案が国会

に提出されており、成立すれば年内に施行される見通しだ。劣悪な環境で働く技能実習生を保護することが主な目的で、監理団体を許可制にし、外国人技能実習機構を設立。人権侵害に対する禁止規定や罰則を設ける。あわせて対象に「介護領域」を加え、「3~5年への技能実習期間の延長を図る」としている。

全日病は新制度の監理団体となることを検討している。具体的には、ベトナム政府が認めた人材送り出し機関と全日病が事業協力の契約を締結する。人材送り出し機関に日本語教師を派遣し、約1年間の教育で日本語検定N3(コンビニ接客ができる程度)に合格した学生に訪日してもらう。ベトナムでの日本語教育の費用は、受益者負担が原則。技能実習生が日本の施設で働くようになれば、給与に上乗せする形で、還元する方法を検討する。

●消費税率8%への引き上げに伴う改定項目に対する平成28年度診療報酬改定(例)

1. 項目の統合や細分化

【例:在宅患者訪問診療料】

現行	改定後	平成26年度改定
【在宅患者訪問診療料】	【在宅患者訪問診療料】	イ、ロ共に3点の上乗せを行っている
2 同一建物居住者の場合	2 同一建物居住者の場合	
イ 特定施設等に入居する者の場合	203点 (削除)	
	103点 (削除)	
ロ イ以外の場合		

2. 当該項目の診療報酬点数の見直し

【例:歯科訪問診療料】

現行	改定後	平成26年度改定
【歯科訪問診療料(1日につき)】	【歯科訪問診療料(1日につき)】	歯科訪問診療3には、3点の上乗せを行っている
3 歯科訪問診療3	143点	120点

3. 新設項目(基本診療料の包括化等)

【例:かかりつけ薬剤師包括管理料】

新設項目	参考
かかりつけ薬剤師包括管理料 270点	かかりつけ薬剤師包括管理料は、調剤基本料(平成26年度改定において1点上乗せ)を包括した評価項目として新設

医療法改正の施行日決まる ガバナンス規定は9月、会計基準の適用は来年4月

昨年9月に成立・公布された医療法の一部改正法のうち、医療法人の経営の透明性の確保およびガバナンスの強化に関する規定の施行日がこのほど公布された政令により決まった。ガバナンスについては法律の公布から1年以内とされていたが、3月25日の政令により本年9月1日から施行されることになった(政令第81号)。また、経営の透明性に関する規定は公布から2年以内とされていたが、2017年4月2日の施行となった。4月2日以降開始事業年度から、負債額50億円以上または収益額70億円以上の医療法人は、会計基準の適用と外部監査が義務付けられる。

昨年の医療法改正は、医療法人のガバナンスを強化するため、一般社団法人などと同様に理事長および理事の忠実義務や任務懈怠時の損害賠償等に関する規定を定めた。3月25日に公布された政省令によって、社員総会や理事会など医療法人の機関に関する規定を整備するとともに、医療法人の定款例および寄附行為例、関係通知が改正された。

社団たる医療法人は、社員総会、理事、理事会および監事を置かなければならないとしたほか、理事会の職務、招集・開催、決議、議事録等についての規定を定めた。理事長および理事は、医療法人のために忠実にその職務を行わなければならないとし、医療法人に損害が生じた場合に、理事がその任務を怠ったときには損害賠償責任を負うとしている。

また、理事長は医療法人の業務を執行し、自らの職務の執行状況について、年に2回以上、理事会に報告しなければならないこととされた。

改正法の施行に伴い、9月1日以降

に設立認可の申請をする法人は、改正後の定款例および寄附行為例によることとしている。また、施行日において存在する医療法人は、定款および寄附行為において理事会に関する規定を置いていない場合、施行から2年以内に定款および寄附行為の変更の認可申請をしなければならない。ただし、変更前の定款例および寄附行為例に做った規定がある場合はこの限りではない。

医療法人に外部監査を義務付ける

経営の透明性確保に関する規定は2017年4月2日から施行されることになった。これに伴い、医療法人会計基準が20日の官報で公布された(厚生労働省令第95号)。負債額の合計が50億円以上、または収益額の合計が70億円以上の医療法人は、医療法人会計基準に基づいて、貸借対照表および損益計算書を作成するとともに、公認会計士等による外部監査が義務付けられることになった。また、官報または日刊新聞、インターネットを用いて、貸借対照表等を公告しなければならないとしている。社会医療法人については、別途規定がある。

医療法人会計基準は、四病院団体協議会が2014年2月にまとめた会計基準を参考に制定された。会計基準は、①総則、②貸借対照表、③損益計算書、④補則で構成され、総則においては、医療法第51条に規定する医療法人は省令の定めるところにより、貸借対照表および損益計算書を作成しなければならないとした上で、◇財政状態および損益の状況について真実な内容を明瞭に記載する、◇すべての取引について正規の簿記の原則によって正確な会計帳簿を作成するなどの会計の原則を示している。

ITツールを活用して 病院防災訓練を実施

全日病の救急・防災委員会(加納繁照委員長)は2月20日、2015年度の合同総合防災訓練を実施した。

医療法人伯鳳会グループの明石リハビリテーション病院およびその関連施設(兵庫県)を被災現場に想定。同グループの赤穂中央病院(兵庫県)と白鬚橋病院(東京都)に加え、グループ外から加納総合病院(大阪府)や明石市消防本部が参加した。

大阪湾を震源とする震度6強の地震が発生し、デイサービスセンター「二見の家」が倒壊して傷病者が多数発生した想定。消防通報を受けて救出活動を実施するとともに、全日病のAMATを派遣して消防隊と協力してトリアージ、処置、搬送活動を行う訓練を実施した。

当日の訓練では、明石リハビリテーション病院の災害対策本部長(古城理事長)から全日病の災害対策本部長(西澤会長)へ支援を要請。全日病災害対策本部長が被災地の幹事指定病院

(赤穂中央病院)へAMAT活動拠点本部の設置を指示し、他の指定病院にAMATの支援を要請した。

赤穂中央病院のAMAT活動拠点本部は、赤石リハビリテーション病院に現地活動拠点を設置し、参集先として指定。参集したAMAT隊が、小雨の中で本部の下命を受けてそれぞれの業務に従事した。

