



全日病 ニュース

2017.3.15

No.890

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

かかりつけ医機能の診療報酬の評価を議論

中医協総会

緩やかなゲートキーパー機能に反対意見が相次ぐ

中医協(田辺昭会長)は2月22日に総会を開き、かかりつけ医機能をテーマに議論した。厚生労働省が、かかりつけ医の役割を①日常的な医学管理と重症化予防②専門医療機関との連携③在宅療養支援、介護との関係に整理。診療報酬でどのように評価するかについて議論を求めた。かかりつけ医が緩やかなゲートキーパー(門番)機能を備えることに対しては、診療側の委員から反対意見があった。届出医療機関数が伸びない地域包括診療料(加算)の要件見直しも今後の課題となる。

厚生労働省は、かかりつけ医の定義を日本医師会・四病院団体協議会の合同提言(2013年8月)から抜粋して示した。かかりつけ医は、「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときは専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義した。

また、医療機関を受診する際の国民の意識として、「最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する」に賛成する者が7割近いという調査結果を紹介した。また、健康保険組合連合会の調査では、日頃から受診する医療機関への期待として、「アクセスのよさ」とあわせて、「全人的かつ継続的な医療」を求めるとの結果が示されている。

一方、日医が医師を対象に行った調査によると、かかりつけ医機能を果

たす上で負担感が大きいのは、「在宅患者に対する24時間対応」「患者に処方されているすべての医薬品の管理」「患者が受診しているすべての医療機関の把握」だった。厚労省は、これらの負担を軽減する取組みとして、鳥根県や岡山県の取組み事例を紹介。ICTを活用して診療情報を共有することで、かかりつけ医と専門医療機関が連携し、効果的・効率的なサービス提供が行われているとした。

さらに、厚労省は、登録したかかりつけ医のみを受診する英国のGP(General Practitioner)制度など各国の制度を資料で整理するとともに、社会保障制度改革国民会議の報告書から、「緩やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医の普及は必須」との文章を引用して記載。さらに、経済・財政再生計画で「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入」の検討が中医協に求められていることを示した。

こうした厚労省の説明に対し、診療側の委員が反発。かかりつけ医機能を限定し、その機能を果たせないかかりつけ医は診療報酬の評価を受けられない方向に議論が進むことを警戒する意見が相次いだ。具体的には、「緩やかなゲートキーパー機能を今後の議論の拠り所にされても困る」「(1人の患者が持つ)病数の数だけかかりつけ医がいる」「患者が受診する医療機関をかかりつけ医がすべて把握するのは無理」などの意見が出た。



支払側の委員も、「かかりつけ医は患者1人につき1人と整理するのではなく、もう少し広げて考えるべき」と述べた。

迫井正深医療課長は緩やかなゲートキーパー機能について、「今のフリーアクセスは大病院の勤務医の疲弊を生じさせており、必要なときにアクセスできるという意味でのフリーアクセスを守るため、一定の交通整理が必要」と説明した。

全日病副会長の猪口雄二委員は、「超高齢社会のもとで、総合的な診療ができる医師の確保が喫緊の課題」と指摘。「幅広い診療能力を持つ医師をかかりつけ医として評価する方向で議論してほしい」と要望した。他の診療側の委員からは、「地域によっては200床以上の病院の医師であっても、かかりつけ医機能を果たす」との意見が出た。

DPC対象病院の退出、合併を報告

厚生労働省は同日の中医協総会に、DPC制度から退出する病院と合併する病院を報告した。退出は、医療法人社団明

芳会新葛飾病院(葛飾区)、合併は宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション淀川キリスト教病院(大阪府大阪市)。DPC準備病院である医療法人豊和会新札幌豊和会病院(札幌市)の合併も報告された。

新葛飾病院は142床で、退出の理由は急性期から回復期リハビリテーション病院への機能変更のためとしている。淀川キリスト教病院は合併前の630床から581床にベッドを減らし、DPC算定病床は540床とした。同ホスピス・子どもホスピス病院(27床)との合併となっている。

被災地の特例を延長

また、東日本大震災と熊本地震に伴う被災地特例の半年延長を了承した。両者とも、2017年3月31日までの期限を9月30日まで半年延長する。現に特例措置を受けている医療機関が対象。東日本大震災では岩手県2、宮城県2、福島県2の合計6医療機関、熊本地震では、熊本県のみで17医療機関、5保険薬局が現在利用している。

類似薬効比較方式と外国平均価格調整を議論

中医協・薬価専門部会

外国平均価格調整で米国薬価の扱いに議論集中

中医協の薬価専門部会(西村万里子部会長)は2月22日、薬価制度の抜本改革に向けて、類似薬効比較方式と外国平均価格調整をめぐる議論した。類似薬効比較方式では、参照薬価とする類似薬の薬価が高いと、それに引きずられて高薬価になることを問題視する意見が出た。外国平均価格調整については、米国の薬価が高額であることから、米国を参照国から外すことに議論が集中した。

