



# 全日病 ニュース

## 2016.9.1

### No.878

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

## オブジーボの薬価引き下げで緊急の対応策

薬価専門部会

「期中改定ありきではない」との声も

中医協の薬価専門部会(西村万里子部会長)は8月24日、抗がん剤のオブジーボをはじめとした高額薬剤が医療保険財政に与える影響を緩和させるための議論を開始した。最適な薬剤使用を促すガイドラインを策定するとともに、緊急の対応策として、オブジーボ(小野薬品工業)の薬価を2018年度の薬価改定を待たずに引き下げる案を厚労省が示した。しかし薬価の「期中改定」が常態化し、診療報酬の改定財源と切り離されるおそれがあることから、診療側が慎重な対応を求めた。

### 高額薬剤に3つの対応策

中医協は7月27日の総会で高額薬剤の対応方針を議論し、今後の検討の進め方を3つに整理した。1つ目は2018年度改定を見据えた薬価制度全体の見直しであり、2つ目はオブジーボを念頭に置いた薬価引き下げの緊急的な対応である。3つ目は薬剤の最適使用推進ガイドラインの策定とその医療保険上の取扱いを決めることである。

当面の予定では、9月に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からヒアリングを行う。その上で、厚生労働省が最適使用推進ガイドラインの医療保険上の取扱い案を提示する。10月には、厚労省が高額薬剤の薬価に対する緊急的な対応案を示し、来年3月に薬価制度全体を含めた次期改定の考え方について中間報告をまとめる。薬価の緊急対応は来年度予算に関わるため、12月中旬までに決める予定だ。

これらのうち、厚労省は同日の薬価専門部会で、薬価の緊急対応の案を示した。それによると、対象は①2016年

度改定で再算定の検討に間に合わなかったもので、2015年度末までに効能追加等があった薬剤②効能追加等による市場拡大が極めて突出しており、例えば2016年度の市場規模が当初予測の10倍を超え、かつ1千億円超の薬剤一。

オブジーボがこれに該当するが、現在、薬理作用が類似する医薬品が承認申請されており、類似薬として薬価収載されると見込まれている。

オブジーボは2014年8月に「根治切除不能な悪性黒色腫」(メラノーマ)を効能・効果として薬価収載され、薬価が定められた。その際の売上げ予測は年間31億円だった。その後、昨年12月17日に「切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」が効能・効果に加わったことで、売上げ予測は1,260億円になった。さらに、今年2月29日には「根治切除不能な悪性黒色腫」に対する用法・用量の変更も認められている。

このように薬価収載時の条件が変化したことを受けて、薬価の引き下げが課題となるが、厚労省はそのための方策として3つの前例を示した。薬価を



引き下げる現行のルールには、①市場拡大再算定②用法用量変化再算定③効能変化再算定一がある。

市場拡大再算定は年間販売額が予想を一定以上上回った場合に、薬価改定時に薬価を下げる仕組みである。2016年度改定では14品目が対象になり、それに加えて年間販売額が極めて大きい品目に対する特例再算定が行われた。対象になったのは4品目で、そのうちC型肝炎治療薬のソバルディとハーボニー(いずれもギリアド・サイエンシズ)は薬価が32%減額された。

用法用量変化再算定は、用法用量に変更があった場合の再算定で、例えば、1日2錠が1日3錠になった場合に、1日薬価が同額となるようにし、薬価が3分の2に下がる。効能変化再算定は、主たる効能・効果に変更があり、変更後の効能・効果において類似薬がある場合に、類似薬に価格を近づける再算定。類似薬の市場規模が大きいほど、薬価が下がることになる。

これらの前例を考慮して、オブジーボの薬価の引き下げを検討する。ただし、効能追加後の市場規模の予測を把握していないため、委員から企業情報を得るよう求める意見があった。

### 期中改定に慎重な対応求める

一方、診療側は「期中改定ありきではない」とする強い意見を述べた。高額薬剤への対応は、2018年度改定に向けた現行の薬価算定方式の抜本的な見直しの中で最適使用推進ガイドラインの効果を見極めつつ進めるべきだと主張。「期中改定」に慎重な対応を求めた。

背景には、薬価改定だけを単独で行うと診療報酬改定との関係が希薄になり、薬価財源が診療報酬に充当されなくなるとの警戒感がある。政府としては、薬価引き下げ財源を財政健全化計画に沿った社会保障関係費の削減に使いたいという思惑があるとみられる。「期中改定」をめぐる、今後さらなる攻防が展開されそうだ。

## 利用者負担割合見直しの議論に着手

厚労省・介護保険部会

社会保障審議会の介護保険部会(遠藤久夫部会長)が8月19日に開かれ、利用者負担のあり方と費用負担(総報酬割・調整交付金等)の見直しについて議論。厚生労働省は、利用者負担について、①利用者負担割合、②高額介護サービス費、③補足給付の3点を取り上げ、それぞれ見直す必要はないかと問題を提起した。

介護保険サービスの利用者負担割合は、制度創設の2000年4月以来原則1割で推移してきたが、昨年8月より、一定以上の所得者(合計所得金額160万円、年金収入のみの場合は280万円以上)については2割に引き上げられている。

この改正について、厚生労働省は、サービス毎の受給者数をみると、2015年8月の施行前後で対前年同月比に顕著な差はみられないこと、さらに制度改正後の直近の実質負担率をみても高額医療合算介護サービス費創設前(2006年度)と変わらない約7.7%であることを示し、利用者に大きな影響は出ていないとの認識を示した。

この日の論点で厚労省は見直しの具体案は示さなかったが、利用者負担割合の見直しを求めている経済・財政再生計画改革工程表では「医療保険制度との均衡の観点も踏まえつつ」との一文が盛り込まれている。医療保険の70歳以上の患者負担は、現役並み所得者



が3割、それ以外は70~74歳が2割(一部1割)、75歳以上が1割。

利用者負担割合を引き上げる方向性に対して、主に利用者側の委員は反対もしくは慎重にすべきとの意見を述べたが、少なからぬ委員から「医療保険との整合性の確保を図るべき」との声があがった。

利用者負担割合が一定の額を超える場合に払い戻される高額介護サービス費についても、前出の改革工程表に「高額療養費との均衡の観点も踏まえつつ検討」と盛り込まれた。高額介護サービス費の負担上限額は、医療保険の高

額療養費に比べて低く抑えられていることから引上げが論点となる。上限額の見直しに関しては、一部に「前回(2015年8月)の改正から間もない」と慎重な声があったが、総じて肯定的な意見が多かった。

これ以外にも、医療保険の保険者が40歳以上の第2号被保険者から徴収して各市町村に納めている介護納付金の算定方法について、被用者保険の間では第2号被保険者の人数に応じて負担する仕組みから、各保険者の総報酬額に応じて決める総報酬割の導入などが議論された。

清話抄

### 高額医薬品について

今年4月4日の財務省財政制度等審議会での日本赤十字社医療センター化学療法科部長・國頭秀夫氏の「1剤で国家が減びかねない」との訴えが波紋

を広げている。

免疫チェックポイント阻害剤・ニボルマブ(商品名オブジーボ)は悪性黒色腫に加え切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の追加適応を、昨年12月に取得した。國頭氏の試算によれば、ニボルマブの薬剤費は年間1兆7,500億円に上るといふ。日本の医療費40兆円のうち、薬剤費は10兆円弱。たった1剤で薬剤費を2割増強させることになる。

英国では、NICE(国立医療技術評

価機構)が、薬剤の効果に見合った価格かどうかの評価を担当している。日本でも、中央社会保険医療協議会のもと、費用対効果評価専門部会でニボルマブなど7品目を対象に費用対効果について審議されることになったが、審議内容は非公開となっている。ニボルマブは、対象患者のおよそ2割に有効で、有効な患者さんの2割程度を数年以上延命する可能性のある夢の薬だ。

しかし、1年延命するのに3,500万円の薬剤費が必要となる。このよう

な延命を目的とする薬剤の使用については、国民的議論が必要だ。

昨年12月、NICEがニボルマブを一部の肺がんを使うことについて、公的保険の対象とするかどうかの判断を示した。「公的保険で使うには高すぎる」がNICEの結論だ。ニボルマブ使用の対象を74歳以下に限定する、保険外併用療法の適用にするなど、今後広く活発な国民的議論をするためにも、是非とも、費用対効果評価専門部会の議事録等の公開を期待する。(重富亮)

