



全日病 NEWS 3/1

21世紀の医療を考える全日病 2016

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.866 2016/3/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

新専門医制度 医療部会で批判と再考求める声が続出

「来年4月研修開始を延期すべき」との意見も。付設委員会で開始時期を含めて検討

2月18日に2ヵ月ぶりに開かれた社会保障審議会医療部会は、2017年度に研修の開始が予定されている新たな専門医制度の設計と準備状況について日本専門医機構から報告を受けたが、委員からは疑問と再考を求める声が続出した。疑問や意見は、①研修施設の基準、

②地域偏在対策、③研修プログラム審査のあり方、④施設群にかかわる遠方連携のあり方、⑤行政を含む地域関係者間協議の実態、⑥研修を受ける専攻医の待遇、⑦専門医機構の社員構成など、多岐にわたった。これらの疑問や意見にとどまらず、少

なからぬ委員から「専門医研修の開始によって全国の病院から若手の医師が消えるのではないか」といった懸念が示された。「第3次の医療崩壊を招く」と強い危惧を表わす声もあがる中、「2017年4月のスタートを延期すべきである」との

要求も出るなど、とくに、医療提供者側の委員からは率直な疑問と批判が噴出した。そのため、医療部会は、同部会に新専門医制度に関する「専門委員会」を付設し、開始時期を含めて検討を開始することで一致した。(3面に詳細記事)

改定項目の留意点を説明、通知で確認すべきポイントも確認

全日病経営セミナー「2016年度診療報酬改定」 猪口副会長「病院団体が要望してきた点がある程度反映された」

全日病が主催する「2025年に生き残るための経営セミナー」第12弾が2月19日に本部会議室で開かれ、216人が参加した。「経営戦略を考えるための平成28年度診療報酬改定における議論のポイント」と題した、2016年度改定答申(2月10日)に関する全国でもっとも早い講演会となった。

中医協委員の猪口雄二副会長、「入院医療等の調査・評価分科会」委員の神野正博副会長、DPC評価分科会委員の美原盤副会長そして安藤高朗副会長がそれぞれ講師を務め、16年度改定について各領域から留意点を明らかにし、3月4日が見込まれる告示・通知で確認すべき点を参加者に示した。

セミナーで、猪口副会長は、全日病の医療保険・診療報酬委員会に改定QAに関する窓口を設置することを明らかにし、「告示・通知によっても解釈に迷う箇所があれば直ちに問い合わせしてほしい」と呼びかけた。(4・5面に講演要旨を掲載)

「経営セミナー」で、急性期医療をテーマに語った神野副会長は、通知でよく確認すべき点として、①「重症度、医療・看護必要度」C項目の「救命等にかかる内科的治療」の内容、②病棟群届出にかかわる7対1と10対1間の転棟禁止の具体的な条件、③短期滞在手術等基本料3の包括外項目、④退院後訪問指導料等における訪問時間と業務時間の関係、などをあげた。

そして、①の内容によっては内科系の病院が「重症度、医療・看護必要度」該当患者割合をクリアするのはきわめて難しいと懸念を表明。②については患者の病態が変わった場合の対応が問われると指摘。③に関しては「包括外の項目が充実すれば短期滞在手術で合併症をもった患者の手術を幅広くできるように」と期待感を示した。

また、手術の外出しと短期滞在手術の充実によって地域包括ケア病棟の急性期対応力が高まる一方、回復期リハ病棟にアウトカムが入ったことも含め、急性期と亜急性期・回復期の間の、医療機能を踏まえた連携の質が問われていくとの認識を表わした。

他方、急性期に関しては「重症度、医療・看護必要度」がキーワードとした上で、救急の取り組みがますます重要になってくると指摘。地域包括ケア病棟への大病院参入を規制する因子となったユニットを取り上げ、「戦略上必要ならICUやHCUを止めて地域包括ケア病棟を増やす」ことも選択肢にな

るとの認識を示した。その上で、入院医療全体のキーワードとして地域包括ケアをあげ、「急性期の患者を受け入れ、退院させ、そして介護につなげていく。そのために、いかに医療と介護が連携・統合していくかが問われていく」と論じた。

猪口副会長は、「回復期・リハ・看護」を中心に、中医協の議論経過を織りまぜながら、今改定の全体像を描いてみせた。

まず、他科受診の減算率が緩和されたことを歓迎。夜勤看護の月平均時間計算方法の手直しについても「これで72時間の達成がだいぶ楽になる」と評価。あるいは出産後の短時間労働正職員を週30時間以上で常勤扱いとすることや「重症度、医療・看護必要度」の項目にせん妄が入った点など、日病協や四病協が要望してきた点が「ある程度反映された」ことを明らかにした。

また、今改定の特徴の1つである夜勤看護体制の評価内容を具体的に説明しながら、なお詳細が不明であるため通知で詳しく確かめる必要を説いた。

在宅に関しても、訪問の診療報酬体系が大きく再編成された骨格を説明の上、「単一建物と同一建物の違いを通知でよく確かめてほしい」と注意を喚起した。

回復期リハ病棟へのアウトカム評価の導入に関しては、その計算方法を紹介しつつ、「その成否や影響の度合いが読めない」として、早い段階のデータ



収集と検証が必要との認識を表わした。

また、E・Fファイルに追加された「重症度、医療・看護必要度」「医療区分・ADL区分」「持参薬」の記載に関して、システム改修に要する時間等を考慮し、経過措置を設けるよう求めていることを明らかにした。

「慢性期・在宅」について解説した安藤副会長は、医療区分2と3の患者割合を5割以上とした療養病棟入院基本料2に救済措置として30対1が新設された点を「新類型への移行を考慮したものではないか」と評した。

そして新たな施設類型の考え方をとりあげ、「人によって様々な意見があるが」としつつも、療養機能強化型A・Bは「案1-1」に、それ以外の介護療養型は「案1-2」への転換が想定されるとした。

また、医療外付・居住併設の「案2」については、医療療養25対1からの転換が想定されるとして、その施設構成を示しつつ、「比較的自由的な組み合わせが可能となる」との認識を披露した。

安藤副会長は、25対1医療療養病床と介護療養病床における転換を考える手順をフローにした図(4面)を紹介す

る一方、20対1の医療病床も「急性期から患者をさらに受け入れていくための工夫と努力がますます問われている」と指摘した。

美原副会長は、今改定におけるDPC見直しのポイントを解説した中で、17年度から評価される「病院情報の公表」に対応するために、早期の準備と公表に取り組むことを求めた。