類似薬効比較方式は、新薬の薬価を決める場合に、効能・効果などで類似性が高い医薬品を比較薬とし、1日薬価が同一となるよう算定する方式である。最近の高額薬剤をめぐる議論では、類似薬効比較方式について、化学合成品や抗体医薬品など製造コストが異なる医薬品がある中で、適切な比較が行われていないとの指摘がある。

例えば、C型肝炎治療薬のソバルディは化学合成品だが、抗体医薬品のベグイントロン皮下注用を比較薬の1つとした。抗体医薬品は、一般に製造コストが大きく、薬価が高くなりがちで、このためソバルディの薬価が高くなった。ただ、この場合は、優れた効能・効果が認められたことによる補正加算

等の影響も大きい。

これらを踏まえ診療側の委員は、類似薬の選定や補正加算等も含め、高薬価の類似薬と1日薬価を合わせる仕組みに問題があるとした。ソバルディの配合錠であるハーボニーについては、「ハーボニーは、ソバルディよりも対象患者が大幅に増えた。ソバルディを類似薬として、薬価が高くなったのは問題」と主張した。

これに対し厚生労働省は、「薬の価値が比較薬と同等または同等以上の場合に、補正加算を含め、1日薬価を合わせる仕組みには一定の合理性がある」と答えた。

外国平均価格調整については、前回と同じく、他の比較国と比べ、薬価が際立って高い米国の薬価を外すことの是非に議論が集中した。公定価格ではない米国の薬価を参照するのは不合理との意見があったほか、「トランプ政権の米国が2国間貿易でどのような交渉をするかを考えて、対応する必要がある」との意見が出た。製薬企業団体の専門委員は、「トランプ政権であるかはともかくとして、米国は世界最大の医薬品開発国であり、世界最大の消費地であり、無視することはあり得な

い」と述べた。

改定の影響で後発品のシェア向上

厚生労働省は同日の中医協総会に、2016年度診療報酬改定の結果検証特別調査のうち、後発医薬品の使用促進策の影響に関する調査結果を示した。政府は後発医薬品の数量シェアを、今年半ばに70%にするを目標としている。2016年8月時点では66.2%であり、2016年度改定で行った促進策の影響がうかがえる。

後発医薬品の割合が75%以上で加算が取れる後発医薬品調剤体制加算の「2」を算定する保険薬局は30.3%で、65%以上の「1」は34.2%、届出なしは34.5%だった。1週間の処方品目のうち、一般名で処方されたのは31.1%で2015年度の24.8%から増加した。一般名で処方された医薬品で後発品を調剤した割合は77.4%で、2015年度の73.0%から増えている。

病院の後発医薬品使用体制加算の状況を見ると、70%以上の「1」は16.3%、60%以上70%未満の「2」は3.9%、50%以上60%未満の「3」は2.9%、全体では23.1%となっている。有床診療所は全体で11.4%だった。「後発品を積



極的に処方する」と回答した医療機関は、病院で41.8%、有床診療で15.9%となっている。

医師に対する調査で、先発品の銘柄を指定し、変更不可にする理由としては、診療所・病院医師ともに、「患者からの希望があるから」(診療所65.6%、病院66.9%)が最も多く、次いで「後発品の品質(効果や副作用を含む)に疑問がある」(診療所53.2%、病院42.5%)が多い。また、一般名処方による処方せんを発行している医師は、病院で58.2%、有床診療で74.6%となっている。

調査は2016年10月に保険薬局1,500施設、診療所1,500施設、病院1,000施設に調査票を送付(施設調査)。有効回答率は保険薬局が46.9%、診療所が40.3%、病院が30.6%だった。

エビデンスの蓄積など在宅医療推進の重点分野示す

厚労省・在宅医療WG

厚生労働省の「全国在宅医療会議ワーキンググループ」(新田國夫座長)は3月1日、在宅医療を推進するために取り組むべき重点分野として、①在宅医療に関する医療連携や普及啓発モデルの収集②客観的データに基づいたエビデンスの蓄積—の2点を案として示すことを確認した。3月中旬に開く全国在宅医療会議に報告する。あわせて、重点分野の取組みに関する関係者の役割を整理するとともに、全日病を含む関係団体の取組み事例を紹介した。

全国在宅医療会議は、在宅医療の推進に向け、関係者が参集して知見を共有。連携して実効性のある活動を目指すもの。WGはそのための重点分野を3回にわたって議論した。特に、在宅医療における医療連携とエビデンスの蓄積に関して、様々な意見があった。