# 主張

## 災害時における医療提供のあり方

熊本地域医療の特徴は密接な病診・病々連携であるが、今回の熊本地震を経験することによって、災害時における医療提供体制としての地域医療連携が重要であることを痛感している。地域との連携は診療所で主に行われているが、震災によって診療所はほとんど機能することが出来なかった。それに対し、診療所と密接に連携していた多くの地域病院が地域と連携し、避難所としても対応し、安全情報の提供などにも貢献していた。それに基づき、二次・

三次救急への連携も従来どおりに行われた。

今回の熊本地震の災害対策は、熊本県行政が対策本部となり、各地域の保健所が拠点となって実行された。行政・医師会・病院会などの災害時医療対策としてのDMAT、JMAT、AMAT、DPAT、JRATなどを含めて、各地域において詳細な情報確保のもとで迅速な対応が出来、それらの情報は各部署・地域へ詳細に提供された。これらは、震災による死亡者・被害者数の減少に、

非常に有用であったと思われる。

一方、医師会・病院会が必ずしも災害対策本部では主体的な立場ではなかった。そこで、様々な現場で医療的対応が不十分であったとの苦情もあり、各地域における医師会・病院会(医院・病院)への種々の要望があったと聞いている。今後の課題として、災害対策本部では医師会・病院会なども主体的立場として対応することが重要であると思われる。

今回の震災の経験を基に、今後の地域医療構想に関して以下の追加事項が必要と思われる。

まず、種々の災害を考慮した地域医

療構想区域を設定すべきと思われる。構想区域は原則として二次医療圏となっているが、これまでの全国各地における震災・水害などの災害時の対策としての医療提供体制の解析に基づき、災害時にも対応できる構想区域を設定すべきと思われる。

さらに、最も重要事項である災害対策本部の在り方を多角的に検討し、各都道府県における総論的内容である災害対策医療計画・指針などを具体的内容に改訂し、各都道府県における「災害対策ガイドライン」を作成すべきと思われる。

(山田一隆)

# 来年度は多くの学会が従来のプログラムを実施

## 新専門医制度

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は8月5日に会見を開き、1年延期を決めた新専門医制度の来年度の対応について関係学会から聴取した結果を報告した。多くの学会が来年度は従来のプログラムで研修を実施する予定であることがわかり、暫定プログラムを実施する場合も、地域医療に一定の配慮がなされていることを確認した。延期に至った最大の原因である地域医療への懸念について、一定の担保が得られた形だ。

### 7月に各学会の対応を確認

新専門医制度は1年延期し2018年度に開始することが決まっている。来年度は学会が準備を進めてきた新たなプログラムによる研修は行わず、従来の研修を実施するよう、機構は学会に求めている。ただ医師偏在の拡大など、地域医療への懸念に配慮する対応を講じていけば、「暫定プログラム」として、認めることとしている。

機構は新専門医制度の基本診療領域

## 機構が学会に対応をきく 地域医療への配慮を確認

を構成する18学会から、来年度の対応について、7月中旬に話をきき、5日の会見でその結果を明らかにした。それによると、多くの学会が従来の研修を実施すると回答した。一方、暫定プログラムを実施する考えを示し、地域医療に配慮する対応が求められたのは日本小児科学会、日本整形外科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本救急科学会、日本形成外科学会だった。日本病理学会も暫定プログラムを実施するが、地域医療への影響では問題ないと判断された。

小児科や整形外科は、これまでの研修の実績に対し募集人数が多い。このため専攻医が大都市に集中する懸念を踏まえ、大都市の募集人数を制限した。整形外科は都市部の実績に対する募集定員を1.2倍に設定。小児科は188プログラム(募集定員1,428人)を159プログラム(同1,140人)に削減し、倍率を1.3倍にした。

あわせて、小児科は連携施設の承認基準を緩和し、連携施設の規模や指導医数を条件から外した。整形外科も指

導医要件の緩和を図る。さらに、小児科は、大都市の基幹施設において「地域に専攻医をローテートさせるプログラムになっていなければ、募集定員のさらなる削減」を検討する。形成外科学会は、地域医療に配慮した暫定プログラムと従来のプログラムを併用する。

一方、救急科はすでに、大都市の基幹病院と地域の医療機関がネットワーク化されており、柔軟な人員配置が可能になっているという。190プログラムのうち、基幹施設が大学病院以外であるのは半数以上(55%)を占め、地域の医療機関が重要な役割を担う。連携施設は1施設あたり平均1.7プログラムで、複数の基幹施設と連携する施設が多い。

耳鼻咽喉科は、指導医のいない研修施設に基幹施設が指導医を外勤という形で派遣する現状のシステムを紹介。新たな研修でも継承すると説明した。

総合診療専門医については、機構として2017年度は研修を実施しないこと



を明確にした。吉村理事長は「研修医の不安もあり、関係者の混乱を避けるため、日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医の研修を勧める」と述べた。

### 基本問題検討委員会を設置

当面の機構の運営に関しては、基本問題検討委員会を設置し、新専門医制度の基本的な枠組みに関して、認識を共有する考えを示した。基本診療領域とサブスペシャリティの関係やいわゆるダブルボードの是非、総合診療専門医の位置づけなどの課題に対し、9月に一定の方向性を示すとしている。

# 一律の「均てん化」から「集約化」へ

## 厚生労働省・がん診療提供体制検討会

## これまでの議論を整理

厚生労働省の「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」(北島正樹座長)は8月4日、がん診療の提供体制に関するこれまでの議論を大筋でまとめた。

がん対策推進基本計画の見直しに向けて検討していたもので、がん診療連携拠点病院を整備することにより、がん医療の均てん化に一定の成果が得られたとしつつ、ゲノム医療など医療の高度化を踏まえ、集約化の検討が必要と指摘している。

2007年6月のがん対策基本計画策定以来、政府はがん死亡者の減少を目標に、全国にがん診療連携拠点病院を整備するなど、がん医療の均てん化を進めてきた。報告書は取り組みの結果、集学的治療や標準的治療、がん相談支援センター、緩和ケアの提供などで一定の成果があったと評価している。このため、均てん化が必要な取り組みに対しては、「引き続き拠点病院等を中心とした体制を維持する」とした。

### ゲノム医療と放射線治療は集約化

一方で、がん医療の専門化・高度化が進み、様々な医療機器が普及しており、一律の基準を定めることが困難になってきている。分野によっては、一

律の均てん化は見直さざるを得ない状況であることも指摘した。集約化が避けられない分野としては、ゲノム医療や放射線治療をあげた。

ゲノム医療に関しては、ゲノム情報と医学の両者に精通した医師や研究者、ゲノム情報を解析できる産業界の人材などが協働する体制が必要。質を担保するためには、医療機関や人材は限られており、集約化が課題とした。

質の担保のためには、「一定の基準を策定するのが望ましい」とし、認定遺伝カウンセラーや臨床遺伝専門医によるグループで遺伝カウンセリングを実施する体制の整備を求めた。検査では、米国の臨床検査ラボの品質保証基準(CLIA)の水準を満たす審査基準を定める必要があると指摘した。

放射線治療に関しては、個別の療法により状況は様々に異なり、均てん化と集約化のバランスが難しい状況がある。「がんに対する標準治療の中で適切な放射線治療を提供できる体制を推進する必要がある」とし、曖昧な書きぶりになっている。

その上で、がん病巣のみを正確に照射できる療法として、粒子線治療よりもIMRT(強度変調放射線治療)を優先させることを明記した。粒子線治療



は一部保険適用だが、先進医療で既存治療との比較を行っている段階で、大掛かりな医療機器を用い、高額である。一方、IMRTは件数は増えているが、人材不足や質の格差が指摘されている。

なお、同日の検討会では、がん診療連携拠点病院のアンケート調査結果が紹介されており、そこでは集約化が望ましい領域として、◇病理診断◇最新の放射線治療装置◇希少がん、若年世代のがん◇治験や医師主導臨床研究—があげられた。

