



全日病 NEWS 6/1

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 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)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.848 2015/6/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

全日病 特定行為研修の指導者講習会を実施

厚労省委託の「指導者育成事業実施団体」に選ばれる

厚生労働省医政局の看護課は5月12日に、「2015年度看護師の特定行為に係る指導者育成事業」の実施団体に全日本病院協会が選ばれたと発表。併せて、全日病に選定結果を通知した。

厚労省委託事業である同事業の実施団体公募には医療界から3団体が申請、評価委員会による評価を経て、15年度の実施団体として全日病が選定された。

「特定行為に係る看護師の研修制度」は、省令に定められた特定行為を、医師の包括的指示の下で手順書によって実施する看護師を養成するもので、この10月1日に施行される。

当該看護師の養成は厚生労働大臣が指定する研修機関が担うが、研修機関には教育機関だけでなく病院等もなることができる。

その上、eラーニング等の通信メディアを利用して研修機関外で講義や演習を受けたり、講義、演習、実習を協力医療機関で行なうことによって勤務を続けたまま受講できるようにするなど、研修の実施には、一定の柔軟な体制が認められている。

ただし、指定研修機関の指定基準には「適切な指導体制を確保していること」という条件がある。

したがって、36項目からなる特定行為や手順書など当制度のコアとなる部分を含めた理解と実践経験をもつ、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等、指導者の確保が焦眉の課題となっている。

そのため、厚労省は研修実施の留意

事項に「指導者は特定行為研修に必要な指導方法等に関する講習会を受講していることが望ましい」旨を盛り込むとともに15年度予算に事業費を計上し、「特定行為研修における指導者

指導者講習会 7月から全国8地区で計8回開催する予定 指定研修機関の申請も検討中

5月22日に開かれた2015年度の第1回理事会・第2回常任理事会(写真)に、西澤執行部は「2015年度看護師の特定行為に係る指導者育成事業」の実施団体に全日病が選ばれたことを報告、同事業に以下の方針で臨むことを表明した。

- 神野正博副会長を事業担当役員に任命する
- 全国を8ブロックに分けて7月より各1回、計8回開催する予定
- 開催候補地は以下の8市区とする。

北海道ブロック(札幌市)、東北ブロック(仙台市)、関東ブロック(東京都千代田区)、甲信越ブロック(金沢市)、東海ブロック(名古屋)、近畿ブロック(大阪市)、中・四国ブロック(広島市)、九州ブロック(福岡市)

- 講習はワークショップ形式により、各1日(実質的講習時間は6時間程度)開催する

実施団体に選ばれたことを報告した西澤会長は、「特定行為を実施する看護師は、手術や救急外来などの急性期だけでなく、とくに地方では在宅医療の現場で求められている」との認識を表明。「全日病として指定研修機関の申請を

(主に指定研修機関や実習施設における指導医)向けの研修」として、全国を7ブロック程度に分けて各ブロックで年1回程度のワークショップの開催を委託することにした。

そして、指定研修施設の申請を受け付けるのに先立って研修指導者を育成する研修の実施団体を公募。全日病が申請した結果、今回の選定が決まったもの。

検討している」ことを明らかにした上で、研修に際しては「eラーニングの

活用や教材開発も手がける」方向で考えていると説明した。

全日病主催「看護師特定行為研修指導者講習会」の日程

開催地	会場(予定)	開催日(予定)	募集人数(予定)
東京都	全日本病院協会	2015年7月20日(祝)	50名
石川県金沢市	TKP金沢ビジネスセンター	9月6日(日)	50名
北海道札幌市	TKP札幌カンファレンスセンター	9月21日(祝)	50名
宮城県仙台市	TKPガーデンシティ仙台	10月4日(日)	50名
大阪府大阪市	TKPガーデンシティ東梅田	11月1日(日)	50名
愛知県名古屋市	TKPガーデンシティ名古屋新幹線口	11月22日(日)	50名
福岡県福岡市	TKPガーデンシティ博多	12月27日(日)	50名
広島県広島市	TKPガーデンシティ広島	2016年1月10日(日)	50名

第3回定時総会 開催のご案内

下記日程で第3回定時総会を開催します。

公益社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

第3回定時総会

日時 2015年6月20日(土)
午後1時~午後3時(予定)
会場 ホテルグランドパレス 3F「白樺」
東京都千代田区飯田橋1-1-1
Tel. 03-3264-1111

目的事項

- 報告事項
- 平成26年度事業報告について
 - その他
- 決議事項
- 第1号議案 平成26年度決算(案)について
 - 第2号議案 役員選任について
 - 第3号議案 顧問・参与の委嘱について
- その他

(正会員の皆様に)

定時総会終了後(午後3時目途)に同会場で支部長・副支部長が開催され、厚生労働省医政局の北波孝地域医療計画課長による「地域医療構想について」(仮題)の講演が行われます。今回の支部長・副支部長は、特別講演ということで、当協会正会員の皆様には自由に参加いただけます。



15年度基金 介護分(国費)の各都道府県配分を内示

6月中に医療分を内示、7月中に交付を決定

厚生労働省は5月22日に、2015年度地域医療介護総合確保基金(介護分)について、国が負担する分の各都道府県への配分(内示額)を公表した(7面に47都道府県別内示額を掲載)。

介護分の基金規模は合計724.2億円。国が負担する額はその2/3の482.8億円。そのうち、介護施設等の整備に投入される額は634.4億円(国の負担分は422.9億円)、介護従事者確保に回る額は89.8

億円(同59.9億円)となった。基金の規模は東京都(78.4億円)がもっとも大きく、次いで、大阪府(48.7億円)、兵庫県(36.4億円)、北海道(35.1億円)、福岡県(30.4億円)という順。

最小規模は鳥取県の2.0億円で、以下、香川県(3.7億円)、佐賀県(3.9億円)、広島県(4.0億円)、沖縄県(4.4億円)、岡山県(4.8億円)、青森県(4.9億円)、山梨県(4.9億円)が5億円未満となっている。

介護分に続いて6月中に医療分が各都道府県に内示され、7月中の15年度基金の交付が決定される予定だ。

清話抄

「そろそろ病院を売りたいんだけど、どうしたらいいかな」—冗談とも本気とも取れる、話をある理事長がされてきた。

地域医療構想が策定され、日本でも有数の病床過剰エリアである筆者の身近な所でも、経営者の動きは慌ただしくなっている。とくに、療養病棟入院

基本料2を算定する病院では、医療区分Iの患者を受け入れている病床数を7割削減するという方針に危機感を抱かずにはいられないだろう。

先述の理事長も、人口数万人の人口減少地域で医療療養病床を持ち、医療区分Iの患者を多く受け入れている療養病棟入院基本料2の病棟も運営されている。

医療療養が中心の病院では、療養病棟入院基本料2の病棟を「調整弁」として使いながら、医療区分の低い患者さ

んを一つの病棟に集め、別の病棟で療養病棟入院基本料1を算定し、在宅復帰強化を狙う、といった方針で運営されている病院が多い。

社会的な入院を全て解消するのは、過去の経緯から難しいからだろう。あの患者さんは前理事長の時代から入院している方で、あちらは親族もいない方で自宅に帰せないし…。退院を促すことは、自責の念と病院存続との葛藤を生み出す。

先述の病院は若い整形外科の跡取り

が病院に戻られ、一般病棟では少しずつ手術症例も増えているようだ。リハビリが必要な方も増え、療養病棟を一部、回復期リハビリ病棟への変更する案も検討されている。

病院の方向性がある程度見えているにも関わらず、どうして病院を売却?と思わずにはいられないが、この経営環境では、親心として、逆に勤務医に戻って安定した生活を送って欲しい、と強く願われているようだった。

(井)

主張

専門医制度の確立が適切な地域医療に結びつくことが期待される

現在、わが国の専門医制度は大きく変わろうとしている。これまでの専門医は、各学会が独自に基準を設け認定してきたものである。現在、専門医資格数は80を超えており、それぞれの専門医資格のレベル、質は様々であり、国民目線に立った場合、分かりにくいものである。このような背景から日本専門医機構が組織され、専門医のあり方について議論され、2017年度から新専門医制度がスタートすることになった。

新専門医制度はこれまでの制度と異なり、①研修の「基幹施設」の認定

基準のハードルが高く、大学や大病院を中心とした病院群の形成を求めている、②資格の認定・更新は学会でなく機構が行う、③医師は基本領域のいずれか1つの専門医資格を取得することが求められ、19番目の専門領域として「総合診療専門医」が設けられた、などの特徴がある。

この新専門医制度は地域医療や病院運営に大きな影響を及ぼすことが想定される。

例えば、①については、基幹施設には大学や大病院でないと認定されることは困難であり、医師は資格取得・維持のために大病院に集中し、

中小病院の医師不足はさらに深刻化する可能性がある。

②については、各学会にとって資格認定料はいわばドル箱であったが、これらは機構に移行することになる。また、研修施設としての認定料について研修施設には領域ごとに求められるかもしれない。

③についてはいろいろな憶測が飛び交っており、日本専門医機構内の総合医に関する委員会での議論の早急な開示が求められる。

これらのことを踏まえ、全日本病院会は、四病院団体協議会の一員として日本専門医機構に対し、1. 研修

施設群については地域の実情を把握した上で多様な施設を認めること—以前の医局制度に戻すのではなく、医師の偏在が解消されるような制度設計、2. 情報の開示と透明性の確保—総合診療専門医に関する委員会、専門研修プログラム研修施設評価・認定部門における委員会などの情報開示、3. 機構の収支予算の明確化を図ること、の3点について意見を提出した。

国民に信頼される専門医制度の確立が、同時に、適切な地域医療に結びつくようになることが期待される。(B.M.)