医療連携に関しては、大規模化した在宅医療専門の診療所が中心となる医

西澤会長が全日病の在宅医療の取組みを報告

療連携モデルについて、関係者からヒアリングを行ったが、こうしたモデルを進めることに日本医師会の委員から反発が出た。このため重点分野案では、在宅医療と入院、外来医療が対立することなく、「相互に補完しながら生活を支える医療」であることを強調。国民が在宅医療の「長所と短所を理解し」、選択できる環境整備が重要であると記載した。

在宅医療のエビデンスの蓄積に関しては、◇疾病の進行や治療等、患者がたどるプロセス等の研究◇在宅医療に適した患者の状態、環境条件等の研究◇在宅医療のサービスの有効性、手法の標準化の研究—を重点的に進める必要があるとした。研究では、学術団体が中心的な役割を果たすが、計画段階から関係団体と密接に連携し、現場の理解を得るよう努めることが必要とした。また、日本老年医学会が「在宅医

療診療ガイドライン」を作成中であることを紹介した。

関係団体の在宅医療の取組み事例として、日本医師会、全日本病院協会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本介護支援専門員協会、日本老年医学会、国立長寿医療研究センター、厚労省の資料が配布され説明があった。

全日病会長の西澤寛俊委員が全日病の取組みを説明。医療連携、普及啓発モデルに関して、◇高齢者医療研修会◇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◇看護師特定行為研修—を実施していることを報告。

エビデンス蓄積に関しては、老人保健健康増進等事業の研究事業として、◇医療機関と連携した在宅療養支援における情報提供・情報共有の実態把握および地域包括的な情報システムのあ



り方の調査◇サービス付き高齢者向け住宅における介護・医療ニーズへの対応能力に関する評価手法に関する調査研究—などを紹介した。

また、西澤委員は、地域における医療・介護連携においてネットワーク構築、情報共有、多職種連携支援を円滑に進めるために、2013年11月に四病協で提言した「地域医療・介護支援病院」のような病院が各地域にあることが望ましいと主張した。こうした病院が軸になることで在宅医療や地域連携がさらに進んでいくと述べるとともに、その一例として、在宅療養支援病院である社会医療法人恵和会・西岡病院(札幌市)を拠点とした在宅医療連携の仕組みを紹介した。

医学教育のカリキュラム改訂を協議

文科省と厚労省の合同会議

文部科学省の「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会」(齊藤宣彦委員長)と厚生労働省の「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ」(福井次夫座長)は2月22日に合同会議を開き、医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂の最終案について協議した。多様なニーズに対応できる医師を養成するため、医師として求められる9項目の基本的な資質・能力を盛り込んだ。

医師の基本的な資質・能力に9項目

文科省の専門研究委員会の親会議の「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会」が3月24日に「改訂カリキュラム」を決定する予定だ。それを受けて、3月下旬に「モデル・コア・カリキュラム」(2016年度改訂版)を発表し、大学へ周知する。大学は、4月1日にカリキュラム(教育課程の編成・実施)、アドミッション(学生受入れ)、ディプロマ(学位授与)の3ポリシーを公表する。今年中に改訂カリキュラムの英訳を行い、2017年度

内に大学が改訂カリキュラムに基づくカリキュラムを策定する。

改訂カリキュラムは、卒業時までに身につけておくべき実践的診療能力について、「ねらい」と「学修目標」を明確化する。改訂カリキュラムは、学修時間の3分の2程度を目安としており、3分の1程度は各大学が独自のカリキュラムを組む。「医師として求められる基本的な資質と能力」として、ミニマム・エッセンスの9項目を記載した。

9項目の基本的な資質・能力は、①



プロフェッソナリズム②医学知識と問題対応能力③診療技術と患者ケア④コミュニケーション能力⑤チーム医療の実践⑥医療の質と安全管理⑦社会における医療の実践⑧科学的探究⑨生涯にわたって医師・医療者とともに学ぶ姿勢—。

第7期介護保険事業(支援)計画の基本指針を議論

厚労省・介護保険部会

療養病床から新型施設への転換は総量規制の対象外

社会保障審議会・介護保険部会(遠藤久夫部会長)は2月27日、2018年度から始まる第7期の介護保険事業(支援)計画の策定に際して、国が定める基本指針の見直しについて議論した。同計画は現在第6期(2015~17年度)が実施されており、市町村と都道府県は、基本指針に即して第7期の計画を策定することとされている。厚生労働省は、今年10~12月には基本指針を告示する予定だ。

介護保険事業(支援)計画は、第6期計画以降、「地域包括ケア計画」として策定されている。2025年までの各計画期間を通じて地域包括ケアシステムを段階的に構築するため、「2025年までのサービス、給付、保険料の水準も推計して記載」する方針を打ち出して