### 医療安全に関する基準を提案

また、がん診療連携拠点病院に対して医療安全に関する基準を新たに設けることを提案した。一部の大学病院で

重大な医療事故が相次いだことを受け、特定機能病院の基準が変更されることに伴う措置。ただし、がん診療連携拠点病院の病床数や人員配置には差があるため、基準の設定には工夫や配慮が必要とした。

相談支援体制については、がん診療連携拠点病院に設置されているがん相談支援センターが医療機関内でも認知度が低いため、周知に向けた積極的な取り組みを促した。

「国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス」で公表するがん診療に関する情報については、2016年1月以降の全国がん登録を踏まえ、情報公開を拠点病院以外にも拡大することを求めた。

# 来年度予算と税制改正で神田医政局長に要望書

## 全日病 地域医療構想の推進では別財源求める

全日病は8月5日、厚生労働省の神田裕二医政局長に2017年度予算概算要求に関する要望書と2017年度税制改正要望書を手渡した。予算では地域医療構想を推進するための財源を求めた。税制改正ではこれまでの要望とあわせ、控除対象外消費税について、現行の非課税制度のもとでも還付が可能な税制上の措置を講じるべきと主張した。

2017年度予算の概算要求では、①地域医療構想を実現するための財源②熊本地震の補助対象の拡大等③介護離職ゼロに向けた取り組みの対象の拡大の3点を要望した。

地域医療構想を推進する予算としては、現状で地域医療介護総合確保基金があるが、医療機関が実施する「医療・介護連携」は事業の対象となっていないため、別財源の確保が必要とした。

熊本地震への対応では、補助対象を被災したすべての医療機関・介護施設に拡大するとともに、用途について柔

軟な活用を求めた。介護離職ゼロの取り組みに対しては、医療の現場で働く看護補助者は、実質的に介護従事者であり、介護保険制度の介護従事者と同様に、加算や補助金の手当てが必要とした。

### 還付が可能な税制上の措置を要望

税制改正では、いわゆる控除対象外消費税について、社会保険診療を課税化することなく、還付が受けられる税制上の措置を求めた。消費税非課税となっている医療を直ちに課税化することは困難であることを考慮し、現状の診療報酬による補てんを維持しつつ、補てんの不均衡に対応することを求めた。

現状で医療機関に生じる控除対象外消費税の補てんは、診療報酬に点数を上乗せする形で行っている。しかし控除対象外消費税と診療報酬は直接的な対応関係にないため、不均衡が生じる。

それを解消するには、課税化して仕入れ税額控除を認める仕組みに転換する必要がある。しかし医療の課税化は政治的に困難な情勢にある。

そこで、現状の診療報酬の補てんを維持しつつ、医療機関が負担する仕入れ消費税額が補てんを上回る場合に、超過額の還付が受けられる仕組みにすれば、実質的に仕入れ税額控除を認めることと同じであると判断した。

そのほかの項目では、◇事業税◇社会医療法人に対する寄付金税制の整備等◇公益社団法人等に対する固定資産税等の減免措置◇病院用建物の耐用年数の短縮◇認定医療法人の相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の延長・拡充一を要望している。

事業税では、◇社会保険診療の事業税の非課税措置◇医療法人に対する事業税の軽減措置一の継続を求めた。

社会医療法人に対しては、◇社会医療法人に寄付した場合、寄付の一部を



神田局長（左）に要望書を手渡す猪口副会長と中村常任理事

所得税法上の寄付金控除の対象および法人税法上の損金とする◇医療保健業だけでなく、附帯業務も非課税とする◇社会医療法人が行う救急医療事業に用いる固定資産に対する非課税範囲の明確化等一を要望した。

公益社団法人や一般社団法人に対しては、固定資産税や都市計画税、不動産取得税、登録免許税の減免措置を求めた。病院の減価償却資産の耐用年数は39年から31年程度に短縮すべきとした。年数は四病院団体協議会と日本医師会の実態調査による。持分のある医療法人が持分のない医療法人に移行する場合の相続税の猶予措置は、平成29年9月末の期限の延長を要望した。

# 新オレンジプランをめぐり意見交換

## 認知症医療介護推進会議 評価方法について提言へ

国立長寿医療研究センター（鳥羽研二理事長）は8月4日、認知症に関わる医療・介護の関係団体や学会、学識者で構成される「認知症医療介護推進会議」の第5回会合を開催した。同会議の座長は鳥羽理事長が務める。

会合では、新オレンジプランの進捗状況の報告を受けて、認知症の医療・介護をめぐり意見交換。厚生労働省は新オレンジプランのアウトカム評価について検討していることを説明し、協力を要請した。鳥羽座長は会議として新オレンジプランの評価等について提言する意向を示した。

厚労省認知症施策推進室の宮腰奏子

室長は、新オレンジプランの概要を改めて説明。認知症カフェは早期発見につながるケースもあり、「色々な可能性を秘めている」とし、取り組みを進めていく意向を示した。

意見交換では日本認知症グループホーム協会の河崎茂子会長が、770万人養成されている認知症サポーターの活用について「国家施策として考えてほしい」と発言した。これに対し宮腰室長は、サポーター養成講座の受講後に「地域でどのように活躍していただくかも含めて考えていきたい」と答えた。

全日病の西澤寛俊会長は、新オレンジプランの数値目標に触れ、「手段で

あつて目的ではない。本当のアウトカムは何か」と指摘。数値的な整備の先にある目標も「一緒に考えていきたい」と発言した。宮腰室長は西澤氏の発言に同調。新オレンジプラン本文には、数値目標だけでなく、目的等も書かれていることを説明した上で、認知症初期集中支援チーム等の設置について「本当に役に立つかも含めて取り組んでいかなければならない」と述べて協力を求めた。西澤会長は「まず数をつくるというのはおかしい」と指摘。取り組みが間違っているケースもあることから中間的な評価が必要だと指摘した。

鳥羽座長も「新しいものについてアウトカム評価をつくることは課題」と



指摘。これを受け認知症施策推進室の大田秀隆専門官は「アウトカム評価について今、省内で議論している」と説明し、意見を求めた。日本精神科病院協会常務理事の淵野勝弘氏は、新オレンジプランについて、「一番足りないのは本人・家族の意見」と指摘。会議で「本当の声」を紹介してもらい、それを踏まえ新オレンジプランの見直しを検討するよう提案した。

会議終了時に鳥羽座長は、新オレンジプランに関して来年も検討を継続する意向を示した。

# PT・OTの需給推計の方法を提示

## 厚労省の需給分科会 医療分野・介護分野・その他に分けて推計

厚生労働省は8月5日、医療従事者の需給に関する検討会の「理学療法士・作業療法士需給分科会」で、理学療法士(PT)と作業療法士(OT)の需給推計の方法を示した。PT・OTの需要は、医療分野と介護分野に分けて推計する。次回10月の会合に推計結果を示す方針だ。

PT・OTの需要推計は、「医療分野」

「介護分野」「その他」に分けて推計する。

医療分野に従事するPT・OTの推計方法は、入院医療(一般病床・療養病床、精神病床)、外来医療、在宅医療に分けて推計。推計方法は、①将来のリハビリ需要とリハビリ需要あたりのPT・OT数をもとに推計する②入院医療の一般病床と療養病床は地域医療構想と整合性を保ちながらリハビリ

需要を推計する③地域医療構想で将来推計を行っていない医療需要(精神病床、外来医療)は現状分析を踏まえ一定の仮定に基づき推計する一とした。

介護分野に従事するPT・OTの需要推計は、施設・居住系サービス、在宅サービスに分けて推計。介護保険事業計画と介護人材需給推計の方法を参考にする。

その他の保健所や学校養護施設、身体障害者施設などのPT・OT数は、これまでの推移や今後の見通しを勘案して推計する。

PT・OTの供給推計は、国家試験の合格者に就業率をかけて算出する。

一方、同分科会では四病院団体協議会による「理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士需給調査」の結果が報告された。地域偏在については「基準上はほぼ充足しているが、採算上の充足は若干減少し、運営上の充足はさらに減少するという全国的に同じような回答が得られた」としている。