喀痰吸引と経管栄養を同時に受ける患者は「2人」とカウント

療養機能強化型 厚労省が算定要件の解釈を変更

厚生労働省は4月28日付で「平成27年度介護報酬改定における介護療養型医療施設に関するQ&A」を発し、今回の介護報酬改定で介護療養型医療施設の報酬体系に新設された「療養機能強化

型」の算定要件に関して、①新たな解釈と、②すでに提示した解釈の変更を、それぞれ明らかにした。

①は、入院患者等の中の医療的処置(喀痰吸引、経管栄養又はインスリン

注射)の実施割合をはかる上で、1日当たりの吸引回数や月当たりの実施日数は問わないというもの。

②は、前出处置のカウントにおいて、同じ患者が喀痰吸引と経管栄養をとも

に実施している場合はそれぞれの処置を実施している患者として数えるというもので、同じ患者であれば「1人」とするとして4月1日付Q&Aの解釈を変更、当該項目(問151)を削除するとした。

介護保険料 第6期の全国平均は5,514円。2025年の見込みは8,165円

厚生労働省はこのほど、介護保険の保険料に関する全国市町村の動向をまとめた。それによると、第6期介護保険事業計画期間(2015年度～17年度)における第1号保険料基準額の全国平均(月額・加重平均)は第5期の4,972円から

10.9%増の5,514円となり、初めて5,000円を超えた。

第6期における都道府県平均額の最高は沖縄県の6,267円、最少は埼玉県4,835円。保険者別では、最高額が奈良県天川村の8,686円、最少額は鹿児島県

三島村の2,800円であった。

厚労省は、第6期事業計画における各保険者の推計値をもとに、今後も利用者の増加が続き、現行の給付水準が維持されると、全国の保険料は20年度に6,771円、25年度には8,165円になる

との見込みを示した。

保険料は第1期こそ2,911円であったが、第2期は3,293円、第3期は4,090円、第4期は4,160円と上昇の一途をたどっており、第6期には介護保険開始時の約1.9倍にまで増加する。

規制改革会議の健康・医療WG

厚労省 調剤報酬含む薬局全体の改革案を説明。14日処方の見直し検討を明言

規制改革会議の健康・医療WGは5月21日の会合で、医薬分業の下での規制の見直し問題を取り上げ、厚労省から対応策の説明を受けた。

厚労省は、「かかりつけ薬局が服用薬など患者情報の一元管理や在宅での服薬管理・指導などの機能を果たす、患者本位の医薬分業を実現する」として、要旨以下の改革案を説明、WGは基本的にこれを了承した。

(1) 患者にとって身近な存在である「かかりつけ薬局」の機能を明確化するとともに薬局全体の改革の方向性について検討する。

(2) いわゆる門前薬局から患者にとってメリットが実感できるかかりつけ薬局への移行を推進するため、門前薬局に対する評価の見直しなど、調剤報酬

の評価等のあり方について検討。調剤報酬を抜本的に見直すこととし、次期から累次に亘る改定で対応するよう、今後、中医協で具体的に検討する。

(3) 医薬分業の質を評価できる適切な指標(疑義照会、在宅医療への参画など)を設定し、定期的な検証を実施しながら医薬分業を推進する。

5月15日に開催された財政制度等審議会財政制度分科会は、厚生労働省の中央社会保険医療協議会から森田朗会長(国立社会保障・人口問題研究所所長)を招いて、医療費に関するヒアリングを行なった。

森田会長は「財政健全化のために医

(4) 構造規制に関しては、「経営上の独立性」「患者の自由な薬局選択」を確保した上で、「形式的な参入規制」から「薬局の機能の評価」へと転換できるように、今後、中医協で検討を進めていく。

新薬の14日処方制限に関しては「安全性の確保に留意の上、中医協で検討

する」と説明。

OTC類似薬に関する保険給付に関しては、「OTC類似薬に限らず医薬品の適正給付と使用について、残薬削減等の観点から、次期診療報酬改定に向けて検討する」とのみ回答、「給付対象から外す」との言明は控えた。

その一方で、「現在の医療費の支出には削減できる部分がある」とも指摘。「医療保険の実態に関する詳細なデータを収集し、エビデンスにもとづいて現在の診療報酬制度を見直し、抑制可能な部分の削減を進めるべき」との考えを明らかにした。

中医協・基本小委

入院医療の15年度調査を了承。地域包括ケア病棟の項目を追加

5月13日に開催された中医協の診療報酬基本問題小委員会は、診療報酬調査専門組織の「入院医療等の調査・評価分科会」が諮った入院医療に関する2015年度調査実施案を了承、引き続き開かれた総会(写真)もそれを承認した。

入院医療に関する15年度調査項目は、一般病棟7対1と10対1における、①各入院基本料の届出状況(転換の有無を含む)、②特定除外制度の見直し、③地域包括ケア(病床)の届出状況、④データ提出加算の届出状況など、さらに、特定集中治療室管理料の見直しについても調査が行なわれる。

原案をまとめた入院医療等の調査・評価分科会(4月30日)の調査項目に、地域包括ケア(病床)の届出状況にかかわる「病棟の利用に係る趣旨」と「地域



連携室の設置について(職員数、連携先の施設、地域連携に係る取組)」の項目が追加された。

いずれも分科会で委員から追加要望があった事項で、「病棟の利用に係る趣旨」については包括化されている手術に関する実態と意見などを、「地域連携室」に関しては、急性期病院、地域包括ケア病棟、在宅医療機関や介護施設等の連携状況の実態の把握を試みる項目が予定されている。

議論で、診療側の鈴木委員(日医常任理事)は「特定機能病院がどのくらい地域包括ケア病棟をとっているかが分かるようになってきているか。大きな急性期病院のこうした動きは逆行するもの。そういうことがないようにしていかなければならない」と論じた。

事務局(厚労省保険局医療課)は「議論に資するデータを用意していく」と答えた。

一方、中川委員(日医副会長)は、総

理の諮問機関から次期診療報酬改定に対する具体的な注文が相次いでいることを取り上げ、「これは越権行為であり、自制を求めたい。中医協としても影響されないようにしなければならない」と発言、不快感を露わにした。

支払側の白川委員(健保連副会長)は「中川委員の意見に賛成する。政府の機関が発言することは自由だが、中医協は十分な審議を尽くして改定に臨まなければならない」と同調した。

民間議員「社会保障と地方財政が歳出改革の重点分野」

経済財政諮問会議 20年度のPB黒字化へ5カ年の歳出改革を提案。財政健全化計画に盛り込む方向

経済財政諮問会議は、6月末に策定する「骨太方針2015」に2020年度の基礎的財政収支(PB)黒字化を達成するための財政健全化計画を盛り込むべく、「経済再生と両立する財政再建」を旗印に、「歳出改革」というテーマで検討を重ねている。

5月12日には、その総論について議論し、(1)社会保障と地方財政を歳出改革の重点分野とする、(2)公的支出の抑制を実現するために公的分野の産業化やインセンティブ改革等を強力に進めていくことなどで合意。次回以降、各論の議論を進めることを確認した。

同日の諮問会議に麻生財務大臣は「財政健全化計画の枠組み」を提示した。その論理は概ね以下のとおりだ。

①安倍内閣の3年間で歳出抑制に取り組んだ結果、対GDP比1%程の歳出削減が実現でき、15年度のPB赤字半減目標を達成した。

②しかし、政府の中長期試算によると、今後の歳出はこれまでの実績を大きく上回って伸長する見通しであり、このままでは20年度は9.4兆円のPB赤字となる。

③ただし、これまでの歳出改革を今後5年継続し、この間と同程度の歳出増加額に抑えることができれば、大幅な歳出削減を行わなくてもPB赤字はほぼ解消できる。

この日の諮問会議に、民間議員の4人は「財政健全化計画策定に向けた論点整理(総論)」を提示し、「『経済・財政

一体改革』を今後5年間の計画の基本方針とすべき」と進言した。

その中で、インセンティブが十分働く「結果の平等を常に保障する仕組みから頑張る者を支える」仕組みにするために、各領域でインセンティブ改革を推進することを提案した。

論点整理(総論)で、民間議員は、20年度まで5カ年の財政健全化計画において、最初の3カ年(16年度～18年度)までを集中改革期間として経済・財政一体改革を集中的に進め、中間の18年度に指標をもって達成状況を評価、必要な場合には歳出・歳入の追加措置を

諮問会議「経済再生と両立する財政健全化計画」で医療・介護に大胆な提案 医療法人営利業務の解禁、地域医療構想前倒し、診療報酬抜本見直しによる病床適正化等

5月19日の経済財政諮問会議は財政健全化計画の策定に向けた論点(各論)の整理を行なった。議論を主導しているのは、経済再生と両立する財政健全化計画の策定に向けて、「この3ヵ月間に30回以上にわたって、関係各省や自治体、有識者のヒアリングを重ね、その結果を論点として整理した」民間議員の4人である。