いる。したがって、第7期計画は、2期目となる「地域包括ケア計画」の内容を盛り込むとともに、医療計画との整合性確保を求めるスキームとなる。

こうした認識に加えて、今国会に提出した介護保険法の改正事項を踏まえ、厚労省は、「地域における自立支援」や「要介護状態の予防・軽減・悪化の防止」「介護給付等の適正化」の取組みおよび目標を計画の記載事項として示した。また、「地域ケア会議の推進」「人材の確保および資質の向上」「医療計画との整合性の確保」「都道府県による市町村支援」などを盛り込む考えを示した。

なお、療養病床等から新型施設への転換に関しては、「総量規制の対象外とする」取扱いで臨む方向が示され

た。医療計画との整合性確保に関連して、「協議の場を持つ必要性」が記されているが、この点について質問された厚労省は、「都道府県、市町村、関係者が考えられるが、どういう場にしていくかなどは今後検討する」と答えるにとどまった。

この日は、基本指針の構成案を中心に意見交換。委員からは、効果的な人材確保策がないこと、サ高住に対する介護保険部局による規制が及ばないことなど、問題点の指摘があった。基本指針案は、文案の段階で再び部会で議論される予定だ。

また厚労省は、通常国会に提出した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」の概要を報告した。その中で、「新



たな介護保険施設(介護医療院)」については、「病院または診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院または診療所の名称を引き続き使用できる」とした上で、「介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける」と説明。「具体的な介護報酬、基準、転換支援策は介護給付費分科会等で検討」することを明らかにした。また、「現行の介護療養病床の経過措置期間は6年間延長する」としている。

肝疾患の診療・支援体制整備で通知改正へ

厚労省・肝炎対策推進会議

肝炎医療コーディネーターの活動内容示す

厚生労働省の肝炎対策推進協議会(林紀夫会長)は3月1日、肝炎対策基本指針に基づく肝疾患の診療および支援体制の整備について協議。肝炎対策の進め方を定めた健康局長通知を改正する方向を確認した。

国内では300万人以上が肝炎ウイルスに罹患していると推計され、肝炎は最大の感染症となっている。肝炎は適切な治療を行わないと慢性化し、肝硬

変や肝がんに移行するおそれがある。肝炎対策基本法に基づき肝炎対策基本指針が定められ、対策が進められているが、C型肝炎のインターフェロンフリー治療が保険適用となるなど肝炎治療を取り巻く環境も変化している。

同日の協議会では、2007年4月の健康局長通知「肝疾患診療体制の整備について」の改正案が示された。改正内容は、①地域における目標や指標の設

定②受検、受診とフォローアップが円滑につながる体制づくり③患者本位の肝疾患診療④肝疾患診療の向上と均てん化⑤相談・支援の取組みの推進。

地域の実情に応じて肝炎ウイルス検査の目標を設定し、定期的実施状況を把握して評価と見直しを行うとともに、地域や職域におけるウイルス検査の普及を図り、検査陽性者には専門医療機関を紹介する取組みを進める。ま

た、肝炎対策協議会を定期的実施し、肝疾患診療の向上を図る内容となっている。

そのほか、肝炎医療コーディネーターを養成するため、国がコーディネーターの基本的な役割や活動内容に関する考え方を示し、都道府県がコーディネーターの育成を進めることを説明した。

厚労省の通知案によると、肝炎医療コーディネーターの活動内容は、肝炎医療の情報・知識の説明、肝炎ウイルス検査の受検案内、検査陽性者への受診勧奨、専門医療機関との診療連携のほか、肝炎患者や家族への生活面での助言や服薬・栄養の指導など。

報告 2016年度 個人情報保護に関するアンケート調査報告

改正個人情報保護法・改正マイナンバー法に70%が対応

8割の施設が個人情報保護の研修を定期的に関催

個人情報保護担当委員会 委員 森山 洋

2006年より個人情報保護法認定保護団体としての活動の一環として、実施体制等について問うアンケートを毎年実施している。全会員施設を対象に8月配布、9月中旬まで実施し、今年で11年を迎えた。2015年度には番号法、いわゆるマイナンバー法施行にともない、個人情報保護法も改正がなされたところである。例年通り傾向等について考察し、報告する。

【調査方法】

2016年度は会員病院2,484(前年比+39)病院に対して、回答施設数679病院(前年度524)、回収率は27.3%(前年21.4%)であった。11年連続して提出頂いた施設は28施設(前年39施設)であった。配布方法は、昨年度同様①データ送信によるPDFファイル送信②メール利用による③郵送④FAXを併用した。