## 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 東京都千代田区猿楽町2-8-8  
住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

# 心血管疾患を治療する病院の役割分担を議論

## 厚労省・心血管疾患WG 高度専門施設の指定も視野に

厚生労働省の「心血管疾患に係るワーキンググループ」は8月17日に初会合を開いた。次期医療計画の見直しに役立てるため、心血管疾患の治療に特有用な病院の役割や必要な施設・機器・人員の体制を整理する。将来的には、心血管疾患治療の専門的な病院を国が指定することを視野に入れ、求められる要件などを検討する。

同WGは「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」のもとに設けられたもので、脳血管疾患と心血管疾患に分けて、WGを設置した。座長には永井良三・自治医科大学学長が選出された。

初会合では急性期の心血管疾患を議論したが、2回目は回復期、慢性期をテーマとする。次期医療計画の議論に反映させるため、10月初旬に骨子を策定し、検討会に報告する。その後も提供体制に関する議論を続け、来年春をめどに、その結果を検討会に報告する。

厚生労働省は、心血管疾患が疑われた場合の搬送先は、専門的な治療を行う病院とし、「高度な専門的医療を行う施設」と「専門的医療を行う施設」に整理する考えを示した。

高度専門施設には、24時間体制でインターベンション治療(PCI)や外科的治療が可能な体制を求める。専門施設には、24時間体制でPCI以外の再灌流療法や内科的治療を求める。両者の施設で、急性大動脈かい離に対する外科的治療や早期リハビリテーション実施などの体制が必要であるとした。

これらの施設に必要な医療資源としては、「施設」「機器」「人員」に整理して示した。

「施設」では高度専門施設に、特定集中治療室(ICU)や心臓内科系集中治療室(CCU)、24時間体制のハイブリッド手術室などを例示。専門施設にはそれに準じる設備を求めた。「機器」では両者共通で、血管連続撮影装置や経

皮的心肺補助法などを例示し、高度専門施設には補助人工心臓を加えた。「人員」では、循環器専門医や退院調整部門などを求め、高度専門施設に慢性心不全看護認定看護師を加えている。

委員からは「補助人工心臓を必須にする必要は必ずしもない」、「慢性心不全看護認定看護師は取得者が多いとはいえず、ほとんど回復期に行く。他の急性期の認定看護師の方がよい」などの意見が出た。

心血管疾患を疑わなかった場合は、その他の病院で初期対応が行われるが、診断後の搬送について、適切な連携が必要とされた。その場合に、地域医療構想の単位である構想区域なのか、それより広域なのかについても議論があった。

また、地域医療構想で医療機能別の需要に見合った適切な病床数とすることが促されている。しかし心疾患血管の治療は「時間との勝負」(永井座長)。



このため、一時的な患者の急増に対応できるように、病床その他の医療資源に「ある程度の余裕」が必要との認識も共有し、骨子に盛り込む方向となった。

### 診療報酬の要件強化を懸念

#### 西澤会長がコメント

「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」のもとに設けられた2つのワーキンググループでは、心血管疾患および脳卒中を治療する病院に求められる医療資源を議論しており、今後の地域医療に影響することも考えられる。

西澤会長は、「これらは地域医療計画ばかりではなく、2018年度診療報酬改定において要件の強化とされる可能性があり、推移を注目したい」としている。

# tPA療法を受けられる体制の確立を目指す

## 厚労省・脳卒中WG 脳血管疾患で専門施設を位置づけ

厚生労働省の「脳卒中に係るワーキンググループ」は8月18日に初会合を開いた。脳卒中急性期の専門的医療を行う施設の役割分担について厚労省が考え方を示し、tPA療法(血栓溶解療法)が可能な施設を脳卒中の専門施設として位置づけるとともに、24時間体制で外科治療ができる施設を高度専門施設と位置づけることを提案。それぞれに必要な医療資源を「施設」「機器」「人員」に整理して示したが、患者を搬送する病院を厳格に定めることに慎重な意見も出た。

同WGは、「心血管疾患に係るワーキンググループ」とともに、「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」のもとに設けられた。医療計画の見直しに反映させるため、10月初旬に骨子をま

とめ、検討会に報告する。その後も提供体制の詳細に関わる議論を続け、春をめどにまとめる。座長には小川彰・岩手医科大学理事長が選出された。

厚生労働省は、急性期の脳卒中患者を治療する施設を整理するに当たって、24時間体制でtPA療法が可能な施設を「専門的医療を行う施設」として位置づけることを提案。24時間体制でCT・MRIを実施可能で、人員としては、◇脳卒中診療に従事する医師(脳卒中医、神経内科医、脳神経外科医等)◇リハビリテーションに従事する医師◇理学療法士等◇診療放射線技師等◇退院調整部門一をあげた。

一方、「高度な専門的医療を行う施設」は、tPA療法に加えて、「24時間体制で血管内治療、外科治療」が可能な施設とした。脳卒中ケアユニット

(SCU)や特定集中治療室(ICU)があり、24時間体制の脳血管撮影装置、経頭蓋ドップラー超音波などの設備が必要とした。人員体制では、専門施設で示した必要人員に加え、脳血管内治療専門医、脳神経外科専門医の配置などを求めた。

tPA療法に関しては、2005年にアルテプラゼ静注が認可されたことを受けて、翌年の診療報酬改定で、tPA療法を算定できる脳卒中ケアユニット加算が新設された。2012年には、脳梗塞発症後の施行可能時間が3時間から4.5時間に延長されるなど、科学的根拠を確立してきた。しかし、tPA療法の実施率は、脳梗塞患者の4～5%との推計があり、普及しているとはいえない状況にある。

この日のWGでは、「地域で安全か

つ確実にtPA療法を受けられる施設を増やす」(小川座長)という方向性を共有した。一方で、対象の病院を厳格化することに対しては、「地域の中小病院を切り捨てるようにもきこえる」と慎重な対応を求める意見があった。小川座長は「24時間対応が必要であるか否かは議論がある。ネットワークでの対応も一つの考えだ」と述べた。

また、tPAの普及が進まないのは、学会のガイドラインが厳しいことも原因の一つになっているとの指摘もあり、小川座長はガイドラインの緩和を求める意見を骨子に盛り込む意向を示した。

さらに、遠隔画像診断で適切な診断が可能になれば、専門医でなくても治療を行うことができることから、画像検査の読影法の標準化に期待を示す意見もあった。

# 地域医療介護確保基金の28年医療分を内示

## 厚労省

厚生労働省は8月10日、平成28年度地域医療介護総合確保基金(医療分)の内示を、都道府県に対して示した。基金規模は合計903.7億円で、国内の内示額は602.4億円となった。

昨年は、各都道府県の地域医療構想策定の進捗状況を踏まえて2度に分けて基金を内示したが、今年は1度で全体を示した。

基金規模が大きいのは、①東京都

73.5億円②大阪府51.3億円③神奈川県36.7億円④埼玉県33.9億円⑤千葉県33.1億円。

一方、基金規模が最も小さいのは山形、石川、山梨、長野、大分の5県でいずれも9.0億円。

地域医療介護総合確保基金は、平成26年に成立した医療介護総合確保推進法に基づくもの。各都道府県が基金事

業計画を作成し、国に要望していた。

地域医療介護総合確保基金は医療分と介護分があるが、医療分の対象事業は「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備」「居宅等における医療の提供」「医療従事者の確保」に関する事業である。

基金の財源は3分の2を国が、残り3分の1を都道府県が負担する。



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

# 医療事故調査等支援団体としての 全日本病院協会の役割



医療事故調査等支援担当委員会委員長  
医療の質向上委員会委員長 飯田修平

## ■医療事故調査等支援担当委員会

医療の質向上、安全確保、適切な医療事故対応は、医療提供側に対する社会の強い要請である。全日本病院協会は、医療の質向上、安全確保、適切な医療事故対応を目指して、医療の質向上委員会を中心に研究、報告書作成、研修会、講演会、相談受付等の活動をしている。

