



全日病 ニュース

2017.5.1

No.893

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

医師偏在対策を集中的に議論、来年の国会に法案提出目指す

厚労省・医師需給分科会 半年間中断していた議論を再開

厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会」(森田朗座長)と医師需給分科会(片峰茂座長)の合同会議が4月20日に開かれ、厚労省から「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の報告書の説明を受けた。その上で、半年間中断していた議論を再開し、来年の通常国会への法案提出を視野に入れ、5月以降に具体的な医師偏在対策を集中的に議論する方針を決めた。ビジョン検討会と分科会の関係および報告書の位置づけが不明確であることや、報告書が示した提言により医師偏在を解決できるかを不安視する声など様々な意見が出た。

医師需給分科会は昨年中に「強力な医師偏在対策」をまとめ、法改正事項を今国会に提出する方針だった。しかし、今後の医師需給や医師偏在対策を考える上で、医師などの働き方を含めて、新たな医療のあり方を踏まえて対応する必要があるとの観点から、働き方ビジョン検討会が設置されたため、分科会は半年間中断。医師偏在対策の議論は大幅に遅れることになった。

働き方ビジョン検討会の報告書は4月6日にまとめ、今回厚労省が需給検討会・分科会合同会議に報告した。医政局の武井貞治医事課長は、半年間中断したことを陳謝。報告書を踏まえて、喫緊の課題としての医師偏在対策の具体化に向けた検討を分科会で行う方針を示した。5月以降に短期的な方策を集中して議論。運用で実行可能な偏在対策は、第7次医療計画に都道府県が盛り込むことができるよう検討する。法改正が必要な事項は、来年の通常国会への法案提出を視野に入れる。

働き方調査の結果に疑問

委員からは厚労省への苦言を含め、様々な意見が出た。全日病会長の西澤寛俊委員は、報告書が「あえて医師数を増やす必要がない環境を作り上げる」と明記していることに対し、「現状で待たなしの医師不足の状況。早急な医師偏在対策が不可欠」と訴えた。

全日病副会長の神野正博委員は、報告書が「医師が高い専門性をもって本来医師が行うべき業務に注力できる環境整備」を行えば、「必ずしも医師を増

加させずとも、高齢化を踏まえた患者の多様なニーズに応えられる」と断言していることに対し発言。「環境整備として、これまであまり議論してこなかったAIやICTの活用、新たな資格創設を含むタスクシフティングなどを前提としている。逆にいえば、この前提がなければ医師を増やす議論になるのではないかと指摘した。

他の委員からも、「AIやICTの導入で関連業務も増える。初期はむしろ医師の必要数は増加するように感じる」との指摘が出た。

「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」に対しても、結果を疑問視する意見が相次いだ。働き方調査では、医師の44%が今後地方で勤務する意思があるとのアンケート結果を示している(地方とは、東京都23区および政令指定都市、県庁所在地等の都市部以外)。しかし西澤委員は、「若い医師は将来の出来事として地方勤務を考えている。現在の意思ではない」と、環境整備が整えば地方勤務が増えと期待することに疑問を呈した。また、勤務している医師の調査であり、離職



している医師の意思が反映されていないことも問題とした。

他の委員からも、「今まで出来ることをいろいろやってきたが、それでも田舎に医師は来ない。長年の経験からいうと、アンケート結果はでたらめ」、「なぜ地方に行きたいかの分析ができていない」などの指摘が出た。厚労省はこれらの意見を踏まえ、詳細な分析結果を今後示す考えを示した。

需給検討会の森田朗座長は、「報告書は需給検討会等がこれまで議論してきた考え方を正面から否定しているわけではない。整理すれば十分反映させられる内容だ。医師偏在対策など課題の緊急性を考えると、前向きに対応すべき」と述べた。あわせて、報告書を踏まえた検討事項をどの会議体で議論するかを整理するよう厚労省に要請した。

働き方ビジョン検討会と医療部会の関係問われる

厚労省・医療部会 医師養成のあり方の議論も開始

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は4月20日、厚生労働省から「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の報告書の説明を受けた。委員からは、「医療従事者の需給に関する検討会」と同様に報告書の位置づけが不明確であることや、「医師の勤務実態及び働き方の移行等に関する調査」の妥当性を問う意見が相次いだ。また、厚労省が「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を設置し、4月24日から議論を開始することを報告した。

働き方ビジョン検討会の報告書に、「関係審議会等でこの提言に基づいた検討が行われ、実現の見通しを明らかにすべき」との文言があることから、医療部会とビジョン検討会の関係について質問があった。神田裕二医政局長は、「働き方ビジョン検討会が医療部会に指示しているのではなく、上下関係ではない。報告書を踏まえ具体的な

施策を今後、関係審議会等で医療関係者の参加の下で議論してもらおう。医師偏在対策は医師需給分科会で議論し、法改正事項は医療部会に諮る」と述べた。

働き方調査に対しては、医師の44%が地方で勤務する意思があるとする調査結果について、「様々なバイアスのある調査結果」、「信じるほどお人よしではない」など妥当性を疑問視する意見が複数出た。

「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」は、◇地域医療に求められる専門医制度のあり方◇前・卒後の一貫した医師養成のあり方◇医師養成の制度における地域医療への配慮を検討課題とする。全日病会長の西澤寛俊委員は、「専門医の研修については、日本専門医機構が2018年度の開始に向け新たな専門医の仕組みを議論している。新たな会議での議論が混乱を招き、悪い影響を与えることは

避けてほしい」と述べた。

官邸の働き方改革実現会議が3月28日に決定した働き方改革実行計画については、時間外労働の上限規制で医師に対しては特殊な取扱いになったことが説明された。具体的には、「時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である」とされ、「改正法の施行期日の5年後をめどに規制を適用する」とした。その間、医療界の参加の下で検討の場を設け、「2年後をめどに規制の具体的なあり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る」と明記している。厚労省は医政局と労働関連部局が連携し、今後の検討を進める方針を示した。

現在、国会に提出されている医療法等改正案について、医療部会が1月18日に了承した後、与党内審査で一部変更等があったことが報告された。変更は、「医療に関する広告規制の見直し」

に関する部分。「看護師に対する行政処分に関する調査規定の創設」も検討されたが、見送られた。

広告規制の見直しは、美容医療サービスに関する消費者トラブルの相談件数が増加していることを踏まえ、虚偽・誇大の表示がある医療機関のウェブサイトなどに中止・是正命令および罰則を課すことができるよう措置するもの。当初案では、引き続き医療法上の広告規制の適用対象とはしない対応としていた。しかし自民党の厚生労働部会で厳しい対応が必要との指摘があり、広告規制の対象にすることに変更した。

その上で、広告規制により制限される情報を一部解除できるよう措置することで、患者の利便性が低下しないようにする。制限する情報を個別に列挙するネガティブリストから、開示できる情報を個別に列挙するポジティブリストに転換する形となる。解除する事項については、法案成立後、医療関係者や消費者団体などが参加する検討会で別途検討する。

清話抄

医療関係職種の就職仲介を考える

人手不足が様々な職種で起こっています。看護師を中心とする医療関係職種の手不足は、中小の病院であれば

あるほど、地方であればあるほどその深刻さが増しているものと思います。少子高齢化の中で、この傾向はさらに強まることでしょう。

ここに求人仲介業者が活躍する場を得ており、高額な仲介料を要求しています。そして、残念ながら、我々がこうした業者に依存する率は年々高まっています。

近所に住む看護師を遠隔地の仲介業者から紹介され、高額の手数料を取られるといった事態が発生しています。

求職者はスマホなどで手軽に仲介業者と情報交換をしていますが、その裏でどれだけの費用が動いているかを知る由もないのです。当然のことながら、その費用がどこから、どの程度出ているかを考えるはずありません。

医療機関が得る資金の大部分は保険診療によるものであり、公的資金と考えるべきものです。考え方によってはこの医療費の横流しでもあり、適切な使用方法とは言えません。

医療関係職種の就職仲介業務は、一

般的な職業仲介とは別にすべきではないでしょうか。一般的な職業仲介とは別のルールまたはルートを作り、仲介費用を低廉化する方策を講ずるべきではないでしょうか。

適正化と称しながら削減されつつある医療費の中で、医療機関が良質な医療を担保するために、早急に検討すべき項目であろうと思います。

(藤井 卓)

主張

患者は療養病床の再編を望んでいるか

先日あと2ヶ月で百歳となる男性が当院で亡くなった。入院は4年前になる。転んで身の回りのことができなくなりリハビリテーション目的で入院した。当初は乗り気でなかったが、スタッフの、特に若い女性の関わりが気に入ったのか、次第に積極的にリハビリテーションに取り組んだ。そして在宅へ戻れる日が近づいた頃、脳梗塞となり寝たきりとなった。しかし、ベッド上での生活ではあったが徐々に回復の兆しを見せ経口摂取ができるようになった。