また、「第3日(包括算定の終了日)を入院日から30の整数倍とし、入院期間Ⅲの点数の調整を行なう」という算定ルールの見直しを取り上げ、「平均在院日数の長い病院はこのルールで大きな減収になる可能性がある」と警鐘を鳴らした。

さらに、様式1の見直しによって併存症・続発症の記入可能数が4から10に増えたことを指摘。「コーディングをするときに主病名だけでなく副傷病名もしっかり書くようにすべき」と注意を喚起。

その上で、「DPCで一番重要なのはデータの病院管理手法や医療計画への応用だ」と述べ、医療計画に対応するために、地域における他病院のデータを含めた分析を行ない、「病院が地域の中で生き残るための戦略を考えなければならぬ」と提起した。

第3回臨時総会 開催のご案内

下記日程で第3回臨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回臨時総会	議 題
日 時 2016年3月26日(土)	(1) 2016年度事業計画について
午後2時～午後4時(予定)	(2) 2016年度予算について
会 場 全日本病院協会 大会議室	(3) 2015年度事業計画の一部変更について
東京都千代田区猿楽町2-8-8	(4) 2015年度補正予算について
住友不動産猿楽町ビル7F Tel.03-5283-7441	(5) その他

清 話 抄

地域包括ケアシステムと地方創生

我が国の65歳以上の人口は現在3,000万人を超えており(国民の約4人に1人)、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も75歳以上の人口割合は増加し続ける。このような中、国は団塊の世代が75歳以上となる2025年(平成37年)を目途に地域の包括的な支援・サービス

を提供する体制「地域包括ケアシステム」を目指している。

私の県の二次医療圏別人口データでは、2010年、2025年、2040年における県全体総数は78.5万人、68.6万人、57.1万人と人口激減が予測されている。3医療圏域の内、西部・南部の高齢者数を含む人口減少に一層の拍車がかかり、東部圏域への人口偏移が進み、今後の高齢者数(率)、特に後期高齢者数が東部では一層増加すると見込まれている。

これに基づき都道府県において地域医療構想を策定し、2次医療ごとに地域の将来像を示すことになっており、昨年4月より既に4回の「地域医療構想調整会議」が開催され、本年度から達成に向けての個別調整協議が開始予定とされている。しかし今後、どのくらい各医療機関の意見や希望が汲み取られるのかは懸念される。

都会・地方の縮図が一県の中にも垣間見える。少子高齢化・人口の減少偏移・限界集落の危機・病床過剰・在宅医

療連携におけるかかりつけ医の低意欲…。各市町村は若者人口獲得、企業・省庁誘致を目指して村おこし町おこし、ふるさと納税等の地方創生策を試みながらも苦悩に喘いでいる。

根本問題は少子高齢化に始まる国力の衰退であり、国は1,000兆円を超える財政健全化に如何に取り組むか? 我々も社会保障費の削減を嘆く前に、病院として地方創生に何が果たせるか考える時に来ている。

(MT)

主張

大都市圏における政策医療についてしっかり考える必要がある

病院間の公私格差が叫ばれて久しいが、今回の地域医療構想策定において、再度全国でその議論が再燃されつつある。

そもそも公的病院に補助金が出されるようになったのは、一昔前の話にさかのぼる。元来、公的病院は決して今の様に綺麗な病院ではなく、従前からの老朽化が進み、また毎年度末には各病院の累積赤字が数十億円と言われていたのが、その当時の姿であった。

それがある実力者の指示のもと、全国の自治体病院に特別交付税制度

という形で、「一般会計繰入金」等と称する自治体からの交付金、補助金等が積極的に組み込まれていく様になり、この結果どのようになったかと言えば、全国の自治体病院は累積赤字が以前の様に蓄積せず、ある意味毎年経営的にリセットされる様になった。

平成25年度、地方公共団体が経営する公立病院の数は839病院、総額で495,855百万円、平均すれば1病院あたり591百万円の一般会計繰入金が交付されている。それでも経常収益から経常費用を差し引くと248億円

と赤字で、累積欠損金は1兆9,700億円にも上っている。これらの一般会計繰入金や運営費負担金は全て税金からの補填であり、一般会計等が負担する名目としては、民間病院には出来ない政策医療を行っているからとなっている。

政策医療を全国レベルでみると、地方、特に過疎と呼ばれる地域では公的病院が高度急性期、急性期、回復期、慢性期まで全ての機能を政策医療と担わなければ、地域医療が成り立たない地域がもちろんあるわけだ。しかし、大都市圏では税金を投

入してもやらなければならない政策医療とは何があるのか、を考える必要があると思う。

地域医療構想策定ガイドラインのP26の上から2つ目の丸に、「地域における必要な役割分担の議論が進むよう、一般会計繰入や補助金の交付状況など税財源の投入状況を含めた必要なデータの提出や、調整を行う必要がある。」と明記されている。自治体立病院のあり方を議論すると同時に、大都市圏における政策医療について、もう一度しっかりと考える必要があると思われる。(KS)

外部監査義務化の医療法人 負債50億円以上または収益70億円以上が対象。意見募集へ

全国医政関係主管課長会 16年度の基金は3月にも都道府県ヒアリング、5月頃に内示を予定

厚生労働省は2月26日に2015年度全国医政関係主管課長会議を開き、都道府県の医政担当者に16年度の医政関係施策について説明した。

冒頭の挨拶で、神田裕二医政局長は、16年度を「2025年に向けた医療提供体制の構築ということできわめて重要な年」と位置づけ、同省と各都道府県が一体となった取り組みにまい進する必要性を訴えた。

同局長は、地域医療構想に関して「一部に『病床を削減する計画』という誤解がある」と述べ、病床削減という目的を否定してみせた。その上で「地域の課題について関係者の共通認識をつくらせていただく必要がある」と指摘、関係者の共通認識に欠けたかたちだけの構想をつくるという拙速を戒めた。

現に15年度内に策定される構想の原案に目を通した同局長は、その内容に

「かなり差がある」として、「地域医療構想は都道府県の力量が問われる」ことを訴え、都道府県の奮起を求めた。

地域医療構想については、迫井地域医療計画課長も「病床数に関する議論に終始するのではなく、様々な検討を行ないながら調整会議の議論をしていただきたい」と要請した。

同課長は、地域医療構想策定ガイドライン等検討会(2月4日)に提示した資料について説明。「検討会の議論を踏まえて、(病床機能報告や地域医療構想)に關係する事項を見直していく」と言明。