その成果に基づいて、医療事故調査制度(本制度)における医療事故調査等支援団体として告示された。医療事故調査等支援担当委員会(本委員会)が業務を担当している。本紙2015年11月1日号に「医療事故調査制度における医療事故調査等支援団体としての取り組み」を報告した(<http://www.ajha.or.jp/news/pickup/20151101/news11.html>)。しかし、会員の本制度の理解は十分ではない。また、本委員会の認知度は低い。本制度の概要と、本委員会の活動を報告する。

## ■医療法における医療事故調査に関する法律

医療法(2014年6月制定)における医療事故調査に関する条文を以下に抜粋する。

### 第6条の10

病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、医療事故(当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。)が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

### 第6条の11

3 医療事故調査等支援団体は、前項の規定により支援を求められたときは、医療事故調査に必要な支援を行うものとする。

### 第6条の16

医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

五 医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援を行うこと。

## ■医療事故調査等支援担当委員会の業務

医療法第6条の11に基づいて、医療事故調査等支援団体は、支援を求められたときは、医療事故調査に必要な支援を行う。

本委員会の目的は、医療機関が院内事故調査を行うために必要な支援を行うと共に、医療の信頼の創造のために、遺族の質問や相談にもできる限り対応することである。

支援の内容は、①医療事故調査制度全般に関する相談、②医療事故の判断

に関する相談、③院内事故調査の手法に関する助言、④院内事故調査報告書の作成に関する助言、⑤院内事故調査委員会の設置・運営に関する助言、⑥院内事故調査に関わる専門家の派遣である。すなわち、相談・助言業務と専門家の派遣業務である。

派遣する専門家は、診療の専門家ではなく、事故調査の専門家を想定している。

また、医療法には規定されていないが、医療の信頼の創造のために、遺族の質問や相談にもできる限り対応する。

相談・助言業務に要する費用は、無料である。専門家の派遣は旅費・宿泊費の実費と、1回あたり5万円の謝金である。

委員会委員は、担当役員、医療安全に関する有識者、弁護士、その他会長が必要と認められた者である。

## ■医療事故調査等支援担当委員会の実績

本委員会の実績を紹介する。

### 1 研修会開催

1日間の「院内医療事故調査の指針研修会」と、演習を含む2日間の「院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会」を医療の質向上委員会と連携して、年数回実施している。

2 上記2つの研修会と、院内医療事故調査のシミュレーションをDVDに収録し、実費で頒布している。院内教育に活用いただきたい。

3 『院内医療事故調査の指針』と、医療従事者用と国民・患者用の2種類の本制度の広報ポスターを作成し、会員病院等に配布した。

### 4 会員病院の支援

支援の実績は、報告対象事例の判断に関する相談1件、専門家派遣依頼4件であり、うち1件は専門家を紹介したが途中で辞退された。

## ■医療事故調査制度の見直し

本制度成立(2014年6月)後2年以内に医師法21条を含む見直しをすることが、参議院で付帯決議された。これを受けて、種々の議論を経て、2016年6月24日、医療法施行規則が改正された(<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T160624G0020.pdf>)。

法の趣旨から逸脱し、適切に対応しない、隠ぺいしている団体や病院があるという、患者団体・遺族、法律家、報道関係者等の指摘があり、きびしい改正が予想された。しかし、結果はほぼ想定内であり、適切に対応している団体や病院にとっては、大きな影響はない。

## ■医療法施行規則改正の内容

「医療法施行規則の一部を改正する省令」(2016年6月24日・厚生労働省令第117号)によって、改正省令が交付された。その主な改正点は、以下の如く、支援団体協議会の設置に関する事項である。

## 第二 医療事故調査等支援団体による協議会の設置関係

1 法第6条の11第2項に規定する医療事故調査等支援団体(以下「支援団体」という。)は、同条第3項の規定による支援(以下「支援」という。)を行うに当たり必要な対策を推進するため、共同で協議会(以下「協議会」という。)を組織することができるものとする。(医療法施行規則第1条の10の5第1項関係)

2 協議会は、1の目的を達するため、病院等の管理者が行う法第6条の10第1項の報告及び医療事故調査の状況並びに支援団体が行う支援の状況の情報の共有及び必要な意見の交換を行うものとする。(医療法施行規則第1条の10の5第2項関係)

3 協議会は、2の情報の共有及び意見の交換の結果に基づき、以下の事項を行うものとする。(医療法施行規則第1条の10の5第3項関係)

(1) 病院等の管理者が行う法第6条の10第1項の報告及び医療事故調査並びに支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修の実施

(2) 病院等の管理者に対する支援団体の紹介

## ■医療法施行規則改正に関する通知

医療法施行規則改正の内容を、通知から以下に抜粋する。

### 医療機関での判断プロセスについて

○管理者が判断するに当たっては、当該医療事故に関わった医療従事者等から十分事情を聴取した上で、組織として判断する。

○管理者が判断する上での支援として、医療事故調査・支援センター(以下「センター」という。)及び支援団体は医療機関からの相談に応じられる体制を設ける。

○管理者から相談を受けたセンター又は支援団体は、記録を残す際等、秘匿性を担保すること。

○医療機関の判断により、必要な支援を支援団体に求めるものとする。

○支援団体となる団体の事務所等の既存の枠組みを活用した上で団体間で連携して、支援窓口や担当者を一元化することを目指す。

○その際、ある程度広域でも連携がとれるような体制構築を目指す。

○解剖・死亡時画像診断については専用の施設・医師の確保が必要であり、サポートが必要である。

## ■課題とその対応

研修会受講者から、「医療事故調査の指針が何種類もあるが、どれを信用したらよいか」と質問を受け、「我々の指針です」と回答した。他団体の指針を読むと、程度の差はあるが、法律、省令、通知と異なる解釈をしている。すなわち、明らかに報告対象事例にもかかわらず、「医療に起因しない」、「予期した」とする解説がある。前述の、「法の趣旨から逸脱し、適切に対

応しない、隠ぺいしている団体や病院がある」の例である。本委員会が、法律、省令、通知に基づいた指導をしても、受け入れない方が少なくない。

対象事例の報告と院内事故調査は、規模の大小に関係なく、全医療機関の義務であることを再確認いただきたい。報告義務を果たさなければ、医療不信を増長し、紛争が増加するであろう。

医療事故調査の目的は、原因究明、再発防止であり、業務フロー図、特性要因図、RCA(根本原因分析)、FMEA(故障モード影響解析)等の品質管理手法(道具)が有用である。分析手法がわからないという方が多い。これら手法の研修会を、医療の質向上委員会が実施しているので、参加いただきたい。

## ■今後の展望

支援団体として手を挙げた会員病院を優先とする「医療事故調査制度事例検討研修会」を、11月9日(水)に予定している。

また、演習を含む2日間の「院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会」を12月10日(土)・11日(日)に予定している。

本委員会の今後の展望は、紙幅の都合で、全日本病院学会雑誌第27巻1号で紹介予定である。

## 【参考文献】

1. 飯田修平編著：院内医療事故調査の指針 第2版 メディカ出版 2015
2. 全日本病院協会「医療事故調査制度に係る指針」プロジェクトチーム：医療事故調査制度に係る指針 全日本病院協会 2015  
[http://www.ajha.or.jp/voice/pdf/150821\\_1.pdf](http://www.ajha.or.jp/voice/pdf/150821_1.pdf)
3. 日本看護協会・医療事故調査制度に関する普及啓発委員会：医療に起因する予期せぬ死亡又は死産が発生した際の対応 日本看護協会 2015
4. 飯田修平編著：医療信頼性工学 日本規格協会 2013
5. 日本品質管理学会・医療経営の総合的「質」研究会：医療事故調査制度に関する声明 日本品質管理学会 2014  
<http://www.jsqc.org/iryojiko.html>
6. 厚生労働省医政局：地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行(医療事故調査制度)について(省令・通知) 2015. 5. 8  
<http://www.pref.mie.lg.jp/IRYOS/HP/iryosoudan/270508tuuti.pdf>
7. 飯田修平：医療事故調査制度の概要および具体的な対応の指針 看護 Vol.67, No.13 2015. 11