今回の災害訓練は、ITツールを活用したのが特徴。各AMATがタブレット端末(iPad)を携帯し、ビデオ会議や各種ツールを活用して災害対策本部ならびにAMAT間の情報伝達・情報共有をリアルタイムに行った。

AMATは、出発前にポケットwifiにiPadをつないでオンラインの状態に。位置情報をトラッキングするツール(iField)により、災害対策本部が各AMATの所在地を確認したほか、移動中もビデオ会議で情報を共有した。ビデオ会議には、GoogleのGメールやハンガアウトを利用した。



日本医師会*医療政策会議

医療の「パラダイムシフト」について報告書

日本医師会は6日、医療政策会議(田中滋議長)の報告書「高齢社会における経済的・文化的・医学的パラダイムシフト」を発表した。

報告書は、第1章「パラダイムシフトほど大層な話ではないが切り替えた方が望ましい観点」(権丈善一委員著)、第2章「超高齢社会における地域の力ー地域包括ケア構築にあたって」(田中議長著)、第3章「高齢社会における保険医療分野の3つのパラダイムシフト論の真贋の検討」(二木立委員著)、第4章「高齢社会に求められる地域医療介護サービスのあり方」(松田晋哉委員著)で構成されている。

第2章では、2025年から40年の「超高齢社会の第1のピーク」を乗り越えるために

考案された地域包括ケアシステム論が解説され、「自助・互助・共助・公助」の組み合わせの意義が説明されている。

第4章では、地域包括ケア体制の構築に向けて対処すべき課題は、地域による違いが著しいことを示し、地域ごとに課題を分析する必要性を強調している。地域包括ケア実現において医療機関が果たす役割の重要性も指摘した。

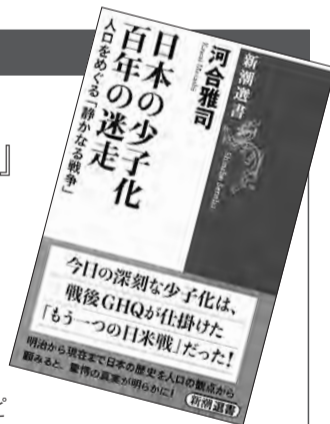


一冊の本 book review

『日本の少子化 百年の迷走 一人口をめぐる「静かなる戦争」』

著者●河合 雅司
発行●新潮社 定価●1,512円(税込)

戦後のベビーブームがわずか3年で終わったことに疑問をもったことはないだろうか。その背景にはもう一つの戦争、「人口戦」の敗北があった。産児制限の導入とその後の無策が、我が国の人口ピラミッドをいびつなものにしたのである。出生率低下・高齢者増加・生産年齢人口減少という3つの同時進行する課題をいかに解決するか。筆者は価値観のパラダイムシフトが必要だと説く。医療関係者すべてにお勧めしたい一冊である。(安)



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

厚労省が医療介護連携推進に保健所の関与を提案

介護保険部会 入退院時の広域連携体制や連携推進の人材など議論

社会保障審議会介護保険部会(遠藤久夫部会長)は3月25日、2018年度から始まる介護保険事業計画をめぐって議論した。厚労省は、「医療計画と介護保険事業計画において医療介護の連携を強化するために必要な視点」について問題提起し、議論を求めた。

同部会は2025年に向けた地域包括ケア体制の構築と持続可能な介護保険制度を目指し、2017年に必要な制度改正を行うための議論を2月に開始し、年内のとりまとめを見込んでいる。

医療介護の連携推進は地域包括ケア体制構築の中心的課題となっている。医療介護総合確保方針では、2018年度から始まる地域医療計画と介護保険事業(支援)計画は同方針をふまえ、整合性を確保することを求めている上に、新規計画に医療介護の連携推進の施策をどう盛り込むかが課題となっている。

説明に当たった老健局の佐原康之老人保健課長は、医療介護連携推進の課題として、①在宅医療・介護連携推進事業の実施主体がノウハウの乏しい市町村に移したため、円滑に進めるために国と都道府県(保健所)の役割を明確にする、②市町村単位を超える入退院時の医療介護連携を進める上で都道府県(保健所)と医療・介護各機関の役割を明確にする、③そうした連携を支援していくために医療計画と整

合性を確保した介護保険事業(支援)計画を策定する、④在宅医療・介護連携推進事業に関わる人材育成と調査研究を確保する——の4点をあげ、これらを論点として議論を進めるよう提案した。

このうち①と②では、地域保健活動を担っているものの、1994年の地域保健法施行後統廃合や人員減少が進んでいる保健所を、ノウハウの提供や関係機関・団体との連携仲介など市町村に対する支援機関にしていくことを提案している。

また、②の入退院時における医療介護連携については、対象患者が広域にわたることから、複数市町村にまたがる広域的な連携体制を構築する必要性を指摘している。

入退院時に病院職員と介護が連携を

入退院時の医療介護連携に関して、厚労省は、2014年介護報酬改定検証調査の結果から、①居宅介護支援事業所の利用者の約4割が医療機関から介護支援専門員に連絡がないまま退院していること、②入院時に介護支援専門員から医療機関に在宅生活状況等の情報提供が行われていないケースが一定程度みられることを指摘し、病院等の職員と介護支援専門員の連携を促進する取り組みが欠かせないと指摘した。



地域支援事業の柱の一つとして、市区町村が2015年度から取り組んでいる在宅医療・介護連携推進事業に保健所を関与させるという厚労省の考え方に対し、医師会の委員が「保健所にそれだけの機能があるか」と疑問視した。

市町村は、在宅医療・介護連携推進事業の実施を地区医師会等に委託できることをふまえ、「医療と介護の関係者からなる協議の場を設置して相互に両計画の整合性を図っていくべきではないか。それには郡市医師会が中心になるべきだ」と主張した。

この意見に病院団体の委員が同調し、「医療と介護の連携には後方病床が欠かせない。そのためには地域に密着した病院を医療介護連携に参加させ、医師会主導で後方病床の確保を進めるべきである」とする見解を述べた。

また、入退院の調整に関与すべきとされた介護支援専門員に触れ、「医療に対するケアマネの知識不足を補うた

めに、市町村の広域な連携体制を組んで、医師会主導で研修を行ってはどうか」と提唱した。

これらの意見に対して、他の委員からは、「国と都道府県(保健所)の役割を介護保険法に明記する」など、法的な裏づけをもって市町村に対する支援を行っていくべきとの意見が出た。