○調査票回収状況

※2013年度より①を追加した(表1-(1)参照)。

【昨年の設問2の群に関するデータ修正について】

毎年基本事項として組織的対応内容を問う設問1~3であるが、昨年は一部の設問で例年と違う傾向が出ており、昨年の考察時に「基本対策事項回答率へ大きく影響したということなのか、解釈が難しいほどの変化が見られた」としていた。今年の当該項目データ検証では、特に過去の推移と変わらない傾向であったため、昨年のデータに何らかの問題があったと考え、元データから検証を行った結果、いくつかの項目で分母に間違いがあったことがわ

かった。代表的な設問2-(3)を以下の表で再掲し、昨年報告を修正させて頂きたい(表2-(3)参照)。

【今年の傾向についての考察】

上記の修正データを用いて歴年の傾向から今年の結果検証を行う。1.施設情報、2.(1)~(4)、3.の組織的対応に関する設問には注目すべき変化は見られなかった。今年、新設問として「2.(5)電子カルテ・オーダーリングシステムの導入状況について」を設定した。結果は①電子カルテ・オーダーリングシステムともに導入済が52.6%、オーダーリングシステムのみ導入の施設が14.1%、合わせると回答施設のうち56.7%が導入済であることがわかった。今後、電子カルテ等の導入状況によって、個人情報保護の対策に差が出るかを検証することができるようになることを期待している(表2-(5)参照)。

次に4.の研修に関する設問では(1)定期開催は81.0%(前年比+2.2%)と初めて80%を超えた。(4)開催回数も約6割が年1回、約3割が年2回という傾向も変わらなかった。

5.の外部の研修活用については3割が参加、6割で担当者レベルが参加する傾向が続いている。

6.(1)個人情報漏えいに関する保険加入状況に関する問では、①加入していると答えた施設は、過去一貫して年1%程度の微増傾向であったが、今年ほぼ横ばいの0.1%増の26.4%であった。6.(3)苦情の有無については昨年と変わらず①苦情があったが6.9%と特に改定の影響も見られなかった。苦情があった47施設(6.9%)の

うち、金銭的補償を行ったのは2件で、2件とも保険からの支払ではなかった。

7.(1)個人情報保護に関する相談・問い合わせの有無については、①相談等があったが7.5%と昨年比-1.7%で継続的に減少傾向にある。

次に昨年抽出した開示に関する設問群である8.では昨年とほぼ変わらず76.9%(昨年比+0.9%)が開示請求を受けており、(2)の開示請求者の問いでは①本人が76.1%(昨年66.6%(+9.5%))、一昨年も65.4%)、加えて④保険会社が41.2%(昨年比+6.0%)の2項目が高い伸びを示した。(3)以降の設問と併せて検証しても、病院側、患者側双方で診療情報開示が一般化したことがうかがえる結果といえる。

今回、昨年と設問をちょっと変えて設定した改正個人情報保護法についての認知度を問う9.(1)では、約8割の79.2%が①知っている、と答え、(2)の改正への対応の①対応した、の69.7%と併せ、会員病院では(3)で回答しているように必要な規程の改訂や研修実施、システム改修を行ったことがわかる(表9-(1)参照)。

10.「当協会の認定個人情報保護団体としての研修活動、Q&A出版等の認知度」を聞く設問群では、特に例年と変わりはないが、引き続き相談業務や研修会の開催、情報提供を通じた会員病院への支援の継続が必要だと感じる結果となった。

表2-(5) 電子カルテ・オーダーリングシステムの導入状況について ※2016年新設

掲示物の掲示場所・方法	全体 2016年 (n=679)	
	回答数 (件)	構成割合 (%)
①電カル・オーダーリング 両方	357	52.6
②オーダーリングシステムのみ	96	14.1
③どちらも導入していない	223	32.8
未回答	3	0.4

【まとめ】

毎年このアンケートを通じて個人情報保護法に関わる認識変化や各施設での管理体制整備経過を全体傾向としてつかんできた。年3回開催する個人情報保護管理者養成研修会も情報管理担当者や相談担当の社会福祉士やMSWの方の参加が増える傾向にある。法施行後11年経ち、施行後初めての大規模な改正もされたが、スマートフォン利用者もますます増加し、SNS(ソーシャルネットワークサービス)に関わる事件や利用者も増加し、さらにはマイナンバー法施行による環境変化もある。

本報告を機会に、あらためて現場レベルで全日病のHP・Q&A本の活用、管理者養成研修会参加や本アンケート結果等を参考にし、自院の個人情報保護管理体制を今一度根本から見直す機会としてほしい。