その中で、「地域医療構想で推計する必要病床数は、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではない」ことを指摘。「2つの数字は性質が違うのでそれを単純に同じように扱うことではない」と、都道府県担当者に説明した。

新しい専門医制度に関して、神田医政局長は、「医師会や病院団体から『医師偏在を助長するのではないか』という強い懸念が表明されている」ことを明らかにした上で、各都道府県として、関係者を交えた場で、基幹施設による専門研修プログラムの配置と内容、施設群の構成等をしっかりチェックするよう訴えた。

地域医療介護総合確保基金に関しては、迫井課長が「15年度に引き続き、病床機能分化・連携の推進に重点的に配分する」方針を表明。併せて、「3月頃に各都道府県のヒアリング、5月頃に内示、6月以降に都道府県計画の提出・交付決定」という日程を明らかにした。

一方、佐藤医療経営支援課長は、改正医療法における医療法人制度改革の施行見通しを説明。その中で、以下の内容で省令等の改正を行なう方針を固

め、近々意見募集を始めることを明らかにした。

①公認会計士による外部監査は、医療法人は負債が50億円以上または収益が70億円以上を、社会医療法人は負債が20億円以上または収益が10億円以上を対象とする

②MS法人との取引状況の都道府県知事への報告の義務化は、医療法人総事業費の10%かつ1,000万円を超える取り引き、または、医療法人総資産の1%かつ1,000万円を超える取り引き、などを対象とする

同課長は、また、14年度税制改正で創設された、移行期間内に発生する相続税・贈与税について納税を猶予し、持分なし医療法人へ移行できた場合は猶予税額を免除するという特例措置(17年9月30日までの時限制度)が、この年2月1日現在で、31の医療法人に認定されたことを明らかにした。

□神田医政局長(写真)の挨拶から

地域医療構想の策定、地域格差是正に向けた医療従事者需給の検討、新専門医制度の養成プログラム認定・募集開始など、2016年度は、2025年に向けた医療提供体制の構築ということできわめて重要な年である。

まず地域医療構想だが、一部に「病床を削減する計画」という誤解があるようだが、これは、地域に質の高い効率的な医療提供体制を構築するための構想である。

そのためには構想区域ごとにどのような課題があるかを構想に書き込むことが大切で、地域の課題について関係者の共通認識をつくらせていただく必要がある。それが策定後の調整会議の出発点になる。

地域医療構想との整合性と地域偏在の格差是正という観点から、医師、看護師、リハ職の需給の検討を行なう。医師の地域・診療科偏在等については、この機会にできる限りの対策を講じたい。

新しい専門医制度は、早ければ6月にも養成プログラムが認定されるが、現在、医師会や病院団体から「医師偏在を助長するのではないか」という強い懸念が表明されている。

医事課は、地域医療対策協議会等を活用して、きちんとした養成プログラムが都道府県の中で実施されるのか、本来養成プログラムに参加すべき医療機関がもれていないか、しっかりとチェックしてほしいと願

いしている。

国としては社会保障審の医療部会の下に専門医に関する専門委員会を設置して、施行状況をしっかりウオッチしていきたいと考えているが、まずは都道府県がそうした会議を開催して必ずチェックをしていただくよう強く申し上げたい。養成プログラムが認定された後では遅い。今この時期を逃すと後々禍根を残すことになりかねない。

看護師の特定行為研修制度については現時点で21の研修機関が指定されているが、空白の都道府県がたくさんある。このままでは研修を受けたい看護師は現場を離れざるを得ないということも出てくのではと、強

く懸念している。まだ県内に研修機関がないところは研修機関を設けるようしっかりと検討していただきたい。

2025年に向けてあるべき医療提供体制をつくりあげていく大事な時期にあたっている。私自身、今年度に策定される地域医療構想の原案をいくつか読んだが、率直に言ってかなり差がある。地域医療構想については各都道府県の力量が問われている。我々も汗をかいていくが、皆さんと力を合わせて、ぜひよい医療提供体制をつくらせてまいりたい。



医療事務技能審査試験(医科・歯科)

〈称号〉メディカル クラーク®

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 7,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- 〈実技Ⅰ〉患者接遇
- 〈学 科〉医療事務知識
- 〈実技Ⅱ〉診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

〈称号〉医事業務管理士®

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 8,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- 〈実技Ⅰ〉患者接遇・院内コミュニケーション
- 〈学 科〉医事業務管理知識
- 〈実技Ⅱ〉診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

〈称号〉ドクターズクラーク®

【主催】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 日本医療教育財団
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 9,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- 〈学 科〉医師事務作業補助基礎知識
- 〈実 技〉医療文書作成

●試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

医療部会で新専門医制度に批判相次ぐ

病院団体の委員、「医師偏在を助長しかねない」と懸念を表明

2月18日の社会保障審議会の医療部会は、日本専門医機構が報告した新たな専門医制度の設計内容に委員からの批判が相次いだために、専門委員会を設置して、開始時期を含め、制度設計に関する検討を開始することを決めた。(1面記事から続く)

各学会が任意に認定してきた資格を認定された研修プログラムの修了によって認め、資格と研修プログラムの認定を第三者機関が担うという新専門医制度は、第三者機関として設立された日本専門医機構の手でその具体的設計が進められてきた。

その骨格は、(1)基本19領域とサブスペシャリティ29領域の2段階制とする、(2)更新制とする、(3)新たな専門医として総合診療専門医を基本領域に加える、(4)基幹病院と地域の病院・診療所等が施設群を構成してプログラムを作成する、(5)研修の期間は3年間を基本とし、2017年度を目安に研修を開始する、ことなどからなる。

新専門医制度に関しては地域医療に配慮するとの理念が打ち出されており、専門医機構は「現在以上に医師が偏在することがないように、地域医療に十分配慮する」と言明している。

専門医機構は14年7月に専門医制度整備指針を策定。施設群には専門研修基幹施設と専門研修連携施設を置くこと、各施設に指導医を置くなどの方針を定めた。

整備指針にもとづいて、関係学会は各領域の専門研修プログラム整備基準の作成を開始。同機構は15年11月に各領域の専門研修プログラム整備基準の承認を終え、基幹施設を希望する医療機関に専門研修プログラムや指導医基準等の作成を求めた。