## 第58回全日本病院学会 in 熊本 山田一隆・学会長に聞く

# 熊本復興の証として学会を開催 震災の経験を共有し、地域医療に役立ててほしい

第58回全日本病院学会 in 熊本が10月8、9の両日、熊本市で開催される。4月の熊本地震の発生で一時、開催が危ぶまれたが、熊本県支部は熊本復興の証として学会を開催することを5月の役員会で決定した。その経緯を学会長の山田一隆・熊本県支部長に聞いた。

震災という大きな困難を乗り越えて開催される今回の熊本学会。学会開催にかかる熊本県支部の思いは熱い。災害時の医療に関する特別セッションを組んでいるほか、多彩な講演、シンポジウムが予定され、充実した内容となっている。

## 震災発生から 学会の開催を決めるまで

— 熊本では4月に大きな地震がありました。地震を乗り越えて学会開催を決めた経緯を教えてください。

4月14、16日に震度7の地震が起きて、県内を中心に大きな被害を受け、医療機関も被災しました。地震からしばらくの間は、救援活動に追われ、学会のことを考える余裕はまったくありませんでしたし、こんなときに学会を開いていいのかという気持ちでした。

それが学会開催に変わったのは、熊本県支部の方々の復興への強い思いがあったからです。とくに阿蘇立野病院の上村晋一院長の存在を抜きにしては語れません。

テレビや新聞でご覧になったと思いますが、南阿蘇地方では、山の斜面が大きく崩れ、阿蘇大橋が崩落するという大きな被害を受けました。阿蘇立野病院は、山肌が崩れ落ちた手前100メートルほどの場所にあります。斜面に亀裂が出来て、さらなる崩落のおそれがある中で、同病院が診療は続けることは難しいだろうとみられていて、病院閉鎖の報道もありました。

— 少し先走った報道ですね。

阿蘇立野病院は、この地域で唯一の大きな病院です。また、理事長・院長の上村先生は、外科領域で私の後輩ですし、全日病の活動をともに担ってきた人です。今回の学会の実行委員の1人でもあります。ともに活動してきた先生の病院が閉鎖されるという事態は受け入れがたく、そうした状況で学会のことを考えるどころではなかったですね。

## 西澤会長が視察 阿蘇立野病院は復興へ

そうした中で、全日病の西澤会長が5月17日に熊本に視察に来ることになりました。地震発生から1か月で、被災病院の激励が目的でしたが、「上村先生になんと声をかければいいのかわからない」と言っていました。

ところが、視察の前日、上村先生から電話があり、阿蘇立野病院は復興することになったという知らせが入ったのです。

国土交通省が斜面の状況を詳細に調べた結果、阿蘇立野病院が立地する地帯は、地震発生後、寸分も動いていないことがわかったのです。さらなる崩落の恐れがなくなったことから、国交省は立野地区の復興の方針を決めまし

た。国道57号を復旧し、阿蘇大橋に代わる橋を整備する。阿蘇立野病院も復興することになったと、上村先生がいつもの元気な声で話してくれました。このときは、国交省は地域のために仕事をしていると思いましたね。

— そのことは西澤会長にいつ話したのですか。

会長が熊本に着いて移動する車の中で報告しました。同行した日本医療法人協会の加納会長とともに、とても喜んでくれました。阿蘇立野病院では、上村先生が笑顔で出迎えてくれて、被災の状況をくわしく説明してくれました。

ただし、阿蘇立野病院の復興には3年がかかります。同病院には200人あまりの職員がいますが、復興するまでの間、熊本市内の病院に協力を依頼して、職員を受け入れてもらうことにしました。

## 支部役員が全員一致で 学会開催を決める

— 地震後はじめての明るいニュースでした。

阿蘇立野病院復興の知らせが、熊本復興に向けて一步を踏み出すきっかけになったと思います。上村先生自身が、「熊本復興の証として絶対に学会をやりましょう。こんなときこそ、学会をやらなくては意味がないじゃないですか」と言ってくれました。

それから学会開催に向けて動きはじめたのです

熊本県支部役員皆さんの皆さんが阪神淡路大震災など過去の震災の記録を調べてくれて、地震があってもあえてその年に学会を開催したケースがたくさんあることがわかりました。加えて、その時点で200以上の演題登録があり、全国から問い合わせがあって、激励の言葉もいただきました。

また、学会の運営を委託したコンベンション業者が地震から1か月後の状況を詳細に調べてくれました。その結果、学会会場の中で問題があるのは1会場だけで、他の会場は使えることがわかりました。また、ホテルもほとんどの施設が10月には通常どおりに営業できることがわかりました。この点は、県内のネットワークに強みのある地元業者を選んでよかったです。

これらを踏まえて5月18日の支部役員会で協議し、全員が一致して学会開催の方針を決めました。そのことを5月21日の全日病理事会で報告し、「絶対に開催すべきだ」という言葉をいただきました。

学会開催の方針を決めるに当たって、3つの条件を考えました。1つ目は、余震などの状況次第で適切に判断すること。2つ目は参加者に対し、交通や宿泊施設の安全・利便性に関する情報を提供することです。3つ目は、学会企画に「災害時における医療提供のあり方」を加えることでした。

地震の影響で学会の準備は若干遅れましたが、開催を決めた後は学会実行委員会が早急に対応し、通常の準備状況となっています。演題数も2014年の福岡学会を上回る576題に達しました。また、学会当日に行われる予定だった『第13回熊本暮し人まつり みずあかり』も予定どおり行われることが決定

しました。学会会場近くの熊本城前と花畑町一帯で、ろうそくの灯りで街を彩るまつりが行われます。学会とあわせて熊本復興を象徴するイベントになることでしょう。

## 行政中心で医療活動を展開 災害時の対応として課題も

— 震災時の医療活動はどんなものだったのでしょうか。

今回の熊本地震では、県が対策本部を設置し、各地の保健所が拠点となってシステムを作りました。そこにDMATやJMAT、AMAT、そして地域の医師会が参加して、医療活動を展開し、情報提供も密に行われましたので、評価できる仕組みだったと思います。ただ、行政が中心で、病院団体や医師会はメインでなかったため、動きにくかった面もありました。医療面で柔軟な対応ができず、そのためにクレームも多く寄せられました。

— 例えば、どんなことですか。

この患者はどこに送ったらいいのとか、こういう患者にはどんな処置が必要ですかといった問い合わせがあったのです。この症状ならあの病院がいいが、診療しているのかといった情報が不足していました。災害対策として今後の課題だと思います。

— 震災を経験してどんな思いを持っていらっしゃるのでしょうか？

今回の地震を経験して私自身が感じたことは、都道府県における防災対策のあり方です。防災の方針は決めているけれど、総論すぎて誰が何をすればいいのかわかりにくいのです。

阪神淡路大震災から今回の熊本地震も含め、大災害の経験を踏まえて状況に応じたガイドラインを策定すべきです。そうすれば、災害時の患者の搬送などに関する医療的対応もうまくいくのではないのでしょうか(本号掲載の「主張」を参照)。

## 学会プログラムは 通常と変わらず充実した内容に

— 学会企画では、熊本地震関連と地域医療構想の企画が予定されています。プログラムの注目点を教えてください。

熊本地震の関連では、「災害時における医療提供のあり方」として、3つの柱を立て、いろいろな角度から災害時の医療を考えます。1つ目は、熊本県行政からの特別講演で、熊本県医療政策課に依頼しています。地震の際に行政がどう動いたのかを報告してもらいます。

2つ目はシンポジウムで、DMAT、JMAT、AMAT、そして熊本県の地域医師会の代表者に集ってもらい、今回の医療活動を踏まえて討議します。益城地区の医師会にもご出席いただき、現場での苦労や課題を出し合い、今後の実践に活かしたいと思っています。

3つ目として、BCP(事業継続計画)に関する講演を企画しました。災害などで不測の事態が生じたときに、どういった手を打てば病院を継続させることができるのか、専門家に講演をお願いします。



もう一つの学会企画は、「地域医療構想の現状と今後の対応」で2日目に行います。こちらもシンポジウム形式で行い、高橋泰・国際医療福祉大学教授と松田晋哉・産業医科大学教授に総論をお願いし、現場の意見として、都会の立場で猪口正孝常任理事、地域の立場で織田正道副会長が発言し、それを受けて今後の地域医療構想の取り組みについて議論します。

