



# 全日病 ニュース 2015 9/1

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 東京都千代田区猿樂町2-8-8  
住友不動産猿樂町ビル7F  
TEL (03)5283-7441  
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.854 2015/9/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 14年度調査の分析結果をまとめる。議論は中医協へ

入院医療等の調査・評価分科会 「重症度、医療・看護必要度」、慢性期入院、退院支援等で改定方向を提起

診療報酬調査専門組織の「入院医療等の調査・評価分科会」(写真)は8月26日に、2014年度調査結果の分析を踏まえた入院医療に関する改定課題の検討結果を「中間とりまとめ案」にまとめた。事務局が提示した案にいくつか修正を求める意見が出たが、修正は武藤分科会長(国際医療福祉大学大学院教授)に一任された。

「中間とりまとめ案」は、15年度診療報酬改定に向けた個別的な論点を提示する最初の資料となる。

その各論として、(1)重症度、医療・看護必要度、(2)短期滞在手術等基本料、(3)総合入院体制加算、(4)地域包括ケア病棟入院料、(5)医療資源の少ない地域に配慮した評価、(6)慢性期入院医療(在宅復帰機能強化加算、療養病棟入院基本料2、医療区分、障害者施設等入院料及び特殊疾患病棟入院料等)、(7)退院支援に係る評価、(8)入院中の他医療機関の受診が取り上げられ、それぞれ論点と検討の方向性が提起された。

9月初旬の診療報酬基本問題小委員会で検討された後、中医協総会に報告され、10月以降の本格化する15年度改定の議論に供される。

「入院医療等の調査・評価分科会」は引き続き15年度入院調査結果に関する検討作業に入る。(4面に「中間とりまとめ案」の概要を掲載)

### 地域包括ケア病棟入院料の手術等外出しは両論併記

「中間とりまとめ案」は、「重症度、医療・看護必要度」に関して、急性期医療の提供をより評価する観点から、指標を増やした上でA項目のみで基準を満たすという考え方を検討する必要があること、一般病棟用のB項目の項目を整理・追加することで認知症やせん妄の患者に対する手間のかかり具合をより高く評価できることなど、見直しの方向性を提起している。

短期滞在手術等基本料についても、水晶体再建術やヘルニア手術の点数、透析患者の除外など見直すべき点を指摘する一方、対象となる手術等の拡大を検討課題にあげた。

総合入院体制加算については、1と2ともに、要件等を再検討する必要がある。

地域包括ケア病棟入院料に関しては、「手術料や麻酔料を包括外とすることも選択肢として考えられる」とする一方で、「手術の実施が極めて少なかったこと等から、引き続き手術料も包括とすべきとの意見もあった」と賛否意見を併記した。

算定数が極めて少ない医療資源の少ない地域に配慮した評価については、対象地域の条件を変えることで適用となる2次医療圏の拡大を提案。

慢性期入院医療に関しては、まず、在宅復帰機能強化加算について、回転率等何らかの指標に急性期病棟から患者を受け入れて在宅に復帰させる条件を加味するとともに、在宅復帰率の算出における入院期間に関するルールの見直しを提案。

次に、療養病棟における退院支援に向けた取り組みを促す措置と療養病棟入院基本料2に医療区分2・3の患者の割合に関する要件のそれぞれ導入の検討を盛り込んだ。

さらに、医療区分に関しては「うつ状態」と「頻回の血糖検査」の判断基準の緻密化と「褥瘡」の判断基準から入院期間中の発生を除外することなどを求めた。

また、障害者施設等入院料及び特殊疾患病棟入院料等における脳卒中の患者に関しては入院対象から除外することや入院する場合には点数評価を同一に

することなど見直しの検討を提起した。

退院支援に関しては、退院支援室等の設置、早期退院に向けた多職種のカ

ンファレンス等の実施、専任・専従の退院支援職員の病棟配置など、総合的な取り組みを求める必要を書き込んだ。

### 各所にデータや議論にない指摘も。事務局の問題意識か

「中間とりまとめ案」は、全体として調査結果が示すデータの分析と論点掘り起しに終始し、中医協総会における議論のための基礎資料という趣きでまとめられた。

それは、前改定時の同分科会のまとめが、7対1病床を削減するなど政策起案者である事務局(厚労省保険局医療課)の目的意識のあまり、中医協の議論に先行して、より踏み込んだ提案を打ち出すものとなったことへの反省から、調査結果の分析と検討項目の抽出を担う診療報酬調査専門組織の本来業務に徹するという中医協方針に沿うものであった。

しかし、中には、次のように、データ分析の帰趨から問題点を導くというよりも、あらかじめ意図する措置へと議論を誘導しかねない箇所もみられる。◎介護療養病床との機能分化を図るためには、療養病棟入院基本料2についても、医療区分2又は3の患者の割合について何らかの要件を設けることも考えられる。

◎いずれにしても、入院期間中に新たに褥瘡が生じたことをもって、それまでの医療区分を変更する必要はない。

◎障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料等に入院する意識障害を有する脳卒中患者の多くは、本来これらの病棟への入院が想定される状態像とは異なっており、引き続きこれらの病棟の入院対象とすることについては課題があると考えられる。また、引き続きこれらの病棟への入院が必要であるとしても、同一の状態にある患者について、病棟間で報酬の評価方法等が大きく異なっていることには、留意を要する。

以上の3点に関しては、障害者施設等に入院する脳卒中患者の少なからぬ部分が「入院が想定される状態像とは異なっている」というデータが得られた以外、論述された論理を支えるエビデンス(議論の帰結を含む)はなく、政策担当者の問題意識から導かれたものと言わざるを得ない。

こうした提起に対して、神野委員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)を初めとする医療系委員はそのつど疑問と異論を唱えたが、事務局が修正に応じることはなかった。

そうした中、神野委員が強く求めてきた「重症度、医療・看護必要度」の評価指標にせん妄を追加する考えは、B項目を想定しつつも、検討の方向性の中に盛り込まれた。また、短期滞入手術等基本料3の見直しも基本的に同委員の主張が反映された。

障害者施設等における脳卒中患者の取り扱いに関しても、同委員の意見が「これらの病棟に入院する脳卒中患者の中には、医師による指示の見直しの頻度が高い患者が存在することなどから、患者毎の状態にも留意すべきとの意見があった」というかたちで明記された。

その一方で、「一般病棟を併設していない地域包括ケア病棟に関しては手術等の外出しを認めてはいかがか」あるいは「退院支援担当者は地域に行けるようにすべきであり、病棟に張り付かせることになる専従は避けるべき」などの具体的な意見が書き込まれるまでにはいたらなかった。

「中間まとめ」を得て、中医協総会には本格的な改定議論に入る。



### 厚労省 「医療事故調査・支援センター」に日本医療安全調査機構を指定

塩崎恭久厚生労働大臣は10月1日に施行される医療事故調査制度の第3者機関となる「医療事故調査・支援センター」に一般社団法人日本医療安全調査機構(高久史磨理事長)を指定。8月17日付の厚生労働省告示で、その名称、住所、事務所所在地を公示した。

「医療事故調査・支援センター」が行なう業務は、医療法で、(1)当該医療機関の院内事故調査報告から収集した情報の整理・分析、(2)当該医療機関の

管理者に対する前出情報の整理・分析結果の報告、(3)報告のあった事故に関して依頼があった場合の調査の実施とその結果の報告、(4)事故調査に従事する者に対する研修、(5)医療事故調査の実施に関する相談・情報の提供・支援、(6)医療事故の再発防止に関する普及啓発、(7)その他医療安全の確保を図るために必要な業務、と定められている。

日本医療安全調査機構は2010年4月

に創設され、05年9月に日本内科学会が主体となって4地域で始めた「診療行為に関連した死亡の調査分析」モデル事業を受け継ぎ、以後、実施地域を10地域に拡大、05年からの10年間でつごう239事例を手がけてきた。

厚生労働省補助事業であるモデル事業は14年度で終了しているが、今回の指定を受け、法人名はそのままだ「医療事故調査・支援センター」の業務をてがけることになる。

同機構は、現在、厚労省から事業認可を得る手続きを進めるとともに、「医療事故調査・支援センター」の業務を広報する案内書やホームページの改訂作業を進めている。

同時に、全国7カ所で約7,000人を集める医療事故調査制度説明会を8月29日から開催、医療機関と医療事故調査に携わる関係者を対象に、制度の仕組みとともに同センターの役割と業務について詳しく説明する予定だ。

「清話抄」は2面に掲載しました。

# 主張

## 目的思考・論理的思考の欠如を危惧する

モノ事には目的があり、論理的・合理的でなければならない。しかし、現実には、その反対のことが多い。たとえば、医療事故調査制度(本制度)の議論において顕著である。

本制度は“原因究明とそれに基づく再発防止”が目的である。しかし、ほとんどの会議で、責任追及、補償、納得が議論される。

これらの事項は重要ではあるが事故対応であり、原因究明とは目的が違うので、並行して別の枠組みで検討すべきである。さもなければ、原因究明が困難になることは、他分

野や諸外国においても指摘されている。

また、原因究明は責任追及に繋がるからけしからん、原因究明ができるとは限らない、再発防止の検討は責任追及になる、再発防止ができるとは限らない、だから、原因究明はできない、再発防止は指針に記載すべきではない、という発言もある。

これらは本末転倒の話である。できない理由やしたくない理由を言いつるのでなく、目的の“原因究明とそれに基づく再発防止”を達成する方策と阻害要因を議論し、必要

な対策を実施するべきである。立場により考え方が異なるが、共通の目的を実現するために、合意形成することが重要である。

厚労省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」の報告書(2013年5月)がその例である。筆者は委員として参画し、「7割程度の満足であるが、医療にかかわる様々の立場の委員が合意形成したことに意義がある」と述べた。