その後、誤嚥性肺炎を発症し食べられなくなり経管栄養となった。そしてご永眠なされた。大往生である。

この方の息子夫婦は毎日のように病院に来て話しかけたり、身の回りのお世話をして下さった。臨終の際、私たちに「本当に感謝している。皆さんのお世話が良かったからこそ父はこんなに長生きできた。そして父が長生きしてくれたお蔭で家族は仲良く過ごせた。自分の家ではこのような看病はできなかった。本当に有難う」と息子さんは

おっしゃった。私も療養病床の医療スタッフにとって一番嬉しい言葉を聞くことができた。医療・看護・介護の仕事は辛いことがたくさんあるが、この仕事に就いて本当に良かったと思う瞬間である。

今新たな制度が患者・家族と私も医療人との人情味ある関係を奪おうとしている。確かに急激な少子高齢化に伴い社会保障費確保が困難となってきた昨今「余計な医療費・介護費」を削減することは必要である。しかしその方向性が在宅一辺倒であることはいかなものか。療養病床の再編成にともしない新たな施設類型が提案された。“必

要のない”入院・入所を在宅へ移行し、穏やかな人生を送って頂くための提案とされているが、実は病床を削減し、施設転換を図ることが目的であり、入院患者や施設入所者や家族が本当に望んでいる制度ではない。

なぜ現状維持ではダメなのか。あと30年いや20年今のままの制度で運用されれば自然と新しい類型に近づく。それを無理に動かし混乱をきたし多くの費用負担を国民に強いることが本当に正しいのだろうか。目先の費用負担に捉われず国民視線での生活を考えた政策を心より望みたい。

(土屋 繁之)

24時間対応の在宅医療における負担軽減を検討

中医協・総会

在宅患者訪問診療料の要件緩和が課題に

中医協(田辺国昭会長)は4月12日に総会を開き、在宅医療をめぐる議論した。在宅医療の提供体制を構築するために、かかりつけ医の負担軽減が論点となった。現状では、在宅患者訪問診療料は1人の患者に対し、1人の医療機関の医師に限り算定できるが、1人の医師で24時間の対応は困難だ。このため診療側は、複数の医療機関が連携した場合の算定を認めるように求めたが、支払側の委員の一部は慎重姿勢を崩さなかった。

在宅療養支援診療所の数は横ばい

厚生労働省は同日配布した資料で、在宅医療に求められる機能として、①退院支援②日常の療養支援③急変時の対応④看取り一に整理した。そのような機能を積極的に担う主体として、在宅療養支援診療所(在宅診)・病院などを位置づけ、多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供することを求めた。

在宅診・病院は創設以来増加傾向にあったが、最近横ばいに転じており、訪問診療を行っている患者数も「1～9人」とどまる医療機関が最も多い。一方で、「100人以上」の在宅医療専門の診療所も少なくなく、両極端に分かれる様相となっている(2015年7月1日現在)。

在宅医療を提供している施設数をみ

ると、「訪問診療」では在宅診とそれ以外が約半々である。算定回数では在宅診が86.2%を占める。だが「往診」では在宅診以外が39.6%、「看取り」では21.5%と割合が高くなる。在宅診以外が在宅医療を提供する患者はそれ以前に自院に通院していた患者が多く、通院できなくなっても、同じ医師がその患者に寄り添っていることがうかがわれる。

これらのデータが示すのは、在宅診以外の医療機関が地域の在宅医療を支えていることであり、それにも関わらず積極的に在宅医療に携わる医療機関は増えていないことである。在宅診ではない診療所にその理由をきくと、約4割が「24時間の往診体制が困難」と答えている。

厚生労働省はこれらを踏まえ、◇在宅診以外を含めたかかりつけ医による在宅医療提供体制◇かかりつけ医の夜間・時間外の負担軽減に資する地域の医療機関の連携による救急応需体制◇かかりつけ医機能を補完するため、複数の診療科の医師が協働して行う訪問診療一の評価などを論点として示した。

同日の議論では特に、「在宅患者訪問診療料」の取扱いが焦点となった。同点数は、通院が困難な患者に対する定期的な訪問診療を評価するもの。1人の患者に対し1つの医療機関の医師が算定している場合、他の医療機関の医

師が訪問診療を行っても算定できない。これに対し、「複数の診療科の医師が協働して行う訪問診療」を評価する観点から、診療側が要件緩和を求めた。

全日病副会長の猪口雄二委員は、「1人の医師が24時間365日対応するのは難しいので、どのような形で連携体制を作れるかということに尽きる。機能強化型の在宅診・病院であれば、そのような体制を作れるが、強化型は看取りなどの要件が厳しく、数が増えない。後方ベッドの確保を含め、複数の医師が連携できる体制が在宅医療に必要だ」と発言した。

負担軽減に理解示す委員も

診療側の意見に対し、支払側の委員からも1人の医師が24時間対応することの負担軽減が必要であることに理解を示す意見が出た。ただ、「在宅患者訪問診療料」の要件を緩和することには、他の委員が難色を示した。かかりつけ医機能が不明確になる懸念から、複数の医師が連携することよりも、後方病床の確保とあわせ、1人のかかりつけ医を中心とした多職種連携体制の強化を優先させるべきとの意見が出た。

また、訪問診療を行っている患者の主な原因疾患をみると、循環器疾患や脳血管疾患、認知症、糖尿病といった疾患が多い。複数の疾患を持つ患者も一定程度いて、耳鼻科や眼科の訪問診



療も行われている。診療側の委員は、「疾患の数だけかかりつけ医がいたほうがよい」と主張した。

24時間体制の負担について、厚労省が往診料のうち、実際に夜間・深夜の加算を算定している件数が約8%にとどまることを示す資料を提示した。これに対して、診療側の委員が、「算定回数が少ないので大変ではないという考えではなく、万が一の体制を整えているということが評価されるべき」と指摘した。

在宅医療を提供した患者(在宅時医学総合管理料等を算定した患者)への診療内容をみると、「視聴打診・触診」、「バイタル測定」、「患者・家族等への問診」、「薬剤の処方」の項目の割合が高くなっている。診療時間は「15～30分」が最も多い。これらのデータから支払側の委員は、「現状の評価は、重症患者とそれ以外の区分となっているが、患者の病態は様々で、重症患者以外をひとくくりにしてよいのか。細分化する必要があるのではないかと。また、在総管等は包括評価なのでよいが、その都度評価する訪問診療も包括化すべきではないか」と提案した。診療側は、「現場感覚として、今の体系が妥当。診療報酬を複雑怪奇にしないほしい」と反論した。

原価計算方式の営業利益率の適切性に厳しい指摘

中医協・薬価専門部会

正確性・透明性の徹底求める

中医協の薬価専門部会(中村洋部会長)は4月12日、薬価制度の抜本改革に向け、原価計算方式について議論した。抜本改革では、原価計算方式の正確性・透明性が求められている。この日は、厚生労働省が原価計算の詳細を説明。診療側・支払側双方の委員から医薬品の特性に配慮した価格設定に、疑問の声が上がった。特に、平均的な営業利益率を14.6%としていることへの指摘が相次いだ。

新薬の薬価算定方式には類似薬効比較方式と原価計算方式があるが、比較薬がない場合は原価計算方式で算定することになる。原価計算方式に対しては、これまでも中医協で様々な指摘があり、累次の改定を行ってきた。しかし薬価制度抜本改革の中で、正確性・透明性を徹底し、根拠の明確化や薬価算定プロセスの透明性向上を図ることが課題となっている。

原価計算方式では、薬価を「薬価算定単位あたりの製造販売に要する原価

に一般管理販売費、営業利益、流通経費並びに消費税および地方消費税相当額を加えた額」として計算している。

一般管理販売費は、企業全体の費用として発生するもので、個別品目に要する費用として把握するのは不可能であるため、一定の比率を上限に設定している。研究開発費は一般管理販売費に含まれており、承認に必須の開発費のみを評価するという考えに基づき、査定が行われる。

営業利益率は、平均的な営業利益率(14.6%)から既存治療と比較した場合の有効性などの程度に応じて、-50%～+100%の範囲内とする。なお、営業利益率の補正率は、公開した基準によるポイント制で定量的に算出した加算率を参考に決定している。

厚生労働省は仮想例を提示。516円と算定された原価計算方式の薬価の内訳について、◇製品製造原価200円◇一般管理販売費180円◇営業利益65円◇流通経費33円◇消費税38円とした。製

品製造原価と一般管理販売費を合わせた製品総原価は380円。製品総原価に営業利益を加えた製造業者出荷価格は445円となる。

これらを踏まえた上で、厚生労働省は医薬品の原価計算方式を考える留意点として、◇医薬品を上市することの成功確率が極めて低い◇売上高に対する研究開発経費比率が他の産業に比べて、突出して高い◇極めて成功確率が低い状況の中で、承認申請や個人情報保護の費用以外は評価されないことを示し、配慮を求めた。また、原価計算方式の加算は、類似薬効比較方式と違い、価格全体ではなく、平均的な営業利益率に対する補正として行われるため、限定的な評価であることなどを補足した。