そして、昨年12月より各基幹施設によるプログラム認定申請の受付を開始した。申請期限は領域で異なるが全体で3月末で終える予定だ。

今後は、今年5月末までに審査・認定を終え、6月より初期臨床研修2年目の医師による専攻医登録を始め、来年4

月に研修を開始、3年制の基本領域は20年度に専門医を認定するというスケジュールを描いている。

基幹施設が研修プログラムを作成する上で準拠すべき各領域のプログラム整備基準を審査・認定する日本専門医機構の専門医委員会や研修委員会は、関係学会の役員等によって構成されている上、専門研修プログラム整備基準案自体が各領域の学会で作られるため、専門医研修には、各学会と表裏一体の大学医学部の影響が強く働いている。

その結果、例えば、外科学会や内科学会の専門研修プログラム整備基準は基幹施設の専門研修指導医を常勤で3人以上とするなど、症例数の水準も含め、大学病院以外の病院が基幹施設になれる可能性はかなり小さなものとなった。

さらには、連携施設にも常勤1名以上の指導医配置を求めると、中小病院が連携施設になれる可能性も低くなった。

こうして、主に大学病院が基幹施設を担っていく構造の下、専門医が大学病院に集中し、医局による医師派遣が復活する可能性を生じるものともなった。

こうしたことを懸念した四病院団体協議会は、15年の4月28日付と10月28日付の2回にわたって専門医機構に要望書を提出して再考を求めたほか、同機構の社員である日本病院会出身理事による発言等とおして意見を表明してきた。

要望書では、例えば、「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」(15年4月28日付)を、また、「中小病院の切り捨てにならないような地域医療を守る配慮」(15年10月28日付=別掲)を求めた。

「このままでは2次救急が崩壊しかねない」

2月18日の医療部会で日本専門医機構への批判が相次いだ背景には、こうした新専門医制度に対する一般病院の不安がある。

つまり、専門医が大学病院主導で養成され、初期研修後の若手医師や指導医の基幹病院集中が進むことによって、全国の病院とくに中小病院にとどまる中堅や若手の医師が少なくなる可能性があり、今以上の医師偏在をもたらすことにならないかという懸念である。

こうした問題意識から、医療部会のある委員は、「専門医機構の委員の多くが大学の先生であるため、一般の病院の間には不安が強い」と、全国の病院が心配する点を代弁した。

それにとどまらず、「この制度は大学病院と都会の目線。これでは地方の病院はとどめを刺される」と強い口調の批判も出た。さらには、「専門医の研修施設は基幹病院に限られるということで、すでに中小病院では若手医師の引き上げが始まっている。このままでは2次救急が崩壊しかねない」と、強く懸念する声もあがった。

医療部会で相次いだ意見は、「領域によっては基幹施設には6人以上の指導医が必要とする基準もある。これでは県に1つしかできない」あるいは「県境を超えた連携施設の範囲基準が不明確」「専攻医の数に影響する患者数について、県境を超えた遠方からの患者の流入に

対応できていない」など、整備基準に関する具体的な疑問も次々提起された。

また、「申請の期間が短いために各病院はプログラムを慌てて作っているのが実情ではないか」と17年4月研修開始のスケジュールを優先させることへの不満も出た。

そうした中、「19ある基本領域のうち18の学会は機構の社員になっているのに、総合診療領域だけ関係学会が社員でないのはなぜか」と、専門医機構の組織をめぐる質問も出た。

専門医機構の社員は、日本医学会連合、日本医師会、全国医学部長病院長会議、四病協、がん治療認定医機構と

専門医機構「激変を避け、経年的に専攻医数を是正していく」

領域別と地域別の専攻医数に関して、専門医機構は、地域医療体制が現状より悪化しないよう「激変を避ける」として、過去3年の募集数の平均をベースとする考えを示した。その上で、偏在の是正に向けて毎年改善を図り、「経年的に専攻医数を是正していく」としている。

具体的には、研修プログラムの申請終了、応募者数の判明、採用試験の各段階で、公平な研修機会の確保に向けた研修プログラムの再配置を含む関係者間の協議を図るなど、専攻医ゼロの研修プログラムを出さない方針で臨む考えを明らかにしている。

同時に、研修の基準を満たしている病院が取り残されることのないようプログラムの申請前に地域で関係者間の協議を行なう方針を明らかにしている。

これは行政を含む関係者からなる「専門医制度地域連絡協議会」を意味しており、厚労省も1月15日付の医政局医事課長通知で、行政、病院団体、医師会、大学等からなる協議の場を設

□日本専門医機構に対する四病協の要望(2015年10月28日)より

基幹施設の考え方が示され、外科学会、内科学会等の考えるところが明らかになるにつれ、基幹施設にできない大規模病院だけではなく地域の医療を守っている中小規模の病院から様々な懸念が出てまいりました。また、地域の中核病院が大学病院の力が強まることに危惧の念を抱いております。

それらの病院側の不安を払拭し、連携施設群を形成する中でも中小規模の病院の切り捨てにならないよう、より望ましい専門医制度の確立のため、下記の意見をご検討いただきたくよう要望いたします。

1. 機構は基幹となる施設に対し地域医療への配慮を求めること。
基幹施設の相当な部分が大学医局

基本診療領域の18学会からなるが、このうち、四病協は日病が代表して社員となっている。

四病協の取り扱いに関して、専門医機構の池田康夫理事長は「設立時の社員には法人格が必要であるが、四病協は法人格がないので設立後に社員になってもらった」と説明したが、西澤委員(全日病会長)は「四病協の4団体はいずれも法人格をもっているのだから、我々は4団体がそれぞれ社員となることを求めたが、受け入れられなかった」と、その経緯をつまびらかにした。

置することを都道府県に要請。同時に、①基幹施設が申請したプログラムの内容を把握すること、②プログラム認定までに、プログラム配置に偏在がないよう、また、研修施設の基準を満たしている医療機関が研修施設から外れることがないように、協議する場で調整を図ること等を求めた。

専門医機構は、医療部会で、地域医療への悪影響を回避するために地域連絡協議会の設置と協議を各都道府県に要望していると説明したが、委員の1人である荒井正吾奈良県知事は「私はそうした話をは聞いていない」と発言、専門医機構の動きが都道府県の長まで伝わっていないことが判明した。

このように、新専門医研修制度に対する数多くの疑問、不明、さらには地域における関係者協議の不足などが指摘され、病院関係者などからの懸念が表明されたことを受け、医療部会は専門委員会を設置し、別途、研修の開始時期を含めて議論をつくすことが決まった。

となるために、医局の意向により専門医の派遣が決定されることになる。その際には中小病院の切り捨てにならないような地域医療を守る配慮が望まれる。

2. 連携施設の要件には地域特性に対する柔軟な配慮をすること。

良い専門医の育成には指導医要件は必要であるが、地域によっては指導医の常勤要件等を厳しくすると専攻医を募集できなくなる。地域医療が崩壊しないような柔軟な運用が望まれる。