民間議員は、前回(5月12日)の提案を踏まえ、「経済・財政一体改革」の個別改革目標として、(1)社会保障(保険料)負担率(対国民所得比)の上昇に歯止めをかける、(2)主要公共サービス(医療費、後発医薬品利用等)の1人当たりの地域差を半減する、(3)地方公

検討すべきと提案した。

社会保障関係予算の大きな部分を担う医療・介護改革は18年度の同時改定が節目となる。

地域医療構想は18年度以降に本格的推進の局面を迎えるが、18年度から国保の財政運営が都道府県に移行するとともに、医療・介護のダイナミックな連携を反映した医療計画と介護保険事業計画が、そして、医療費目標を記載した医療費適正化計画がそれぞれ施行される。

民間議員の提案は、直接には20年度のPB黒字化に向けて、18年度までに必

要な改革を進め、18年度以降、さらに追加的な改革を実施するというものだが、これは同時に、2025年に向けた医療・介護改革の工程とも密接にリンクするもので、この提案が政府の財政健全化計画に盛り込まれると、医療・介護改革は、国の財政改革という上位目標に具体的に位置づけられることになる。

諮問会議の議論では「今後も続く高齢化を考えたとき、歳出抑制は20年度以降も継続する必要がある」との指摘も出ており、医療・介護改革は、長期的に歳出改革の柱として位置づけられるのは必至の情勢だ。

共サービスと社会保障サービスにおける取り組みの先進的100事例を選定し、インセンティブの仕組みを活用して全国展開すること、などを提起。

その上で、実現すべき明確な成果指標を計画に盛り込むとともに、遅くとも年内に2020年度までの改革工程を具体化することが必要と述べ、厚労省に方針の明確化を求めた。

臨時議員として出席した塩崎厚生労働大臣は申出を受諾。諮問会議は、次回、社会保障の改革課題と工程について、「時間軸を明確にした」案を提示することを確認した。

民間議員の提案について、会議後の記者会見で甘利内閣府特命担当大臣は

「民間議員の御提案の取組の必要性・重要性については合意が得られた」とした上で、「各歳出分野で公的分野の産業化、インセンティブ改革、見える化といった取組を進めるとの点で一致した。これを土台として、関係大臣から具体的な検討結果が示される。このキャッチボールをしながら、具体的に形のみえる方向にしていきたい」と述べ、考え方の土台になるが、具体化に向けては議論途上であるとした。

民間議員が示した論点の要旨は以下別掲のとおりであるが、4月27日の財政制度分科会に財務省が提案した内容と重なる部分が多い。

「経済再生と財政健全化を両立する計画の策定に向けて」論点整理・各論から(抜萃)

経済財政諮問会議(5月19日)における民間議員の提案

【基本的な考え方】

●以下の2点を基本視点として、集中改革期間(2016～18年度)、本計画期間(～2020年度)、2025年度まで、さらには、それ以降に分けて、それぞれ実行すべき政策を明確にする。ただし、医療費の地域間格差の是正などできることは2015年度からただちに取り組む。(1)企業等の医療、介護、子育て等への参画を拡大し、公的給付の重点化・効率化と新サービスの創造・拡大等を通じた経済成長を同時に実現する(公的分野の産業化)。

(2)社会保障制度の関係者がそれぞれムダのない効率的なサービス給付を自ら実現するための制度改革に取り組む(インセンティブ改革)。

【改革の基本方針】

(1)社会保障サービスの産業化の促進

社会保障サービスや健康増進、疾病予防等の分野への多様な民間事業者の参入、医療機関、介護事業者等との連携を促す。

・マイナンバーも活用して、医療関連データを利用できる環境を早期に整備する。

・参入障壁を是正する。医療機関等が民間事業者と連携できる環境を整備(例えば、一般医療法人に特定の営利性業務を本務として解禁)し、また、多様な事業者の参画を早急に拡大する。

・薬剤師や看護師等が行なうことのできる業務の範囲拡大等を推進する。

(2)インセンティブを強化する仕組み作り

データ活用の徹底と保険者と被保険者双方の努力

を促すインセンティブの強化が不可欠。効率的な病床配置等を実現するためには、医療機関を誘導する報酬体系とする必要がある。

・保険者努力支援制度、後期高齢者支援金加減算制度の仕組みを大胆に見直し、アウトカム指標に基づく配分を強化する。

・被保険者に対するヘルスケアポイントの付与、保険者の判断で受診回数等に応じた保険料の傾斜設定が可能となる仕組み等を導入する。

・要介護認定率や1人当たり給付費の地域差がより保険料水準に反映される仕組みを構築することにより、保険者(市町村)による介護予防に向けた取組を推進する。

・高度急性期病床や療養病床が過剰となっている背景には収益の高さがある。ニーズに応じた効果的な病床配置の実現、医療療養から施設療養介護・在宅への促進等のため、診療報酬体系を2016年度から大胆に見直す。

・地域医療構想を実質的に前倒しする。このため、診療報酬体系の見直しに加え、基金の配分や国民健康保険の財政支援制度についても、改革を行う自治体への重点配分を2015年度から徹底する。また、病床再編・地域差解消を促進するよう、医療費適正化の改革が進まない地域における診療報酬の引下げも活用する。

(3)地域差の「見える化」と報酬の見直し等による病床の適正化等

・都道府県別の医療提供体制の差を徹底したデータ分

析により一層の「見える化」を図り、適切な体制転換を促す。併せて、大胆な病床再編を可能とする県の権限強化を図る。

・外来医療費についても、データから地域差を分析して標準外来医療費を算定できるようにした上で医療費適正化計画に反映し、頻回受診や過剰投薬等を排除する仕組みを構築する。効果的な医療サービス提供のインセンティブになるよう、外来医療費の窓口負担(受診時の追加負担や保険免責等)の仕組を工夫する。

・地域医療構想を実質的に前倒しで実現する取組の一環として、都道府県は、成果指標(病床数、平均在院日数、国保被保険者や後期高齢者の受療率や調剤費等)を定める。国は2018年度に都道府県の取組状況を評価し、その評価結果を国から地方への財政移転(補助金・交付金)の配分に反映する。

(5)保険収載範囲の見直し

・医療技術や薬の費用対効果に関するエビデンスに基づいて、保険収載ルールや保険適用範囲を見直す。また、医療機関に対する第三者評価を制度的に原則化する。

・後発医薬品については、現在目標(17年度末に60%)を米独並みの80～90%程度に引き上げる。また、18年度から保険償還額を後発医薬品価格に基づいて設定する。さらに、スイッチOTCが認められた医療用医薬品を含む市販類似薬を保険収載から除外する。

・介護保険における軽度者(要支援、要介護1・2)に対する保険給付のあり方を抜本的に見直す。

財政健全化計画への建議案 社会保障費の伸びを年0.5兆円に抑える必要を盛り込む

5月19日の財政制度分科会に事務局(財務省主計局)は「財政健全化計画等に関する建議(案)」を提示、同分科会はとりまとめに向けた審議に入った。5月中に財政審の提言を取りまとめ、政府が6月に策定する財政健全化計画に反映させる方針だ。

建議案は、財政健全化に向けた歳出改革の分野として、(1)社会保障、(2)地方財政、(3)教育、(4)科学技術、(5)公共事業、(6)IT、(7)資産・負債の7つをあげ、それぞれで具体策を示して

いる。

一般会計予算の3割を占める社会保障関係費については、その伸びを、高齢化による伸びに相当する範囲の年0.5

兆円弱に抑制する必要があると提起。

医療保険費の目標値を毎年法律で定めて目標達成に向けた具体的な取り組みを行なっているフランスなど諸外国

の事例も参考に、薬価や調剤等診療報酬の抑制、機能分化による病床削減、給付範囲と患者負担の見直しなどとともに、医療費目標を盛り込む医療費適正化計画の強力な推進と都道府県の役割と権限強化など、多様な取り組みが提案されている。

財務省 軽症救急搬送有料化の検討を提案

5月11日の財政制度分科会に事務局(財務省主計局)は地方財政の健全化に向けた現状分析と改革課題を提示。その中で救急車の一部有料化を検討する必要を提起した。

財務省は2020年度の基礎的財政収支(PB)黒字化を実現するためには一般会計歳出で10兆円を超える地方交付税を削減する必要があることから、地方財政にも「国の取組と歩調をあわせた歳

出抑制の具体的な規律が不可欠」と主張。救急出動件数は2013年度までの10年間で20%増加、今後も増大が予想される上、「救急搬送者のうち49.9%が軽症」と指摘し、「諸外国(フランス等)の例も参考に軽症の場合の有料化などを検討すべき」と論じた。

介護療養病床「療養機能強化型」 自院の対応と今後の方針

●強化型Aを算定—病院としての存続が不可なら医療療養への転換を検討

重度者、医療処置、ターミナルは基準を大きく上回るも4月の単価は微減

日医 強化型A・Bの病院としての存続を求め、早く方向性を打ち出すべきと要望



医療法人博仁会 理事長・志村大宮病院 院長 日本医師会常任理事 鈴木邦彦

介護療養病床は、平成18年12月に直前までの推進から一転して突如6年後の廃止の方針が決定されたため、現場の怒りと反発を買い、厚生労働省(以下、厚労省)への不信も含めて、今日まで未解決の課題となっている。

私は当時日本医療法人協会の常務理事であったが、翌年1月に開催された常務理事会で怒号が飛び交ったことを覚えている。以来、現場の実情を無視した政策は実現が困難であるという教訓を残しつつ、延長された廃止期限で