この報告書を受けて、2014年6月に本制度が制定され、本年10月に実施される。指針策定を目的に厚生科

研費研究「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2014年7月)が、省令・通知の検討を目的に厚労省の「医療事故調査制度の施行に係る検討会」(2014年11月)が設置され、2015年3月に報告がまとめられた。

両者共に、前述の如く、目的とは異なる議論があった。

常に、目的は何か、問題は何か、問題解決の方策を考えることが重要である。問題解決思考は品質管理の基本である。

(SI)

## 「経済・財政一体改革」集中改革期間(16~18年度)の改革項目をリストアップ

経済・財政一体改革推進委員会 「16年度予算が成否の鍵」一年末までに工程表とKPI(評価指標)を設定

「骨太方針2015」に盛り込まれた経済・財政再生計画(2016~2020年度)を推進するために経済財政諮問会議に専門調査会として付設された「経済・財政一体改革推進委員会」は8月10日に初会合を開き、今後の方針を協議した。

推進委員会の会長には、安倍総理大臣の指名で、サントリーホールディングス(株)の新浪剛史社長が就任した。

推進委員会の役割は、デフレ脱却・経済再生、歳出改革、歳入改革の3本柱で進める経済・財政再生計画のフレームにそって、(1)主要歳出分野ごとにKPI(主要実績評価指標)を設定かつ改革工程を作成する、(2)歳出改革において、国、地方、民間が一体となって「公的サービスの産業化」「インセンティブ改革」「公共サービスのイノベーション」という3つの取り組みを促進するために予算編成過程からPDCAを回す仕組みを構築する、(3)改革工程表にもとづいて、毎年度、進捗管理・点検・評価を行なう、ことにある。

経済・財政再生計画は18年度までの3年間を集中改革期間に位置づけ、改革を集中的に進めることにしている。

そして、(3)の作業を行なうために、諮問会議としては初めて、骨太方針を着実に実施するための専門組織(WG)を設置した。

専門WGは、社会保障、非社会保障、制度・地方行財政からなり、推進委員会の14人の委員がそれぞれ参加する。このうち、社会保障WGには最多の7人が所属しているが、医師として松田晋哉産業医科大学医学部教授が名を連ねたものの、福祉の専門家は不在で、他は企業人と経済系の学者で占められた。

また、(1)~(3)を押し進める上でキーワードとなっているのが、いわゆる見える化である。KPIの設定もその1つであるが、とくに、(2)においては優良事例を全国展開する体制を構築する方針が決まっており、すでに、優良事例の横展開を進めるための国・地方と関係会議等からなるプラットフォームが甘利大臣のもとに設置されている。

この日は、まず、本年末までに改革指針を具体化した工程表づくりとKPIを設定することを了承。続いて、「経済・財政一体改革」を16年度予算に確実に反映させるために、各府省が推進

委員会の下で財政当局と密接な連携を保ちながら、府省ごとに前出の3改革を推し進めていくという方針を確認した。

このため、各府省は、16年度予算要求における歳出改革への取り組みと改革効果の見込みを予算編成過程の中で明らかにすることが求められる。その最初のステップが16年度予算の概算要求であり、その内容は9月の推進委員会で精査される。

議論に先立って、財務省は、集中改革期間に取り組みされるべき検討事項を列挙した「『経済・財政一体改革』検討の大枠(イメージ)」を示した(別掲)。

「検討の大枠」は、医療・介護を主に改革項目を網羅したものだが、推進委員会は、これをベースに各省庁のヒアリングを行ない、必要なデータを確保するとともに追加すべき項目を新たに盛り込み、10月中旬をめどに諮問会議への中間的報告を経てさらに詰めの議論を行ない、16年度予算編成までに「経済・財政一体改革」の大枠を固めることで合意した。

この日の議論で、経済学者からは「人口10万人当たりの病床数と1人当たりの

医療費の相関係数は0.91と非常に高く、病床があるから医療費が高くなるという関係がイえる。入院だけに絞ると0.96という非常に高い相関になる。高齢化など人口構成の影響も指摘されているが、結局は病床数である。それをうまく適正化していく仕組みによって医療費の適正な配分は実現できる」との見解が示された。

一方、新浪会長は「3年以内に都道府県別の1人当たりの医療費の差を半減する。また病床数、平均在院日数の地域差を是正する。うまくいっている事例が地方自治体に沢山あるので、横展開をいかにして実現していくかだ」と「決意」を表明した。

こうした意見を受け、財務省主計局の幹部は「今回の経済・財政再生計画の成否は、その初年度となる2016年度予算編成にかかっている。様々な検討課題の項目ごとに、制度改正を含めた具体化を考え、その上で、法改正の予定などを含む実効性の高い改革工程表の作成やKPIの設定などについて議論を深めていただきたい」と檄を飛ばした。

### 「経済・財政一体改革」検討の大枠(イメージ) 社会保障の検討項目から

#### (1) 医療・介護提供体制の適正化

- ①地域医療構想策定による、医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化・連携の推進(療養病床に係る地域差の是正)
- ②慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制に係る制度上の見直し
- ③地域医療構想との整合性確保や地域間偏在是正などを踏まえた医師・看護職員等の需給
- ④外来医療費の地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等を適正化しつつ、地域差を是正
- ⑤都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定。国が15年度中に標準的算定方式を示す。(都道府県別の医療費の差の半減を目指す)
- ⑥都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組
  - (i) 地域医療介護総合確保基金の15年

- 度からのメリハリある配分
  - (ii) 医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた診療報酬特例の活用
  - (iii) 機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた適切な評価など、16年度改定及び18年同時改定における対応
- (2) インセンティブ改革
  - ⑭保険者の医療費適正化に向けた取組に対するインセンティブ強化に係る制度設計
  - ⑮ヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等個人に対するインセンティブの付与
  - ⑯セルフメディケーションの推進
  - ⑰要介護認定率や1人当たり介護費の地域差を分析し、給付費適正化に向けた取組を一層促す観点からの、制度的な対応も含めた検討
- (3) 公的サービスの産業化

- ⑳民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、健康経営の取組との連携も図りつつ、好事例を強力に全国展開
- ㉑医療関係職種の活躍促進、民間事業者による地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進等
- ㉒マイナンバー制度のインフラ等を活用した取組
- (4) 負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化
  - ㉓公的保険給付の範囲や内容の適正化
    - (ii) 費用対効果を16年度改定で試行的に導入した上で速やかに本格的な導入を目指す
    - (iii) 生活習慣病治療薬等について費用面も含めた処方あり方等の検討
    - (iv) 市販類似薬に係る保険給付について見直しを検討
- (5) 薬価、調剤等の診療報酬及び医薬

#### 品等に係る改革

- ㉔後発医薬品の価格算定ルールの見直しを検討
- ㉕特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みやあり方等の検討
- ㉖市場実勢価格を踏まえた薬価の適正化
- ㉗薬価改定のあり方について、その頻度を含め検討
- ㉘16年度改定において、調剤報酬について、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化
- 【KPI】
  - ・後発医薬品の数量シェア
  - ・医療・介護分野等における国や自治体、保険者、国民などの各主体の取組状況の定量的な評価に資する指標
  - ・医療、介護に係る地域差の是正に関する指標(1人当たり医療費の差の半減、療養病床の病床数や平均在院日数等)

### 清話抄

#### ジュラシック・ワールドと地域医療構想会議

遺伝子操作を駆使して恐竜を生み出し、恐竜のテーマパークを運営するという設定の映画「ジュラシック・ワールド」を観てきた。1993年に封切られた「ジュラシック・パーク」から続くシリーズの最新作である。このシリーズにおいて一貫して訴えられているテーマは、「生

命は道を探し出す」ということである。例えば第1作では、メスしか生まれない遺伝子操作により、恐竜の生殖は完全に人間のコントロール下に置かれていた。しかし、カエルのDNAを組み込んだ恐竜が、メスばかりの環境になるとホルモンの分泌によりオスに変身するという特殊なカエルの特性を発現させることによりオスに性転換し、人知れず生殖活動を始め、メスに卵を産ませ、人間の想定を超えたところで新たな生命の誕生が始まった。

各地で地域医療構想の実現に向けた会議が始まろうとしている。この会議の最大の特徴は、国が自らの役割を2025年の状況予測の提供と大まかな方向性を示すにとどめ、画一的な管理を止め、地域に自主的に運営してもらうという行政手法の転換を行ったことである。これまで自らデザインする習慣の乏しい地域の行政も医療機関も、おそらく、最初は戸惑うことだろう。しかし、まずは、患者構成も経営環境も国の行政手法も急激に変化してきていること

を察知した地域や医療機関の手で、やがて、そうした認識を共有していく多くの医療機関によって、自然発生的に、生き残るための「道を探す」努力が始まっていくことだろう。恐竜と比較しては申し訳ないかもしれないが、地域も医療機関も、ジュラシック・ワールドの恐竜のごとく、人口減少型社会というこれまで経験したことのない新たな環境に適応するために、それぞれに応じた道をしぶとく見つけてほしいものだ。(泰)

# 回復期や高度急性期の定義に注釈。例示も多目に

2015年度病床機能報告 機能報告の実施要綱決まる。9月早々に資料の閲覧等が可能に

8月27日に開かれた「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」は、マニュアルの改訂を含む、2015年度病床機能報告の実施概要を決めた。

新たなマニュアルには、前年度の報告でうかがわれた医療機能選択における“勘違い”や“誤解”をなくすために、回復期機能に亜急性期医療の側面があることを指摘するとともに、特定機能病院については全病棟を一括した機能とみるのではなく、「個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして」選択するよう求めるなどの注釈が加えられた。