入退院時の連携に関して、佐原課長は「入退院の調整はケアマネが担うのが原則」との認識を示す一方、医療介護連携担当の吉田学審議官は、今回改定で新設された退院支援加算1を取り上げて「連携評価の要件に地域との協議を盛り込んで増点した」と指摘した。

連携のキーパーソンとしてMSWなどの病院に常駐するスタッフをあげる声があったほか、「ケアマネ以外の介護職員も場面に応じて関与できるようにすべき」との意見も出るなど、介護支援専門員だけでなく幅広い職種の活用を求める声が少なくなかった。

介護給付費分科会

医療区分1で「自宅」が最適な割合はわずか2割強

厚労省は、3月30日に開催された社会保障審議会介護給付費分科会(田中滋分科会長)に、2015年度介護報酬改定の効果検証調査(2015年度調査)結果の概要、および2015年度介護従事者処遇状況等調査の結果を報告した。

2015年度介護報酬改定の効果検証調査(2015年度調査)は、①看護小規模多機能型居宅介護②中山間地域等におけるサービス③リハビリテーションと機能訓練④介護保険施設等における利用者の医療ニーズへの対応⑤居宅介護支援事業所および専門員の業務の実態⑥認知症高齢者に対するサービス⑦介護保険サービスにおける質の評価、の7項目にわたって実施した。

調査結果から特徴的な傾向をみると、まず、リハビリと機能訓練における指示医と連携を保っている率は、通所リハは90.4%と高いが、通所介護は17.2%に過ぎないことがわかる。

利用開始時に比べて障害高齢者の日常生活自立度が「向上」した利用者の割合は、通所リハの26.6%に対して通所介護は12.4%にとどまっている。

これを、ケアプランにおける目標設定の内容で比較すると、「心身機能の向上」は通所リハの51.6%に対して通所介護は32.7%と低いが、「社会参加支援」は前者の26.0%に対して後者は18.7%、「介護負担軽減」は22.1%と18.1%となり、心身機能の向上以外は大きな差はない。

また、ADLのアセスメントで評価指標を用いている割合は、通所リハの利用者は76.7%に達しているのに対して通所介護は27.3%と低いなど、リハビリと機能訓練の間の機能分化が明確になっている。

医療療養病床と介護保険3施設における医療ニーズへの対応に関連して、入院・入所者の要介護度をみると、介

護療養型は要介護4・5の者が約8~9割と他の施設類型に比べてかなり高い割合を示した。

一方、介護療養型の医療区分1の者の割合は5割を超えたが、うち約8割を要介護4・5の者が占めた。医療療養病床では医療区分1の入所者のうち、「自宅」が最も適切な生活・療養の場所である者の割合は23.6%であった。

介護支援に関する調査における医療機関等との連携状況については、退院時カンファレンスに病院の医師が参加する割合は56.4%であったが、在宅支援側の医師が参加する割合は11.0%にとどまった。

また、特定事業所加算取得事業所における「入院者数に占める情報提供を行った人数」と「退院者数に占める面談を行った人数」の割合はそれぞれ約65%だった。

訪問看護師との連携についてみると、

「ケアプランの作成・変更に当たり意見を求めている」割合は、経験年数1年未満で68.6%、経験年数5年以上で86.5%など、全般にケアマネジャーの経験年数による差がみられた。

このほか、ケアマネが抱える勤務上の悩みでは、「自分の能力や資質に不安がある」が約40%、「賃金が低い」が約30%と他の項目よりも高い結果となった。

調査結果について、「自分の能力に不安をもつケアマネが40%もいるのは問題ではないか。研修不足なのか、医療ニーズの高まりに対応できていないのか、詳しく調べるべき」とする意見があった。

通所リハと通所介護における成果等の差が明確になったことについて、委員からは「機能分化を促す方向で臨んだ2015年度介護報酬改定の効果が出てきた」との意見があった。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> メディカル クラーク®

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

医事業務管理技能認定試験

<称号> 医事業務管理士®

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

医師事務作業補助技能認定試験

<称号> ドクターズクラーク®

【主催】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 日本医療教育財団
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 7,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- <実技I> 患者接遇
- <学 科> 医療事務知識
- <実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 8,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- <実技I> 患者接遇・院内コミュニケーション
- <学 科> 医事業務管理知識
- <実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 9,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- <学 科> 医師事務作業補助基礎知識
- <実 技> 医療文書作成

●試験の詳細な資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

一般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923
TEL 03(3294)6624 <http://www.jme.or.jp>

データ分析を通じ医療機関の質を評価

社会保障WG 医療専門職の「気づき」を促す仕組みを検討

内閣府は4月8日の経済財政諮問会議の社会保障ワーキング・グループ(主査=榊原定征・東レ株式会社相談役最高顧問)に、経済・財政再生計画に沿った当面の取り組みを示した。医療費適正化計画や地域医療構想などの施策とあわせ、データ分析を通じて医療機関の質を評価し、医療専門職に「気づき」を促す仕組みを今後検討すると明記している。

財政健全化に向け政府は社会保障関係費の伸びの抑制を目指しているが、小泉純一郎政権時のように政府予算に上限を設け、機械的に削減する手法は採用していない。医療費の増加要因や地域差の「見える化」を通じ、効率化を促すことで、結果的に費用を抑制する手法を重視する方向に転換した。

すでに政府は骨太方針2015に盛り込んだ経済・財政再生計画の改革工程表

を作成し、社会保障分野では72項目について、目標達成のプロセスを定量的に評価するKPIの指標を示している。現在、さらに具体化を進めている段階だ。

今回内閣府は、医療費の「見える化」のさらなる推進とワイズ・スペンディング(賢い支出)を進めるための考え方を示した。近く正式にまとめた上で、閣議決定する骨太方針2016に盛り込む。

医療費の「見える化」に関しては、1日当たり医療費の増加を抑えることが一つの論点となっている。医療費増の3要素◇受診率◇1件当たり日数◇1日当たり医療費のうち、受診率と1件当たり日数は近年減少傾向にあるのに対し、1日当たり医療費は増加しているためだ。3要素を都道府県別に分析し、医療費増の「見える化」をさら

に進める。

政府は都道府県別の年齢調整後の医療費の地域差を是正し、医療費の伸びを抑えることを目指している。現状で、高齢者の医療費が地域差に大きく寄与していることや、「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」「神経系の疾患」で地域差が大きいことがわかっている。「見える化」の結果、判明した状況を変える手段としては、医療費適正化計画や地域医療構想、「療養病床のあり方の検討」をあげている。特に、医療費適正化計画は医療費の水準を目標に置き、医療提供体制に適正化を促すものとなっている。