ある平成30年3月末まで3年を切った。

一方、廃止期限前最後の改定となる今回の平成27年度介護報酬改定において、新たに療養機能強化型A・Bのサービス費が設定されたことから、このまま単なる廃止とはならない可能性が出て来た。

筆者は日本医師会常任理事として昨年7月から介護保険が主担当となり、介護給付費分科会に途中から参加したので、その間の議論も踏まえて、自院の介護療養病床の今後についての見解を述べることにする。

当院の介護療養病床の対応

当院は茨城県北西部の常陸大宮市にある。同市は人口約4.3万人だが、県内で最も高齢化が進んだ自治体の一つであり、高齢化率は既に31.8%に達している、わが国全体の10年後を先取りしているとも言える。

当院は178床の中小病院で、介護療養病床は48床だが、それ以外に一般病床(10対1)56床、地域包括ケア病床4床、緩和ケア病床20床、回復期リハビリ病棟50床からなるケアミックス型病院である。

当院は15年位前から地域リハビリテーションの理念に基づいて現在の地域包括ケアに取り組んでおり、病院、老健、特養の施設系サービス以外に、グループホーム、小規模多機能型居宅介護、通所リハビリ、通所介護、訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリや配食サービスなど様々な在宅サ-

ビスも提供しているため、ご利用者やご家族は必要や希望に応じてサービスを選択することができる。

高齢化が進むと家族介護力が低下するので施設系サービスの需要が増加するが、高齢者数の増加に伴って要介護高齢者数も増加するので、施設が過剰に存在しない限り、施設系サービス利用者は重介護者が中心となり、在宅サービスのニーズも高まる。

即ち、高齢化がピーク時に40%と世界に類を見ないレベルに達するわが国においては、かつてのように施設だけではなく、高齢化率が14~18%台の北欧のように在宅だけでもなく、施設も在宅も活用する日本型が必要であると考えている。

その際には各在宅サービスをバラバラに提供するのではなく、効率性の点からも、かかりつけ医機能を持つ中小

病院、有床診療所、診療所や郡市区医師会が、可能な範囲で在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所となったり、在宅ケアセンターを設置したりして、訪問診療だけでなく、訪問看護や訪問介護、訪問リハビリなどをできるだけ総合的に提供することが望ましい。

そして、今後は、次の世代のためにも、個々の医師や看護師の負担をできるだけ軽減しながら、全体として24時間365日の対応ができる仕組みの構築が必要である。

通常のかかりつけ医の在宅を推進するためには、中小病院や有床診療所の病床の活用や、とくに今後高齢者の実数の増加が著しい大都市部では、さらに無床の在宅療養支援診療所との連携

が必要となるであろう。そのネットワーク作りの中核として郡市区医師会が果たすべき役割は大きい。

ところで、このような状況から、既に高齢化が進んでいる地域にある当院の介護療養病床の平均要介護度は高く、ここ数年ずっと5.0である。従って今回の改定における療養機能強化型もAが算定できている。ちなみに重度者の割合は99.8%(基準は50%以上)、医療処置の実施状況は91.6%(同50%以上)、ターミナルケアの実施状況は35.8%(同10%以上)であった。

また、療養機能強化型Aを算定したことによる改定前との収益の比較では、前年度の平均単価と比べると4月の単価は99.5%と微減となった。

今後の介護療養病床の行方について

今回の介護報酬改定の議論の中で、迫井老健課長は「機能は確保する」と何度も言明していることから、療養機能強化型A・Bのいずれかを算定できれば当面は存続できることになると思われる。しかし、それ以外は「その他」とされており、いかにも冷たい扱いであるが、他の道を探してほしいとのメッセージであろう。

療養機能強化型A・Bについては、私からも介護療養病床は高齢化が進むほど医療ニーズのある重介護者の受け皿として必要になると度々発言しており、日本医師会としては病院としての存続を求めているが、まだ明確な回答

は得られていない。いずれにしても、今回の同時改定に向けた議論の中でその方向性が決定されることになるが、私からは、準備が必要なのでできるだけ早く方向性を打ち出すべきと要望している。

当院としては、元々医療療養と介護療養が半々であったものを、当時の厚労省の方針に沿ってすべて介護療養病床に変えており、看護師不足もあってそのままにしてきたが、病院として残れないのであれば、市内に他に療養病床はないので、医療療養病床に転換して重医療・重介護者の受け皿になることを考えている。

●2病院でAとBを算定—一部病床の医療療養と地域包括ケア病棟への転換を検討

強化型不算定の場合は年間453万単位(約4,700万円)もの減収

要件解釈の変更を評価。今後は病棟単位での算定を希望



一般財団法人仁風会京都南西病院 理事長 清水 紘

一般財団法人仁風会は、京都市内に、嵯峨野病院(京都市右京区)と京都南西病院(京都市伏見区・135床うち介護療養病床59床)と介護関連4事業所を開設・運営しており、特に、嵯峨野病院は専ら入院を主とする病床数180床全

床介護療養型医療施設である。

両病院とも、介護療養病床の入院患者の平均年齢は85歳、平均要介護度4.8以上であり、重介護の患者を多年にわたり受け入れている。また、両病院とも病床稼働率は99%以上である。

算定要件に対する現場の意見

本年4月に実施された介護報酬の改定では介護療養型医療施設に療養機能強化型の報酬体系が新設され、療養機能強化型A、B、その他(従来型)の3類型に分類された。

療養機能強化型が算定できなかった場合は、要介護度5では1日69単位5.23%の減となり、嵯峨野病院では年間453万単位、約4,700万円の減収が予測される(表1を参照)。

算定にあたっては病院単位であるこ

ととの規定がされており、病床数の多い病院にとって算定条件を満たすことは極めて厳しいことが予測された。今後は病棟単位での算定が求められるところである(表2を参照)。

また、申請にあたっては算定日前3ヶ月の実績が求められたが、27年1月からのデータが必要となるため、整理のための猶予期間を定めての実施が望まれるところであった。

自院の選択そして介護療養病床存続への願い

4月28日に公表された解釈通知で、「喀痰吸引」と「経管栄養」の両方を実施している場合には2人と算定でき、実施回数や日数についても要件を設けないなどの算定条件が示された。

また、療養機能強化型の基本サービス費の算定に係る取り扱いについて提出期限の延長が認められ、京都市内の場合には5月10日までとなった。

そのため、京都南西病院は強化型A、嵯峨野病院は強化型Bをそれぞれ申請し4月に遡及して受理された。この解釈通知は介護療養病床の実態をよく理

解したものと評価したい。

診療報酬上に医療区分の解釈が導入されたのは平成18年の改定時であるが、今回の療養機能強化型の算定はさながら医療区分の再来を思わせる。

この条件を明確に理解し、定着するまでに要する期間内に「介護療養型医療施設廃止」の時期を迎えるのではないかと危惧するが、何としても廃止は阻止しなければならないと考えている。また、存続するのであれば「病院」として存続することが必要なのは言うまでもない。

病院運営の今後の方針

病院運営の今後の方針としては、嵯峨野病院については少なくとも1病棟60床を医療療養病床への転換を検討したいと考えている。この数年来入院患者の医療区分を調査しているが、2・3

に該当する患者の比率から転換可能と判断できる。

京都南西病院については、ハードルは高いものの、一部病床の地域包括ケア病棟への転換を模索中である。

表1 報酬単位の比較(病院、多床室、看護6:1、介護4:1の場合)

Table with 5 columns: 要介護度, 改定前, 療養機能強化型A, 療養機能強化型B, その他・従来型. Rows 1-5 showing unit costs and changes.

表2 療養機能強化型の算定基準(病院)

Table with 3 columns: 適合基準(以下いずれも適合する), 強化型A, 強化型B. Rows 1-5 listing criteria for enhanced care units.

●強化型Aを算定

介護福祉士配置数が多かったこともあり収入減を免れる

強化型の新設は高水準の看取り機能を存続していくという方向性を示すもの



医療法人財団利定会大久野病院 理事長 進藤 晃

当院は東京都心から電車で1時間半ほど西にある西多摩郡に立地している。西多摩郡の人口は東京都の人口の約3%で40万人。面積は東京都の25%を占めている。東京都の水を確保する為の山林とベッドタウンが混在し、高齢化が進んだ過疎地域の山間部と人口密集地帯の都市部が存在している。

西多摩は東京都心の地価に比較して安い為、昭和40年代から都心部では採算がとりにくい特別養護老人ホームや療養型病院が沢山開設された。その結果、特養は人口10万人対1,500ベッド、療養病床は人口10万人対570ベッドと

日本一多いベッド数が運営され、都心部では運営しづらい療養を提供してきた地域である。

近年は老人保健施設も多数開設され、高齢者の療養施設は十分に満たされている。例えば、回復期リハビリ病棟入院中に特別養護老人ホームへ申し込みを行えば、退院時に入所可能であった。

その中で当法人は158床(回復期リハビリ50床、医療療養病床50床、介護療養型医療施設58床)の大久野病院と在宅機能強化型診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を運営している。

法人全体で慢性期の総合的な機能提供を目指す

当法人は「社会に活かす医療の提供」を理念に、障害を負った方に医療やリハビリを提供して在宅へ復帰させ、復職も支援している。さらに、家族への安心感を提供することで、医療を通じて社会を活かすような運営を心がけている。