今年度の報告期間は10月1日～10月31日と、昨年つまり初年度の報告で猶予された期間延長がない。

そのため、事務局(厚労省医政局地域医療計画課)は、8月いっぱい疑義照会窓口(電子メールベース)を開設するとともに、同省HPに今年度用の病床機能報告制度専用ページを立上げる予定だ。

そして、同webサイトから9月上旬にも各医療機関に報告マニュアル等のツールが行きわたるよう、事務連絡で各都道府県に周知徹底を要請する方針だ。

事務局が示した15年度病床機能報告の実施概要によると、報告する医療機能の時期は15年7月1日で、6年が経過した日は21年7月1日となる。

報告事項は様式1を使った「構造設備・人員等」と様式2をもちいた「具体的な医療の内容」からなるが、報告様式1は10月31日(必着)が提出期限となる。

様式2に関しては、6月診療分かつ7月審査分の電子レセプトがある医療機関については厚労省が当該データを収集・集計し、11月下旬に各医療機関に戻し、その修正・確認結果を12月11日までに送付するというスケジュールになる。

2年目となる病床機能報告を着実に実施するために、事務局は昨年の結果を踏まえ、未報告や間違いなどにどう対応するかという問題に対する指針案を提示した。

それによると、未報告の医療機関に対して、医療法は知事による権限行使(報告の命令)ができることとされていることから、そうした対応を原則とする。ただし、事務局は「昨年度は督促するだけにとどめた」と説明、今後も謙抑的対応をしていく考えを明らかにした。

明確に選択間違いと考えられるものは医療機関に修正を求めるとした。その上で、入力ミスや未記入などを防ぐために、電子媒体による警告や送信停止などシステム上の対策をとる方針を打ち出した。

この指針(「15年度病床機能報告の対応」)の中で、「回復期は回復期リハのみ」としたり、「特定機能病院は全病棟が高度急性期に該当する」とした医療機能に関する誤った解釈を取り上げ、

## 医療機能の定量的指標に向け、各機能の定義を深める議論へ

この日の検討会に、事務局は、今後、「報告された医療機能と、行われている医療内容、構造設備・人員配置等との関係を詳細に分析し、適切な病床機能報告に向けて検討していく」ことを

「回復期には『急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療』も含まれること」を、「特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること」を、それぞれ15年度病床機能報告マニュアルに明記する方針を打ち出した。

この問題に関して、中川構成員(日医副会長)は「地域包括ケア病棟をとっている医療機関は回復期なのか急性期なのか悩むことだろう。具体的に例示してはどうか」と提案。

北波地域医療計画課長は「報告マニュアルで、回復期の注釈に地域包括ケア病棟の例示を付け加える」考えを明らかにした。

このやりとりに関連して、西澤構成員(全日病会長)は、「医療機能は、各病棟に入院している患者に提供されている医療にもとづいて判断されるもの。すなわち、病棟単位の医療機能の前提にあるのは病床単位の医療機能である。それを病棟の医療機能として捉える場合はケースミックスの視点に立つ必要がある。そうしたこととともに、医療機能別の患者数にもとづいて判断することをマニュアルで説明してはどうか」と提案。事務局は善処する意向を示した。

事務局は、10月からの報告を前に各医療機関が判断する時間を十分確保できるよう、なんとか8月内に報告マニュアル等の資料をwebサイトに掲載したいとしている。検討会は事務局案の大筋に異論はなく、文言の修正は遠藤座長(学習院大学経済学部教授)に一任、15年度病床機能報告実施の概要を了承した。

提案した。

この提案を記した「適切な病床機能報告に向けた今後の検討について」と題した資料は、提案の意味を以下のよう記述している。

平成26年度病床機能報告では、医療機関が、「医療機能の内容」に照らして、病棟の医療機能を選択して都道府県に報告することとなっていた。このため、同じ医療機能を選択している病棟でも、そこで行われている医療の内容等は必ずしも同等ではなかったり、同程度の医療内容と思われる医療機関でも、異なる医療機能を選択して報告している例もあったと考えられる。

例えば、診療報酬の地域包括ケア病棟入院料を算定している病棟の場合、報告している医療機能は、主に急性期機能又は回復期機能となっている。

今後、報告された医療機能と、行われている医療内容、構造設備・人員配置等との関係を詳細に分析し、適切な病床機能報告に向けて検討していく。

※平成26年度病床機能報告では、具体的な医療の内容に関する項目は、病院単位でしか把握できていないので、上記の分析を行う際には、この点に留意する必要がある。

そして、この資料は、14年度の病床機能報告のマニュアルで示した4つの医療機能の説明を引用した(別掲)。14年度の病床機能報告で、各医療機関は、この説明を参考に医療機能を選択したことになる。

その結果、選択された医療機能と当該病棟で実際に提供されている医療との間に不整合が生じる例が多かったことを受け、より整合性のとれた選択ができるよう、各医療機能の定義を掘り下げたいと、事務局はさらなる議論を

求めたもの。

焦点は主に高度急性期機能と回復期機能である。この日の議論でも、地域包括ケア病棟は急性期か回復期か判断に迷ったのではないかと指摘や、「一部の特定機能病院や公立病院では絶対高度急性期で行くぞとの指令が飛んだ」といった恣意的な判断がはたらいたとの情報が紹介されたが、14年度の簡潔な定量的指標だけでは色々な解釈を招く余地があったのは事実だ。

厚労省は、将来的には報告制度から得られる医療内容等のデータを分析して様々な定量的指標を開発する方針だが、現在得られている14年度報告の結果では、医療内容が病院単位であるために病棟単位の指標が得られない。これは15年度の報告も同様であるため、定量的指標の開発は17年度以降となる見込みだ。

したがって、地域医療構想が策定される16年度以降、現在の定義のまま、各地の調整会議で医療機能の転換をめぐる話し合いがなされると、協議が立ち行かなくなる恐れもある。

そうした点から、少しでも現場で共

有できる定義が望まれるが、定量的指標がない中で定義を具体化するの容易ではないというジレンマが否定できない。

ジレンマは、しかし、これだけではない。この日の議論で西澤構成員が指摘した(前出)ように、医療機能を定義する場合の病床単位と病棟単位というロジックの問題もある。

この日も相澤構成員(日病副会長)は、医療機能の概念を議論するのであれば「病棟だけでなく、(四病協の提言が試みたように)病院の類型化も一緒に考えていかないと国民には分かりにくい」と指摘した課題もある。

病床単位したがって患者単位の機能は分かりやすいが、同じ患者が同一の病棟で異なる病期の経過をたどる、したがって様々な機能の患者が混在する実際の病棟を特定の機能に収斂させるのは、容易ではない。

診療報酬の項目をもちいた例示が分かりやすいとの声もある。しかし、ストラクチャが先行する診療報酬の項目がどこまで機能を代替できるのかという問題もあり、今後の議論が注目される。

## □病床機能報告の報告マニュアルー14年度と15年度の比較

	14年度の報告マニュアル	15年度の報告マニュアル
医療機能の名称	医療機能の内容	
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合産科集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能
(報告マニュアルにおける注釈) *15年度の「報告マニュアル」における注釈は8月27日の検討会に示された案の段階のもので、最終的にはさらなる記述・修正が加えられる		○回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」も含まれていることにご留意ください。 ○特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

## 中医協 費用対効果評価試行導入に向けた中間報告を了承

8月26日の中医協総会は費用対効果評価専門部会がまとめた中間報告を了承するとともに、患者申出療養の運用ルール等について2回目の議論を行なった。

「骨太2015」において16年度診療報酬改定で試行的導入が求められている費用対効果評価に関して、中間報告は、①選定基準を設定した上で対象品目を選定する、②選定品目の製造販売を行っている企業に評価に必要なデータの提出を求める、③提出されたデータを中立的立場から再分析する、④標準的分析方法を示すガイドラインを作成する、⑤効果指標はQALYを基本とし

た上で、疾患や医薬品等の特性などに応じてその他の指標も用いる、⑥対象品目のアプレイザル(評価)を実施するために費用対効果評価専門組織(仮称)を新設するなど、費用対効果評価を実施する基本的な枠組みを確認した上で、試行的導入に当たって考慮すべき事項と当面の検討課題を整理した。

総会は中間報告を基本的に了承したが、同部会のとりまとめの段階で、日本医師会の委員から「費用対効果評価を保険収載の可否判断に用いることは認められない。そうしたニュアンスの表現はなくしてほしい」と厳しい意見が示された。

## 地域包括ケア病棟

## 重症度、医療・看護必要度

## 手術料等の外出しで両論併記。認知症やせん妄の患者はB項目で評価の方向

## 入院医療等の調査・評価分科会 検討結果（中間とりまとめ案）

（編集部注）以下は8月26日の分科会に提示された中間とりまとめ案の概要だが、同日の議論を反映し、数カ所にわたる修正が加えられる。1面記事を参照

## 1. 急性期入院医療について

## 1-3. 重症度、医療・看護必要度について

・現行の基準を満たす患者以外にも、医師による指示の見直しや看護師による看護が頻回に必要な患者が存在している。

・手術直後の患者や救急搬送後の患者は、処置やADLの状況等により、現行の基準を満たさないことも多い。このほか、現行の基準には含まれないが、医師の指示の見直しが頻回で急性期の医療の必要性が高い状態として、無菌治療室での管理等が挙げられた。

・7対1病床で「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合が高い医療機関は、手術などの高度な治療の病床数当たり実施件数が少ない傾向がみられた。

・現行の基準を満たす患者の割合は同程度でも、相対的にA項目の該当患者割合が高い医療機関やB項目の該当患者割合が高い医療機関が存在する。特定機能病院ではA項目の該当患者割合が高く、B項目の該当患者割合が低い傾向がみられた。