地域医療構想に関しては、必要病床数の推計が一人歩きしている感があります。推計どおりに病床を減らして、今回のような震災で病院が被災し、患者をどこにも搬送できなくなったらどうするのかという思いがあります。

また、学会特別企画として、「くまもと映画プロジェクト」による「うつくしいひと」を上映します。熊本における地域おこしを象徴する40分の映画です。地域おこしは、復興を考える上でも重要ですので、ぜひご覧になってください。その映画の主演者であり、熊本出身で熊本県立劇場館長・東京理科大学特命教授の姜尚中先生に、「災いの時代を生きる—自力と他力の結びつき」をテーマに特別講演をお願いします。

全日病には13の委員会があり、それぞれ重要なテーマを企画しています。そのほとんどがシンポジウム形式で講演・討議されます。

また、日本看護協会もDiNQL(労働と看護の質データベース事業)に関する企画を用意し、積極的に対応していただいています。

## 学会に参加して 多くを学んでほしい

— 学会参加にあたり注意すべきことはありますか。

交通機関や宿泊施設、観光施設はほとんどが通常どおりです。参加者の安全と利便性について、随時情報提供していますので、不明な点がありましたら、学会事務局に確認してください。

— 最後に会員・参加者に対するメッセージをお願いします。

主要な企画を紹介しましたが、地震があったのでプログラムが通常より少ないということは一切なくて、むしろ増えています。今後の医療のあり方に関する重要なテーマが議論されますので、ぜひ学会に参加して、忌憚のないご意見をいただくとともに多くを学び、持ち帰って地域医療にさらに貢献していただきたい。

私たちは、震災から1日も早く復興したいと考えています。熊本の復興の様子を実際にみていただき、各地の経験をもとにご助言をいただければ幸いです。

— お忙しいところ、ありがとうございました。

# 第58回全日本病院学会 in 熊本

## 学会のプログラムが確定。10月8日・9日に熊本市で開催

### 熊本地震関連企画のほか、地域医療構想をめぐるシンポジウムや委員会企画のテーマも充実

「地域医療大改革～豊かな未来への取り組みをくまもとから～」をテーマに、熊本県支部(山田一隆支部長)の担当で10月8日・9日に熊本市で開催される「第58回全日本病院学会 in 熊本」(学会長・山田一隆社会医療法人社団高野会理事長)のプログラムが確定した。

熊本学会の会場は4施設からなり、第1～第4会場は熊本市市民会館、第5～第7会場は熊本市国際交流会館、第8～第12会場は熊本ホテルキャッスルに設けられ、残る一番館には企業展示とポスターBの会場を設けている。

主会場となる熊本市市民会館の第1会場では、1日目(10月8日)の開会式に続いて横倉義武日本医師会会長と神田裕二厚生労働省医政局長による特別講演が行われた後、学会企画として熊本県による熊本地震に関する報告が行われる。

第1会場では午後、「うつくしいひと」上映会と、姜尚中熊本県立劇場館長・東京理科大学特命教授による講演「災いの時代を生きる―自力と他力の結びつき」に引き続いて、熊本地震におけるAMATの活動結果を踏まえた「熊本地震と医療体制 県内・県外の動き」と災害時に病院経営の継続を確保するための「災害医療の継続計画 Business Continuity Plan から Medical Continuity Plan へ」と題した熊本地震に関連した企画2題が展開

される。

熊本地震に関連した企画としては、これ以外にも、1日目の午後に、救急・防災委員会による「熊本地震における全日病のAMATの対応を検証する」が組まれている(第8会場=熊本ホテルキャッスル)。

1日目には、このほか、第2会場(熊本市市民会館)で(株)川原経営総合センターの川原文貴代表取締役社長による特別講演Ⅳが、第7会場(熊本市国際交流会館)で石井公認会計士事務所の石井孝宜所長による特別講演Ⅲが、それぞれ午前に設けられた。

1日目には、委員会企画として、第5会場(熊本市国際交流会館)で医療の質向上委員会「医療事故調査制度の概要と対応の問題」と病院機能評価委員会「機能評価受審に向けて克服したケースについて」、病院のあり方委員会「病院のあり方に関する報告書2015-2016」が、第8会場(熊本ホテルキャッスル)で医療保険診療報酬委員会「平成28年度診療報酬改定とこれからの診療報酬等について」、人間ドック委員会「職場におけるメンタルヘルス対策とストレスチェック」、医療従事者委員会「病院事務長研修及び看護部門長研修の成果―病院事務長研修の優秀演題発表」がそれぞれ組まれている。

2日目(10月9日)午前には、まず第1会場で、プライマリ・ケア検討委員会「社会の変化に病院はどう対応す



べきカープライマリ・ケアの視点から」が開かれ、続いて学会企画として「DiNQLで病院を変える！看護を変える！～看護の質評価事業～」が開催される。同会場では、午後に、やはり学会企画である「地域医療構想の現状と今後の対応」が催される。

熊本市国際交流会館では、一般演題と並行しつつ終日、委員会企画が繰り返される。第5会場では、高齢者医療介護委員会「病院・施設における身体拘束の現状と予防策」、医業経営・税制委員会「地域医療連携推進法人の設立に向けて」、広報委員会「病院の広報戦略―先進的な広報活動を知る」が、第6会場では、看護師特定行為研修検討プロジェクト委員会「これからどうなる看護師特定行為研修」が、そ

れぞれセッションを繰り返される。

熊本学会の会場は、日本を代表する三大名城の1つ熊本城を目の当たりとしている。熊本城の美しさを堪能できる熊本城周遊バス「しろめぐりん」は8月から全線運行を再開しているが、間近にその勇壮な美しさを味わえる歩行者ルートも整備されている。

あるいは、熊本県の営業部長として知られる「くまモン」の活動拠点(くまモンスクエア=熊本市電の「水道町」電停下車)も、熊本学会の会場から歩いて行ける距離にある。

地震から力強く復興をとげつつある熊本に今も脈々と受け継がれる歴史と文化に触れながら、熊本学会で、日本の医療と医療経営の今後を忌憚なく議論しようではないか。

#### ■「第58回全日本病院学会 in 熊本」 主なプログラム

第1会場 熊本市市民会館 大会議室	第2会場 熊本市市民会館 第5/6会議室	第5会場 国際交流会館 6F ホール	第7会場 国際交流会館 会議室3	第8会場 ホテルキャッスル キャッスルホールA	第9会場 ホテルキャッスル キャッスルホールB
-------------------	----------------------	--------------------	------------------	-------------------------	-------------------------

#### 1日目(10月8日)

開会式 8:30～9:20					
特別講演Ⅰ 9:20～9:50 横倉義武日本医師会会長					
特別講演Ⅱ 9:50～10:20 神田裕二厚生労働省医政局長					
学会企画 10:40～11:40 熊本地震―医療提供のあり方について 熊本県医療政策課	特別講演Ⅳ 10:40～11:40 川原文貴(株)川原経営総合センター代表取締役社長 診療報酬改定と病床機能の明確化～入院と同時に退院を意識した経営戦略～	医療の質向上委員会 10:20～11:50 医療事故調査制度の概要と対応の問題	特別講演Ⅲ 10:40～11:40 石井孝宜 石井公認会計士事務所 「安倍政権の経済財政一体改革と病院経営」～公表データは都道府県別が基本という現象が示す改革の方向～	医療保険診療報酬委員会 10:20～11:50 平成28年度診療報酬改定とこれからの診療報酬等について	
学会特別企画 12:00～12:50 「うつくしいひと」上映会					
市民公開講座 13:00～14:00 災いの時代を生きる―自力と他力の結びつき 姜尚中・熊本県立劇場館長・東京理科大学特命教授		日本医業経営コンサルタント協会企画 13:00～14:30		救急・防災委員会 13:00～14:00 熊本地震における全日病のAMATの対応を検証する(仮)	日本メディカル給食協会企画 13:00～14:30
学会企画 14:20～15:20 災害医療の継続計画 Business Continuity Plan から Medical Continuity Plan へ		病院機能評価委員会 14:40～16:10 機能評価受審に向けて克服したケースについて(仮)		人間ドック委員会 14:10～16:10 職場におけるメンタルヘルス対策とストレスチェック(仮)	
学会企画 15:20～18:00 熊本地震と医療体制 県内・県外の動き		病院のあり方委員会 16:00～17:50 病院のあり方に関する報告書2015-2016		医療従事者委員会 16:20～17:50 病院事務長及び看護部門長研修の成果―病院事務長研修の優秀演題発表―	