現状の原価計算方式に対しては、診療側・支払側双方から厳しい指摘が相次いだ。特に、平均的な営業利益率を14.6%としていることに批判が集中。「一般的な企業の営業利益率は7～8%程度だ。リーマンショックの時期は



4%程度に下がった。製薬の優良企業でも18%程度だったはず」、「14.6%は製薬の優良企業のデータを参考にしていない。全製薬企業を対象とした調査を用いれば、もっと下がる」などの意見が出た。製薬企業の特性に配慮すべきとの厚生労働省の説明にも、疑問とする発言があった。

オブジーボのGLと通知を了承

同日の中医協総会で、腎細胞がんと古典的ホジキンリンパ腫に対するニボルマブ(遺伝子組換え)(販売名:オブジーボ)の最適使用推進ガイドラインと留意事項通知を了承した。通知の発出日は4月18日とした。医療施設や医師の要件は、他の適応に準じる。

高生産性・高付加価値の医療を実現するための方策を提案

厚労省・医師の働き方ビジョン検討会 フィジシャン・アシスタント創設等

厚生労働省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」(渋谷健司座長)は前号既報の通り、4月6日に報告書をまとめ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」の結果とあわせて発表した。

報告書は、医療が「高生産性・高付加価値」構造となり、本来医師が行うべき業務に注力できる環境整備を進めることで、医師数を増やす必要がない環境を作り上げていくことが重要と指摘。そのための方策として、都道府県による人材マネジメントやタスク・シフティング/タスク・シェアリン

グ、フィジシャン・アシスタントの創設、ITCの活用などを提案。これらの方策の達成状況を検証した上で、医師の需給推計を行うことを求めている(報告書の抜粋を4面に掲載)。

ビジョン検討会設置のきっかけは、「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」が昨年6月に公表した中間とりまとめ。分科会は昨年3月に医師の将来需給推計を行ったが、中間とりまとめは、「今回の前提となった限られたデータでは、実態を十分に把握できなかった」と指摘。「あるべき医療提供体制とそこにおける医師の新しい働き方を示すビジョンを策定した上で必

要な医師数を推計する」とした。

これを受けてビジョン検討会が設置され、医師の勤務実態や働き方の意向・キャリア意識に関する実態調査を行った。

調査は、約10万人の医師を対象に実施し、1万5,677人の回答を得た。勤務時間(診療+診療外)は年代が上がるにつれ減少する傾向があり、20代の常勤勤務医が最も多く、週平均55時間程度だった。これに当直・オンコールの待機時間(男性約16時間、女性約12時間)が加わる。救急科、外科、臨床研修医で勤務時間が長い傾向があった。常勤勤務医で週60時間以上は男性で27.7%、女性で17.3%。

働き方の意向では、医師の44%が今後、地方(東京23区および政令指定都市、県庁所在地等の都市部以外)で働く意思があると回答。そのうち50代以下で10年以上の期間を希望する割合は30%近かった。一方で、地方勤務の意思がない理由をきくと、「労働環境への不安」、「希望する内容の仕事ができない」が多かった。

この結果を受けて報告書は、「多くの医師は潜在的に地方での勤務に魅力を感じ、キャリア形成や生活への支障を来す要素が除かれれば、地方で従事する可能性が多く秘められている」と指摘。「医師の意向を重視し、モチベーションを引き出す方策をそれぞれの地域において、住民、医療機関、行政等が中心となって講じていくべき」と述べている。

介護保険法改正案が原案通り衆院を通過

塩崎大臣が介護従事者の働き方実態調査を実施する考え示す

介護保険法等一部改正法案を審議していた衆議院厚生労働委員会は、4月12日に安倍晋三首相が出席して審議した後に採決を行い、自民党・公明党および日本維新の会の賛成多数で政府原案のとおり可決した。民進党・共産党は反対した(写真)。同法案は、18日の衆院本会議で可決、参院に送付された。

厚生労働委員会はこれに先立ち、5日と7日に審議を行ったほか、11日には参考人質疑を実施した。

5日の審議で、塩崎恭久厚生労働大臣は、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検

討会」報告書を踏まえ、介護従事者の働き方の実態に関して大規模な調査を行う考えを表明した。

また塩崎大臣は、介護人材の推計について発言。2020年代初頭を目途に実人員で示した推計があるが、これについて常勤換算による推計を示した上で、中間評価を行うことを検討すると述べた。

厚労省老健局の蒲原基道局長は、介護療養型医療施設から転換した介護療養型老健施設について2015年10月時点で約160施設、入所者で約8千人であると説明した。転換が進まなかった理由として、「介護療養病床に入ってい

る患者像の把握が不十分だった。既存の老健施設等は受け皿として十分機能していなかった」と述べた。

また、今回の法案で介護療養病床の受け皿となる「介護医療院」の名称について、「介護と医療を提供する施設であることを端的に示すとともに、その機能として日常的な医学管理、看取り、ターミナルケアといった医療を提供する施設であることを利用者に伝えるもの」として定めたと説明した。

7日の審議では、民進党の柚木道義議員が、厚労省の資料に基づき2015年8月に2割負担を導入した際に、サー



ビスの算定単位の減少数が16万7,163人に上ることを示し、「利用抑制が起きた」と指摘。塩崎厚労相の認識を質した。

塩崎厚労相は、2割負担導入の影響を踏まえて対応する考えを説明するとともに、2割負担の導入について、「全く影響がなかったとはいわないが、顕著な影響は見られていない」と答えた。

第3・第4例目となる医療技術を承認

厚労省・患者申出療養評価会議 東大病院は第1例目の症例数を変更

厚生労働省の患者申出療養評価会議(福井次矢座長)は4月13日、第3例目と第4例目となる患者申出療養の新規技術を承認した。「難治性天疱瘡患者に対するリツキシマブ治療」と「チオテパを用いた自家末梢血管細胞移植療法」で受理日は3月21日。6週間以内の実施を目指し手続きを進める。また、東京大学医学部附属病院が申請した第1例目の「パクリタキセル腹腔内投与及び静脈内投与並びにS-1内服併用療養」の予定症例数を100例から121例に増やすことも了承した。

自己免疫性水疱性疾患である「難治性天疱瘡患者に対するリツキシマブ治療」の患者は、現状で長期間に及ぶ高用量のステロイド内服を余儀されてい

る。しかし海外では、抗がん剤の分子標的薬であるリツキシマブが追加治療の第一選択となっており、有効性と安全性が報告されているという。申請は慶應義塾大学病院。患者負担は、保険給付されない費用が145万6千円、保険給付される費用の一部負担金が4万円あるが、企業負担が82万円出る。了承にあたっては、モニタリング体制に対して、第三者的な立場の者を加えることと監査を実施することのコメントを加えた。

「チオテパを用いた自家末梢血管細胞移植療法」では、19歳以下の再発または難治性の腭芽腫等に、抗がん剤のチオテパを用いた効果と安全性を検討する。申請は名古屋大学医学部附属病

院。患者負担は、保険給付されない費用が73万1千円(企業負担のため薬剤費用は含まない)、保険給付される費用の一部負担金が197万6千円ある。

昨年10月から実施されている患者申出療養の第1例目となった「パクリタキセル腹腔内投与及び静脈内投与並びにS-1内服併用療養」は、予定症例を100例から121例に変更するとの東京大学医学部附属病院の申し出を了承した。東大病院の説明によると、「多施設協働試験で実施しており、予定症例の100例が本登録された時点で、すでに患者の同意を得て仮登録していた症例があり、個々の症例に対する対応を検討した結果、追加したという。

厚労省は「本来は望ましくない対応」



と説明。委員からも、「理由として不十分ではないか」、「さらに追加があったらどう対応するのか」などの指摘が相次いだ。同制度は、患者の申し出を基本とする保険外併用療養費制度だが、将来の保険収載を目指すため、一定のエビデンスの水準を保つために症例を集積する臨床研修でなければならない。両者の整合性を図ることが課題となっており、今回の事例も踏まえ、同制度の位置づけを引き続き議論する必要があることを確認した。

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

従業員向け 団体保険制度

- 勤務医師賠償責任保険
- 産業医等活動保険
- 看護職賠償責任保険
- 薬剤師賠償責任保険

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)
- 医療事故調査費用保険
- 医療施設機械補償保険
- 介護サービス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
- 医療法人向けD&O 保険(役員賠償責任保険)
- 経営ダブルアシスト・業務災害補償制度

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

●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
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿樂町ビル7F TEL. 03-5283-8066

【資料】「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」報告書から

「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」(座長＝渋谷健司・東京大学大学院医学系研究科国際保健政策教室教授)は前号既報の通り、4月6日に報告書をまとめた。報告書から抜粋して掲載する。

1 新たなビジョンの必要性

医療の在り方は、これからの我が国の社会・経済的基盤を左右するほどの重要性を持つ。医療はそれ自体が社会から独立して機能するものではなく、介護はもとより、まちづくり、生活の万般と有機的に連動する。また、医療が医療従事者だけで完結する時代は終わりを告げ、患者や住民との協働が不可欠な時代に入った。