3. 医局から独立して運営している病院にも配慮すること。

大学医局からではなく、独自の方法で専攻医を集め、研修を行っている病院に対して、今後も継続して運営が円滑に進むような体制が取れるような対応が望まれる。

特定機能病院

医療安全管理の面から承認要件等を改正

1月28日の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」は特定機能病院の医療安全確保にかかわる承認要件の見直し案をとりまとめた。厚労省は見直し案を2月17日に公表する一方、2月18日の社会保障審議会医療部会の報告し、了承を得た。

東京女子医大病院と群馬大学附属病院における医療事故の発生を受けて厚労省はタスクフォースを設置し、特定機能病院に対する集中検査を実施したところ、医療安全にかかわるガバナンスが不十分だけでなく、記録の保存

管理等多数の問題点が浮彫りとなった。タスクフォースはこうした現状への対応策を昨年11月にまとめ、これを基に前出検討会が、医療安全確保の面から特定機能病院承認要件の改正事項をまとめたもの。同時に、特定機能病院以外の病院等についても医療安全管理規定の一部を改正する内容となっている。

この見直し案を骨子とする特定機能病院承認要件等について、厚労省は4月に省令・通知を改正、経過措置を含め、同月から施行する方針だ。

特定機能病院の承認要件等の主な見直し内容

①管理者は医療安全管理責任者を配置する。医療安全管理責任者は医療安全担当副院長(常勤)が担う。
②医療安全管理部門には、専従の医師、薬剤師及び看護師を配置する。
③管理者は職員に速やかに医療安全管理部門へ次の事項を報告させる。①入院患者が死亡した場合、②死亡以外の場合で、通常の経過では必要がない、管理者が定める水準以上の処置・治療が必要になった事象が発生した場合。
④管理者は、医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付ける窓口(内部通報窓口)を設置

する。
⑤開設者は、管理者を任命したときは、当該管理者が医療安全管理業務の経験を有することを証明する書類を厚生労働大臣に提出する。
⑥管理者は自ら定期的に医療安全管理に係る研修を受講する。
⑦管理者は監査委員会の設置を開設者に求める。
⑧管理者は、年に1回以上、他の特定機能病院に職員を立ち入らせる。また、年に1回以上、他の特定機能病院の管理者が行う職員の立入りを受け入れる。

看護師の月平均夜勤時間の見直しは「以下」から「未滿」に

「回復期・リハ・看護について」(要旨) 猪口雄二副会長(中医協委員)



本論に入る前に、各講師のお話の中で押さえておきたい点を確認したい。

まず、データ提出加算においてE・Fファイルに追加された項目で、1つは、全患者の「重症度、医療・看護必要度」と「医療区分・ADL区分」を毎日記載しなければならないこと。2つ目に、特別の理由がある場合の持参薬も記載が義務づけられたことである。

これら新項目の入力は古い電子カルテシステムだと簡単ではないということで、猶予をお願いしてある。半年ぐらいの経過措置をつけてくれるものと期待している。

持参薬はそもそも主病名の治療には使ってはいけないことになっているが、では、どういう場合に使ってもよいのかは若干曖昧なところがある。通知で確認していただきたいが、現場で判断に迷う点があればこちらとしても医療課と折衝したいと考えている。

「医療区分・ADL区分」については、例えば、DPC病院等がもっている療養病棟等が対象になるかと思う。地域包括ケア病棟の場合も全病床のデータの提出が課せられているため、療養病棟がある場合はご注意ください。

在宅医療の診療報酬であるが、今回は単一建物という言い方が使われている。単一建物とは、現行では同一建物と言われているが、同じ建物で1日に何人を診るかで点数を分けている場合を指し、「1人」「2~9人」「それ以上」の3段階で点数が異なる。

ところが同一建物という言い方もまだ残っている。その使い方は、ぜひ、通知で確かめていただきたい。告示や通知は3月4日に公表される。確認の上、解釈上不明な点があれば、医療保険・診療報酬委員会に窓口をつくるので、早目に質問を寄せていただきたい。

さて、私が担当する回復期・リハビリ・看護等々についてお話しさせていただく。

まず、他医療機関を受診するときの、一般病床は40%、特定入院料は70%という減算は、40%が10%に、70%は40%にと緩和された。さらに、特定入院料の場合でも包括診療行為を算定していない場合は10%でよいということになった。

看護師の月平均夜勤時間の要件の見直しであるが、当初は「16時間以下の者は計算に含まない」という部分を削ってはどうかという提案が医療課から示され、我々も喜んでいました。

しかし、支払側は「看護師の処遇が悪くなる案は絶対に認めない」と譲らず、結論が出ないままに、短冊という「点数の入らない点数表」(1月27日)を迎えた。

そして決着したのが、計算に含まない看護師を「7対1と10対1は16時間以下」から「16時間未滿」に変える」というかたちの見直しであった。7対1と10対1以外は「8時間未滿とする」とされた。

この見直しはそれなりに大きい。というのは、夜勤をする看護師が少ない中、2交代だと16時間で月に1回夜勤した看護師カウントに入れられるからだ。したがって、月1回でいいから夜勤をしてほしいと各病棟でお願いすれば夜勤の人数が増える。当然分母が増えるので72時間の達成が楽になってくるということになるので、それなりの効果は出るのではないかと。

72時間というのは、例えばインフルエンザが看護師にも広がって夜勤できない人が増えたりと、ちょっとしたことで超過することがある。それが1割未滿であればよいが、1割超の79.2時間を超えると即減算となる。その減算率が20%から15%に少しだけ下がった。

今回は夜勤看護体制の評価が色々あった。まずは7対1と10対1の看護職員夜間配置加算。現在は12対1なので、例えば50床の病棟で平均48人いると、夜勤で4人置くと50点の加算であったが、これが12対1で80~60点に引き上げられた上、新たに16対1にも加算がついた。48床であれば3人でも加算が取れるというわけである。

ただし、12対1に関しては「看護職員の負担軽減に資する編成」にかかわる条件が7項目あって、そのうちの4項目を満たさなければならない。

それから、7対1と10対1の急性期看護補助体制加算は、夜間の25対1を30対1に緩和した上で、50対1や100対1を含めて点数が増えた。また、夜間看護体制加算が新設された。夜間の急性期