・急性期医療では、発症早期のリハビリや術後の早期離床等が推奨されているが、現在の基準では早期離床を進めにくくすることが懸念される。例えば、術後の一定日数等の患者にはB項目の点数によらず基準を満たすこととすれば、こうした懸念は解消される。

・A項目のみに着目した評価と現行基準による評価を比較したところ、「A項目3点以上の患者」では「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」と比べ、医師による指示の見直しや看護師による観察等が頻回に必要な患者の割合は概ね同等又はやや多かった。

・一般病棟用のB項目は、特に「寝返り」「起き上がり」「座位保持」の項目間に極めて高い相関がみられ、「起き上がり」「座位保持」の項目を除いても、該当患者割合への影響は小さかった。これら3項目のうち、「寝返り」の項目は看護業務の負担からみても最も重要であるとの意見があった。

・認知症患者への看護提供頻度は高い傾向にある。また、せん妄は急性期の入院治療中にしばしばみられ、看護提供頻度は高い傾向にある。一般病棟用のB項目にはない「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の3項目は認知症及びせん妄と特に関係が強かった。このうち、「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」は類似の状態を評価していた。

・このように、現行の一般病棟用のB項目から「起き上がり」「座位保持」の2項目を除き、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を加え、仮の7項目とした場合、認知症やせん妄の患者がB項目でこれまでより高く評価される。仮の7項目を用いて7対1病棟で試算しても、点数分布や3点以上となる者の割合は現行と大きな差はなかった。

## 2. 短期滞在手術等基本料について

・調査結果から以下の特徴が観察された。

一 「水晶体再建術」は、平成26年度改定の前後で両眼の手術の減少、片眼の手術の増加がみられ、診療形態に大きな変化がみられた。

一 「ヘルニア手術」や「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」は乳幼児等の症例が多くみられ、年齢によって出来高実績点数に大きな違いが認められた。

一 一部の手術について、全身麻酔と全身麻酔以外の方法で実施されている項目がみられたが、麻酔方法の選択に当たって、患者の特性よりも医療機関の診療方針が影響していると考えられた。その他、出来高実績点数のばらつきがみられ、算定件数が少ない項目もみられた。

・短期滞在手術等基本料では原則として全ての基本診療料・特掲診療料が包括化されているが、他の包括入院料に例があるように、高額の医療を要する特定の部分を包括から除外することも考えられることから、透析患者について分析したところ、透析患者の出来高実績点数は平均的な症例を大きく上回っていた。

・短期滞在手術等基本料の新たな対象となり得るものとして、「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」は在院日数が短く、出来高点数のばらつきが少なかった。

## 3. 総合入院体制加算について

・総合入院体制加算の届出を行っている医療機関であっても、救急患者の受入について限定的な対応方針をとっている施設や重症の入院患者の割合が少ない医療機関がみられた。また、特に受入が進んでい

ない認知症や精神疾患を合併する患者については、受入を推進するための方策を更に検討すべきとの意見があった。

・総合入院体制加算1の届出に当たって求められる6つの実績要件のうち、「化学療法が4,000件/年」の要件を満たすことが困難とする医療機関が多かった。

・総合入院体制加算を届け出た医療機関において「重症度、医療・看護必要度」A項目の該当患者割合には大きな差がみられた。A項目の該当患者割合が高い医療機関では、手術等の医療機関における件数だけでなく、病床数当たりの件数も高い傾向がみられ、より高い密度で高度な医療が提供されていた。

・総合入院体制加算2の届出医療機関のうち約5%は、当該加算の届出医療機関が満たすことが望ましいと規定されている6つの実績要件のうち1つ以下しか満たしていなかった。これらの医療機関は、実績要件の多くを満たす医療機関と比較して、手術の実績等において大きな差があるほか、平均在院日数が約1日長かった。

## 4. 有床診療所入院基本料について（略）

## 5. 地域包括ケア病棟入院料について

・地域包括ケア病棟には急性期からの受入、緊急時の受入及び在宅復帰支援等の役割が期待されており、調査結果においても自宅及び自院・他院からの入院患者が多数を占めた。

・入院患者の疾患としては骨折・外傷が多く、リハビリを目的に入院している患者が30%程みられるなど、患者は特定の状態に集中する傾向がみられた。処置の実施は頻繁ではなく、ほとんど検査や画像診断を要しない患者も一定程度入院していた。

・地域包括ケア病棟が、地域包括ケアシステムのなかでより積極的な役割を担うに当たって、自宅からの受け入れ患者等に幅広い医療を提供する機能を拡充する観点から、手術料や麻酔料を包括外とすることも選択肢として考えられるが、一方、現状において、手術の実施が極めて少なかったこと等から、引き続き手術料も包括とすべきとの意見もあった。

・リハビリは、現時点では、患者の状態に応じて異なる頻度で提供され、想定した期間内に自宅に退院する患者が多いなど、概ね適切に実施されているものと評価された。

・入院患者の退院先は主に自宅で、在宅復帰率は高い水準にある一方、家族のサポートや介護施設の確保等が困難なため退院予定が立っていない入院患者が一定程度存在していた。

・より入念な退院支援を要する状態の患者の受け入れを図る方策を探るため、退院支援の取り組みの効果等について、次のような結果が得られた。

一 病棟に専任又は専従で、退院支援職員の担当者を配置した医療機関では、より早期に関与を始められたり、より多くの患者に退院支援を行えたりするといった効果が指摘された。

一 また、退院支援計画の作成や、早期退院に向けた入院後の多職種カンファレンスを実施している病棟では、実施していない病棟と比べて平均在院日数が短い傾向が見られた。

## 6. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

対象地域の選定条件として、患者の流出率が少ないことよりも、むしろ、医療従事者数が少ないことを重視した場合のシミュレーションを実施したところ、対象となる二次医療圏は30 から41 に増加するが、人口密度、人口当たり・面積当たりの医師・看護師数、病院密度のいずれも、現行よりも低い二次医療圏が対象となる傾向がみられた。

## 7. 慢性期入院医療について

## 7-1. 在宅復帰機能強化加算について

・当該加算を算定している病棟において、必ずしも急性期病棟から受け入れた患者の多くが在宅に復帰できているわけではなかった。病床回転率等の算出に当たって自宅からの入院と他院からの転院を区別していないこと等が背景にあると考えられた。

・入院期間が31～60日の退院患者が多く、これは、在宅復帰率等の算出から入院期間が1か月未満の患者を除くために生じる現象と考えられた。急性期病棟から受け入れた患者の在宅復帰を進めることが本来の目的であったが、その目的を果たしていないと考えられた。

・こうしたことから、回転率等何らかの指標に急性期病棟から患者を受け入れて在宅に復帰させることを加味し、在宅復帰率の算出における入院期間に関

するルールを改めると、所期の目的に合った評価が可能になると考えられる。ただし、急性期病棟から受け入れた患者の在宅復帰は大きな困難を伴うことから、急性期病棟からの受け入れ患者に限った場合、現行の回転率等と同じ水準に基準を設定することは難しいとの意見があった。

## 7-2. 療養病棟入院基本料2について

・療養病棟入院基本料1は医療区分2又は3の患者を8割以上受け入れていることが要件になっているが、療養病棟入院基本料2にこのような要件はなく、近年、医療区分1の患者が増加している傾向がみられる。療養病棟入院基本料2についても、医療区分2又は3の患者の割合に何らかの要件を設けることも考えられる。

## 7-3. 医療区分の評価項目について

・「うつ状態」「頻回の血糖検査」「酸素療法」に該当する患者の必要とする医療の密度は極めて多様であることから、密度の高い治療を要するかどうか等に基づいて、更にかみ細かな評価を行うことで、より適正な評価が可能になると考えられる。

・「褥瘡」の患者は入院期間が長期に及ぶ患者により多くみられた。これについて、必ずしも入院期間中に新たに褥瘡が生じていることを示すものではないとする意見と、その様な可能性も示唆されるとの意見が両方みられた。いずれにしても、入院期間中に新たに褥瘡が生じたことをもって、それまでの医療区分を変更する必要はないものと考えられる。

・医療区分1のより重症患者の評価のあり方やADL区分を含め、次の医療・介護の同時改定等に向けて、医療区分のあり方について抜本的な調査や検討を求める意見があった。

## 7-4. 脳卒中患者に関する慢性期医療の適切な評価について

・障害者施設等入院料及び特殊疾患病棟入院料等において、意識障害を有する脳卒中の患者など、状態像が療養病棟の対象患者と重複している患者が一定程度入院していた。

・これらの病棟に入院している脳卒中患者は、医療区分の内訳、医師の指示の見直しの頻度、看護師の観察・管理の頻度等は療養病棟の患者と概ね同等であった。他方、これら病棟に入院している脳卒中患者の1日当たり請求点数は、療養病棟と比較して高額になっていた。

・障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料等に入院する意識障害を有する脳卒中患者の多くは、本来これらの病棟への入院が想定される状態像とは異なっており、引き続きこれらの病棟の入院対象とすることについては課題があると考えられる。また、引き続きこれらの病棟への入院が必要であるとしても、同一の状態にある患者で病棟間で報酬の評価方法等が大きく異なっていることには留意を要する。なお、これらの病棟に入院する脳卒中患者の中には、医師による指示の見直しの頻度が高い患者が存在することなどから、患者毎の状態にも留意すべきとの意見があった。

## 8. その他

## 8-1. 退院支援に係る取組について

・より入念な退院支援を要する状態の患者の受入及び円滑な在宅復帰への流れを促進するための退院支援の取組の効果等について分析を行い、以下の結果が得られた。

一 退院支援を行うに当たって、面会日の調整や早期の退院支援の開始、患者1人当たりの退院支援に係る時間の確保等の困難があることが指摘された。また、患者が退院できない理由として、入院・入所先の確保等が課題になっていることが示された。なお、入院患者のなかには、要介護認定を受けた患者も多く入院していることから、介護サービスとの連携が重要であるとの意見があった。