医療費適正化計画では、後発医薬品の使用割合などの全体の目標を達成した場合の効果を見込んだ上で、さらに残る地域差の縮減を目標とする。在院日数短縮の目標は放棄したものの、適

正化計画に、外来医療費の「初再診・検査等」の地域差の是正を織り込んだ医療費の算定式を設定。夏頃に適正化計画を改定するとしている。

地域医療構想と「療養病床のあり方の検討」に関しては、直接的に医療費抑制につながる具体策の明示は避けた。ただし地域医療構想による病床機能の分化・連携の成果は、医療費適正化計画に反映させるとしている。

さらに、「医療専門職の『気づき』に基づく取り組み」を加えた。国が地域差に関するデータセットを都道府県に提供し、地域での関係者の議論を進める材料とする。具体的には、「重複受診・重複投与・重複検査等」の地域差を分析し、医療機関の質を評価する。それを医療専門職が知り、その先の行動変容を促す仕組みを検討するとしている。

医療・介護分野の今後の改革項目を議論

財政審 オプジーボで1兆7,500万円の費用を予測

財務省の財政制度等審議会・財政制度分科会(分科会長=吉川洋・立正大学経済学部教授)は4月4日、骨太方針2015に盛り込まれた経済・財政再生計画の医療・介護分野の改革項目を議論した。また、日本赤十字社医療センターの國頭英夫・化学療法科部長が、がんの最新治療と医療費との関係性を説明。抗がん剤など高額薬剤に対する費用対効果評価の必要性を主張した。

財務省は今後の改革項目として、◇療養病床の適正化◇入院時の光熱水費の自己負担化◇外来受診時定額負担の導入◇診療報酬の都道府県の特例措置

◇高額療養費の外来上限や高齢者の負担上限見直し◇市販類似薬の保険外し◇後期高齢者の窓口負担引き上げ◇介護保険の利用者負担引き上げ◇介護納付金の総報酬割への移行——を列挙。様々な給付費抑制策が、今後の議論の俎上に上がることを示した。

委員からは「世代間格差是正に向けた給付と負担の見直しをさらに進める必要がある」、「湿布薬のような市販類似薬は、自分で買えばよいのでは」、「医療保険財政が厳しいことを現場の医師に理解してもらわなければならない」、「風邪や指を切った場合などの医療費

は自己負担にすべき」などの意見が出たという。

一方、國頭部長は、画期的な新薬が登場する一方で、薬剤が高額化する状況を説明した。例えば、肺がんの免疫療法で用いる小野薬品工業のオプジーボ(ニボルマブ)は、仮に5万人が1年間使った場合、その費用は1兆7,500万円にまで膨らむ。医療保険制度を今後とも持続可能とするためには、費用対効果評価を考慮する必要があると主張した。

國頭部長の説明を受け、分科会委員から、今後の高額薬剤の医療保険上の

取扱いに方向性を与えるような意見は出なかった。

吉川分科会長は終了後の会見で、問題意識を共有したものの、「第一義的には専門的な知識をもった医師が判断すること」と述べ、個別の薬剤の使用に関し、意見を述べることは避けた。

その上で、医師に対して「問題の所在を認識してもらい、リーダーシップを発揮してほしい」と期待を示した。また、委員からは、高額薬剤を使用する場合のガイドラインの整備を求める意見があったという。

2016年度 第1回常任理事会の抄録 4月16日

【主な協議事項】

●2015年度事業報告書

2015年度事業報告書案を承認した。

●2015年度事業実績報告書

2015年度事業実績報告書案を承認した。

●入会員の承認(敬称略・順不同)

正会員として以下の入会を承認した。

北海道 札幌ひばりが丘病院

理事長 高橋大賀

北海道 記念塔病院

理事長 三井慎也

北海道 北海道中央病院

理事長 大西道祥

埼玉県 上福岡総合病院

理事長 井上達夫

千葉県 辻仲病院柏の葉

院長 浜畑幸弘

千葉県 津田沼中央総合病院

理事長 中村康彦

東京都 西東京中央総合病院

理事長 中村毅

愛知県 あま市民病院

院長 赤毛義実

愛知県 やまぐち病院

理事長 浅井敬子

愛知県 あさい病院

理事長 浅井敬子

大阪府 北野病院 理事長 藤井信吾

兵庫県 翠鳳第一病院

理事長 美摩武臣

兵庫県 はくほう会セントラル病院

理事長 古城資久

岡山県 中島病院 理事長 中島壮太

高知県 朝倉病院 理事長 田辺裕久

佐賀県 西田病院 院長 西田博

佐賀県 前田病院 理事長 前田利朗

熊本県 弓削病院 院長 相澤明憲

大分県 別府リハビリテーションセン

ター 院長 青野只明

入会が19会員、退会が4会員、会員変更に伴う入退会2会員で、合計2,467会員となった。

●倫理審査委員会委員長及び委員の選任、並びに、利益相反管理委員会の委員の追加について

倫理審査委員会委員長及び委員の選任、並びに、利益相反管理委員会の委員の追加を承認した。

●第4回定時総会等について

第4回定時総会等のスケジュール等が承認された。

●岡山県支部事務局の変更について

岡山県支部事務局の移転変更及び岡山県支部事務局の業務委託覚書の変更が承認された。

●岡山県支部事務局の業務委託覚書の変更について

岡山県支部事務局の移転変更及び岡山県支部事務局の業務委託覚書の変更が承認された。

●人間ドック実施指定施設の申請

人間ドック実施指定施設として、申請のあった以下の施設を承認した。

□日帰り人間ドック

神奈川県 横浜東口クリニック

東京都 桜十字赤坂健診クリニック

東京都 飯野病院

日帰り人間ドック実施指定施設は合計472施設となった。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会総会」、「医療機関等における消費税負担に関する分科会」、「専門医養成の在り方に関する専門委員会」、「医療従事者の需給に関する検討会医療需給分科会」、「社会保障審議会医療部会」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」の報告があり、質疑が行われた。

●講習会、研修会について

「2016年度第1回業務フロー図作成講習会」、「2016年度第1回「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会」、「2016年度 医療安全管理者養成課程講習会」、「2016年度第15回病院事務長研修コース」、「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」、