医療を取り巻く環境は大きく激しいうねりの中にある。公的財源の制約の高まり、労働力人口の減少、ICT(情報通信技術)の予想を超える速度での進展など、医療システム全体への影響は大きくなるばかりである。だからこそ、今、新たな時代を見通し、目指すべき方向性を輪郭づけた上で、今後の医療提供及び医療従事者の在り方について、道筋を描き出す必要がある。

医療を提供する側が疲弊することなく、プロフェッショナルリズムを高め、住民・患者と協働しながら環境の変化に対応していくためのビジョンが必要となっている。本報告書は、医療政策の基本哲学となるべく、医療従事者の誰もが将来の展望を持ち、新たな時代に即応した働き方を確保するための指針となることを目指して取りまとめた。

2 医療を取り巻く構造的な変化

- ①需要側の変化：人口構成の変化／疾病構造の変化／患者の期待の膨張
- ②提供側の変化：働き方改革の趨勢／女性医師・高齢医師の増加／地域偏在
- ③テクノロジーの変化：AI(人工知能)、IoT等のICTの進歩／職種間協働の可能性の高まり

3 働き方実態調査の実施と活用

本検討会では、現在の働き方や将来のキャリア選択に関する10万人規模アンケート調査(回収済：15,677人)を実施した。

アンケートでは、過重労働や超過勤務が継続している実態が示されている。20代の若い医師は、「診療・診療外」の労働について1週間で平均55時間程度の勤務状況にあり、これに当直・オンコールの待機時間(男性16時間、女性12時間)が加わる。

特に、常勤医師は、男性で27.7%、女性で17.3%が当直・オンコールの待機時間を除いても週60時間以上の勤務状態にある。加えて、20～30代勤務医(常勤)の「当直・オンコール」時間は、「診療・診療外」の約3分の1にも上る。

医師から他職種への分担が可能な5つのタスクは、「医療事務(診断書等の文書作成、予約業務)」、「院内物品運搬・補充・患者の検査室等へ移送」、「血圧などの基本的バイタル測定・データ取得」、「医療記録(電子カルテの記録)」、「患者への説明・合意形成」の順で、分担が可能という結果であった。これらのタスクを他職種が分担した場合、50代以下の常勤勤務医がこれらのタスクを行うに要する労働時間のうち約20%弱を軽減することが可能である。

医師のキャリア意識に関しては、年代が高くなるごとに変化し、多様化する。若い医師は、勤務医、開業医、研

究教育がほぼ全てであるが、年齢を重ねるに連れて、介護福祉分野や産業界の割合が増えて多様化する。

地方勤務の意思については、勤務の意思ありとの回答が44%であった。地方勤務をする意思がない理由では、「労働環境への不安」、「希望する内容の仕事ができない」の2つが、どの年代にも共通の障壁となっており、医師の負担を減らし、経験を積むことができる環境の構築が重要と考えられる。

4 新たなパラダイムと実現すべきビジョン

医療・介護従事者の過重労働が恒常化している状況を直視し、実効的な変革を推進するには、医療・介護分野が「高生産性・高付加価値」構造へと転換することにより、住民・患者の価値を最大化できる「働く人が疲弊しない、財政的にも、持続可能なシステム」を確立することが必要である。

1) 働き方

従来型の医療提供モデルでは、病院では、診療科ごとに縦割り意識が強く、診療科間の連携を促す的確なマネジメントが十分ではなかった。このため、負担の重い診療科では、理不尽な勤務時間・報酬が充てられることもあるなど、医療従事者の自己犠牲によって診療が確保されてきており、女性の復職なども困難であった。

チームでの医療を進めるには、細分化された業務を各職種が「単能工」的に対応する資格制度・組織文化をベースとしながらも、異なるニーズに的確・柔軟に対応することができ「多能工」的な側面も付加しうる人材育成スキームに改善していくべきである。

2) 医療の在り方

医師主導による診断と治療中心の医療から転換し、患者本人の選択と意思が最大限尊重され、適切な役割と責任の分担の下、医師を含む医療・介護・福祉の多職種がフラットに連携して患者・家族のQOLを高める医療に移行することが重要である。生活を支える視点からは、医療・介護は一体として考えられなければならない。

3) ガバナンスの在り方

全国一律の制度設計・サービス提供を志向した従来の構造から脱却し、地域主導で、定期的に医療・介護従事者の需給・偏在対策を含む医療・介護の方向性等が決められ、まちづくりとも連動した医療・介護の基盤整備が行われるような仕組みにしていく必要がある。

4) 医師等の需給・偏在対策の在り方

これまでは国が厳格に全国の医師養成数を管理する一方、臓器別診療科に基づく大学医局や学会が、それぞれに独立した方針の下、各地域で各診療科の医師確保・養成を行ってきた。今後は、「住民・患者にとって必要な機能を地域ごとにどう確保するか」という点に着目するべきである。

本報告書で提示する様々な具体的な方策は、医療が「高生産性・高付加価値」構造となり、全体としては、本来医師が行うべき業務に注力できる環境整備につなげるための提言となっている。これらの方策を確実に実施していくことで、必ずしも医師を増加させずとも、高齢化を踏まえた患者の多様なニーズにも応えられることとなる。敢えて医師数を増やす必要がない環境を作り上げていくことが重要である。

長期的な医師需給の在り方を考えて

いく上では、本報告書に掲げる具体的方策の達成状況やそれぞれの効果を継続的に検証するとともに、定期的に働き方実態調査を実施した上で需給推計を行うことにより、その都度必要な医師数と養成数のバランスを図っていくことが必要である。

働き方実態調査によれば、多くの医師は潜在的に地方での勤務に魅力を感じ、キャリア形成や生活への支障を来たす要素が除かれれば、地方で従事する可能性が多く秘められていることを意味する。

したがって、個々の医師の意向を重視し、モチベーションを引き出す方策をそれぞれの地域において、住民、医療機関、行政等が中心となって講じていくべきである。

5 ビジョンの方向性と具体的方策

1 能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方をフル・サポートする

- ①個々の医療機関の人材・労務マネジメント体制の確立と支援等
 - 医療機関自身が、必要な人材・労務マネジメント能力を培う、すなわち自助努力と健全な切磋琢磨を尊重することが基本である。
- ②女性医師支援の重点的な強化
- ③地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターの実効性の向上
- ④医師の柔軟なキャリア選択と専門性の追求を両立できる研修の在り方
 - プライマリ・ケア分野では、大学や市中の大病院だけでなく、小規模医療機関での研修が有効である。
- ⑤看護師のキャリアの複線化・多様化
 - 准看護師が将来展望を持って、スキル向上とキャリア形成を行えることが重要である。准看護師が円滑に看護師に移行できるような要件の緩和についても検討すべきである。
- ⑥医療・介護の潜在スキルのシェアリング促進

2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

- (1) 地域におけるリソース・マネジメント
 - ①都道府県による人的資源マネジメントの基盤づくり
 - 地域医療構想に基づいて、医療機能の集約化や機能分化・連携を進めるとともに、4機能別の病床数だけでなく、提供される専門医療の内容や、専門医、看護師の配置、高額医療機器の配置等についても、ニーズに適合した具体的な数値を設定し、検証する等の方策を講じる。
 - ②都道府県における主体的な医師偏在是正の取組みの促進
 - へき地等の地方勤務に伴う負担や生活、キャリア等に与える支障を取り除くには、受入れ側地域の地方自治体、医療機関、そして住民が一体となって自助努力と健全な切磋琢磨、それを支える実効的な環境整備を最大限に行うことが肝要である。
 - ③外来医療の最適化に向けた枠組みの構築
 - 都道府県ごとに、将来の外来医療の必要量に基づいた供給体制についての指針を策定する。地域医療構想に外来医療の要素を加えることを含め、検討されることが望ましい。
 - ④都道府県における医療行政能力の強化
 - 国の画一的な方針に依存せず、都道府県が、大学医学部や関係団体等との円滑な協働体制を構築し、マネジメントすることが重要である。

(2) 地域を支えるプライマリ・ケアの構築

- ①保健医療の基盤としてのプライマリ・ケアの確立
 - かかりつけ医の診療能力を更に向上させるための研修を推進・拡充していくとともに、今後は、日本専門医機構の認定する総合診療専門医の育成を強化していく必要がある。
- ②地域包括ケアの基盤を支える人材養成と連携・統合
 - 看護師やリハビリテーション職などのコメディカル職から介護福祉士や社会福祉士などの介護・福祉職まで、幅広い職種間の基礎教育内容の共通化や単位互換を目指して検討が進められるべきである。
- ③住民とともに地域の健康・まちづくりを支える医療・介護

3 高い生産性と付加価値を生み出す

①タスク・シフティング／タスク・シェアリングの推進

医師－医師間で行うグループ診療や、医師－他職種間等で行うタスク・シフティング(業務の移管)／タスク・シェアリング(業務の共同化)を有効活用すべきである。

看護師については、特定行為研修制度の養成数を増やすべく受講しやすい研修方法・体制の見直しを進めるべきである。併せて対象となる医行為を拡大し、このような業務を行う能力を持つ人材(例えば「診療看護師」(仮称))を養成していく必要がある。