在宅療養されている方を看て行くには、機能強化型在宅支援診療所による医療の提供と併せて、看護師による在宅療養の環境整備と療養状況の確認が可能な訪問看護ステーションと医療的視点を持ったケアプランの作成が可能な居宅介護支援事業所が必要である。

在宅療養には後方支援が必要であるが、自院は、療養病床ではあるが、病院としてその体制を整えているなど、

法人全体で慢性期の総合的な機能提供を目指している。

在宅療養中に入院が必要となる状況は必ずしも急性期病院である必要はなく、当院の様な慢性期病院でも十分なことがみられる。

様々な原因で発生する廃用症候群には回復期リハビリ病棟で対応し、重装備が必要ない肺炎の場合には医療療養病棟で受け入れ、リハビリや医療区分の適応がないレスパイト的な入院や認知症の終末期は介護療養型医療施設で受け入れてきた。

この組み合わせは、当院にとって非常に便利な組み合わせで、様々な状態の方を受け入れる事が可能である。

逆に、利用者からみても便利な機能

の組み合わせである。その為に、平成18年に介護療養病床の廃止が決まった時には大変な戸惑いを感じた。今回、

介護療養型医療施設の廃止はまだまだ変更されていないが療養機能強化型としての道が記された。

■解釈変更によって基準のクリアが可能に

療養機能強化型の施設基準の1つは「入院患者のうち重篤な身体疾患※1を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者※2が一定割合以上であること。」とされた。

当初、この基準の解釈を、認知症Ⅲb以上かつ心不全または腎不全、呼吸不全の状態だと読み込んでしまった。そのため、とてもクリアーできる基準ではない、制度は作ったが移れる施設が無いので介護療養は廃止という方向なのかと勘違いした。

しかし、その後の読み込みとQ&Aや疑義解釈によって、認知症Ⅲb以上の方が50%以上であることがわかり、クリアできた。

次に、経管栄養や喀痰吸引を必要とする人が30%以上または50%以上とされた。

Q&Aでは一人に2処置を行っても1人で数えるとしていたが、4月28日のQ&Aによって1人に2処置を行った場合は2人と数えることになり、その上、経管栄養は、過去行っていた人で経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されている者、喀痰吸引も、過去に行っていた人で口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算をされている

者と回答された。

この回答によって、当院では当初30%であった物が50%を超えて機能強化型Aの基準をクリアーすることが出来た。また、介護福祉士の配置が多かったこともあり、機能強化型Aをクリアーすることで今回改定による収入減を免れた。非常にラッキーだったと思えない。

しかし、良く考えると、これから迎える超高齢化少子化社会は多死社会である。平成26年に東京都病院協会介護療養型医療施設からの過去1年の退院先を調査したが、自院については死亡退院が58%、急性期病院への転院が7%であった。自施設で看取りが行われている事がわかる。

介護療養型医療施設から転換した老人保健施設や特別養護老人ホームでは看取り率が低下し、急性期病院への転院が多く見られる。

この看取り機能を老人保健施設や特別養護老人保健施設に転換させて、低下させることは現実的ではないと思う。この看取り機能を残していくという方向性をこの改定で示していただいたいと思う。

●強化型Bを算定-新規事業への活用や医療療養への転換等を検討

重度者受け入れで現場の疲弊さらに増す可能性。人員配置の見直しが必要

療養機能強化型の3年後の制度的位置づけが曖昧

当院は北海道札幌市中央区にある慢性期の病院で1979年6月に開院し、821床(介護療養型医療施設306床6単位、療養病棟入院基本料191床4単位、障害者施設等13対1入院基本料237床5単位、

回復期リハビリ病棟87床2単位)で運営し、主に要看護・介護老年病患者を対象に、医療・看護・介護を中心とする入院サービスを提供している。

強化型Aへの変更も検討

介護療養病床の概況は平均介護度が4.0であり、その内訳は、要介護度1が6.8%、要介護度2が5.1%、要介護度3が11.9%、要介護度4が37.1%、要介護度5が39.1%である。

今回の改定で「療養機能強化型」が新設されたが、当院における現状の介護療養病床の入院患者の状態を調査したところ、1月～3月の実績値で、①重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の割合(以下「重度者割合」)は56.2%、②喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合(以下「処置実施割合」)は34.6%、③医学的に回復の見込みがなくターミナルケア計画を作成し、患者又は家族の同意を得て実施された者の占める割合(以下「ターミナルケア割合」)は6.8%であった。

そのため、4月1日からの算定開始で「療養機能強化型B」の届出を行った。

4月28日付の介護報酬に関する要件のQ&Aが出たが、これにより処置実施割合の人数カウントの方法が変更されたために再計算したところ、「処置実施割合」は50%を超えることが判っ

たため、「ターミナルケア割合」10%以上の要件クリアの対応を協議しつつ、現在、療養機能強化型Aの届出を検討しているところである。

療養機能強化型にかかわる患者状態の要件はとてもハードルが高く、当院の重度者割合においては「慢性心不全」「合併症を持つ認知症」の患者こそ90%近くを占めているが、その他の身体疾患の要件は医療病棟で診るような患者像とも考えられる。

今回の改定では、新たな機能への転換であるとして療養機能強化型へ重度者の受け入れを進めているが、人員基準の見直しがされなかったことで現場の疲弊感がさらに強まると思われる。今回の改定で人員配置の見直しがされなかったことはとても残念であった。

これまで介護療養病床が担ってきた機能が評価された一方で、各施設で処置の必要な患者の受け入れが進まなかったこと、さらに、多死社会が迫る中での看取り場所の確保が必要となったことから、療養機能強化型が新設されたものと考えている。

強化型Bでも年間2,300万円の減収

今回の改定で報酬額と人員基準の面の評価が厳しかった背景に、3年後の

廃止を見据えて取敢て厳しくし、要件をクリアできる優良病院を残したいと

いう思いが見えてくる。

療養機能強化型を取得した当院の収入ベースでの試算を紹介させていただく。

当院の実績値を基に要介護度4.0の多床室、平均病床数300で試算すると、届出前は1日1,260単位で年間収入1,668,500千円であった。

療養機能強化型Bを取得すると1日1,239単位、年間収入1,645,505千円となり、届出前からは22,995千円の減収となる。

参考までに、療養機能強化型Aを取得した場合は1日1,259単位、年間収入1,667,405千円となり、届出前からは1,095千円の減収に、その他の場合になると、1日1,205単位の年間収入1,608,275千円で、届出前からは60,225千円もの減収となるなど、いずれも経営的に大きな影響が避けられない。

さて、介護療養型医療施設は、病状が安定期にあり医学管理のもとで長期

にわたって療養・介護が必要な要介護度1以上の方が入院できる施設として2000年に誕生したが、医学的には入院の必要がない方が多く入院している「社会的入院」が指摘され、2006年の医療制度改革の中で、社会的入院の解消と医療費削減を目的に2011年度末に廃止することが決定された。

2008年5月に介護療養型老人保健施設(新型老健)を創設して転換を進めてきたが、国が思い描く移行とはならなかったことから、2017年度末までの期限延長となったのがこれまでの経緯である。

今回の改定で療養機能強化型が新設されたことは介護療養型医療施設が担ってきた機能が評価されたことになるが、廃止の方針はそのままとなっている。今回改定で実質的な存続が決まったとの見方もできるが、療養機能強化型の3年後の制度上の位置づけが曖昧な形となっている。

20対1以上看護配置が医療療養への転換のネック

今後留意が必要なことは、2018年3月末に医療法上の療養病床の経過措置が終了するため、2018年4月以降は療養病床の看護配置は30対1(医療法では6:1に相当)から20対1(医療法では4:1に相当)以上の配置が必要となることである。

医療療養病床への転換を検討するにしても、療養病棟入院基本料2(看護配置25対1)の廃止を見込んだ、少なくとも20対1以上の対応が必要であり、病院運営の上で大変頭を悩ます事態となっている。

また、今後は、地域医療ビジョンによって病棟機能毎に必要な病床数が定められるが、北海道は病床過剰地域であり、特に札幌市は病床が多いため、病床数を増やしていく方向性はない。

その対応として、制度や報酬改定の動向を見ながら、法人内新規事業への病床の有効活用や医療保険病床への転換等を検討していくことにしている。まずは、療養機能強化型を運営し、地域包括ケアシステムの中での位置づけがどうなっていくのかも含めて状況を見極め、今後の将来像を考えていきたい。



医療法人溪仁会札幌西円山病院 経営管理部次長 高橋直樹

省令・通知を補完する事項の留意点を整理

医療事故調査制度 西澤研究班の研究報告まとまる。制度運用の指針として参照すべき価値

西澤会長の談話

昨年の医療法改正で創設された医療事故調査制度の運用に関する検討を行ってきた西澤研究班はこのほど報告書を完成、厚生労働省に提出した(全日病HPに掲載済み)。西澤寛俊全日病会長を研究代表者とする28人が議論の結果を「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」の総括研究報告(2014年度厚生労働科研)にまとめたもの。

医療事故調査制度については同省に設置された「医療事故調査制度の施行に係る検討会」が、今年10月施行に向けた運用課題の検討結果をとりまとめ、5月8日に省令・通知として公布・発出されている。