【追記】

2017年7月の仙台における医療マネジメント学会において、本報告に基づく口述発表を登録中である。



表1-(1) 調査票回収状況

回収状況	全体											
	2016 件数	2015 件数	2014 件数	2013 件数	2012 件数	2011 件数	2010 件数	2009 件数	2008 件数	2007 件数	2006 件数	
調査対象病院数	2,484	2,445	2,409	2,442	2,363	2,338	2,302	2,269	2,249	2,197	2,141	
回答施設数	679	524	716	678	994	1,203	1,113	1,037	1,117	1,079	579	
回答率	27.3	21.4	29.7	27.8	42.1	51.5	48.3	45.7	49.7	49.1	27.0	

表2-(3) 個人情報保護監査責任者

監査責任者	全体																							
	2016年 (n=679)		2015年 (n=524)		2014年 (n=716)		2013年 (n=678)		2012年 (n=994)		2011年 (n=1203)		2010年 (n=1113)		2009年 (n=1037)		2008年 (n=1117)		2007年 (n=1079)		2006年 (n=579)			
	回答数 (件)	構成割合 (%)	回答数 (件)	構成割合 (%)	回答数 (件)	構成割合 (%)	回答数 (件)	構成割合 (%)	回答数 (件)	構成割合 (%)	回答数 (件)	構成割合 (%)	回答数 (件)	構成割合 (%)	回答数 (件)	構成割合 (%)	回答数 (件)	構成割合 (%)	回答数 (件)	構成割合 (%)	回答数 (件)	構成割合 (%)		
《職種》	①医師	328	48.3	108	20.6	153	21.4	143	21.1	201	20.2	276	22.9	244	21.9	212	20.4	223	20.0	222	20.6	113	19.5	
	②看護師	5	0.7	15	2.9	22	3.1	19	2.8	30	3.0	36	3.0	37	3.3	32	3.1	37	3.3	25	2.3	18	3.1	
	③診療技術部門	4	0.6	4	0.8	9	1.3	8	1.2	9	0.9	12	1.0	12	1.1	12	1.2	6	0.5	10	0.9	6	1.0	
	④事務職	255	37.6	130	24.8	171	23.9	154	22.7	231	23.2	245	20.4	275	24.7	228	22.0	237	21.2	231	21.4	144	24.9	
	⑤情報システム担当者	17	2.5	15	2.9	12	1.7	15	2.2	14	1.4	21	1.7	16	1.4	13	1.3	13	1.2	14	1.3	3	0.5	
	⑥診療情報管理担当者	15	2.2	12	2.3	19	2.7	19	2.8	31	3.1	32	2.7	22	2.0	15	1.4	17	1.5	23	2.1	8	1.4	
	⑦その他	16	2.4	28	5.3	45	6.3	40	5.9	39	3.9	85	7.1	53	4.8	68	6.6	72	6.4	81	7.5	48	8.3	
	⑧特に定めていない	35	5.2	208	39.7	271	37.8	269	39.7	410	41.2	464	38.6	429	38.5	420	40.5	478	42.8	434	40.2	214	37.0	
未回答	4	0.6	4	0.8	14	2.0	11	1.6	29	2.9	32	2.7	25	2.2	37	3.6	34	3.0	39	3.6	25	4.3		

2016年度 第4回理事会・第11回常任理事会の抄録 2月25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。
北海道 医療法人優仁会滝川中央病院
理事 縄手 康湖
北海道 医療法人優仁会若葉台病院
院長 永井 龍哉
北海道 医療法人共生会川湯の森病院
理事長 齋藤 浩記
茨城県 医療法人社団源守会会田記念リハビリテーション病院
理事長 山本 登

東京都 医療法人社団健心会みなみ野循環器病院
理事長 幡 芳樹
山梨県 社会医療法人加納岩加納岩総合病院
理事長 中澤 良英
福岡県 医療法人社団広仁会広瀬病院
理事長 古賀 稔啓
他に退会が3会員あり、正会員は合計2,497会員となった。
準会員として以下の入会を承認した。
京都府 木村内科クリニック
院長 木村 進
大阪府 医療法人瑞和会ラッフルズクリニック

理事長 大西 洋一
大阪府 医療法人朋愛会淀屋橋健診プラザ
理事長 依田 久実
準会員は合計81会員となった。
賛助会員の退会が1会員あり、96会員となった。
●平成28年度補正予算(案)を承認
●平成29年度事業計画(案)を承認
●平成29年度予算(案)を承認
●外国人技能実習生受入れに係る事業に伴う定款変更(案)を承認
●第4回臨時総会(案)を承認
【主な報告事項】
●審議会等の報告
「中央社会保険医療協議会基本問題小

委員会」、「中央社会保険医療協議会 総会」、「中央社会保険医療協議会薬価専門部会」、「中央社会保険医療協議会 費用対効果評価専門部会」、「中央社会保険医療協議会保険医療材料専門部会」、「中央社会保険医療協議会DPC評価分科会」、「中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会」、「社会保障審議会医療部会」、「脳卒中に係るワーキンググループ」、「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」、「全国在宅医療会議ワーキンググループ」、「医療計画の見直し等に関する検討会」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」、「技能実習制度への介護職種の追加に向けた準備会」の報告があり、質疑が行われた。