- ②医科歯科連携・歯科疾患予防の推進等
- ③薬剤師の生産性と付加価値の向上
 - 薬剤師等によるリフィル処方への対応を可能とし、長期に有効な処方せんが一度出されれば、これを提示することで何度も薬を受け取ることができるよう検討すべきである。
- ④フィジシャン・アシスタント(PA)の創設

「フィジシャン・アシスタント」の資格を新たに設け、簡単な診断や処方、外科手術の助手、術後管理等ができるようにすることを検討すべきである。

- ⑤テクノロジーの積極的活用・推進
- ⑥保健医療・介護情報基盤の構築と活用
- ⑦遠隔医療の推進等
- ⑧「科学的に裏付けられた介護」の具現化
- ⑨介護保険内・保険外サービスの柔軟な組合せと価格の柔軟化の推進

6 提言の実現に向けて

本報告書の提言内容については、単なる将来の青写真に止めてはならない。関係審議会等でこの提言に基づいた検討が行われ、実現の見通しが明らかにされるべきである。特に実現に向けては、厚生労働省内に「ビジョン実行推進本部(仮称)」を設置し、5～10年程度の政策工程表を作成した上で、進捗管理を行うよう求める。

医師偏在については、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会において、本報告書の内容を踏まえ、具体化に向けた検討を行い、短期的な方策を精査し必要な制度改正案を速やかに取りまとめるべきである。その後、働き方調査に基づく精緻な医師需給推計を行った上で、2020年度以降の医学部定員の在り方の検討に着手すべきである。

維持期リハビリの円滑な介護への移行などを議論

医療・介護の意見交換

厚生労働省の「医療と介護の連携に関する意見交換」は4月19日、「リハビリテーション」と「関係者・関係機関の調整・連携」をテーマに、中央社会保険医療協議会の委員と社会保障審議会・介護給付費分科会の委員が意見を交わした。リハビリでは、状態の改善が期待できる患者に適切なりハビリが提供できる体制などが議論された。連携では、ICTの活用など医療と介護の多職種が情報共有できる環境づくりで、様々な意見が出た。

意見交換は今回が2回目。前回(3月22日)は「看取り」と「訪問看護」をテーマとした。2回の意見交換の結果は、2018年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けて、中医協と分科会の議論に反映させる。

送迎が介護への移行の障害

維持期リハビリは現在、医療と介護の役割分担の観点から、医療保険から介護保険への移行を進めている。具体的には、入院中の患者以外の要介護被

多職種連携ではICTを活用

保険者に対する標準的算定日数(180日)を超えるリハビリを2017年度末までに原則介護保険に移行させる方針だ。2016年度診療報酬改定では、維持期リハビリの減算措置を拡大するとともに、介護保険でのリハビリを提供していなければ、さらに2割の減算とした。

厚労省は、移行後と同じ病院・診療所で介護保険のリハビリを提供できるよう介護保険の施設基準の緩和等を行ってきたと説明。ただ、医療保険の疾患別リハビリの人員基準等は介護保険の通所リハビリとは同一でないため、基準を満たす必要がある。

全日病副会長の猪口雄二委員は、通所リハビリでは、送迎が原則であることが移行の障害の一つになっていると指摘。「送迎を原則にしなければ、届出もできない。病院は元々送迎を想定していないので、特に都心では送迎が困難な病院が少なくない」と述べた。厚労省は、「かつては加算だったが利用者から通えないとの訴えがあり、要

件になった。考え方は送迎を行うのが原則」と答えた。猪口委員は「通所リハビリの届出をやすくすれば、医療保険から介護保険への移行もスムーズになるのではないか」と提案した。

そのほか、リハビリに関して、医療保険と介護保険の実施計画書の改善が論点となった。両者の記載内容は概ね共通しているものの、円滑な情報提供・情報共有が行われなかったために、介護保険で再度記載が必要になるなど非効率な運用になっている。そのため厚労省が技術的な対応を行うことになった。

テレビ会議で連携を促進

「関係者・関係機関の調整・連携」については、厚労省が「入院時の居宅介護支援事業者と医療機関との連携で医療機関の都合に合わせた訪問調整や、情報提供を行う機会の確保に困難を感じる事業者が多い」などの課題を指摘。委員から、「関係職種が一堂に会することが困難な場合に、テレビ会議などICTを積極的に活用すべき」との意見



が相次いだ。情報共有を図るため、「お薬手帳」を活用する提案も出た。

ICT活用の場面としては、例えば診療報酬の「退院時共同指導料2」の加算で、患者の退院後の在宅医療を担う医師もしくは看護師、歯科医師、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、居宅介護支援専門員のうち3人以上と共同して患者を指導することを求めている。

現行で患者と対面しない指導は、「明確に禁止していないが、想定していない」ため、今後のICT活用に関し、一定の要件緩和が議論される可能性がある。指導の前段階として行う多職種連携のカンファレンスをテレビ会議などで行うことは現在でも可能だ。

24時間体制のt-PA療法で地域連携体制構築

厚労省・脳卒中WG

厚生労働省の「脳卒中に係るワーキンググループ」(小川彰座長)は4月21日、脳卒中の急性期医療について、24時間体制のt-PA療法を地域に確保するため、支援する病院と支援される病院のネットワーク体制を構築することを報告書に盛り込む方針で概ね一致した。そのための評価指標を今後検討し、都道府県の医療計画の目標に役立ててもらうことを目指す。

脳卒中の急性期医療では、t-PA製剤により血管に詰まった血栓を溶かすt-PA療法(血栓溶解療法)が標準

支援する病院と支援される病院設ける

治療。だが、全国における実施率は急性期脳梗塞の約5%にとどまり、地域差も大きい。同WGはt-PA療法の均てん化を目指す議論を行っているが、地域の状況は異なり、それぞれの医療資源や臨床現場の状況に即した検討が必要とされている。

前回の議論では均てん化のため、24時間体制で適切な治療が提供できる体制の確保が必要との認識で一致。今回厚労省は、十分な診療体制を整えていない病院であってもネットワークを構築し、遠隔医療の活用や病院間搬送が

できる病院と連携することで、24時間体制を確保することを論点とした。

例えば、医療資源が乏しい地域で、十分な体制が整えられない病院であっても、中核的な病院から「補助」を受けられれば、圏域として24時間体制のt-PA療法を構築できる。「補助」の内容は画像送受やテレビ会議を用いた遠隔医療や、t-PA療法を開始後に合併症が発生した場合などの病院間搬送(drip & ship)が考えられるとした。

このような連携体制に対して、多くの委員が賛同した。さらに連携推進の

ため、日本脳卒中学会「rt-PA(アルテプラゼ)静注療法適正治療指針」の改訂や診療報酬の対応を求める意見が出た。全日病副会長の美原盤委員は、単独では十分な体制を整えられない病院が必要とする「補助」の明確化を求めた。

連携体制の確保に必要なアウトカム指標を含めた指標も今後検討する。ただ、2018年度からの第7次医療計画についてはすでに作成指針を通知し、脳卒中を含めた5疾病5事業の目標に関して記載する事項を示している。「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」として報告書にまとめた後で、医療計画に何らかの形で反映するよう働きかける意向だ。

高齢者の多剤投与の適正化策を検討

厚労省・高齢者医薬品適正使用検討会

今夏に中間とりまとめ

厚生労働省は4月17日、高齢者医薬品適正使用検討会(座長=印南一路・慶応義塾大学総合政策学教授)の初会合を開催した。多剤投与(ポリファーマシー)対策や適正使用ガイドラインなど高齢者の医薬品適正使用に関する施策について検討する。今夏に中間とりまとめ、今年度末には最終まとめを行う方針。全日病からは美原盤副会長が構成員として参加している。

冒頭挨拶した武田俊彦医薬・生活衛

生局長は、「わが国は最も高齢化が進みかつ皆保険であり、ほぼすべての薬にアクセスが保障されている。世界の先陣を切って高齢者のポリファーマシー問題に取り組む必要性は高いのではないか」と強調。「医薬品相互作用の安全性や適正使用に関する情報提供、実際の臨床現場で役に立つ指針、多職種連携など地域で必要な取り組みについて幅広い視点で議論してほしい」と要請した。

初会合では厚労省が「今後の論点」を示した。具体的には、◇エビデンスの収集(高齢者の薬物動態等の情報、多剤服用の実態と副作用の関係、データベース研究)◇対策が必要な疾患領域(糖尿病や循環器(血栓、心疾患)、認知症、不眠症等)◇多職種、多様な医療現場、専門領域以外も含めた対処に役立つ対策、ガイドライン◇多様な現場の状況を踏まえた多剤複合的な安全性情報提供◇多職種連携の下での患

者の状態に関する情報収集、管理、共有および処方あり方◇現場での安全性と適正使用の意識の向上一をあげた。

今後の進め方は、当面、2カ月に1回程度開催し、処方状況や実態把握、高齢者の薬物動態や薬学的な特性の理解、副作用等状況の把握について議論するとともに、関係団体の取り組みを紹介する。夏頃に検討課題の整理と検討の方向性をまとめる。