「2016年度第1回災害時の病院管理者等の役割研修」、「2016年度第1回AMAT隊員養成研修(東京会場)」、「2016年度 特定保健指導実施者育成研修(基礎編・技術編)」の概要が報告された。

●病院機能評価の審査結果について

□主機能(3rdG:Ver.1.0以降 順不同)

3月4日付けで以下の18病院が、日本医療機能評価機構による病院機能評価に認定・更新されたと報告された。

◎一般病院1

群馬県 須藤病院 更新

長崎県 柴田長庚堂病院 更新

長崎県 井上病院 更新

大分県 高田中央病院 更新

◎一般病院2

北海道 帯広第一病院 新規

静岡県 中東遠総合医療センター 新規

福島県 太田熱海病院 更新

茨城県 小山記念病院 更新

神奈川県 藤沢湘南台病院 更新

静岡県 富士宮市立病院 更新

愛知県 名古屋液済会病院 更新

京都府 武田病院 更新

大阪府 大阪府済生会吹田病院 更新

奈良県 総合病院高の原中央病院 更新

◎リハビリテーション病院

岡山県 岡山光南病院 更新

◎慢性期病院

埼玉県 大宮共立病院 更新

長崎県 千住病院 更新

◎精神科病院

北海道 さっぽろ香雪病院 更新

3月4日現在の認定病院数は合計2,228病院。全日病会員数のうち、認定病院数の占める割合は42.0%となっている。



2016年度診療報酬改定 全日病改定説明会 Q&A抄録

病棟群を利用しても、10対1から7対1へ戻すことが可能

全日病は4月8日、診療報酬改定説明会質疑応答集を公表した。3月14日に開催した診療報酬改定説明会で出された質問について、厚労省保険局医療課に確認した結果をまとめたもの。抄録を掲載する。

病棟群について

Q1 病棟群制度を利用し必要な要件を満たした場合は、10対1入院基本料へ変更した病棟を7対1入院基本料へ戻すことは可能か。

A 可能である。ただし、病棟群制度の利用は1回のみであることにご留意頂きたい。

重症度、医療・看護必要度について

Q2 2016年3月31日現在で、現に7対1入院基本料の施設基準である1割5分を満たしていれば、2016年4月1日以降、2016年9月30日までの間は、1割5分を満たさなくても、施設基準を満たしているものとしてよいか。

A そのとおり。

Q3 病院車両を用いて救急搬送した場合はA項目の該当とならないが、東京都(八王子市、葛飾区等)のように自治体事業で病院救急車を使用する制度ができていない地域の場合も該当とな

らないのか。

A 該当とならない。市町村または都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る。

Q4 7対1入院基本料を算定するものとして届け出た病棟に、地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている場合は、それぞれの病室において入院する患者を対象として割合を算出することよいか。

A そのとおり。

療養病棟入院基本料について

Q5 医療区分2・3の患者の割合または、看護職員25対1の配置基準を満たさなくなった場合でも、2018年3月末までの間は、所定点数の95/100で算定できるとあるが、同入院基本料を複数有する医療機関の場合、病棟ごとに適用されると理解してよいか。

A 療養病棟入院基本料2を算定する病棟全体に適用される。

Q6 2016年3月31日現在で、過去6か月以上療養病棟入院基本料1を算定

している病棟が、2016年4月1日付けで療養病棟入院基本料2の届出を行った場合は、医療区分2・3の患者の割合または、看護職員25対1の配置基準を満たさなくなった場合でも、2018年3月末までの間は、所定点数の95/100で算定できるのか。

A 看護職員の配置が30対1以上であれば医療区分2・3の患者割合の基準を満たさない場合であっても所定点数の95/100を算定できる。

看護職員夜間配置加算について

Q7 最少必要数を超えた3人以上とあるが、救急外来などにより、病棟に看護職員等が一時的に2人になる時間

が存在する場合でも算定可能か。

A 算定不可。

夜勤看護体制について

Q8 各部署の業務量を把握し、調整するシステムとあるが、具体的にはどのようなことを指すのか。

A 例えば、「重症度、医療・看護必要度」を活用して各病棟の業務量を一括で把握し、業務量に応じて一時的に病棟を越えての応援に行くなどが考え

られる(例:手厚い配置をしている病棟で、患者が少ない日や重症度の低い患者が多い日や期間に、その病棟から手術件数の多いなど必要度の高い病棟に夜勤時間帯だけ看護師を手伝いに行かせる)。

退院支援加算1について

Q9 退院調整部門に専従配置された社会福祉士を、病棟の退院支援員として専任で配置してよいか。

A 不可。

Q10 病棟で勤務している看護職員を専任で退院調整部門に配置している場合、当該看護師を病棟の退院支援員として専任で配置してよいか。

A 不可。

Q11 連携先と年3回以上、面会により情報共有を行うこととあるが、20の医療機関等を連携先とする場合、すべての機関と個別に情報共有をする場

合は合計60回以上、面会の場合を設ける必要があるのか。

A そのとおり。

Q12 入院後7日以内に面談等をするがあるが、患者の状態が悪くまた、家族等とも面会できない場合は算定できないのか。

A 原則として7日以内に患者・家族との話し合いを行うことが必要だが、やむを得ない理由のあるごく一部の場合同規定にある常勤扱いとみなしてよいか。

常勤配置の取扱いの明確化について

Q13 複数人の非常勤勤務者の合計が1を越える場合、常勤者が1名配置されていると解釈してよいか。

A よい。

Q14 育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとするとあるが、同法に定める努力義

務を、医療機関が努力して就業規則に定めている場合は、就学までの期間も同規定にある常勤扱いとみなしてよいか。

A よい。ただし、就業規則に定めていることが必要。

回復期リハ病棟について

Q15 過去6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者が10人未満の場合は除くとあるが、高次

脳機能障害の患者を除いた結果が10人未満となる場合も除くと考えてよいか。

A そのとおり。

総合入院体制加算について

Q16 外来を縮小する体制の確保において、診療情報提供料注7の加算を算定する患者等は、総退院患者数の4割以上である必要があるが、注7を算

定せずに新設された注15(電子的送受信)を算定した患者も含めて計算してもよいか。

A 新設された注15の加算は含まない。

精神疾患診療体制加算について

Q17 精神病床が50%未満とあるが、精神病床がない場合でも施設基準を満

たすこととなるのか。

A 満たす。

認知症ケア加算1について

Q18 医師が修了する研修とは、国、都道府県または医療団体等が主催する研修とあるが、具体的にどの研修が該当するのか。

A 2016年3月31日発出の疑義解釈

(その1)を参照してほしい。→「現時点では、都道府県および指定都市で実施する「認知症地域医療支援事業」に基づいた「認知症サポート医養成研修」である」。

退院後訪問指導料について

Q19 患者が入院していた病棟以外の病棟または外来等に従事する看護師等が訪問した場合でも、算定は可能か。

A 算定可(当該病棟の退院支援職員、退院調整部門の看護師等が想定される)。



あんしんとゆとりで仕事に専念

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

一般社団法人 全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒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