7対1の要件見直しは最小限度に

日病協 4月に次期改定の要望書を厚労省に提出

日本病院団体協議会は2月24日、代表者会議を開いた。4月に厚生労働省あてに提出する次期診療報酬改定の要望書について、「7対1入院基本料の要件見直しは最小限度にすべき」などの要望を盛り込むとした。中医協で議論された遠隔医療の診療報酬の評価については、「ケースバイケースの対応」(神野正博議長)が必要であることを確認した。

次期診療報酬改定に向けてすでに中医協の議論が本格化していることから、日病協が例年より早く、4月に改定に対する要望を提出する考え。

要望書は、◇7対1入院基本料の要件見直しは最小限度にすべき◇7対1と10対1の混在を認める病棟群単位の届出の使い勝手をよくする◇医療機関の負担が大きい医療の消費税問題の解決—などを盛り込む方向だ。7対1については、2016年10月以降の経過措置が切れた状況でも、転換した病棟が少ないことから、中医協の支払側がさらなる要件の厳格化を求めると予想される。しかし、病院の平均在院日数の減少や病床稼働率の低下は深刻で、「これ以上の締め付けは限界」との意見が相次いだという。

遠隔診療については、「ケースバイケースで対応する」ことで一致した。神野議長は、医師対患者の対応では、対面診療を原則としつつ、へき地・離島、患者が特定の状態にある場合は、ICTなどの活用による遠隔診療が必要であることを強調した。また、医師対医師の業務では、ICTなどの活用を推進する診療報酬の対応を求めた。地域医療構想を推進するための調整会議の各地の取組みについても意見交換。厚労省が「医療計画の見直し等に関する検討会」で、公的病院中心の医療機能の分化・連携の事例を示し、他



の構想区域の取組みを促したことに対しては、「現段階で(病棟単位ではなく)病院単位の急性期機能や回復期機能を定めるのは違和感がある」との認識を共有した。

また、4月から神野議長に代わり、全国公私病院連盟常務理事の原澤茂副議長が議長になることに伴い、同日、原澤副議長が、国立大学附属病院長会議委員長山本修一・千葉大学医学部附属病院病院長を副議長に指名した。

医師の働き方は別途議論が必要との考えで一致

四病協 政府の働き方改革への対応

四病院団体協議会は2月22日に総合部会を開いた。政府が進める働き方改革に危機感を表明する意見が相次いだ。医師の働き方は一般の労働者と異なるため、例外的な取扱いとする必要があり、別途議論すべきとの考えで一致した。新たな専門医の仕組みについては、3月中に新整備指針の運用細則をまとめる予定。日本専門医機構理事を務める神野正博・全日病副会長は、総合診療専門医の議論が遅れていることに懸念を示した。

政府は働き方改革について、時間外労働に上限規制を設ける案を示してい

る。3月末までに改革案をまとめ、労働基準法等改正につなげる方針だ。上限規制では、時間外労働を最大で年720時間(月平均60時間)とし、違反した場合は罰則を課す案が示されている。電通の女性社員の過労自殺をきっかけに、行政の長時間労働に対する対応が厳しくなっている。

総合部会では、労働規制を厳格に医療現場に適用すれば、救急医療をはじめ、地域医療は成り立たなくなるとの意見が相次いだという。例えば、宿日直の取扱いが時間外労働とみなされれば、巨額の未払い賃金が発生する。当

番団体の日精協・山崎会長は会見で、「厳格に適用されたら、医療現場は回らない。やれといわれても、医師が足りない」と述べた。

このため総合部会では、医師の労働規制は、一般の労働者とは別の取扱いとし、4月以降に厚生労働省で関係者を集めて検討会を設置するなどして、別途議論すべきとの考えで一致した。具体的な取扱いについては、「医師の働き方は裁量労働制に近いが、応召義務があり、その他の点でも、時間・場所に拘束されることが多い」ことなどの問題が指摘された。

新たな専門医の仕組みについては、

神野副会長が専門医制度新整備指針の運用細則の議論の進捗状況を説明した。その中で、総合診療専門医の養成の議論が停滞していることがわかった。総合診療医の養成については、日本国民健康保険診療施設協議会、日本病院総合診療医学会、日本プライマリ・ケア連合学会による共同提案が機構に提出されている。共同提案では、各診療科の研修期間など具体的な提案がある。

しかし現状で、共同提案に基づいた議論が進んでおらず、神野副会長は総合部会で、「タイムリミットであり、早く決めないと総合診療専門医は動かない」との懸念を伝えている。