その後は3カ月に1回程度開催し、特定の薬剤分野の課題の検討、ワーキンググループによる対策の検討の深化、追加的なデータの検討などを行い、2017年度末に最終まとめを行う方針だ。

拠点病院制度を軸とするアレルギー医療の体制を提案

厚労省・アレルギー疾患医療に関する検討会

厚生労働省は「アレルギー疾患医療提供体制の在り方に関する検討会」を設置し、4月20日に初会合を開いた。3月21日に告示された「アレルギー疾患対策にかかわる基本指針」により、アレルギー疾患医療提供体制のあり方が課題とされたことを受けて、設置された。

アレルギー疾患の患者は約20年で2倍に増加しており、今や国民の2人に1人が何らかのアレルギー疾患をもっていると言われている。しかし、専門医が少ないことから標準的な医療が受けられない患者が多い上に受療機会の

地域格差が大きいなど、多くの課題が指摘されてきた。

このため、「アレルギー疾患対策基本法」が議員立法によって2014年6月に成立し、2015年12月25日に施行された。厚労省は同法に基づいてアレルギー疾患対策推進協議会を2016年2月に設置。協議会は、同年12月に「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針案」をまとめ、これを踏まえて基本指針が告示された。今回の検討会で、アレルギー疾患医療提供体制の枠組みを固め、2018年度からの新医療計画に盛り込みたいとしている。

具体的には、「中心拠点病院」―「県拠点病院(群)」からなる拠点病院制度を構築することによって、標準診療の確立・普及と研究・研修、さらには情報提供・患者相談各体制の確立を図り、これをテコに一般病院・診療所との連携体制を整える方向を考えている。

事務局の健康局がん・疾病対策課は、「提供体制の在り方に関するガイドライン」をまとめる意向を表明。6月末までの3回でガイドライン案をとりまとめるよう要請した。

厚労省が提示したイメージによると、アレルギー疾患医療提供体制の枠組み

は、およそ以下からなる。

(1) 国立成育医療研究センターと国立病院機構相模原病院を「中心拠点病院」とする。

(2) 各都道府県に1~2カ所の「県拠点病院(群)」を設けるとともに、これら医療機関で「全国拠点病院連絡会議」を組織して、情報の共有等を図る。

(3) 「県拠点病院(群)」は、アレルギー疾患に関する情報の提供、患者からの医療相談への対応、初期臨床研修医への指導、専門医および専門的コメディカルの育成、アレルギー診療連携登録医(仮称)の研修会、臨床研究の推進等を担う。

地域包括ケアの中核施設として 住み慣れた地域で満足できる看取りを提供



若手病院経営者の本音を聞くインタビューをシリーズで掲載しています。第2回は、埼玉県で地域包括ケアの中核施設を目指す西部総合病院の西村直久理事長。先代を在宅で看取った経験が病院経営の基本理念になったと語っていただきました。

本部組織を置いて 二つの法人を一体運営

—— 法人の概要を教えてください。
医療法人が二つあり、埼玉県さいたま市(旧浦和市)に医療法人聖仁会、春日部市に医療法人光仁会があり、二つの法人をあわせて聖光会グループを形成しています。3病院、1クリニックがあり、総病床数は566床ですが、埼玉県の医療計画で病床の公募があり、38床の増床が決まっているので、それをあわせると604床になります。訪問看護ステーションなど全部で17事業所があり、職員数は約1,025人です。

—— グループの沿革を教えてください。
今年で創業45年になります。1972年に春日部で27床の個人病院からスタートして、その後、医療法人化したときに2つの法人ができて、2つの法人を一体運営するために白十字協議会という組織をつくりました。目的は、学術的な研修と病院経営に関する情報の共有であり、それが発展して1984年に聖光会グループになりました。本部組織を置いて、財務、経理、総務、人事の機能を集約し、経営企画室、人材開発室、広報・IT推進室といった部署を置いています。

—— どんな医療を目指していますか。
地域包括ケアシステムの中核を担う病院になることを目指しています。具体的な機能としては、高度急性期の後の地域に根ざした急性期入院機能、回復期機能、慢性期機能、そして在宅医療を中心とした居宅介護事業です。これらを地域における我々の役割として構築することを目指しています。

事業承継に際して 病院の現場を経験

—— 事業承継の経緯を教えてください。
理事長としては2代目です。創設者は私の父ですが、医師ではありません。ある病院グループの事務長をしていましたが、40歳で独立して、非医師の理事長として西部病院を立ち上げました。父は、57歳のときに前立腺がんを発症し、見つかったときは末期の状態です。65歳で亡くなりました。当時、私は獨協医科大学越谷病院の循環器内科に勤務していましたが、親族で病院を継げる医師がいなかったので、急きょ、後を継ぐことになりました。

—— 大学病院から地域の病院に移ったわけですね。
先代が亡くなる2年前から非常勤で病院には行っていましたが、当時32歳で、病院経営のことは右も左もわからない状態でした。できることは、一生懸命に医療をすることしかありません。入院も外来も担当し、当直もずいぶん

しましたが、今考えてみると、あの時に現場を経験したことが糧になっていますね。必死に働いたことで、職員がついてくれたのだと思います。本部組織があって、先代の頃から病院経営の方向性はある程度できていましたので、私は医療に集中できたという面もあります。

—— 最初は医療に専念し、徐々に経営のことを学んでいったと思います。どのように経営を勉強したのですか。
まず、西部総合病院の院長になって、診療部門のマネージャーの仕事に必死になって取り組みました。患者宅や介護施設への訪問診療もしましたが、それまで大学病院の勤務だけでしたので、いい経験になりました。経営に関しては、理事会や本部事務長会などの会議がありますので、そこに出て勉強していました。また、病院経営セミナーによく出ていました。薬にもするが、雑誌に出ていたね。自分なりに医療法人制度や医業経営の知識を身につけ、病院の会議に出て経営に関わるようにしました。

—— 診療をしながら経営を学んだのですね。
たいへんだとは感じませんでしたね。若かったし、やりがいもありました。それに職員に支えられていました。当時は、介護保険制度が施行された頃で、医療は厳しくなっている時でしたが、やることはたくさんあって、楽しかったですね。

赤字のクリニックを立て直し その後は理事長に専念

—— 西部総合病院の院長は何年続けたのですか。
2000年から2004年まで、西部総合病院の院長・理事長として働き、病院の経営は軌道に乗っていましたが、その頃、春日部市のクリニックが赤字を出したのです。そこで、立直しのためにクリニックの院長に入りました。そこは、大規模なデイサービスを併設しているクリニックで、訪問看護や介護の事業所もありましたが、かなりの赤字が出ていました。当時、外来の患者が半日に1人という状況でしたので、1人に20～30分かけて診察し、病気のことだけでなく、家族の背景などいろいろなことを話しました。予防接種や健康診断などの営業にも力を入れた結果、徐々に患者が増えて、黒字が出るようになりました。院長は管理者なので、他の病院の院長と兼務できません。1カ所の院長をしていると偏ってしまうので、クリニックの立直しが終わると、理事長に専念することにしました。理事長であれば、どこかに常駐してなくてもすむし、何かあったときには院長として入ることができます。今は、理事長として二つの法人をバランスよくみるようにしています。

グループには3病院と1クリニックがあり、4カ所で外来診療ができます。そのすべてで自ら白衣を着て医師として働くことを目標とし、それは達成しました。

先代を自宅で看取ったことが 病院経営の原点に

—— 地域包括ケアに取り組むことになったきっかけを教えてください。
きっかけは、父を在宅で看取ったことです。父は、若くして末期のがんを発症したのですが、自分の病院にかかると職員の間で噂になってしまうので、近隣の病院の泌尿器科を受診し、そこでがんが見つかりました。お取引先など外部の方に知られないように病院を転々としたのですが、最後は私が勤務する獨協医科大学越谷病院に入院しましたので、当直の合間に父の面倒をみることができました。

最期は自分の病院の理事長室にベッドと酸素を置いて陣頭指揮を執るといって、その通りにしました。それで自分なりに満足していたのですが、がんが脳に転移した影響かもしれないが、ある時、夜中に病院を抜け出して大騒ぎになりました。その時、父が向かった先は自宅だったのです。

自分の病院の理事長室で死にたいと言っていたのに、やはり家に帰りたいのです。それからは在宅で私が主治医となって診ることにしました。それまでは大学病院の勤務で親元を離れていましたが、最期の2～3ヵ月は自宅で一緒に過ごすことができました。

私は循環器が専門でしたので、脳腫瘍の患者はそれまで経験がなく、勉強になりました。父はよく「財産は残さないが教育は残す」と言っていたのですが、最期の看取りでも医師として教育の機会を与えてくれたと思っています。

—— 住み慣れた地域や自宅で最期を迎えることの意味は大きいですね。
自分の望むところで、最期を迎えられる人は少ないですね。1人でも多くの人を、その人が満足する形で最期を看取ってあげたい。それが私の原点であり、法人経営の基本理念となっています。在宅療養支援診療所・病院として、訪問診療や訪問看護に力を入れて取り組み、専門特化するのではなく、地域包括ケアの受け皿となることに、こだわりを持っています。