一 病床規模に関わらず多くの医療機関が退院支援室等の設置や早期退院に向けた多職種のカンファレンス等を実施していた。また、病棟に専任・専従の退院支援職員を配置している場合があり、より早期の関与やより多くの患者に対して退院支援を行えるようになる等の効果が指摘された。

一 連携施設数が多いなど、退院支援に向けた連携を積極的に実施している施設では平均在院日数が短い傾向がみられた。この傾向は入院期間の長い種別の病棟でより顕著であった。

## 8-2. 入院中の他医療機関の受診について（略）

# 全日病 2016年度予算概算要求に対する要望書を提出

全日本病院協会は2016年度予算概算要求に対する要望をまとめ、8月20日に厚労省医政局長宛に提出した。猪口雄二副会長が医政局土生栄二総務課長と面談の上手渡した。

要望事項は、(1)医療ICT化に向けた財政支援、(2)病院防火対策に対する支援の拡充、(3)医療事故調査の院内体制構築に対する財政支援の3点からなっている。

(1)では、ICT関連投資が増大する中、直接的な導入コストだけでなく、技術進歩に対応した環境整備やセキュリティ強化等システム維持管理コストの負

担が大きくなっていることから、財政的支援の必要を提起。

(2)においては、14年度補正予算に続くスプリンクラー等設置に対する継続的な補助が必要であるとして、16年度の本予算における措置とともに予算規模の拡大を求めた。

(3)については、15年10月に施行される医療事故調査制度について、医療事故調査等支援団体の負担軽減も踏まえた事故調査体制構築に対する財政的支援を訴えている。

要望に対して、土生総務課長は、(2)に関して「時



期的なことも考慮しながら、引き続き何らかの財源措置を検討する」意向を表明した。

## 「医療法人の収支が傾向的に下落している」—WAMがレポート

医療法人の収支状況は、人件費率の上昇等によって、医業収益に対する医業利益の割合(医業利益率)が2010年度

から減少に転じ、13年度には3.1%と過去6年間で最低となるなど、厳しい状況にあることが判明した。

福祉医療機構(WAM)が貸付先から得た財務諸表(2008年度~13年度)を用いて医療法人の経営状況を分析したもので、8月7日に分析結果を公表した。

医業利益率の低下が続く要因として、福祉医療機構は、人件費率が10年度の54.2%から13年度には55.9%へと上昇、同様に労働分配率も同期間に91.5%から94.8%に上昇しているなど、年々増加する人件費が収支を悪化させ

ていることをあげた。

また、09年度を境に赤字法人の割合が拡大しており、その傾向は医業収益の規模が小さい法人ほど顕著であると指摘。

さらに、黒字法人と比較して赤字法人は自己資本比率が低いだけでなく、借入金比率が高くなっている上、赤字法人の償還率(医業収益に占める長期借入金元金償還額の割合)も黒字法人と比較して高く、借入金に依存した経営状況に陥っているとも指摘。今後プラス改定が望めない医療費抑制下の医療法人経営に警鐘を鳴らした。

### 2015年度第5回常任理事会の抄録 8月8日

#### 【主な協議事項】

##### ●2015年度の委員会体制

執行部より、①医療制度・税制委員会を医業経営・税制委員会、介護保険制度委員会を高齢者医療介護委員会とそれぞれ名称を変更する、②新たな委員長として、広報委員会に高橋肇常任理事、医療従事者委員会に井上健一郎常任理事、医療制度検討プロジェクトに織田正道副会長がそれぞれ就任するなど、2015年度委員会体制の骨格案が示され、承認を得た。

今後、各委員長は担当副会長と協議の上、原則として7名以内で委員を指名する。

##### ●「医療事故調査制度に係る指針」

本会として定める「医療事故調査制度に係る指針」が承認を得た。「指針」は全会員に送付されるとともにホームページにも掲載される。

##### ●2016年度予算概算要求に関する要望書

「2016年度予算概算要求」にかかわる要望書が承認された。厚生労働省医政局長宛に提出する。

##### ●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。  
北海道 江別市立病院 院長 梶井直文  
埼玉県 本庄福島病院 理事長 福島一也  
他に4人の退会があり、在籍正会員は2,444人となった。

準会員として以下の入会が承認された。  
東京都 恵比寿ガーデンプレイスクリニック 院長 安村隆二  
準会員は69人となった。



#### 【主な報告事項】

##### ●審議会等の報告

中医協総会、診療報酬基本問題小委、入

院医療等の調査・評価分科会、DPC評価分科会、医療機関等における消費税負担に関する分科会、地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会、「健康情報拠点薬局(仮称)のあり方に関する検討会」の報告があり、質疑が行なわれた。

##### ●全日病九州支部連絡協議会の発足

「全日病九州支部連絡協議会」が7月29日に発足した旨の報告があった。最初の活動として、8月29日に厚労省医政局地域医療計画課から佐々木昌弘室長を招き、地域医療構想にかかわる研修会を開催する。

##### ●「2015年度大規模地震時医療活動訓練」への参加

内閣府・東京都が9月1日に実施する「2015年度大規模地震時医療活動訓練」にAMAT(参加担当は白鬚橋病院)の参加が決まった旨の報告があった。

##### ●研修会等の開催

看護師特定行為研修指導者講習会、「2025年に生き残るための経営セミナー」第9弾、2015年度第11回看護部門長研修コースの開催計画が報告された。

##### ●病院機能評価の審査結果

7月3日付で以下の7会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□主機能(3rdG/Ver.1.0以降 順不同)

##### ◎一般病院1

石川県 恵寿金沢病院 更新  
広島県 沼隈病院 更新  
熊本県 阿蘇立野病院 更新

##### ◎一般病院2

埼玉県 吉川中央総合病院 新規  
千葉県 東葛病院  
山口県 岩国市医療センター医師会病院 更新

##### ◎リハビリテーション病院

徳島県 小松島病院 更新

7月3日現在の認定病院は合計2,259病院。そのうち本会会員は1,015病院と、会員病院の41.5%、全認定病院の44.9%を占めている。

## 2015年度の委員会体制決まる

8月8日に開催された全日病の第5回常任理事は、現在22ある委員会について、2015年度の体制を承認した。

これによって、医療制度・税制委員会は医業経営・税制委員会に、介護保険制度委員会は高齢者医療介護委員会へとそれぞれ委員会名が変更された。

また、新たな委員長として、広報委員会に高橋肇常任理事が、医療従事者委員会に井上健一郎常任理事が、医療

制度検討プロジェクトに織田正道副会長がそれぞれ就いた。

各委員長は担当副会長と協議の上委員を指名し、9月以降、新体制で委員会を再開することになる。

委員の数は各委員会とも7名が原則だが、西澤会長は、委員の指名に当たって「できるだけ支部の意見を聞いて、若い人材の登用に努めてほしい」と要請した。

#### ■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
平成27年度 個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコース(福岡会場)(90名)	10月22日(木) 10:00~16:30 (福岡県福岡市 福岡県医師会館)	12,960円 (17,280円)	・対象者は医療機関の個人情報保護管理責任者、担当者。 ・医療機関内に個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目的とします。
平成27年度 特定保健指導専門研修(食生活指導担当者育成研修)(40名)	10月24日(土)~25日(日) 10月31日(土)~11月1日(日) (全日病会議室)	54,000円 (64,800円)	・対象者は看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士。 ・本研修は「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」に該当します。
「平成27年度 医師事務作業補助者研修(福岡開催)」(100名)	10月28日(水)~29日(木) (福岡県福岡市 TKP博多駅前シティセンター)	30,000円 (30,000円)	・本研修は「医師事務作業補助体制加算」の算定要件を満たしています。
平成27年度総合評価加算に係る研修(100名)	11月7日(土)~8日(日) (東京都台東区 AP秋葉原)	54,000円 (81,000円)	・本研修は「総合評価加算」の算定要件を満たします。
平成27年度 第2回災害時の病院管理者等の役割研修(40名)	12月12日(土) 13:00~16:30 (大阪府大阪市 TKPゲートタワービル)	7,560円 (10,800円)	・受講対象 ①病院管理者等(院長、副院長、各診療科部長、診療協力部門部長、法人・経営本部部長、事務長) ②医療関連企業、地方公共団体にお勤めの方

一般社団法人全日病厚生会 病院総合補償制度に

## 「医療事故調査費用保険」が追加されます!

10月1日からスタートする「医療事故調査制度」において、万が一、予期せぬ死亡事故が発生した場合に、医療事故調査によって支出する各種費用を負担する保険制度となります。  
※平成27年10月1日からご加入いただけます。

#### <補償対象となる調査費用(例)>

- 死体の解剖、死亡時画像診断を実施するために支出した費用
- 院内事故調査に参加する外部委員に対して支出した謝金等の費用
- 医療事故調査制度を行うために必要な費用であって、保険会社が妥当と認めたもの。



団体契約者：一般社団法人全日病厚生会  
引受保険会社：東京海上日動火災保険株式会社

●ご加入のお申込、お問合せは…

一般社団法人 全日病厚生会 TEL : 03-5283-8066  
株式会社全日病福祉センター FAX : 03-5283-8077

# 構想区域の設定が大きな問題。医療需要の推定方法にも疑問が

## 都医・都病協と一体の取り組み。構想策定の専門委員に病院団体から多くの委員



常任理事・東京都支部幹事 猪口正孝

### 初めに

地域医療構想策定の作業が各都道府県で急ピッチで進められている。東京都も今年度中の策定を目指しているが、全日病東京都支部は、東京都病院協会(都病協)と一体となって、東京都における構想策定作業に関与している。