#### 2日目(10月9日)

プライマリ・ケア検討委員会 8:30～10:00 社会の変化に病院はどう対応すべきか―プライマリ・ケアの視点から―	高齢者医療介護委員会 9:00～10:30 病院・施設における身体拘束の現状と予防策	第6会場 国際交流会館 大広間
学会企画 10:00～12:00 DiNQLで病院を変える！ 看護を変える！ ～看護の質評価事業～	医業経営・税制委員会 10:30～12:00 地域医療連携推進法人の設立に向けて	
学会企画 13:20～16:00 地域医療構想の現状と今後の対応	広報委員会 13:20～14:50 病院の広報戦略―先進的な広報活動を知る―	看護師特定行為研修検討プロジェクト委員会 13:20～14:50 これからどうなる看護師特定行為研修
閉会式 16:00～16:20		



# 美容医療のネット広告に規制新設へ

## 厚労省・医療情報の提供内容等のあるり方に関する検討会

厚生労働省の「医療情報の提供内容等のあるり方に関する検討会」(座長=桐野高明・東京大学名誉教授)は8月3日、医療機関のウェブサイトの取り扱いについて議論した。医療機関のウェブサイトは医療法上の広告として扱わないが、不適切な表示を禁止する新たな規制を設けることを厚労省が提案した。次回に取りまとめ案を示す予定。

医療機関のウェブサイトを医療法上の広告とすることに対しては、医療情報の提供に支障が生じると懸念されている。一方で、美容医療を中心に虚偽・

誇大な表示が問題となっていることを踏まえ、不適切な表示を禁止する規制を新設し、情報提供の適正化を図ることで概ね合意が得られた。

具体的な方策として、規制の執行体制強化と規制の周知・遵守の徹底、患者・消費者の教育と注意喚起について論議した。執行体制の強化では、都道府県における円滑な対応のために新しい規制の内容をガイドラインで明確化し、医療機関のウェブサイトを規制の対象とする。ネットパトロールによる監視体制を構築。都道府県による医療

監視の体制強化を努め、規制遵守を確認・徹底する。

美容医療団体には、規制やガイドライン遵守の徹底に向けた取り組みを促すこととする。プロバイダが違反広告をネットから削除することによって、ネット上の規制の遵守を徹底する。

現状においても、医療広告に該当しない医療機関のウェブサイトは景品表示法などで対応が可能。厚労省は、関係省庁や消費者団体と連携して不適切な医療広告やウェブサイトに積極的に対応する考えだ。



また、患者・消費者に対する教育と注意喚起を進めるため、厚労省がウェブサイト上で相談窓口一覧ページを作成するほか、美容医療サービスを受ける際の相談窓口に関するチラシを作成し配布する。

また、医療安全支援センター、保健所、関係団体、NPOによる医療安全講演会の取り組みを支援していく。

# 相模原市の障害者施設の事件を受け検証・検討チームが初会合

厚生労働省は8月10日、「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」の初会合を開催した。7月26日未明に神奈川県相模原市の障害者支援施設「津久井やまゆり園」で、精神科病院に緊急措置入院した経験がある容疑者により入所者が刺され、入所者19名が死亡、職員2名を含む27名が負傷した事件を受けて設置された。厚労省は8月中旬に事件

の検証を終え、秋に再発防止策を取りまとめる方針。

会合の冒頭で塩崎恭久厚生労働大臣は、「一人ひとりの命の重さは障害のあるなしにより少しも変わることなく、また皆が平等に生きる価値がある存在であることを改めて強く申し上げたい。このような事件が二度と起こらないためにも差別や偏見の無い、あらゆる方々が共生できる、インクルーシブ

な社会をつくっていかなければならない」と訴えた。

さらに事実関係をきちんと踏まえ現行制度下における対応で不十分であったことの検証を行うとともに、新たな政策・制度など再発防止策を検討し、提案していく方針を示した。

検証・検討チームは学識者や医療・福祉関係者、関係省庁・自治体などで構成。座長は成城大学法学部教授の山

本輝之氏が就任した。

主な論点としては、①福祉施設における防犯対策②措置入院に係る手続③退院後のフォローアップ④警察等の関係機関との情報共有のあり方—があがっている。

会合は非公開で行われ、事実関係の報告を受け、意見交換を行った。主に、措置入院に係る手続と退院後のフォローアップについて意見があった。

### ■ 現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
第4回 看護師特定行為研修指導者講習会(札幌会場) (50名)	2016年10月1日(土) 【TKP札幌カンファレンスセンター】	10,000円(税込) ※資料代、昼食代を含みます。	特定行為研修において指導者として携わる予定の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等が対象。本講習を修了した参加者に対して「修了証書」を交付します。
医療安全管理者継続講習(演習)会 (60名)	第1日目 RCA 演習 2016年10月1日(土) 第2日目 FMEA 演習 10月2日(日) 【全日病会議室】	31,320円(税込) ※テキスト代、昼食代を含みます。	組織的な安全管理体制を確立する知識・技術を身につけた人材(医療安全管理者)の養成を目的とした、安全管理・質管理の基本的事項や実務指導に関する教育・研修。日本医療法人協会との共催。「医療安全管理者養成講習会」の継続認定のための研修(2単位)にも該当します。
第2回 AMAT 隊員養成研修(熊本会場) (60名)	2016年10月7日(金) 10月8日(土) 【国立病院機構 熊本医療センター】	54,000円(64,800円)(税込) ※テキスト代、昼食代を含みます。	対象は病院勤務者で、原則、3人1チームで参加。医師の参加は必須で、1人は業務調整員(ロジ)として参加する。研修修了者には、受講修了証を発行。今年度から日本医療法人協会との共催で実施。
特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修) (40名)	2016年10月22日(土)・ 10月23日(日)・ 10月29日(土)・ 10月30日(日)【全日病会議室】	54,000円(64,800円)(税込) ※テキスト代、昼食代を含みます。	研修修了者は、「食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者」と認められ、「動機付け支援」および「積極的支援」のうち、食生活の改善指導および3メッツ以下の運動についての支援を併せて実施できます。
高齢者医療研修会 (100名)	2016年10月29日(土) 10月30日(日) 【AP秋葉原】	54,000円(81,000円)(税込) ※テキスト代、昼食代を含みます。	昨年度まで「総合評価加算に係る研修」として実施した研修を日本老年医学会との共催で実施。総合評価加算の施設基準要件の研修で、2日間の受講で修了証を発行。
看護部門長研修コース (48名)	第1単位 2016年10月28~30日(金~日) 【ホテルヴィラフォンテーヌ夕留】 第2単位 2016年12月2~4日(金~日) 第3単位 2017年1月27~29日(金~日) 【全日病会議室】	216,000円(324,000円)(税込) ※テキスト代、第1単位の宿泊費、懇親会費、昼食代を含みます。	看護部門長の「経営革新・実践力強化」を目的として、経営感覚、イノベーション、実践力の3つの狙いを軸に講義・演習を行う。全3単位(9日間)の出席および演題の提出の条件を満たした参加者に「看護管理士」を認定します。

## 面倒な“マイナンバー”管理 企業に必要なものは、たったこれだけ!!

利用する全ての機器を設定済の状態でお届けしますので、ケーブルを繋いで電源をONするだけ!

ご使用中の給与システムは導入後も変更なしで、そのままお使い頂けます!

事務フローの最後、所轄官庁への提出直前でシンプルマイナガードを使うだけ。

# 変更不要!

詳しくは今すぐ検索!  
(専用サイトで動画公開中)

マイナガード

① スキャナで取込み ② 印刷するだけ

マイナンバーを追加

株式会社大和ソフトウェアリサーチ  
ソリューション事業本部  
〒102-0093 東京都千代田区平河町1-2-10 TEL:03-3262-8577  
URL:http://www.dsr.co.jp/ E-mail: solution@dsr.co.jp