西澤研究班は昨年10月に中間報告(議論の整理)をまとめているが、その後設置された前出検討会の議論と並行して検討を重ね、検討会のとりまとめ(省令・通知)を踏まえた上で、同制度を運用していく上の具体的な留意点を整理するとともに、検討会で議論が及ばなかった事項の考え方も併せて提示、

参考資料を付して最終報告とした。

最終報告は、「提供した医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産」を判断する上の一助として、「医療」の範囲や「起因する」に関する検討会の解釈に踏み込んだ考察を加え、その結果を別紙で具体的な事例として示した。

また、「予期しなかったもの」についても、検討会が示した3要件の解釈の深化に努め、拡大解釈とならない指針的な考え方を示している。

院内調査については、「診療に関する記録の確認」「関係者へのヒアリング」「解剖」「死亡時画像診断」「医薬品、医療機器、設備等の確認」「原因分析と再発防止策の立案」などの各プロセスを考察し、望ましい調査手法を提示した。

中小医療機関は欠かせない「支援団体の支援の内容」についても、支援類型と支援団体領域との関係性をマトリクスで表示するなど、実効性にとんだ具体的な視点を織り込んだ。

さらに、第三者機関(医療事故調査・支援センター)の業務にも検討を加え、

「院内調査結果の分析の方法」「医療事故調査従事者に対する研修事項」「センターの行なう普及啓発」などについて、重要な提案を行なっている。

医療事故調査制度については、現在のところ、運用ガイドラインは予定されていない。

そうした中、西澤研究班の最終報告は、検討会の議論結果(省令・通知)を細部にわたって補足・補完するとともに、医療機関が医療事故への適切な対応に資するよう、事故判断から調査手法、原因究明の方法、調査結果の報告、遺族への説明、再発防止策の立案、調査結果の普及、調査従事者の研修など、原因究明と再発防止の目的と理念にそった制度運営を可能とする考え方と留意点を、現場の視点から整理している。

まさに、医療機関の管理者だけでなく医療安全担当者さらには広く医療に携わる関係者にとって数多くの示唆に富む内容からなる、各医療機関が指針として参照すべきものとなった。

医療事故調査制度については5月8日に省令・通知が出たが、厚生労働省はこれ以上のガイドラインを出さないとしている。

したがって、研究班の報告をある程度指針として役立てていただきたい。

事案発生に際しては「提供した医療に起因する」か否かを判断することがきわめて重要だ。

そこで、研究班では「医療」の範囲をどう定義するかの議論に時間を割いた。また、院内調査の方法や遺族への説明のあり方にも力を注いだ。

研究班は検討会とりまとめから踏み込んだ点や検討会では議論が及ばなかった部分を検討した。両者を比較して、事故調査に必要な視点や留意事項を補足・補完していただきたい。

全日病としては、研修を通して会員病院の調査対応力を高めていきたい。また、制度運用のより分かりやすい解説がほしいとの声があるので検討していきたい。

事故の定義 「起因する」と「予期しなかった」点で踏み込んだ解釈

「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」(研究代表者・西澤寛俊全日病会長)最終報告から(抜萃)

□「提供した医療に起因する(疑い含む)死亡又は死産」を判断する上での考え方

●「起因する」についての考え方

医療法の規定(要旨)

「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ったもの」を、医療事故として管理者が報告する。

【研究班で議論を行なった内容】

医療を提供した結果、その医療提供中(例えば術中)の事故や、比較的直後の事故に起因して短期間で死亡に至った場合には、「提供した医療に起因する(疑い含む)」死亡又は死産に該当する、と判断することは困難ではないと考えられる。

しかし、例えば、医療を提供した結果、高度の障害(例えば中枢神経障害等)を残し、障害の発生1年後に死亡した症例については、本制度における「提供した医療に起因する」死亡か否かについては、判断に迷う場合もあると考えられる。

モデル事業に申請された診療行為に関連した死亡を分析すると、その約6割の死亡時期は医療を提供した後1週間以内であり、その約9割は医療を提供した後1ヶ月以内に死亡しているとのことであった(末尾資料1参照)。

また、2011年より行なわれているNCDでも、手術関連死亡率は術後30日死亡率をもって論じられることが多い。日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業では、事故事例の重症度レベルは事故発生後2週間程度で判断されている。

従って、本研究班においては、「提供した医療に起因する」死亡又は死産という判断の基準として、提供した医療から死亡又は死産に至る期間について30日以内を一応の目安としてはどうか、と考えた。なお、多種多様な臨床現場で発生する死亡又は死産について、一律に「提供した医療から30日以内」と区切ることは困難であり、提供した医療、事故の発生、死亡に至る経緯を総合的な判断の目安として提示したものであり、最終的には管理者が判断を下すべきものであると考えられる。

また、提供した医療に起因した高度障害を残した事例に関する調査も今後の重要な課題である。

●「予期しなかったもの」の考え方

【省令案】

○当該死亡又は死産が予期されていなかったものとして、以下の事項のいずれにも該当しないと管理者が認めたもの

- 一 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該患者等に対して、当該死亡

又は死産が予期されていることを説明していたと認めたもの

二 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの

三 管理者が、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会(当該委員会を開催している場合に限る。)からの意見の聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていると認めたもの

【通知案】

●省令第一号及び第二号に該当するものは、一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録であることに留意すること。

●患者等に対し当該死亡又は死産が予期されていることを説明する際は、医療法第一条の四第二項の規定に基づき、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めること。

【研究班で議論を行なった内容】

①「当該医療の提供前に予期されていると認めた」場合の考え方

省令案三号は一号、二号にある「予期されていること」の患者等への説明や診療録その他の文書等に記録がない場合を想定していると考えられるが、三号に該当する場合の具体的な状況として、以下が考えられた。

i) 救急医療などの緊急の症例で、蘇生や治療を優先するために、説明や記録を行う時間の猶予がなく、かつ、比較的短時間で死亡した事例

ii) 患者が繰り返し同じ検査や処置等を受けており、当該検査・処置等によって起こる危険性について過去に説明しているため医療者が説明と記録を割愛した事例

上記のケースにおいては、当該医療の提供に係る医療従事者等への事情聴取と医療の安全管理のための委員会から意見聴取をした結果、管理者が、当該死亡又は死産が予期されていると認めた場合は三号に該当すると考えられる。なお、医療の安全管理のための委員会がない場合は、当該医療に係る医療従事者等の意見を聴取した上で、管理者が判断する。

ただし、医療法第1条の4第2項には「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない。」と規定されていることから、死亡又は死産を予期していたと考えられる事例の多くは一号、二号に該当し、三号は補完的な状況と考えられた。上記ii)のような、

繰り返しの検査・処置等であっても、患者に丁寧に説明することが、医療者に求められる。

※また、予期した死亡又は死産であるにも関わらず事前に患者、家族等へ十分な説明がなされていなかった二号、三号のような状況においては、死亡又は死産の発生後なるべく間を開けず適切な説明を行い、遺族の理解を得よう努めなければならないと考えられる。

予期していた事例であれば、予期した死亡又は死産に対する対応策が考慮もしくは実施されているべきである。予期される死亡又は死産を考慮して対応すべきことにおいては、三号も一号、二号と同等に扱われるべきと考えられる。

※患者等に説明することが困難な場合の具体的な状況として、以下が考えられた。

- ・当該患者が説明を受けることを拒否した事例
- ・当該患者に意識障害がありかつ家族が不在で、当該医療の提供に係る医療従事者が患者等に対し、説明することができない事例

なお、説明することが困難な場合には、その旨を診療録等に記録することが望ましく、その場合は二号に該当すると考えられる。

□医療事故調査について

【研究班で議論を行なった内容】

②関係者へのヒアリング

準備された上記の資料に加え、当該医療事故に関わった医療者からのヒアリングは必須と考えられる。

ヒアリングの目的は当該事故に関する事実確認であり、責任追及ではないことを念頭に置いて行う。ただし、当該医療者の心理状態などに十分配慮しながら、ヒアリングを行う必要がある。

また、その他の関係者や、必要であれば遺族からヒアリングを行い、発生した事実の経緯をできるだけ正確に、時系列で把握する。遺族から疑義や疑問がある場合は、これを整理する。

なお、ヒアリングを受けた者の間で当該医療事故に関する時刻や発言内容が異なる場合があるが、不一致は修正せずそのまま記載する。

※ヒアリングの留意事項

- ・話しやすい環境を作る。
- ・事実の把握が目的であり、責任追及ではないことを説明する。
- ・意見ではなく事実を述べ、不明な点は不明と言うように勧める。
- ・行為者とその業務の管理責任者のヒアリングは別々に行う。
- ・必要に応じて、患者・家族にもヒアリングを行う。
- ・勤務予定に合わせるか、または、勤務を調節する。
- ・予め主な質問事項を決めておく。
- ・事実確認の段階では、なぜなぜと質問しない。
- ・ヒアリングを受けた者に、その発言内容の記録について確認する。

認識、情報享受、意見機会で支部の状況が2極化

地域医療構想について47支部を調査

西澤執行部は5月頭に全47支部を対象に地域医療構想に関するアンケートを実施、5月23日の第1回理事会・第2回常任理事会に結果を報告した。調査は、地域医療構想に向けた支部の状況を把握し、その結果を、今後の研修活動や情報提供など、支部に対する支援強化に生かすために実施された。