とくに、都病協においては、地域医療構想に対応するために二次医療圏ごとに支部長を選出して臨時に二次医療圏支部長会議を開催し、協議の場へ参画するため内部協議を重ねてきた。都医病院委員会の参加も得て、5月までに4回開催している。

その取り組みは、我々と緊密な連携

をとっている東京都医師会(都医)の対応と軌を一にしている。すなわち、東京都における地域医療構想策定に対する取り組みは、全日病支部、都病協、都医が共同歩調をとるかたちで進められている。

本稿では、東京都所管の病院・有床診、地区医師会役員、区市町村行政担当者を対象に、7月29日から4回に渡って行われた「東京都地域医療構想策定に係る説明会」で報告された内容を紹介しつつ、私見をまじえ、策定作業の現段階と我々医療団体の構想策定に臨む考え方を報告させていただく。

急性期90%で計算しなおすと、医療機関所在地ベースで高度急性期は15,853床が13,210床となり2,643床の減、急性期は42,302床が36,661床となり5,641床の減、推計総数として8,284床もの減となる。

つまり、病院稼働率を変えて計算すると東京都の病床は拡大する必要がなくなってしまう。まさに数字のマジックであるが、C1、C2、C3といった指標で導き出したものが患者数(医療需要)

であるのに、それを稼働率で割り戻した病床数が医療需要であるかのように立ちはだかっている。

必要人員の雇用確保の困難性や2045年以降の需要激減、東京の病院経営の困難性を考慮すれば、現在の既存病床の転換適応をもって対応したほうがいいのではないかとの見方もあるであろう。今後、東京の病院の病床稼働率と経営などの実態を調査した上で、構想の策定を行う必要があるであろう。

### 構想区域をめぐる問題点

構想区域は、策定ガイドラインによると「現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化などを勘案」とされ、さらに、「医療介護総合確保区域との整合性」を求めている。そして、「構想区域が現行の二次医療圏と異なる場合には、平成30年度から始まる次期医療計画の策定において二次医療圏と構想区域を

一致させることが適当である」としている。

素直に解釈すれば、「2025年の医療需要と必要病床数を構想区域ごとに推計し、目指すべき医療提供体制を実現するための施策を示すために、現行の二次医療圏を検証したうえで最適な構想区域を策定し、平成30年度からはこれを新たな二次医療圏として医療計画を立てる」と読み取れる。

### 東京都における二次医療圏

第3回構想策定会議では二次医療圏の患者流出入が示され、区中央部に高度急性期の流入が多いことをはじめとし、都民は二次医療圏の枠など全く意識せずに、ダイナミックな受療行動をとっていることが示された。

東京都は都心部に特定機能病院をはじめとした高度急性期病院が集中し、多摩に療養病床が多く集まるなど、東京全体が一つの医療圏として機能している。

しかし、今回の病床機能報告や医療需要推計が証明したように、都心部に特定機能病院などの高度急性期病院が集中する一方、多摩に療養病床が多く

存在するという機能上の偏りが明らかで、現行の二次医療圏は医療圏ごとに医療が完結するとは程遠い状況にある。

地域医療計画には病床規制以外の何かしらの医療機能が盛り込まれている。いわゆる5疾病5事業がそれに当たるが、問題はこの医療計画の多くが、機能が偏在している二次医療圏を中心に行われるようになったことである。

医療計画が二次医療圏単位で策定されることにより、臨床現場では現実の診療連携と異なる会議が招集されたり、あまり機能しない事業が遂行されてきた。医療計画と現実との乖離は明らかである。

### 東京都医師会と病院団体の対応

構想区域が将来二次医療圏になることを考えると、現行の二次医療圏に沿った医療計画の非効率性と質を改善する千載一遇のチャンスである。

東京都医師会病院委員会は、この3月に「急性期機能と回復期機能は原則として区市町村、高度急性期機能と慢性期機能は東京都全域」とし、現行の二

次医療圏を排して全都を二次医療圏とすることを提唱した。

この提唱は都医と都病協による合同提言でもあるが、これに加え、都医師会は、将来の東京の医療のあるべき望ましい「グランドデザイン」を考え、それを実現するにふさわしい構想区域を策定すべきと方針を決めた。

### おわりに

地域医療構想に関して、我々全日病支部と都病協は都医とともに、効率的で質が高く生活者本位の医療提供体制を作り上げるためにはどのようにすればいいのかという視点から、行政と協議を重ねている。

そのためには、精神科医療や結核医療、地域包括ケア等多くの医療との整

合性も考え、骨太の計画にしなければならないと考える。

同時に、現在の医療提供体制を大きく変更することによって大きな混乱をきたすことがないように、今ある大切な医療を残し、将来必要な医療を作り出すという基本的な姿勢を崩すことなく、今後も真摯に協議に臨んでいく考えている。

表1 2025年医療需要の機能別内訳

	総病床数(床)	高度急性期(床)	急性期(床)	回復期(床)	慢性期(床)		在宅医療等(人)		(再掲)訪問医療のみ(人)
					パターンA	パターンB	パターンA	パターンB	
患者住所地	112,485.0	14,696.9	40,615.6	34,471.0	20,455.0	22,470.5	199,342.6	197,275.9	151,316.1
医療機関所在地	113,882.7	15,852.9	42,301.6	34,674.1	18,995.7	21,054.1	192,395.5	190,501.8	137,826.1
流出入	1,397.7	1,186.0	1,686.0	203.1	△1,459.3	△1,647.4	-	-	-

\*流出入については、「施設所在地-患者所在地」にて算出し、正の場合流入数、負の場合流出数を示す。

表2 病床機能報告の集計数と2025年医療需要(必要病床数)の比較

	病床機能報告の集計数(2014年7月)					2025年の医療需要(医療機関所在地ベース)				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	小計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期(パターンB)	必要病床数
区中央部	9,193	3,778	295	495	13,761	3,297.9	6,711.5	3,905.5	558.9	14,473.8
区南部	3,132	3,001	404	1,279	7,816	1,349.1	3,563.4	2,729.6	866.0	8,508.1
区西南部	1,500	6,010	711	1,655	9,876	1,492.2	3,709.7	3,079.7	1,688.9	9,970.5
区西部	3,815	4,315	656	1,473	10,259	2,056.2	4,981.8	3,933.8	1,133.8	12,105.6
区西北部	4,486	4,881	1,207	3,689	14,263	1,844.8	5,512.7	4,879.3	3,146.2	15,383.0
区東北部	496	5,249	797	2,714	9,256	836.6	3,161.2	3,369.7	2,347.1	9,714.6
区東部	1,636	4,727	733	1,109	8,205	1,087.4	3,633.8	2,739.1	956.7	8,417.0
西多摩	33	1,637	220	2,321	4,211	274.0	966.4	1,030.9	1,487.2	3,758.5
南多摩	1,825	3,374	617	4,437	10,253	994.6	3,289.5	3,066.7	4,584.1	11,934.9
北多摩西部	1,009	1,782	400	1,339	4,530	594.3	1,786.5	1,453.8	1,000.8	4,835.4
北多摩南部	2,844	2,578	495	1,605	7,522	1,429.7	3,087.6	2,636.4	1,550.6	8,704.3
北多摩北部	1,102	1,756	503	2,173	5,534	596.2	1,876.8	1,830.1	1,733.9	6,037.0
島しょ	0	114	0	0	114	0.0	20.7	19.6	0.0	40.3
東京都全体	31,071	43,202	7,038	24,289	105,600	15,852.9	42,301.6	34,674.1	21,054.1	113,882.7

### 東京都における構想策定の現段階

地域医療構想の策定について、東京都は東京都保健医療計画推進協議会の下に「東京都地域医療構想策定部会」を設置した。筆者は、都医副会長という立場から構想策定部会に参画し、その部会長を務めている。

構想策定部会のメンバーは、医療関係団体5人(都医、東京精神科病院協会、

都歯科医師会、都薬剤師会、都看護協会)、保健医療を受ける立場の者2人、関係行政機関3人、学識経験者1人の計11人。ほかに専門委員が11人という構成で、専門委員には全日病支部を含む都病協から6人が参加している。

構想策定部会は8月18日までに5回開催されたが、現在は、STEP2の「策定と実現に必要なデータの収集・分析・共有を行う」過程にあり、病床機能報告で集計された現状の機能別病床数と2013年のNDB・DPCから導いた医療資源投入量による2025年医療需要推計が示された(図1)。

今後、STEP3として、構想区域を策定する極めて重要な段階を迎えている。

図1 医療需要の推計結果(慢性期パターンB)



### 2025年の医療需要推計

2025年の医療需要は、全国としては既存病床に比して必要病床が約20万床少なくなると推計されたが、東京都では、約7,000床(患者住所地ベース)から8,400床(医療機関所在地ベース)の不足が見込まれた(図1・表1)。全国で不足が見込まれたのは東京、千葉、埼玉、神

奈川、大阪、沖縄の6都府県のみである。

東京都は、1日当りの入院患者として、高度急性期1,156人、急性期1,686人、回復期203人が流入、慢性期は1,647人が流出、トータル1,397人の流入と推計。今後、この数字をもとに、都道府県間の流出入の調整を行うことになる。

### 医療機能報告の集計結果

医療機能報告における2014年7月1日時点の医療機能ごとの病床分布は、高度急性期31,071床、急性期43,201床、回復期7038床、慢性期24,289床となった(表2)。

回復期はリハビリの要件が強く出されているため、回復期リハを行っている

る病院中心の手上げとなったことから、回復期が少ない結果となった。

6年後の病床予定、2025年における病床予定は2014年とほぼ同比率で、病床転換に関する意識付けは今後の課題と言える。

### 2025年医療需要と医療機能報告の比較

医療機能別の医療需要推計と病床機能報告による病床数を比較する(表2)。高度急性期は報告の31,071床に対して医療需要推計(医療機関所在地ベース)は15,893床しかなく、あたかも需要が半減するように見える。急性期と慢性期はほぼ同数にみえ、一方、回復期は7,038床に対して34,671床と、需要が激増するように見える。