看護補助体制加算をとった上で、先ほど説明した看護職員夜間12対1配置加算の、今度は6項目のうちの3項目以上をクリアしなければならない。さらに、13対1にも夜間75対1に看護補助加算が新設された。

また、看護補助加算を算定し、かつ、看護補助者の配置を含めた夜間勤務の負担軽減に取り組んでいる場合に、夜間看護体制加算が新設された。入院初日に150点取れる。

ただし、看護職員夜間12対1配置加算と同様に「看護職員の負担軽減に資する編成」にかかわる条件7項目のうちの4項目を満たさないとならない。これについては通知でしっかり確認していただきたい。

「常勤配置の取り扱い明確化」は、短時間正職員が育児休業等する場合、育児・介護休業法で定め期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いにするというものである。産後で短時間しか働けない人は4月以降は週30時間で常勤扱いとすることができる。

さて、リハビリの実績が一定水準に達しない場合は1日6単位を超える疾患別リハビリテーション料を入院料に包括するというアウトカム評価が回復期リハ病棟に導入された。

「過去6ヶ月に退棟した全患者の入棟時と退棟時とのFIMの差の合計」を「各患者の入棟から退棟までの日数を当該患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で除した数の合計」で割ったものが27未滿であるときに「リハビリの実績が一定水準に達しない」となる。

こうした計算を、毎月の入棟数の100分の30を超えない範囲で、まず死亡した人、次にFIM運動項目の得点が最初から低いあるいは高い人、あるいはFIM認知項目の得点が最初から低い人、さらに80歳以上の人は除き、さらに、過去6ヶ月の割合が40%を超える場合の高次脳機能障害患者もすべて除いて行なうわけだ。

このように除外が多いと果たしてどれくらい残るのかということもあって、これがどういうようなものになっていくのか、どういう問題が生じるのか、やってみないと分からないというのが正直なところだ。

体制強化加算については、研修を受けた医師が病棟に張りつくと200点になる加算が1として残り、新たに低い点数の2を設けた。常勤医師2名以上の配置だが、必ずしも病棟に張りつかなくてもよい。週32時間はどちらかが病棟にいれば外来をしてもよいとなった。

また、疾患別リハビリテーション料の初期加算と早期加算の対象と起算日に関する考え方が整理され、明確化された。加算の対象は「急性疾患、手術、慢性疾患の急性増悪に限る」とされ、起算日も「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始のいずれか早いもの」となった。標準算定日数の起算日も明確になった。

さらに、脳血管疾患等、運動器、心大血管疾患、呼吸器と並んで廃用症候群のリハビリテーションが新設された。算定日数は120日と点数同様他の疾患別リハよりも短い。早期加算は「廃用症候群に先行する急性疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から」30日、初期加算は同様に14日算定できる。

それからADL維持向上等体制加算が25点から80点に引き上げられた。これは制度としては悪くはないが、要件が結構厳しいので算定がどのくらい増えるか微妙なところだ。

維持期のリハに関しては、要介護の外来患者に対する1月13単位の疾患別リハの提供が18年3月まで再度延長された。ただし、点数は90/100から60/100へと、さらに、当該医療機関で介護保険のリハが提供されていない場合の追加減算も90/100から80/100へ、それぞれ減算率が引き上げられた。

他方で、当該患者を介護保険に移行させるために目標設定等支援・管理料が新設された。3月に1回だが、初回に250点、2回目以降は100点が算定できる。

あと、心大血管のリハに関しては、循環器科・心臓血管外科の標榜がなくとも、リハ実施時に循環器科・心臓血管外科の医師等がいれば算定できるといように施設基準が緩和された。

新施設類型 介護療養型は案1、医療療養25対1は案2への転換を想定か

「慢性期・在宅について」(要旨) 安藤高朗副会長



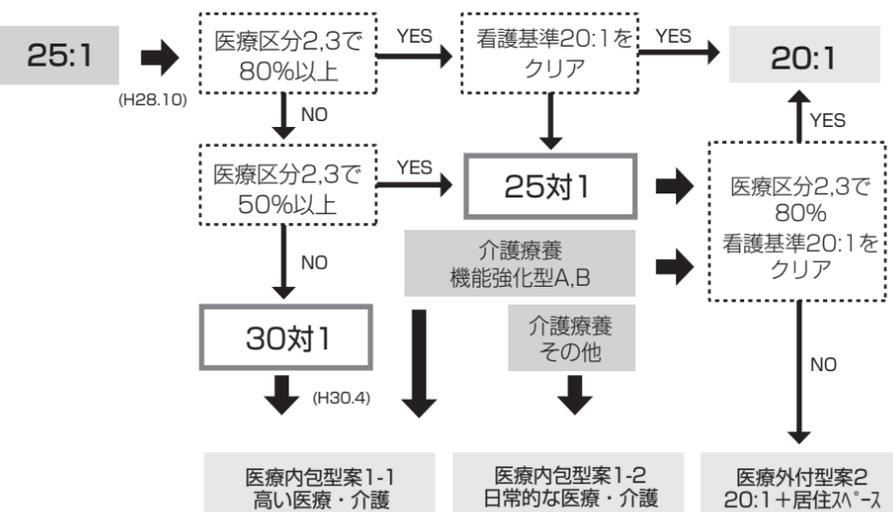
療養病棟入院基本料2は医療区分2と3の患者割合5割以上が要件となる。ただし、この要件または25対1のみを満

たさない病棟は、30対1等を満たしていれば、2018年3月31日まで95%を算定できる。

つまり、新たに看護配置が30対1以上という基準が新設されたわけで、これは、新類型への移行を考慮したものではないかと思われる。

母となる退院患者の定義から、自院他病棟からの転棟患者を除いて「入院期間が1ヵ月以上」という条件が外された。また、急性期から受けて在宅に退院した患者の平均入院患者に占める割合を1割以上とする要件が加わり、病床回転率は要件から削除された。

□25対1 医療療養と介護療養病床の転換フローチャート



医療区分の見直しは、酸素療法については区分3の要件をより厳しくした。次に、医療区分2の「頻回の血糖検査」と「うつ症状」にそれぞれ要件を追加した。

この3項目の患者がすべて区分を下げたとするとうなるか。中医協データから試算すると、年間で5,580万円の減収となる。福祉医療機構の調査によると、療養病床の1病床あたり経常利益は年間5,826万円。それがほとんど吹き飛んでしまう。