各都道府県は4月から地域医療構想の策定作業に着手しているが、併せて、構想案の審議機関や地域医療構想を推進するための協議機関の設置に向けた検討が開始されている。一方で、県医師会や県病院協会等に対する情報提供と打診が、これに対応した、県医師会や県病院協会等による県に対する働きかけが始まっている。

調査では、こうした動きに対する各支部(会員)の認識・意識と策定過程における位置づけの状況をたずねた。その結果、地域医療構想に対する理解状況、県からの情報提供や意見具申機会の有無、審議参加の可能性など、構想策

定過程におけるポジショニングで、支部間に一定の格差があることが判明した。

調査結果を報告した猪口副会長は「地域医療構想に絶極的に取り組んでいる支部とそうでない支部とに2極化している。この結果を踏まえ、各支部に対する情報提供と啓発に努めていきたい」と述べ、支部に対する支援を強化する意向を表明した。

□調査結果から(抜粋)

44支部から回答が寄せられた(5月22日現在)。*括弧内の数字は回答支部数

1. 地域医療構想に関して支部の会員は理解できているか。

十分理解している(3)、大枠理解している(16)、不明な点が多い(21)、よく理解できていない(4)

2. (不明点が多い・理解できていないとした25支部に)どこが分かりにくいか。(複数可)

構想区域の設定(14)、医療機能区分の判断(17)、医療需要の推定(10)、調整会議の役割と運営(19)、協議(調整)

対象の事案(12)、調整と既存病床との関係(14)、調整(会議)における病院団体の役割(19)、都道府県の権限(11)、

介護との関係(9)
3. 地域医療構想策定審議への参画が期待できるか。

医療計画の場合と同様に参画できる(19)、医療計画は参画しているが地域医療構想は不明(11)、医療計画と同様に参画は期待できない(14)(以下省略)

□2015年度地域医療介護総合確保基金(介護分)の内示額(単位/億円)※1面記事を参照

都道府県	基金規模	内示額(国費)	都道府県	基金規模	内示額(国費)
北海道	35.1	23.4	滋賀	13.1	8.7
青森	4.9	3.3	京都	28.0	18.7
岩手	10.6	7.0	大阪	48.7	32.5
宮城	17.9	11.9	兵庫	36.4	24.2
秋田	10.1	6.8	奈良	10.2	6.8
山形	8.0	5.3	和歌山	6.3	4.2
福島	12.9	8.6	鳥取	2.0	1.3
茨城	20.3	13.6	島根	9.3	6.2
栃木	8.3	5.5	岡山	4.8	3.2
群馬	15.9	10.6	広島	4.0	2.7
埼玉	29.4	19.6	山口	8.3	5.5
千葉	22.3	14.9	徳島	11.3	7.5
東京	78.4	52.3	香川	3.7	2.5
神奈川	29.7	19.8	愛媛	7.9	5.3
新潟	23.1	15.4	高知	6.7	4.5
富山	9.7	6.4	福岡	30.4	20.2
石川	10.3	6.9	佐賀	3.9	2.6
福井	8.1	5.4	長崎	8.1	5.4
山梨	4.9	3.2	熊本	15.5	10.3
長野	16.4	10.9	大分	5.1	3.4
岐阜	11.0	7.3	宮崎	5.7	3.8
静岡	15.6	10.4	鹿児島	9.8	6.5
愛知	27.9	18.6	沖縄	4.4	2.9
三重	9.6	6.4	合計	724.2	482.8

サ高住 介護・医療の対応能力について情報提供の改善課題を提言

2014年度老人保健健康増進等事業として全日病が実施した「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」の報告書がこのほど完成した。

入居可能なサ高住は全国に4,083棟(2014年7月)あるが、そのうちの2,500棟に調査票を送り、1,043棟から回答を得た(回収率41.8%)。サ高住に併設された施設・事業所の内訳は、50%強が訪問介護事業所と通所介護事業所、39.9%が居宅介護支援事業所で、病院、一般診療所、歯科診療所は20%弱であった。

サ高住における介護・医療ニーズへの対応の実態を踏まえ、報告書は、入居を希望する高齢者に対する情報公表システムに欠けている介護・医療関連情報を明らかにするなど、改善すべき課題を提言している。

報告書の要旨は以下のとおり。
○日中に毎日医療職がいるサ高住は22.4%にとどまるが、これに介護職員を加えると77.0%となる。夜間は66.6%のサ高住が夜勤職員を配置しており、

宿直の配置を含めると85.2%にのぼる。ただし、夜間に毎日医療職がいるサ高住は7.7%、併設施設を含めても15.9%にとどまる。

○主として介護職が提供するサービスは住棟内もしくは併設施設が提供している住棟が多く、医療職が提供するサービスは外部サービスを利用する住棟が多い。

○80%以上のサ高住が要介護5でも新規入居・居住継続が可能としている。新規入居・居住継続が可能と回答したサ高住が少ないのは「人工呼吸器の管理」や「痰の吸引」が必要な居住者である。

○急病人が生じた際の対応内容をあらかじめ取り決めている住棟は、平日日中・夜間・休日のいずれも60%~70%である。看取り期にある居住者への対応(41.9%)、入院を要する居住者発生時の病床確保(31.3%)を具体的に決められている住棟は半分に満たない。

○以上から、サ高住への入居を希望する高齢者がニーズを満たす住宅を選択できるためには、客観的でわかりやすい指標等に基づく住宅間の相互比較結果を公表することが有効と考えられ

る。そこで、サ高住の現在の情報公表システムに以下の点を追加するよう提言する。

①医療・介護サービスの提供の有無・具体的内容

②要医療・要介護・認知症等に関する状態像別の受け入れの可否と受け入れ実績

③「容体が変化した場合の相談」「入院の必要が生じた際の病床の確保」「看取りの発生」等場面ごとの医療機関のサポートの有無と対応内容、サポートを提供する医療機関名

42都道府県に118の「災害時医療支援活動指定病院」

5月23日の2015年度第1回理事会・第2回常任理事会で、全日病の「災害時医療支援活動指定病院」に申請のあった6会員病院の指定が認められた。これで、全国の指定は118病院となった。

「災害時医療支援活動指定病院」とは災害時医療支援活動を担う会員病院を指し、災害時医療支援活動規則にもとづいて医療支援活動の実績がある病院を支部が推薦、救急・防災委員会の選定を経て、常任理事会が指定している。全日病は、別途、会員病院に訓練された災害時医療支援活動班(AMAT=All Japan Hospital Association Medical Assistance Team)を配備する制度をもち、AMATを有するAMAT病院の整備を進めているが、指定病院は災害時に出勤したAMATに活動拠点を提供

するとともに、AMATを管理・調整を担うことになる。

この指定病院制度を拠点的に支えるのが災害時医療支援活動を中核的に担う災害時医療支援活動幹事指定病院とそれを支援する災害時医療支援活動副幹事指定病院で、いずれも支部が指定病院の中から指定する。

指定病院は5月現在で5支部(5県)を除く42都道府県に分布しており、幹事指定病院・副幹事指定病院は17支部(17府県)を除く30都道府県で整備されている。

指定病院制度はこの11月で満2年を経過する。救急・防災委員会(加納委員長)は「指定病院と幹事・副幹事指定病院の空白支部をゼロにすることが当面の急務」とし、AMAT隊員を養成する研修活動ともども力を注いでいる。

2014年度第4回理事会・第12回常任理事会の抄録 3月14日

【協議事項】

●役員改選等の日程

次期役員を選任する日程等が承認された。
●看護師の特定行為研修制度にかかわる事業の実施

本年10月に施行される看護師の特定行為研修制度について、全日病として指定研修機関および指導者育成事業機関に手上げるために、会内に委員会を設置し検討作業に着手することが承認された。

●2014年度事業計画の一部変更

2014年度事業計画の一部変更が承認された。

●2014年度補正予算

2014年度の補正予算案が承認された。

●2015年度事業計画の一部修正

第3回理事会(1月15日)で決議された2015年度事業計画の一部修正が承認された。

●2015年度予算の修正

2015年度予算の修正が承認された。

●平成26年度事業報告書の作成日程等
猪口副会長は平成26年度事業報告書の作成日程案等を諮り、承認を得た。

●日本介護人材開発センター(仮称)設立への参加
四病協の4団体と日本慢性期医療協会、

全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会の7団体で設立を予定している一般社団法人「日本介護人材開発センター」(仮称)に社員参加することが承認された。

●静岡県支部長の交代等について

静岡県支部の支部長の交代および支部事務局の業務委託覚書の変更、支部規約の改定、支部事務局所在地の変更について報告があり、了承された。

旧支部長 中島一彦氏(新富士病院)
新支部長 池田 誠氏(池田病院)
静岡県支部の新事務局 池田病院内

●広島県支部事務局の業務委託覚書の変更
広島県支部事務局の業務委託覚書の変更が了承された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)
正会員として以下の入会が承認された。
栃木県 栃木県済生会宇都宮病院 院長 吉田良二

新潟県 村上記念病院 理事長 櫻井信行
静岡県 伊豆平和病院 理事長 櫻井信行
滋賀県 南草津病院 理事長 遠藤 衛
福岡県 聖マリヤヘルスケアセンター 院長 井出 睦