全日本病院協会 2016年度事業計画(要旨)

全日本病院協会の目的は、定款に規定されているように、「全国の病院の一致協力によって病院の向上発展とその使命遂行に必要な調査研究等の事業を行い、公衆衛生の向上、地域社会の健全な発展に寄与すること」である。その目的を実現するために、医療制度改革や医療環境の変化に対応し、病院経営の改善・向上や医療の質向上に関して公益法人として広く一般に開かれた事業活動を実施している。

2016年度は診療報酬改定が行われた。7対1入院基本料等の重症度、医療・看護必要度は大きく変更され、病棟群単位の届出が導入された。また、療養病棟入院基本料2の見直しは、今後の慢性期入院医療に大きく影響があろう。更に医療機能の分化・強化・チーム医療の推進、医療従事者の負担軽減、地域包括ケアシステム推進のための取組の強化等を目的とした改定が行われている。

他方、医療提供体制では、各都道府県で地域医療構想の策定が進められており、昨年施行された医療事故調査制度の見直し、医師をはじめとする医療従事者の需給問題の検討等、2016年度も様々な改革が予定されている。

更には、2017年4月に実施が予定されている消費税の再増税についても、2016年末までに医療における消費税のあり方を決断しなければならない。

このような厳しい環境の中ではあるが、全日病は日本の医療・介護現場を支える病院団体として、根拠(データ)に基づく提唱、発言、要望を続けていく。

2016年度事業として、種々の制度改革に対応するべく、医療事故調査制度、DPC制度、地域包括ケア病棟、療養病床制度、看護師特定行為等のセミナーを順次開催する。更に、多岐にわたる調査・研究及び提言・要望活動を実施するとともに、医療事故調査等支援団体としての活動や介護人材の受入・紹介事業の立上げ等の検討も行う。

教育・研修事業は、開設者・管理者、医療従事者、医療安全管理者、特定健診担当者、等を対象に30を超える研修会、セミナー等の開催を予定しており、また、病院管理士、病院看護管理士、保健指導士、メディカルクラーク、医事業務管理士、ドクターズクラーク等の資格認定事業も実施する。

現在、常設委員会は20、プロジェクト委員会は2設置されており、更に、全日病総研事業等多方面における事業が展開される。

2025年に向けて加速する超高齢・少子社会の中で、医療・介護はそのあり方が大きく変わろうとしている。

全日病は、会員及び各都道府県支部並びに国民の協力・支援のもと、様々な改革へ主体的に関わり、ともに、更に広範な公益活動に取り組むことにより、公益法人としての役割を果たす所存である。

I. 社会保障制度、医療制度その他病院に関する諸制度に関する調査研究及び提言並びに政府その他の関係機関関係団体との連絡協議

1. 調査・研究事業

- 1) 病院経営調査の実施
- 2) 2016年度診療報酬改定に関する調査の実施
- 3) 2016年度老人保健健康増進等事業の実施
- 4) 医療療養病床・介護療養病床に関する調査の実施
- 5) 医療事故に関する事例集等に関する検討
- 6) 医療従事者賃金実態調査の実施
- 7) 人間ドック実施状況調査の実施
- 8) ベトナム人介護人材の受給調査の実施
- 9) 全日病総研事業の実施
 - ・手術業務及び薬剤業務における多職種間の連携を担保する業務プロセスの再構築によるリスク軽減と評価方法の確立と質保証に基づく安全確保に関する研究の実施(質保証プロジェクト)
- 10) 厚生労働科学研究事業の実施及び研究支援
- 11) その他、本会として必要な調査・研究活動

2. 国民のための医療・介護にかかわる制度の構築と提言

- 1) 医療経営等に関する検討及び要望
- 2) 医療関連税制に関する検討及び要望
- 3) 2017年度税制改正要望書に関する検討
- 4) 2017年度政府予算等への要望に関する検討
- 5) 消費税に関する検討
- 6) 2016年度診療報酬改定に関する検討及び提言
- 7) 介護保険制度についての提言

・医療療養病床・介護療養病床に関する転換状況やあるべき姿の検討及び提言等

- 8) 病院における総合診療医の育成と総合診療医のあり方への提言
- 9) 医療基本法に関する再検討
- 10) 終末期医療に関するガイドラインの再検討
- 11) 認知症例への取り組みの検討
- 12) 各種提言の実現に向けての国民への広報、国会・行政への要望と対応

3. 医療関連団体との協力と連携

- 1) 四病院団体協議会事業等の推進
- 2) 公益社団法人日本医師会との連携
- 3) 日本病院団体協議会における活動
- 4) 公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故防止センターへの協力・連携
- 5) プライマリ・ケアに関連する学会及び団体等との連携

4. 広報活動推進事業

- 1) 全日病ニュースの内容の充実と配布の拡充
- 2) インターネットを利用した情報提供の推進
- 3) 協会ホームページの拡充
- 4) 他団体と連携した広報活動の推進(HOSPEX Japan等への参加)
- 5) 新しいメディアの活用(SNS等)

II. 病院の管理運営及び病院施設の改善向上に関する調査研究及び提言

5. 病院機能評価事業

- 1) 公益財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の受審促進
病院機能評価受審相談事業の実施、「機能評価受審支援セミナー」の実施等
- 2) 病院機能評価体系並びにその運用方法についての検討

6. 医療安全対策事業

- 1) 医療安全管理者の養成
医療安全に関する講演会・セミナーの実施、医療安全対策セミナーの実施等
- 2) 病院における医療安全推進に関する啓発
- 3) 医療事故調査制度への対応
・院内医療事故調査等支援団体としての活動等