地域医療構想調整会議の 議論を懸念

—— 現在、どんなことに取り組んでいますか。
地域医療構想が始まっているので、地域における自院のポジショニングを明確にして、いかにPRするかここ数年力を入れています。2015～2017年の中期計画があり、今年はその最終年ですが、来年の同時改定への対応や病院建替え計画の策定、在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、訪問診療部門の確立、訪問看護や介護の居宅支援サービスなどの経営課題に取り組んでいます。そのほか行政の委託事業で、地域包括支援センターや在宅医療連携拠点事業があります。行政からこれらの事業の委託を受けることで、地域包括ケアを担う法人として位置づけがはっきりします。—— 地域医療構想など、医療制度が大きく変わりつつある中でどんな展望を描いていますか。
やるべきことは、はっきりしていて、

我々が目指してきたものを強化してブランドづくりをすることです。選ばれる病院づくりと言ってもいいと思います。懸念しているのは、地域医療構想調整会議が始まりますが、そこでの機能分化の検討です。さいたま市は、特定の機能を有する基幹病院が多いのです。高度急性期病院が診療報酬改定に耐えられなくなって、地域包括ケアに進出せざるを得ない状況が出てきています。病院完結型から地域完結型へと地域も動いていますが、基幹病院も我々と同じような方向性を持ってきているのです。そこは、競合が出てくるので、懸念材料ではあります。

調整会議では、災害医療や救急医療など、基幹病院の機能選択が優先される面がありますが、民間の中小病院も、最低限、二次救急にしっかり取り組む必要がある。二次救急も病床の機能分化と同様に、基幹病院との間で機能分化していくことになるでしょう。急激に増える高齢者の救急、サブアキュートの救急を積極的に受けていくことになります。

若手経営者の ネットワークをつくりたい

—— 全日病での活動を教えてください。
若手経営者育成事業委員会の委員として、いろいろな研修を企画し、全国の若手経営者とネットワークができています。

—— 病院団体に属さない若手経営者の集まりがあるそうですね。
東日本若手病院経営者の会と西日本若手病院経営者の会があり、私は東日本の会の幹事をしています。年に2～3回、いろいろな病院を見学について、夜には酒を酌み交わしながら、普段は話せないようなことを議論し、とてもよい集まりです。

全日病には、他の団体にはない若手経営者育成事業委員会がありますので、これをもっと広げていきたい。医療界は、たいへん厳しい状況ですが、全日病の若手育成事業委員会を中心に、東日本と西日本の若手経営者の会と連携して、若手経営者のネットワークをつくっていきたいと思います。

【病院の概要】	
所在地	埼玉県さいたま市桜区大久保884
病床数	268床 一般病床148床(地域包括ケア病床40床、回復期リハビリテーション病床56床) 療養病床120床(医療療養病棟)
創設者	西村 仁一
理事長	西村 直久
院長	村山 晃
診療科目	内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、外科、消化器外科、乳腺外科、肛門外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、小児科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、麻酔科

第3期がん対策推進基本計画の具体的内容を検討

厚労省・がん対策推進協議会

「がんの克服」をスローガンに

厚生労働省のがん対策推進協議会(門田守人会長)は4月13日、2017年度からはじまる第3期がん対策推進基本計画の策定に向け、厚労省によるたたき台をもとに議論した。

がん対策基本計画は、総合的ながん対策を進めるため、2017年度から6年間の計画として策定するもので、今夏の閣議決定を目指している。協議会は、この日からたたき台に基づき、具体的な内容の検討に入った。

たたき台では、対策の全体目標として、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんに負けることのない社会

の実現」を掲げるとともに、①正しい知識に基づくがん予防の充実②世界最高水準のがん医療の実現③尊厳を持って安心して暮らせる社会の実現—の3点について、目標を設定するとしている。

CSRプロジェクト代表理事の桜井なおみ委員は全体目標について、「スローガンとして、がんの克服を入れてほしい」と要望。患者団体の委員は「がんの克服」を盛り込むことに賛同した。

一方、県立静岡がんセンターの山口建委員は「がんの克服という表現は強い」と発言し、医療関係者の委員は「が

んの克服」に難色を示した。

門田会長は「がん対策推進協議会は、委員の4分の1が患者団体という特色をもつ。がんの克服を盛り込むよう調整してほしい」と厚労省に要望した。

分野別施策は、①がん予防②がん医療の充実③がんとの共生④これらを支える基盤の整備を掲げている。がんとの共生では、ライフステージに応じたがん対策として、小児・AYA世代(思春期・若年成人)、高齢者のがん対策を記載している。

広島大学自然科学研究支援開発センターの檜山英三委員は、「小児がん患



者は成長してAYA世代になるが、小児がんとAYAがんは別のものだ。特にAYA世代のがん医療は取り残されている」とし、小児とAYA世代のがん医療の充実を主張した。

また、「認知症が進んだ高齢者は自分で治療や生活の判断が困難」との意見もあり、小児、AYA、高齢者については、医療対策として分類する方向で検討する。

乳がん検診で高濃度乳房の通知方法を議論

厚労省・がん検診のあり方に関する検討会

厚生労働省の「がん検診のあり方に関する検討会」(大内憲明座長)は3月27日、乳がん検診における高濃度乳房の被検者に対する通知方法について議論した。

検討会では、聖マリアンナ医科大学附属研究所プレスト&イメージング先端医療センター附属クリニックの福田護参考人が、川崎市のがん検診における通知方法について報告。川崎市は、乳がんの定期検診でマンモグラフィ単独検診を行っているが、高濃度乳房の人は乳腺が多く残っており、マンモグラフィで乳がんを発見できないケースがある。このため、川崎市は検診結果票で高濃度乳房であることを通知している。乳房は、乳腺と脂肪で構成され、脂肪性、乳腺散在、高濃度(不均一高濃度を含む)に分類される。高濃度乳房の場合、自費による超音波検査で乳がんが発見されるケースがあるが、エビデンスは確立していない。

健康局がん・疾病対策課は、2016年度の乳がん検診に関する実態調査の結果を報告した。3月に1,741市町村(特別区を含む)に対してアンケート調査を実施した。「乳がん検診におけるマンモグラフィの実施」では、「実施している」99.7%、「実施していない」0.3%で、ほとんどの市町村でマンモグラフィを実施している。

「受診者の乳房の構成について、検診実施機関から報告を受けているか」では「報告を受けている」31.0%、「報告を受けていない」69.0%だった。「マンモグラフィの乳房の構成を対象者に通知しているか」では「通知している」13.5%、「通知していない」86.5%だった。通知していない市町村のうち、78%が、今後通知する予定があると回答した。

「対象者に通知している場合、高濃度乳房の方に対する通知の際に、受診者が取るべき対応を推奨していることはあるか」の質問には、「推奨していることがある」50%、「推奨していること

はない」50%だった。推奨する内容(複数回答)としては、超音波検査の受診95、精密検査の受診18、定期的な乳がん検診の受診5、再検査の受診4で、超音波検査の受診を推奨している市町村が多かった。

検討会は、市町村の実施するがん検診に関し、がん検診の対象年齢ごとの推奨度や、厚労省の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診項目の扱いについて議論していく。厚労省の指針の改正も検討課題となっている。

また、職域におけるがん検診のガイ



ドラインの策定に向けて、6月をめどにワーキンググループを設置する。職域におけるがん検診は、受診機会を提供する重要な役割を担っていることから、ガイドラインを策定し、保険者や事業主ががん検診を実施する際の参考とする。ワーキンググループは、夏をめどに中間的な報告をとりまとめ、2018年度中にガイドラインを策定する予定だ。

計報

全日本病院協会新潟県支部長の齋藤隆景先生が2017年3月に逝去された。

齋藤先生は2008年度から新潟県支部長を務めるなど、永きにわたり全日病の発展に貢献した。

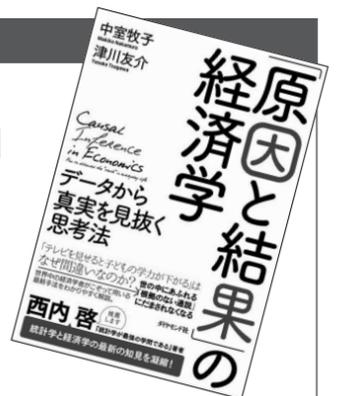
一冊の本 book review

『原因と結果の経済学 ~データから真実を見抜く思考法』

著者●中室牧子、津川友介
発行●ダイヤモンド社

教育経済学者である中室牧子先生と医師かつ医療政策学者の津川友介先生が今注目の「因果推論」を解説。「因果関係がはっきりしない、根拠のない通説が山のようにあるのが教育と医療の分野」ということで、データから真実を見抜く思考法を学べる書籍。