これをなんとか防がなくてはならない。そのためには、医師を初めとする意識改革を進め、急性期病院との連携を強めて、重症患者を積極的に受けなければならぬ。

在宅復帰機能強化加算に関しては、分

例えば、50床の病棟で稼働率が90%、年間の在宅復帰患者が5人の場合には、50床×0.9=45 5÷45=1.1となってクリアできる。

障害者施設・特殊疾患病棟に入院する意識障害のある脳卒中患者について、医療区分1・2の場合は、療養病棟と同じ範囲の包括となった上で、点数が引き下げられた。これも中医協のデータから計算すると月に210万円、年間2,520万円の減収となる。

(5面に続く)

(4面から続く)

さて、今後の慢性期医療がどうなるかであるが、2025年の必要病床数の推計によると、慢性期の病床から約30万人が介護施設と在宅に移行するとみられる。そうした将来に向けて、「療養病床の在り方等に関する検討会」は、高齢者に医療と介護を提供していく3タイプの施設タイプの検討を提案している。

このうち「医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者」を受け入れる施設(案1-1)は療養機能強

化型A・Bに似ている。医療機能を内包したもう1つの施設(案1-2)は療養機能強化型A・B以外の介護療養型に相当するのではないかと。

案2の「医療を外から提供する、居住スペースと医療機関の併設」は、既存病棟を20対1や有床診に転換して、残ったスペースを軽度な高齢者を受け入れる居住施設とし、そこに既存病棟の医師が医療を提供していくというイメージではないか。

この3案は確定したものではなく、

人によっても解釈が異なる上、これからの議論によって様々なパターンが考えられるが、療養機能強化型A・Bは「案1-1」への転換が、介護療養型医療施設の「その他」は「案1-2」への転換が考えられるが、老健や特養との棲み分けをどうするかなど、現時点では内容に不明瞭な点もある。

一方、医療療養25対1は案2への転換が考えられるが、仮に100床とすると、(1)医療療養20対1病棟50床+住まい(介護付)50人

(2)医療療養20対1病棟50床+住まい(介護無)50人

(3)有床診19床+住まい80人など、比較的自由的な組み合わせが可能となる。

新類型を活かした病床転換策のみそは「病院に固執するか、医療にこだわるか」ということではないか。そこで、私なりに、医療療養25対1と介護療養病床は今後の転換策をどう考えたらいいか、フローチャートをつくってみたので、参考にしていただきたい。

急性期病院 ICU等を止めて包括ケア病棟を増やす病院もありか

「急性期医療・ICTについて」(要旨) 神野正博副会長(入院医療等の調査・評価分科会委員)

「重症度、医療・看護必要度」に関しては、C項目として、全身麻酔・脊髄麻酔の手術と「救命等にかかる内科的治療」が加えられた。内科的治療の全容は明らかではないが、t-PA、PCI、緊急内視鏡止血ぐらいであれば重症患者はそれほど増えない。

いずれにしても7対1は25%、200床未満は23%と決まった。これをクリアするためには、急性期の病院は色々なことを考えなければならない。一方、在宅復帰率は80%に落ち着いた。

次に10対1病棟であるが、「重症度、医療・看護必要度」の基準は6%、看護必要度加算は新設の3が12%、2が18%、1が24%というように、6刻みとなった。

病棟群制度であるが、かつてあった特1・特2という病棟別の看護基準に近い仕組みとして、我々は強く推した。しかし、出てきたものは、10対1への移行を大前提にした上で、激変緩和として、次期改定までの2年間7対1との併存を認めるというものであった。両者の間で転棟はできないとあるが、病態が変わった場合もあるので、通知次第ということになる。

ICUについては、「重症度、医療必要度」の基準を満たす患者が9割以上から8割以上(特定集中治療室管理料1・2)へと、あたかも緩和されたかのように見えるが、A項目・B項目の内容が変わっており、厳しいとみたほうがいい。また、病棟薬剤師の配置が評価されることになった。

短期滞在手術等基本料3であるが、水晶体再建術や鼠径ヘルニアの手術が細くなったほか、新たにシャントやESWLの手術とガンマナイフが追加された。要チェックは今回初めて出てき

た包括外の項目である。人工透析のほかにも、がんの疼痛コントロール、インターフェロン、抗ウイルス剤など結構増えたので、合併症をもった患者の短期滞在手術でも包括外のところできたりやれることになった。

地域包括ケア病棟は、手術料と麻酔料をめぐって色々あったが現行の包括点数を維持した上で除外することになった。500床以上または救急救命、ICU、ハイケアユニット等をもつ病院は1病棟に限られる。言い換えれば、これらを止めれば地域包括ケアがとれるので、戦略としてそういう対応をする病院が出てくる可能性は十分ある。

救急医療に関しては、夜間・休日救急搬送医学管理料の見直しが大きい。今までは算定が限定されていたが、午後6時から朝8時までほどの曜日であっても算定でき、かつ、点数が3倍になった。

救急医療加算は1の点数が若干増えたが、2は引き下げられた。しかし、夜間・休日救急搬送医学管理料を含めると、救急医療に対する評価は改善された。救急医療への対応は「重症度、医療・看護必要度」にも影響する。救急患者を多く引き受けていくかということが急性期病院にとっていかに重要であるかということではないか。

地域包括ケアシステムの構築を進める上で、退院支援の取り組みを強めることがますます重要になっている。今までの退院調整加算が退院支援加算2と変わり、新たに退院支援加算1と3が設けられた。入院期間に応じた評価を止め、退院時に1回算定する。施設基準は専従で退院調整をする看護師または社会福祉士が1人2病棟に専任するとなっている。

また、退院直後に入院医療機関の看護師等が患者を訪問した場合に1回580点を算定できる退院後訪問指導料が新設された。退院日は除き、1月以内に5回を限度として算定できる。この「等」に社会福祉士が入るかどうかも通知待ちである。

やはり新設の訪問看護同行加算20点というのは、訪問看護ステーションまたは他保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行なった場合の加算で、退院後1回に限られる。

問題は、訪問の時間が看護師等の業務時間から外されることになる意味が変わってしまわけて、その辺がまだはっきりしていない。地域包括ケアを考えると、病棟や病院の看護師等が出て行くことがきわめて重要になっていく。今後は、午前外来を手伝った看護師が、外来が減る午後に訪問看護をするということもあり得るのではないかと。

今改定を参考に今後の傾向と対策を考えてみよう。

外科系に関しては、急性期病院で手術し、その後しっかりリハビリをしてアウトカムを得るという流れが基本になる。それから内視鏡と血管内手術。これは「重症度、医療・看護必要度」のいろんなところに関係してくる。もちろん、化学療法室や無菌治療室等は加算があるので、化学療法を大いにやる必要がある。