7. 医療の質向上に関する事業

- 1) 医療の質評価公表事業の実施
・DPC分析事業の実施(MEDI-TARGET)
- 2) TQM(Total Quality Management)の医療への展開
・TQM啓発研修会の実施等
- 3) IT技術を利用した医療の質向上推進事業の実施

8. 個人情報保護に関する事業

- 1) 認定個人情報保護団体としての活動の実施
- 2) 個人情報保護に係る普及・啓発の推進

9. 救急医療・災害時医療・感染症対策に関する事業

- 1) 救急医療
- 2) 災害医療
災害発生時における被害状況の把握、医療救護班・災害ボランティアの編成・派遣、災害時の病院管理者等の役割研修会の実施、病院防災訓練の実施等
- 3) 感染症対策

10. 国際活動推進事業

- 1) 諸外国の医療施設、医療制度等の調査・研修
- 2) 諸外国の病院団体との交流
ベトナム看護協会・全日病共催セミナーの実施、ベトナムの看護大学等との連携
- 3) 発展途上国及び被災国への医療支援
- 4) ベトナム人介護人材の受入・紹介事業の立上げ等の検討

III. 病院資質の向上に資する医師その他病院関係職員の実務的、理論的及び倫理的なレベルの向上に関する教育研修及び検定並びに普及啓発

11. 学術研修事業

- 1) 第58回全日本病院学会(熊本県支部担当)の実施
- 2) 夏期研修会の実施
- 3) ブロック研修会(1回)の実施
- 4) 全日本病院協会雑誌の発行(年2回)

12. 教育・研修事業

- 1) 開設者・管理者・幹部職員研修の実施
「業務フロー図作成研修会」(再掲)、「特性要因図作成研修会」(再掲)、「病院事務長研修コース(及びフォローアップ研修)」、「看護部門長研修コース(及びフォローアップ研修)」、「災害時の病院管理者等の役割研修会」(再掲)、「総合診療医に関する管理者向け研修」、「医療機関トップマネジメント研修コース」、「医療機関トップマネジメント研修インテンシブコース」、「2025年に生き残るための経営セミナー」
- 2) 勤務医師、看護師、薬剤師、その他医療従事者の研修の実施
「医師臨床研修指導医講習会」、「医師事務作業補助者研修」、「総合評価加算に係る研修」、「ADL維持向上等体制加算研修」、「特定保健指導実施者育成研修コース」(基礎編・技術編)、「特定保健指導専門研修コース」(食生活改善指導担当者研修)、「特定保健指導アドバンス研修」、「病院医療ソーシャルワーカー研修会」、「病院職員のための認知症研修会」、「個人情報管理・担当責任者養成研修(ベーシックコース及びアドバンス研修)」(再掲)、「マイナンバー制度に関する研修会」(再掲)、「看護師特定行為研修指導者講習会」、「看護師特定行為研修の導入に係る研修会」(仮称)
- 3) DPCデータを活用した経営分析・質向上に関する研修会の実施
- 4) 医療安全管理者の養成
「医療安全管理者養成課程講習会(及び継続講習(演習)会)」の実施(再掲)、医療安全に関する講演会・セミナーの実施(再掲)、医療安全対策セミナーの実施(再掲)、医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題研修会の実施、院内事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会の実施
- 5) 機能評価受審支援セミナーの実施(再掲)
- 6) AMAT隊員養成研修の実施(再掲)
- 7) 災害時のBCP研修会の実施(再掲)
- 8) 地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの開催(再掲)
- 9) 海外研修旅行の実施(再掲)
- 10) ベトナム看護協会・全日病共催セミナーの実施(再掲)
- 11) 次世代の若手経営者育成事業の実施

13. 資格認定事業

- 1) 病院管理士の認定並びに更新制度の実施
- 2) 病院看護管理士の認定並びに更新制度の実施
- 3) 保健指導士の認定
- 4) 医療事務技能審査事業の実施
- 5) 医事業務管理技能認定事業の実施
- 6) 医師事務作業補助技能認定事業の実施

14. 無料職業紹介事業の体制整備

IV. その他この法人の目的を達成するために必要な事業

15. その他、本会の運営に必要な事業

- 1) 支部活動及び組織の強化
各都道府県医師会及び病院協会等関係団体との連携、若手指導者育成事業の実施、九州支部連絡協議会活動の実施等
- 2) 支部研修会及び講演会等開催のための支援(講師派遣等)
- 3) 支部通信員活動の推進
- 4) 会員増強(正会員・準会員・賛助会員)
- 5) 厚生労働科学研究に係る利益相反の管理
- 6) 日帰り人間ドック実施指定施設の指定事業の実施
- 7) 一泊人間ドック実施指定施設の指定事業の実施
- 8) 「健康の記録」・「問診表」の販売
- 9) 日帰り人間ドック更新料減免調査の実施
- 10) 一泊人間ドック更新料減免調査の実施
- 11) 健康保険組合連合会との協議の実施
- 12) 特定健診・特定保健指導の集合契約の締結
- 13) 看護師特定行為研修に係る会員病院等への支援
eラーニングによる研修の提供、eラーニング利用者向け研修会の実施

社会福祉法等改正法が成立

社会福祉法人の運営の透明化へ 潜在介護福祉士の届出が努力義務に

社会福祉法人改革と福祉人材の確保を推進するための、社会福祉法等の一部改正法は3月31日、衆院本会議にて自民、民進、公明などの賛成多数で可決し、成立した。施行は一部を除き2017年4月1日から。社会福祉法人はいわゆる内部留保を明確にし、公益事業に再投資することが求められる。

社会福祉法等改正案は、昨年4月に

国会に提出されたが、継続審議となっていた。改正法は、社会福祉法人制度の改革と福祉人材確保の促進がふたつの柱。

社会福祉法人には、議決機関としての評議員会の設置を義務付けることになった。この評議員会において、理事や幹事、会計監査人の選任などの重要事項の決議を行うこととした。社会福祉法人の経営組織の見直しを図る。

改正法により、社会福祉法人の財務規律は強化される。役員報酬基準を作成し、公表することが義務となる。役員等の関係者へ特別の利益を与えることも禁止される。

毎会計年度、純資産の額が事業の継続に必要な額を超える社会福祉法人は、社会福祉事業または公益事業の充実・新規実施を行う「社会福祉充実計画」を作成して所轄庁の承認を得なければならないことになる。これは社会福祉法人の、いわゆる内部留保への批判に応えた改革だ。法人は純資産から事業継続に必要な財産額を差し引いた額(社会福祉充実残額)を明確にした上で、公益事業へ資本を投入する必要がある。