医療需要の推計は1日に投入された医療資源量から求められる。

例えば、食道がんの患者で、全麻の手術から3日間はICU管理などで1日3,000点(C1)以上の診療を行い、経口摂取のできない4日目から7日目ぐらまでは静脈からの補液などの管理が続くために3,000点~600点(C2)となり、8日目以降14日目で退院するまでは、経口摂取ができるようになって点滴がなくなるために600点~175点(C3)となる治療経過をたどるとしよう。

推計方法によると、最初の3日間は高度急性期、次の4日間は急性期、8日目以降は慢性期とされる。しかし、病床機能報告の定義と我々臨床家の感覚

としては、14日間全部が高度急性期の患者である。

また、高齢者の誤嚥性肺炎の患者を考えると、最初は補液、抗生剤、酸素療法などを行ってC1以上が続くが、酸素などを使う必要がなくなれば一気に600(C2)以下になる。

このような例では、我々は日常的な急性期の患者として病床報告を行う。しかし、医療需要推計の方法に従うと、高度急性期、急性期、回復期がそれぞれあるとされる。

要するに、現段階では、病床機能報告の病床数と医療需要推計による病床数の比較はできない。厚労省の医療構想策定ガイドライン検討会でこの差をどのように考えるかの検討が始まった。今後、この経過を見ながら議論を進めべきである。

さらに、医療需要推計は、病床稼働率を、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%として計算された。

東京都における医療需要推計では総数で7,000床から8,400床の増加が見込まれているが、これを高度急性期85%、

ベトナム医療事情の視察報告

将来不可避の海外からの人材招聘へ、病院団体主体の受け入れ事業を構想

ベトナムの看護師事情と関係機関との提携可能性が根拠。具体化の可能性を検討



国際交流委員会委員長 山本 登

将来大幅な不足が想定される介護職をいかに確保するかは喫緊の課題であり、日本のみならず海外から人材を招聘することが必須となりつつある。

国際交流委員会は、新たな活動とし

ベトナム医療事情視察の概要

- 視察期間 平成27年5月31日～6月5日
●視察施設 栄光ベトナム(民間の日本語学校)、日本大使館、ベトナム看護協会、VIN MEC国際病院、労働・傷病兵・社会省海外労働管理局(DOLAB)、ハードン総合病院、ハードン医療短期大学、ティエン・ドゥック高齢者介護センター、SONA(社会労働省直轄の下部組織)、City International Hospital
●視察者 国際交流委員会(担当副会長/織田正道、委員長/山本 登、副委員長/須田雅人、委員/牟田和男、中村 毅、事務局/小室隆司)

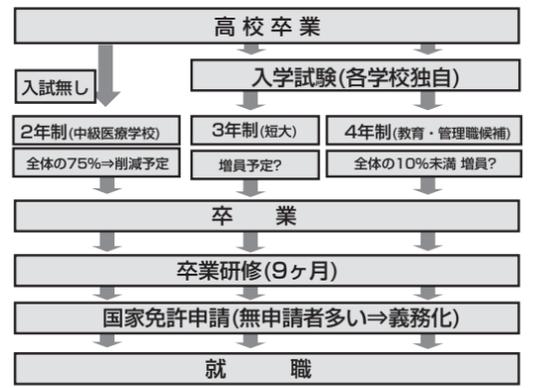
てこの問題に着目し、前出の問題意識にもとづいて対象国を模索・検討した結果、ベトナムを選定。正式の委員会活動とする前に、委員会の有志で、実際の現地の状況を把握すべく視察を行った。以下に、その結果を報告したい。

ベトナムにおける看護師養成の実状

ベトナムにおける看護師養成の制度には、中学校卒業後及び高校卒業後のコースがあるが、今回、前者は視察の対象外とした。高校卒業後は次の3コースからなる。(図4)

- ①希望すれば無試験で入れる2年間の看護師養成コース(卒業試験はあり)
②入学試験がある3年間の看護師養成コース
③将来管理職や教育者になるための4年間の看護師養成コース

(図4)ベトナム看護師の教育制度



介護福祉士等候補者受け入れの現状

今後、高齢化社会の進展により、2025年には介護人材を現在より70万人増加させる必要があるが、試算では30万人の不足が見込まれており、海外にその人材を求めざるを得ないのが現状である。

現在、日本では経済連携協定EPA(Economic Partnership Agreement)に則った看護師候補生並びに介護福祉士候補生の受け入れを、ベトナム・フィリピン・インドネシアの三ヶ国から行っている。EPAで来日した外国人看護師は、

日本において看護補助者や介護士として働きながら、日本在留中に日本の看護師国家資格の取得を目指している。

しかし、実態は、難解な日本語の習得、文化の理解、宗教など、多くのハードルをクリアする必要がある。このため、途中でドロップアウトして母国に帰国するケースも珍しくないのが現状であり、この枠組みによる看護・介護職の実働数は僅かな実績しか得られていない。(図1、2)

(図1)経済連携協定(EPA)に基づく受入れの枠組(看護・介護比較)―ベトナムの場合

Table comparing nursing and welfare worker requirements under EPA, including qualification acquisition, entry requirements, and training periods.

(図2)経済連携協定(EPA)に基づく受入れの枠組(介護)

※介護福祉士候補者受け入れを公的な枠組みで特例的に実施

Table detailing entry requirements for welfare workers from Indonesia, Philippines, and Vietnam, including language proficiency and training details.

EPAの枠組みにおいて、介護福祉士候補者の受け入れに関しては、特例的に資格取得後の在留期間延長も可能と

され、インドネシア、フィリピンに続いて、2014年度からはベトナムも対象国に加わった。

新たな枠組みの検討

現時点では未だ確定していないが、EPA以外の新たな枠組み(外国人技能実習制度に介護士を編入)も模索されている(今国会での成立が確実視され

ている)。そのため、国際交流委員会では、これらも含め様々な可能性を模索・検討の対象とした。(図3)

(図3)日本のベトナム人看護師・介護福祉士受入れの枠組(現行の利用可能な主な制度は2つ)

Table comparing the Economic Partnership Agreement (EPA) and the Foreign Skills Training System, detailing their respective purposes and implementation dates.

※この程度ではとても足りない
対象業種が、農業、漁業、建築など
※まだ介護は対象となっていない。

視察の目的

実際に現地におもむき、関係各機関と直接面談し、看護教育や日本語教育の現場も実際に見学し、日本で就労を希望するベトナム介護人材の現地での発掘及び育成方法、さらに、二国間とはいえ海外派遣となるため、仲介シ

テムの確立や、日本国内でのマッチングも含めた受入れ側の調整に至るまでの一連の流れを検証し、総合的な介護人材交流事業の将来性の検討も視野に入れ、視察を実施した。

総括及び問題の提起

総合的な介護人材交流事業の将来性に関して、国際交流委員会としては、ベトナムの関係機関と直接に提携し、全日本病院協会を窓口とする受け入れ事業の可能性を模索した。

その結果、第2回理事会で視察結果を報告(7月11日)した後、会長・副会長会議及び総務・財務委員会で、プロジェクトの可能性について継続調査を行うとともにワーキンググループを設置するという方針が決定された。

ただし、このプロジェクトは、現段階では、全日本病院協会として海外人材の派遣→受入事業を直接手がけることの可否について、協会で十分なコンセンサスを得るにはいたっていない。

今後の活動方針としては、今回の視察により得た諸情報と所謂人脈を活用し、WGを中心に、ネガティブインフォメーションも含めたさらなる情報収集や各種データの精緻化等に基づいて、遅くとも2~3年の間には全日病として推奨もしくは実際に手がけ得る「外国人介護人材の会員病院への就労支援の枠組の構築」を可及的速やかに具現化することである。

しかし、一委員会にすぎない国際交流委員会が本事業を手がけるには、対応すべき事項が余りにも広範多岐にわたるため、今後の活動の範囲・方向性に関して、一定の裁断を下すべき段階に来ていることが判明した。

以下に、今回の視察を踏まえた、直近の検討すべき各項目とそれに付随する問題点等を列挙するとともに現時点で最良と思われる選択肢を示し、現段階での提言とする。

したがって、喫緊の課題である介護人材の不足への対処という不可避の命題に対して、国際交流委員会がまず端緒を開いたと捉え、今後の本格的な活動に関しては執行部の判断を仰ぐこととした。

①日本語習得が最大の障壁であることから、日本語教育をN3、N4レベルまでに育て上げられる現地施設との提携の模索(N4⇒日本でN3を目指す)。日本語教育コストの現地と来日後の比較判断は必須。

②信頼できる現地の人材紹介派遣事業者(DOLABの推奨が望ましい)との連携の模索。SONAが該当か。

\*DOLAB(ベトナム労働・傷病兵・社会省海外労働管理局):日本でいう厚生労働省の労働・福祉部門と経済産業省が混在したような組織である。

\*SONA:国際人材派遣-貿易会社でDOLAB直属の国家企業である

ベトナム看護協会の協力を得て、ハードン医療短期大学(日本語教育を含む)等の2~3年制看護学校、さらに国立4年制の看護大学等(次回視察予定)も含め、継続して調査・研究を進める中で、取捨選択して当協会と連携が可能な組織との提携を実現し、ベトナム看護師の中から日本で介護施設等において働くための来日希望者を募ることが、現実的で、確率も高いと思われる。(図5)

③外国人介護士を必要とする日本の施設とのマッチング(国内仲介事業)