データ氾濫時代における必須の教養「因果推論」の基本を身に付けるためにもぜひ読んでほしい一冊。



2017年度 第1回常任理事会の抄録 4月15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 NTT東日本札幌病院 院長 小池 隆夫
 - 東京都 医療法人社団健育会ねりま健育会病院 院長 酒向 正春
 - 奈良県 医療法人藤井会香芝生喜病院 理事長 藤井 弘一
 - 鳥取県 鳥取医療生活協同組合鳥取生協病院 院長 皆木 真一
 - 沖縄県 社会福祉法人沖縄県社会福祉事業団沖縄療育園 園長 平安山英盛

他に退会が2会員あり、正会員は合計2,499会員となった。

- 準会員として以下の入会を承認した。
 - 東京都 八王子脊椎外科クリニック 院長 森 俊一
 - 神奈川県 社会医療法人社団三思会新横浜メディカルサテライト 院長 中川 望

他に退会が1会員あり、準会員は合計81会員となった。

賛助会員として以下の入会を承認した。

- 株式会社エッグ (代表取締役 高下 士良)
 - 一般社団法人医療人材国際交流協会 (代表理事 畢 煜)
 - 株式会社日本アルトマーク (代表取締役社長 伊倉 雅治)
- 他に退会が2会員あり、賛助会員数は合計96会員となった。

- 平成28年度事業報告書(案)・平成28年度事業実績説明書(案)について承認した。
- 第5回定時総会及び第5回臨時総会等について承認した。
- 熊本地震に係る平成29年度会費免除について承認した。
- 全日本病院協会北海道支部規約変更について承認した。
- 人間ドック実施指定施設の申請について承認した。
- 事務局組織規則(修正案)について承認した。

- 災害時医療支援活動規則(修正案)について承認した。
- AMAT活動要領(修正案)について承認した。

【主な報告事項】

- 次期各都道府県理事候補者数について、沖縄県副支部長の退任について報告された。
- 審議会等の報告 「中央社会保険医療協議会総会等」、「全国在宅医療会議」などの報告と質疑が行われた。
- 各種報告書の報告 「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」などの報告と質疑が行われた。
- 講習会、研修会について 「2025年に生き残るための経営セミナー第16弾「平成30年度診療報酬改定に向けてのDPC/PDPSの展望」～DPC評価分科会の議論から～」、「ペトナム看護協会・全日本病院協会共催セミナー」などの概要が報告された。
- 病院機能評価の審査結果について □主たる機能(3rd G: Ver.1.1 ~順

- 不同)
 - ◎一般病院1
 - 福島県 会田病院 新規
 - 北海道 函館脳神経外科病院 更新
 - ◎一般病院2
 - 大阪府 河崎病院 更新
 - 熊本県 青磁野リハビリテーション病院 更新
 - 鹿児島県 森園病院 更新
 - ◎慢性期病院
 - 秋田県 御野場病院 更新
 - 栃木県 とちぎメディカルセンターとちのき 更新
 - 山口県 阿知須共立病院 更新
 - 鹿児島県 加治木温泉病院 更新
- 3月3日現在の認定病院は合計2,193病院。そのうち、本会会員は885病院と、会員病院の35.5%を占めている。

専門医の新たな仕組みでQ&Aを作成

日本専門医機構 制度新整備指針運用細則は修正せず

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は4月14日の会見で、来年度から開始を予定する新たな専門医の仕組みについて、Q&Aを公表することを明らかにした。新たな専門医の仕組みに対し、地域医療への懸念を含め、様々な意見が出ていることから、早急に作成し、関係者の理解を求める考え。また、パブリックコメントを募集していた専門医制度新整備指針運用細則は大きな修正は行わず、現行通りとする予定。

当初2017年度からの開始を予定していた新たな専門医の仕組みは1年延期し、今夏以降の専攻医の募集に向け準備を進めている。しかし、地域医療への影響や専門医のあり方を疑問視する意見が依然としてあり、厚生労働省に「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」が設置される状況になった。これまで行ってきた議論が「十分に理解されていない」(吉村理事長)ことから、機構としてQ&Aを作成す

ることにした。同日の理事会では、Q&Aに対し様々な意見が出たことから、決定を見送り、意見を反映した上で、機構のホームページに掲載する。Q&Aでは、「専門医はなぜ必要か」、「従来の専門医制度について」、「日本専門医機構について」、「専門医の養成について」、「専門医を受け入れる施設の対応について」、「専門医の登録について」などで項目を設けている。特に「専門医の都

市部への集中を防ぐための措置」などで丁寧な記述を行っているという。専門医制度新整備指針運用細則については、個別項目の記述で修正要望を含む様々な意見が寄せられたが、賛否両論があり、大きな変更は行わない方向となっている。また、形成外科、産婦人科、救急科の専門医更新基準を承認したことが報告された。なお総合診療専門医の研修プログラムはまだ確定していない。

質の確保・向上目指し健診団体連絡協議会が発足

人間ドック 全日病など4団体で構成

人間ドック健診の質の確保・向上を目指す健診団体連絡協議会が4月4日、会見を開いた。同協議会は全日病、日本病院会、日本総合健診医学会、日本人間ドック学会の4団体で、2月16日に発足した。初代議長に、日本人間ドック学会の篠原幸人理事長が就任した。篠原理事長は、予防医療の重要性が高まる中で、健診実施率が3割程度で低迷していることから、国民への普及啓発が重要と強調した。

被保険者への人間ドック健診を実施しているが、施設認定基準や判定区分基準などが各団体、各施設により異なるため、健康保険組合連合会が統一化を求めている。今回4団体として、基準の統一化に向けた議論が必要と判断した。ただ、「個人の健康状態を把握する上で、現状に問題があるわけではない」と指摘している。なお、健保連はオブザーバとして参加した。全日病の安藤高朗副会長は、「4団体がまとまることで健診の質と量が確

保でき、膨大なデータベースとなるのは大きなメリット。4団体が力をあわせることで、国にも提言しやすくなる」と協議会発足の効果を説明した。また、基準統一については、「多くの医療機関があるので、ハードルをあまり上げてしまうと現場が混乱する。慎重に進めていく必要がある」と述べた。さらに、受託費用についても、コストに見合う料金設定の議論が必要とした。同日の資料では、現状の問題点として、◇認定施設の基準が各団体で異なる◇健診の判定区分基準が各団体・各施設で異なる。測定方法の明記がない



場合がある。結果のフォーマットが統一されていないことをあげた。機器の精度管理や医師の説明が十分かどうかをチェックする仕組みも課題とした。また、2018年度から改訂される予定の特定健診の項目やがん検診の内容を踏まえた検討を行うとともに、日本医学健康管理評価協議会との協力を進める。人間ドック健診を医療費控除の対象としていくことも今後要望する考え。

医師の時間外労働の規制は2年後に結論 働き方改革実現会議が実行計画まとめる

政府の「働き方改革実現会議」(議長=安倍晋三首相)は3月28日に、働き方改革実行計画をまとめた。医師の時間外労働規制については、2年後を目

途に結論を得ることを明記している。実行計画は、罰則付き時間外労働の上限規制の導入など、長時間労働の是正を提案。週40時間を超えて労働可能

となる時間外労働の限度を、原則、月45時間かつ年360時間とし、違反に対しては特例の場合を除いて罰則を課すとしている。特例としては、繁忙期の上限を設定。休日労働を含めて単月100時間未満、2~6カ月平均80時間以内とした。医師の扱いでは、「時間外労働規制

の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要」とし、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用する方針を示した。これに向けて、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的なあり方や労働時間の短縮策などについて結論を得るとした。

■ 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1回 AMAT 隊員養成研修 (広島会場)(60名)	2017年5月13日(土)、14日(日) 【TKP ガーデンシティ PREMIUM 広島駅前 3階】	54,000円(64,800円) (税込)	病院勤務者を対象とし、3人1チームでの申込みが原則。医師の参加は必須で、1名は業務調整員(ロジ)として参加。研修修了者には受講修了証を発行する。
個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコース (栃木会場)(90名)	2017年6月29日(木) 【栃木県総合文化センター】	12,960円(17,280円) (税込)	5月30日の改正個人情報保護法の全面施行に向けて、個人情報保護委員会事務局を招き、「医療・介護関係事業者における改正個人情報保護法」について講演を行う。参加者には「受講認定証」を発行する。
医療安全管理者継続講習(演習)会 (60名)	第1日目 2017年8月5日(土) 第2日目 2017年8月6日(日) 【全日病会議室】	29,000円(31,320円) (税込)	全日病、日本医療法人協会共催の「医療安全管理者養成課程講習会」の継続研修として演習の講習会を実施する。「医療安全管理者養成講習会」の継続研修のための研修(2単位)に該当する。
第41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)	2017年10月29日(日)~ 11月3日(金)	成田発着249,600円、 関空発着247,000円、 福岡発着262,700円	米国の医療事情に関する研修、医療施設の視察を目的とした内容の充実を図りつつ、会員の交流をさらに深める企画を用意。ホノルルのハイアット・リージェンシー・ワイキキビーチ・リゾートアンドスバの利用を予定する。

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 **検索**

※ 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