ほかに6人の退会があり、在籍正会員は2,426人となった。
準会員として以下の入会が承認された。

千葉県 亀田クリニック 院長 亀田省吾
在籍準会員は67人となった。

【主な報告事項】

●2015年度介護報酬改定

2015年度介護報酬改定について報告があった。

●「ナースセンターの運営に関する中央における定期的な協議の場」について

各都道府県に設置されているナースセンターの運営のあり方を協議する会議の3月設置(10月以降に定期開催)が決まり、構成員となる日医、日看協、四病協4団体、自治体病院協議会が参加した打ち合わせ会について報告があった。同様の会議が4月以降各都道府県でも開催される。

●入院基本料及び特定等の算定状況アンケート調査の結果

医療保険・診療報酬委員会が実施した「入院基本料及び特定等の算定状況アンケート調査」の結果の報告があった。

●理事の辞任

3月31日をもって中島一彦理事が理事職を辞任する旨の報告があった。

●長崎県副支部長の届出

長崎県支部の副支部長に千住雅博氏(千住病院)が選任された旨の報告があった。

●災害時の病院管理者等の役割研修の開催
「災害時の病院管理者等の役割研修」を5月31日に本部会議室で開催する旨の報告

があった。

●病院機能評価の審査結果

2月6日付で以下の15会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□主たる機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)

○一般病院1

青森県 南部病院 更新
東京都 東京リバーサイド病院 新規
大分県 日田中央病院 更新

○一般病院2

北海道 函館五稜郭病院 更新
福島県 総合南東北病院 更新
東京都 東大和病院 更新
福岡県 健和会大手町病院 更新
鹿児島県 今村病院分院 更新

○リハビリテーション病院

東京都 竹川病院

○慢性期病院

大阪府 甲聖会記念病院 新規
佐賀県 啓心会病院 更新
鹿児島県 指宿浩然会病院 更新

○精神科病院

北海道 札幌太田病院 更新
大阪府 美喜和会オレンジホスピタル 更新
鳥取県 大山リハビリテーション病院 更新
2月6日現在の認定病院は合計2,267病院。そのうち本会会員は1,002病院と、会員病院の41.3%、全認定病院の44.2%を占めている。

看護管理士認定・更新制度の創設について

2025年に求められる看護部門管理者を育成

看護管理 看護部門長研修の単位数を増加。認定条件を付して15年度より開始

医療従事者委員会 委員長 織田正道
医療従事者委員会 委員 斉藤靖枝

2015年度より、看護部門長研修において一定の評価を受けた受講者に「看護管理士」としての認定を与えることになった。

看護部門長のマネジメント力強化のための研修として2005年より始まった「看護部門長研修コース」も本年度で第11回目を迎える。

これまで、過去の受講生の声を反映させながらカリキュラムを継続的に更新するとともに、より実践的な能力を身につけることができるように内容の充実を図ってきた。

看護師のほとんどが、医療・看護における専門的知識はもっていても、病院経営のマネジメントに関する基礎知識を学ぶ機会は少ない。

この10年余り、病院を取り巻く環境は大きく変わり、さらに、これからは2025年を見据え、それぞれの病院のあり方そのものが問われる時代になる。

このような時代にあって、医療の質を向上させながら健全な病院経営を継

続するためには、病院組織内で最大の職員数を擁する看護部門のマネジメントは重要で、それを率いる看護部門長の役割は大きい。

看護部門長には、医療制度改革や病院の経営的側面の理解、さらには、部門内の問題解決能力やコミュニケーション能力などの強化が求められる。

研修は約3ヵ月(月1単位、全3単位)をかけて行われ、認定条件(後述)を満たせば「看護管理士」としての認定が得られる。

研修カリキュラムは(別掲)は実践に則した内容であり、さらに、毎年フォローアップ研修などにより、日々変わる医療環境に即応した継続研修も行われる。

研修の内容は、第1単位で自己紹介とグループワークを行い、本研修を共に学ぶ仲間と交流する機会を設けることによって、グループダイナミクスを活かして研修の効果と成果を高めることを目的としている。

研修の核となる項目は問題解決であり、多くの時間を費やしながらグループワークを中心に、個々の施設環境や職位に直面している課題への取組みについて学びを深める。

研修修了をもって認定に移行するのではなく、認定として位置付けるための研修内容の吟味や、研修修了のスキルを客観的に評価できる指標の必要性等を議論し、検討した。

その結果、問題解決の個々の取組みとして、自己課題シートをさらに精度の

高い内容で完成させることを認定の条件と位置づけ、本年度より研修期間を全日程9日間(3単位)へ改め、「看護管理士」認定制度を導入することにした。

なお、2014年度(第10回)までの「看護部門長研修コース」の修了者については、2015年度以降の全日本病院学会への参加、もしくは、2015年度以降の医療従事者委員会主催のフォローアップ研修への参加などの要件を満たした者に、「看護管理士」の認定証を発行することにした。

看護部門長研修のカリキュラム

	第1単位	第2単位	第3単位
1日目の内容	看護部門長研修ガイダンス 医療改革の動向と現場の対応	ヒューマンスキル V-CATのフィードバック	ストレスマネジメント 選ばれる病院になるために
2日目の内容	経営概論 経営戦略 ビジョン 事業戦略 環境分析 組織概論 人材マネジメント セルフチェック V-CAT	問題解決 ①問題明確化 ②現状把握 ③目標設定 ④要因解析 ⑤対策立案	問題解決 総合討議 相互発表 課題設定 問題と課題 自部門将来構想
3日目の内容	問題解決 概論 問題設定 ①抽出 ②構造化 ③問題定義	財務会計と管理会計	個人別発表 代表者発表 総括

一定条件で医療法人の遊休資産の賃貸が可能に

厚生労働省は運営管理指導要綱のうちの資産管理に関する留意事項を一部改正し、医療法人の遊休資産の賃貸を一定条件の下で認めた。5月21日付の医政局長通知(医政発0521第3号)に運営管理指導要綱の改正箇所を添付、各都道府県に適正な運用を求めた。

「日本再興戦略 改訂2014」(2014年6月24日閣議決定)等を踏まえた規制緩

和で、改正の内容は、要綱の「資産管理」に要旨以下のとおりの項目を新設するというもの。

●現在使用していない、長期的に医療法人の業務に使用される可能性のない資産(土地・建物等)は、例えば売却するなど、適正に管理又は整理することを原則とする。

●その上で、長期的には医療法人の業

務に使用される可能性のある資産、又は土地の区画もしくは建物の構造上処分することが困難な資産は、事業として行なわれていないと判断される程度において賃貸しても差し支えない。

●(以下は「備考」記載事項)

・「長期的には医療法人の業務に使用される可能性のある資産」とは、例えば、病院等の建て替え用地であることなど

が考えられる。

・土地の賃貸は、賃貸契約の終了時に、原則、更地で返却されることを前提とする。

・新たな資産の取得は医療法人の業務に使用することが目的であり、遊休資産として賃貸することは認められない。

・「事業として行なわれていないと判断される程度」とは、賃貸による収入の状況や貸付資産の管理の状況などを勘案して判断する。

・遊休資産の賃貸による収入は損益計算書に事業外収益として計上する。

四病協 研修施設群のあり方等で専門医機構に意見書を提出

四病協は4月28日、日本専門医機構(池田康夫理事長)に、研修施設群に多様な施設を認めることなどの意見を提出、具体的な制度設計に際して検討するよう要請した。

四病協は一般社団法人である日本専門医機構に社員として参加しているほか、四病協を代表して、日病の末永副会長が理事に就任している。

総合診療専門医に関する委員会、専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員会、専門医認定・更新部門委員会、専門医制度検討委員会などで議論は進んでいると思われていますが、各委員会の情報の開示を図り透明性を図る

こと。

3. 機構の収支予算の明確化を図ること

将来的には専門医の認定、更新料が専門医機構の財政基盤の中心になるものと思われていますが、認定が始まる2017年までとその後にわたる収支見込を明示すること。

四病院団体協議会「新たな専門医制度への意見」から

1. 研修施設群については地域の実情を把握した上で多様な施設を認めること

研修は専門研修基幹施設が中核となり、複数の専門研修連携施設と共に専門研修施設群を形成するとされています

すが、基幹施設の多くが大学病院となる場合においても以前の医局制度に戻すのではなく、医師の偏在が解消されるような制度設計とすること。

2. 情報の開示と透明性の確保

■現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病HP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10回医療機関トップマネジメント研修コース (40名)	2015年9月 ~2016年1月 (全4単位、各単位2日間) (全日病会議室)	324,000円 (324,000円) ※受講料金には食事代・懇親会費を含みます。	・トップマネジャーに必要な、主として戦略的・効率的な医療経営を行なうにあたっての実践的な知識や判断力を、講義とグループワークによるケーススタディ形式で習得します。 ・理事長・院長の役職にある方、または、将来の理事長・院長候補の方が受講対象です。

一冊の本 book review

『カイゼン型病院経営—待ち時間ゼロへの挑戦』

麻生 泰 著
発行/日本経済新聞出版社
定価 ●2,160円(税込)

筆者は、病院経営において、ビジョンとミッションを示すことがリーダーの最重要任務であり、スタッフが内に秘めている医療への情熱を引き出すことが何より肝要だと言う。スタッフのES(従業員満足)を高めることが、医療の質向上やコストダウンといった経営改善の源泉になるのだと主張する。社会保障財源の限界から病院を取り巻く環境がますます厳しさを増す中、カイゼンのヒントに溢れる本書は、医療関係者にとって必読の書と言えるだろう。(A)



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
住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066