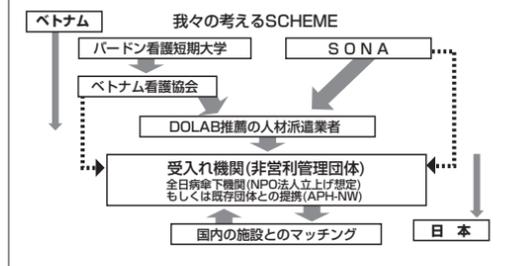
全日病が中心となり、要望があれば他団体のスタッフもメンバーに取り込んだ総合的機関として、全日病の外郭組織でかつ独立性を保持した「NPO法人全日病介護人材センター(仮称)」を設立し、仲介・マッチングの実務に当たることも検討する。

④「ベトナム介護人材育成及び受入事業等WG」の立上げ

国際交流委員会の下にWGを立上げ(随時必要な外部人材も招聘し)、ベトナム介護人材の育成・受入のあらゆる段階での調査・検討・実証及び提言を担当する。

⑤「日本介護人材開発センター(仮称)設立に関する意見交換会」が本年初めに開かれ、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本慢性期医療協会、全国老人保健施設協会、日本精神科病院協会が参加した。したがって、他団体の動向も視野に入れた活動姿勢は必須である。

(図5)今後目指す事業概要



# 第57回全日本病院学会へ準備万端

第57回全日本病院学会 in 北海道 9月12日・13日に札幌市で開催。会員病院はこぞって参加を！



全日本病院学会の第57回大会(徳田禎久学会長)が、北海道支部の担当で、9月12日・13日に札幌市で開催される。

北海道学会は、「最新テクノロジーの医療分野への応用-会員病院での実践に向けて」(1日目)と「病院食の未来を考える」(2日目)の2大テーマを設け、それぞれ、特別講演、シンポジウム、指定演題、ランチョンセミナーを1日帯で集中展開する独創的なプログラム構成

が話題だ。

市民公開講座には「北の国から」で知られる脚本家の倉本聰氏が登場、「ヒトに問う~自然・人間・命」と題したトークライブを行なう。

ランチョンセミナーは全部で13講座。「データから見る地域医療構想の考え方」(ランチョンセミナー13=2日目)では、内閣府専門調査会の委員である藤森研司東北大学大学院教授が「これま

でに明らかになってきた政府資料を基に、地域医療構想の考え方、その目的、各データからの具体的な必要医療量の推計方法等について解説」する。

長い全日病学会で初めて試みられる企画が「SAPPORO Medical COLLECTION」(2日目)で、実際のファッションショーと同じようなランウェイを設けて、プロのモデルが最新の機能的な医療用制服をアピールする。

医療経営・税制委員会企画の「地域医療構想について」(1日目)には厚労省の福島靖正大臣官房審議官が登場、地域医療構想の狙いと今後について語る。医療保険・診療報酬委員会企画の「地域包括ケア病棟について」は、大好評だった、昨年夏の「2025年に生き残るための経営セミナー第3弾-地域包括ケア病棟への移行」の講師が顔を揃え、その後1年間の経過を踏まえた地域包括ケア

病棟について論じる。

看護師特定行為研修検討プロジェクト委員会企画の「看護師特定行為研修制度」(2日目)では、厚労省医政局の岩澤和子看護課長が、10月に施行される同制度について、運営上の留意点などを解説する。また、医療の質向上委員会も10月施行を直前に控える医療事故調査制度を取り上げ、院内調査の方法を中心に留意すべき事項を詳しく解説する。

このほか、病院のあり方委員会は、年内にとりまとめられる「病院のあり方に関する報告書2015版」の概要を報告するなど、北海道学会は、2025年に向けた医療・介護大改革を乗り越える情報が豊富に飛び交う、まさにUP to DATEな学会となる。

## 第57回全日本病院学会 in 北海道

### テーマ 「イノベーション~医の原点を見つめつつ~」

- 主催 ● 公益社団法人全日本病院協会
- 学会長 ● 徳田禎久 (社会医療法人 禎心会病院 理事長)
- 実行委員長 ● 大橋正實 (社会医療法人 耳鼻咽喉科麻生病院 理事長)
- 期日 ● 9月12日(土)、13日(日)
- 会場 ● 札幌市 ロイトン札幌及びさっぽろ芸文館
- 事務局 ● 公益社団法人全日本病院協会 北海道支部

### □「第57回全日本病院学会 in 北海道」主なプログラム

第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場
ロイトン札幌 3FロイトンホールA	ロイトン札幌 3FロイトンホールB+C	ロイトン札幌 3FロイトンホールD	ロイトン札幌 2Fエンプレス	ロイトン札幌 2Fリージェント
<b>1日目(9月12日)</b>				
開会式 9:00~9:30				
特別講演Ⅰ 9:30~10:00 日本医師会の医療政策 横倉義武日本医師会長				
特別講演Ⅱ 10:00~10:30 2025年に向けた医療提供体制改革の課題(仮題) 二川一男厚労省医政局長				
特別講演Ⅲ 10:30~11:50 診療報酬のリバウンドと医療政策のパラダイムシフト~財務の視点からふたつの変化を考える~ 石井孝宜石井公認会計士事務所長	特別講演Ⅳ 10:30~12:00 最新テクノロジーの医療分野への応用~会員病院での実践に向けて~		病院機能評価委員会企画 10:30~11:50 『期中の確認』の実際~体験病院及びサーベイヤーからのレポートを中心に~	
医療経営・税制委員会企画 13:00~14:30 地域医療構想について	シンポジウム 13:10~15:00 最新テクノロジーの医療分野への応用~会員病院での実践に向けて~		日本メディカル給食協会企画 13:00~14:30 メディカルフードと薬膳	人間ドック委員会企画 13:00~14:30 日本医師会認定産業医教育講演「人間ドックを中心としたこれからの健康管理」
市民公開講座 15:00~16:00 倉本 聰トークライブ 「ヒトに問う~自然・人間・命」	指定演題 15:00~16:20 最新テクノロジーの医療分野への応用		日本医療経営コンサルタント協会 14:30~16:00 今後の医療環境変化・地域医療連携・診療報酬改定への対応	医療従事者委員会企画 14:30~16:00 病院における事務職-経営陣に加わる要件とワークライフバランスへの対応
	 <p>市民公開講座 倉本 聰 トークライブ 「ヒトに問う~自然・人間・命」</p> <p>司会・聞き手: 確井広義 (上智大学文学部教授) 2015年9月12日(土) 15:00~16:00【開場 14:45】 ロイトン札幌 3階ロイトンホール (札幌市中央区北条西11丁目) 入場無料 申込不要 先着500名 満席の場合はご入場できない場合がございます。</p> <p>第57回 全日本病院学会in北海道 事務局: 公益社団法人全日本病院協会北海道支部 問合せ: 第57回全日本病院学会in北海道 運営事務局 株式会社ランチョンデザインズ TEL 011-272-2151</p>	医療保険・診療報酬委員会企画 16:00~17:30 地域包括ケア病棟について	救急・防災委員会企画 16:00~17:30 マスギャザリングイベントにおける救急災害	
			医療法人制度改革と2025年に向けた医療法人の経営戦略~地域医療連携推進法人等をトピックスとして~ 17:30~18:10 川原文貴(株)川原経営総合センター 代表取締役社長	
<b>2日目(9月13日)</b>				
病院のあり方委員会企画 9:00~10:30 「病院のあり方に関する報告書2015版」について		特別講演Ⅴ 9:00~9:40 食材の機能を見直す(考える)~食に対する新たな取り組み~ 西平順北海道情報大学 教授	高齢者医療介護委員会企画 9:00~10:30 サービス付き高齢者向け住宅の介護・医療ニーズへの対応状況	
		特別講演Ⅵ 9:40~10:10 漢方の説く食養生~北海道の旬の食材~ 堀田清北海道医療大学 准教授		
SAPPORO Medical COLLECTION 11:30~12:00		パネルディスカッション1 10:10~11:50 地産地消を活かした病院給食の今後の可能性	プライマリ・ケア検討委員会企画 10:30~12:00 病院におけるプライマリ・ケア強化のための他職種連携のあり方	
医療の質向上委員会企画 13:00~14:30 院内事故調査制度について	看護師特定行為研修検討プロジェクト委員会企画 12:50~14:20 看護師特定行為研修制度	パネルディスカッション2 13:00~14:40 生きることは食べること		
若手経営者育成事業委員会企画 14:30~16:00 地域特性や病床特性に応じた病院経営~地域や病院特性から病院の戦略を考える~		指定演題 14:40~15:30 病院給食の新たな取り組み1		
		指定演題 15:30~16:20 病院給食の新たな取り組み2		
	閉会式 16:20~16:30			



ロイトン札幌



さっぽろ芸文館

\*北海道学会はロイトン札幌とさっぽろ芸文館の2施設・16会場で開催されます。上記は第1会場から第5会場における主なプログラムです。

## 医師・看護師・リハ職員の確保、偏在解消、定着化へ検討会

厚労省は、医師など医療従事者の需給と確保について中長期的な展望を議論する検討会を年内に立ち上げる。8月27日の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」で明らかにさ

れた。

検討会の設置は6月10日の経済財政諮問会議で塩崎厚生労働大臣が表明かつ公約としたもの。

病床機能報告制度によるアップツー

データな現状把握、地域医療構想というエビデンスに支えられた長期目標、医療費目標を盛り込んだ医療費適正化計画など、地域単位で医療資源と費用の見える化が進む中、人材に関しても、職種間連携による影響を踏まえた需給見通しを立てたり、配置・分布のデー

タベースを確立していくなど、機能分化と連携が進む中で見える化を進めつつ確保と偏在解消と定着化の対策を打ちたてるのが検討会の目的となる。

検討の対象は基本的には医師、看護師、OT・PTなどのリハスタッフとなる。事務局は医政局医事課が担当する。