また、医療法人のガバナンス強化を目指した改正医療法の一部施行を踏まえ、四病協として、「医療法人監事監査の手引き」をまとめた。

がん対策の全体目標に「予防」「治療」「共生」の3点盛り込む

厚労省・がん対策推進協議会 受動喫煙対策で塩崎大臣に意見書

がん対策推進基本計画見直しの議論を進めてきたがん対策推進協議会(会長=門田守人堺市立病院機構理事長)は2月23日の会合で、「受動喫煙完全防止に向け、建物内禁煙を基本とした実効性のある法的措置を講じることを求める」意見書を塩崎厚生労働大臣に提出することで一致。同日、6人の委員が塩崎大臣に意見書を手渡した。

厚生労働省は、罰則規定を設けて飲食店などの原則禁煙を義務化する健康増進法の改正案を今国会に提出する方針だが、自民党の一部に反対論が根強く、例外規定を求める動きがある。患者とがん医療関係者等からなるがん対策推進協議会は、規制が無力化される

ことを懸念し、「特にがん予防の観点から」意見書を大臣に提出したもの。

この日の協議会は、前回までの議論で積残しになっていた(がんリハビリを含む)チーム医療「病理診断」「医薬品・医療機器の早期承認に向けた取組み」に関して意見交換し、個別テーマの検討を終えたとともに、とりまとめに向けて、次期基本計画の全体目標に関する議論に着手した。

がんのリハに関しては、急性期病院後、特に在宅移行後にリハを受療する体制、および紹介等の連携体制が整っていないことが指摘された。病理診断をめぐる議論では、病理診断の標準化とともに、今後主流になると予想され

るゲノムを踏まえた検診や病理診断、さらには、そうした流れに治験や早期承認をどう対応させていくべきかといった問題をめぐって意見を交換した。

全体目標では、「予防」「治療」「共生」の3点を掲げる方向で合意した。また、次期基本計画の理念・目標を概括したスローガンを設ける提案があり、次回に具体案を論じることで一致した。

2017～21年度を期間とする第3期がん対策推進基本計画は、当初、3月に諮問・答申を行い、6月に閣議決定する予定だった。しかし、がん対策基本法の改正が12月に成立した影響から、議論が遅れている。改正がん対策基本法は、企業にがん患者の雇用継続



への配慮を求めるほか、国や地方公共団体にがん教育の推進を求めている。

患者団体は、法改正に対応して、第3期計画に、①難治がん、希少がん、小児がんに関する研究・対策の推進②がんの支持療法に関する研究・対策の推進③がんに関する教育の推進—などの課題を盛り込むよう求めている。

■ 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(会員以外)	備考
特性要因図作成研修会 (20病院)	2017年5月26日(金) 【全日病会議室】	1病院48,600円・3~5名/16,200円・1名(1病院75,600円・3~5名/21,600円・1名)(税込) ※昼食代、書籍代を含む	自施設の具体的事例の現状把握と特性要因図作成によって、改善すべき業務範囲と主要要因の抽出、それに基づく根本原因分析までを座学とグループ討議で学ぶ講習会。多職種の職員の参加が望ましい。
業務フロー図作成講習会 (20病院)	2017年6月11日(日) 【全日病会議室】	1病院48,600円・3~5名 (1病院75,600円・3~5名)(税込) ※昼食代、書籍代を含む	①紹介患者受入れ②結核疑い患者対応③造影CT検査④死亡事故発生から院内事故調査開始までの中から、希望の課題を一つ選択し、医師、看護師、薬剤師等のチームで検討する。看護師を含む多職種の職員の参加が条件。
医療事故調査制度事例検討研修会 (60名)	2017年6月16日(金) 【全日病会議室】	12,960円(16,200円)(税込) ※昼食代、テキスト代を含む	医療事故発生時に医療事故調査制度の対象事例か否かを迷った事例を中心にグループワーク中心で学ぶ研修会。院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を学ぶ。
医療安全管理者養成課程講習会 (第1クール・第2クール(講義)200名/第3クール(演習)1回あたり約70名)	第1クール(講義) 2017年6月23日(金)~24日(土) 第2クール(講義) 2017年7月29日(土)~30日(日) 第3クール(演習) ①2017年8月26日(土)~27日(日) ②2017年11月4日(土)~5日(日) ③2017年12月9日(土)~10日(日) 【全日病会議室】	83,160円(103,680円)(税込) ※昼食代、テキスト代を含む	厚生労働省の「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則った内容の講習会。診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たしており、「認定証」は研修証明となる。 なお、第3クール(演習)の参加は、第1、第2クール受講修了者に限る。3つの日程から1日程に参加。