社会福祉法人への行政の関与のあり方についても改正がなされた。所轄庁による指導監督を強化する。都道府県知事は、社会福祉法人の活動状況など



の調査と分析を行って公表に努めることとされた。また、厚生労働大臣は社会福祉法人に関する情報のデータベースの整備を図る。

●離職した介護福祉士の届出制度

改正法のもう一つの柱は、福祉人材の確保の促進である。社会福祉事業などに従事していた介護福祉士などの資格保有者が離職した場合に、都道府県の福祉人材センターに住所や氏名を届け出ることが努力義務とされる。

介護福祉士の国家資格取得方法についての見直しもなされた。現行では養成施設の卒業者は介護福祉士になれる

が、今後は国家試験に合格しないと介護福祉士になれなくなる。この規定の施行を、予定されていた「2016年4月」から1年延期して「2017年4月」とする。

特例として2017年度～2021年度の卒業者は、卒業後5年間は介護福祉士となる資格をもち、その間に試験に合格することが求められる。卒業5年間に介護等の仕事に就いた場合も、資格を保持できる。

2022年度以降は、養成施設の卒業生で試験に不合格の人は准介護福祉士に、合格すれば介護福祉士になれることになる。

1. 社会福祉法人制度の改革

- ①経営組織のガバナンスの強化
- ②事業運営の透明性の向上
- ③財務規律の強化
 - 適正かつ公正な支出管理・いわゆる内部留保の明確化・社会福祉充実残額の社会福祉事業等への計画的な再投資
- ④地域における公益的な取組みを実施する責務
- ⑤行政の関与のあり方

2. 福祉人材の確保の促進

- ①介護人材確保に向けた取組の拡大
- ②福祉人材センターの機能強化
- ③介護福祉士の国家資格取得方法の見直しによる資質の向上等
- ④社会福祉施設職員等退職手当共済制度の見直し

身体拘束ゼロに向けて報告書まとまる

拘束を避けるケアの見直しを提言

全日病はこのほど、「身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業」の報告書を公表した。病院では、治療や安全上の理由から介護施設より多くの身体拘束が行われている傾向が浮かび上がった。報告書は、組織的・積極的な取り組みにより、「身体拘束を減らせる余地がある」として、拘束を避けるためのケアの見直しを呼びかけている。

介護保険制度には身体拘束禁止規定がある。2001年に作成された「身体拘束ゼロへの手引き」は、身体拘束にあ

たる11の行為を例示するとともに、身体拘束が認められる3要件(①切迫性②非代替性③一時性)を示している。しかし、どんなケースが3要件を満たすのかを具体的に定義するのは難しい。身体拘束が虐待とみなされることもあれば、身体拘束しなかったことで事故が起き、責任を問われる可能性もある。

このため調査では、身体拘束ゼロの達成状況や施設類型間の違い、身体拘束の低減に向けた取組みについて把握するため、2,020施設の病院や介護施設に調査票を送付。712施設から回答

を得た(回収率35.2%)。

「身体をひも等で縛る」や「ベッドの四方を柵や壁で囲む」など、身体拘束にあたる11行為のうち、1項目でも実施していると回答した一般病棟(7対1、10対1)は93.1%、「13対1、15対1」は94.7%だった。医療療養病棟は91.8%で、急性期と慢性期の病床で明確な差はみられなかった。

介護老人保健施設は46.6%、介護老人福祉施設は33.3%、特定施設は32.5%、サービス付高齢者向け住宅は24.7%で、病院と比べ介護施設では身体拘束が少ない。介護療養型医療施設は85.0%で、病院と介護施設の間だ。

身体拘束と事故発生頻度の関係を調べると、「特段の傾向」はなかった。逆に、ミトン型の手袋等を着用させる身体拘束では、実施割合が高い施設ほど、チューブなどの「抜去」の発生件数が多い傾向がみられた。

介護療養型医療施設では68.3%が「施設全体として身体拘束ゼロ」を目指しており、病院よりも割合が高い(7対1、10対1では25.4%)。報告書は調査結果をふまえて、医療保険適用病床では「身体拘束を減らせる余地がある」と指摘。対象者の状態やリスクを丁寧に評価し、拘束を避けるためのケアの見直しを行うことを提案している。

■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(非会員)
2016年度 第1回 業務フロー図作成講習会(20病院)	2016.5.19(木) 10:00~17:15 【全日病会議室】	48,600円/病院(3~4名) (75,600円/病院(3~4名))
2016年度 第1回 災害時の病院管理者等の役割研修(50名)	2016.6.4(土) 13:00~16:30 【仙都会館8階(宮城県仙台市)】	7,560円(10,800円)
2016年度 第15回 病院事務長研修コース(48名)	2016.5~2017.1 全8単位、各単位2~3日間 【会場については開催案内参照】	453,600円(561,600円)
2016年度 第1回 「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会(200名)	2016.6.12(日) 13:00~18:00 【全日病会議室】	10,800円(16,200円)
2016年度 医療安全管理者養成課程講習会(200名)	第1クール(講義) 2016.6.16(木)・17(金) 第2クール(講義) 2016.7.17(日)・18(月・祝) 第3クール(演習) 日程はホームページ参照 【全日病会議室(※注 6/17のみベルサール神保町)】	83,160円(103,680円)
2016年度 第1回 AMAT 隊員養成研修(60名)	2016.6.18(土)・19(日) 【日本医科大学付属病院】	54,000円(64,800円)
第2回「TQM(総合的質経営)の医療への適用—医療と社会と法—医療事故調査制度を切り口として」研修会(50名)	2016.6.25(土)・26(日) 【富山第一ホテル(富山県富山市)】	64,800円(86,400円)
2016年度 特定保健指導実施者育成研修(基礎編・技術編(65名))	2016.7.2(土)・3(日) 【全日病会議室】	37,800円(48,600円) 基礎編のみ 5,400円(10,800円)
第40回 ハワイ研修旅行(成田発着 60名、関空発着 20名、福岡発着 20名)	2016.10.31(月)~11.5(土)【米国 ハワイ】	成田 235,600円(235,600円) 関空 230,000円(230,000円) 福岡 267,600円(267,600円)