ところが、内科系については、例えば、高齢者に多い肺炎とかが果たして評価されるかという問題がある。

一方、救急はひとまず安心ということになるのではないかと。7対1は救急を死守していく必要があるのではない

か。ただし、万一、7対1だけで25%に達しないとしたら、HCUをやめるという選択肢もあり得るのではないかと。

ICUにしても、例えば手術直後の患者中心の場合はICUをやめて、その患者の「重症度、医療・看護必要度」を7対1の病床に同化させるということも考えられる。これは病床機能の分化とはまったく逆の方向になるのだが、しかし、生き残るためには考える必要があるのかもしれない。

その上で、いずれかの時点で10対1への移行を考える、さらには、地域包括ケア病棟をどう使うかということになる。

回復期リハ病棟におけるアウトカム評価対策は、患者を送り出す急性期病院(病棟)の機能と大いに関係していくことだろう。地域包括ケア病棟は、あるいは、1つの病棟は急性期とし、例えば短期滞在手術や軽症患者の手術を包括外で実施しながら病床を埋めていくということも必要になってくるかもしれない。

一方、医療区分1の患者を受け入れることができなくなる慢性期の病院は、在宅から高医療依存度の患者さんを受け入れていくことが生き残る上で基本条件になるのではないかと。

いずれにしても、キーワードは地域包括ケアである。今回も、病院からの訪問あるいは在宅との連携を評価する項目が並んでいるが、いかに医療と介護が連携・統合していくか、そして、その中で急性期の患者を受け入れ、退院させ、そして介護につなげていくかが求められていくことだろう。



DPCの意義はデータの経営分析や医療計画への応用にある

「DPCについて」(要旨) 美原盤副会長(DPC評価分科会委員)

2016年改定で調整部分の75%が機能評価係数Ⅱに置きかえられた結果、自院の医療機関別係数における係数Ⅱの割合は9%となった。ただし、基礎係数の割合は74%と圧倒的に大きい。

今改定に向けたDPC評価分科会の議論で、私は、基礎係数と機能評価係数Ⅱの重みづけを見直して、係数Ⅱの比重を高めるよう求めてきたが、実現しなかった。

この議論の関連で係数Ⅱの係数間の重みづけを検討することになったが、これも実現しなかった。いずれも努力した病院が報われる評価方法を求めるものであった。

その係数Ⅱには重症度指数が加えられて8指数となった。「診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の

乖離率を評価する」ために試行的に導入されるもので、包括範囲出来高点数/診断群分類点数表に基づく包括点数で得られる指数を係数化する。

ところで、2017年度より保険診療指数の中で「病院情報の公表」が評価され、0.05の加点になる。今から準備をして、ホームページに掲載していきたい。

算定ルールの見直しに関しては「第Ⅲ日(包括算定の終了日)を入院日から30の整数倍とし、入院期間Ⅲの点数の調整を行なう」点の影響が一番ではないか。入院期間の長い病院はこのルールで大きな減収になる可能性がある。

なお、様式1の見直しで、併存症・続発症の記入可能数が4から10に増えた。したがって、コーディングをする

ときに主病名だけでなく、副傷病名もしっかり書くようにすべきと申し上げたい。

診断群分類ごとの1日当たり点数や1入院当たり累積点数をみていくと、実は改定ごとにDPCの点数が低下してきていることが分かる。今改定では「薬価の市場拡大再算定分」のマイナスがあるため、従来以上に点数が下がる可能性が大きいので、十分留意してほしい。

さて、私は、DPCで一番重要なのは、データの病院管理法や医療計画への応用だと思っている。データはDPC以外の病院も使えるし、データの活用方法を学ぶ場はいくらでもある。

そして、データを病院の経営分析・管理に活用するだけでなく、データか

ら病院が地域の中で生き残るための戦略を考えなければならない。

将来的には効率性係数と複雑性係数のみが病院機能のパフォーマンスに大きく影響するという意見があるが、では、これをどういうふうにしていったらいいのか。

効率性に関しては、単に平均在院日数を短くするのではなく、DPC単位の診療プロセスの最適化と回転率をあげるための後方連携が、複雑性に関しては前方連携、すなわち入院患者構成に適した形で最適化する必要がある。こうして効率性が向上し、病床回転率が上がっても複雑性を維持できる病院が理想の高機能病院ではないか。



「経済・財政再生アクション・プログラム」改革課題の議論に着手

介護保険部会 来年通常国会に介護保険法改正案。年末までに改正事項をまとめる

社会保障審議会の介護保険部会が2月17日に2年2ヵ月ぶりに開かれた。

介護保険部会は、前回(2013年12月20日)、社会保障制度改革国民会議の報告を踏まえて成立した社会保障制度改革推進法や閣議決定の「社会保障・税一体改革の大綱」を推進するために制定された地域医療介護度総合確保法案に盛り込む介護保険法改正の骨子(医療と介護の計画上の整合性確保、地域支援事業の再編成、特養の機能重点化、一定以上所得者の自己負担引上げ、補足給付の見直し等)を意見としてまとめた。

それらの改正事項は、一部を除き、14年6月以降順次施行されている。

事務局(厚労省老健局総務課)は、改正介護保険法の施行や地域医療介護総合確保基金の実施さらには介護報酬改定など、介護保険部会が休会中の情勢の推移について説明。

その中で、骨太方針2015とそれを踏まえた「経済・財政再生アクション・プログラム」(15年12月24日)に書き込まれた介護保険分野の改革課題を、工程表を含めて紹介した。

さらに、アベノミクスの新・第三の矢に掲げられた「安心につながる社会保障」で打ち出された「介護離職者数をゼロに」「多様な介護基盤の整備」という課題にかかわる施策と予算(15年度補正・16年度予算)について説明。

その上で、地域包括ケアシステムの推進と介護保険制度の持続可能性の確保を2大テーマとする引き続き検討課題があるとして、介護保険部会として議論すべき課題(「主な検討事項」=別掲)を示し、「今後1~2回ほど部会を開催していくので、年末をめどに結論を得たい」(日原総務課長)として、来年通常国会への改正法提出に向けた議論を求めた。

「主な検討事項」の1つに「慢性期の医療・介護ニーズに対応したサービスのあり方」があげられた。「療養病床の在り方等に関する検討会」が骨子案をまとめた「新たな施設類型」の具体的な検討を指しているが、事務局は、この日の部会には「新たな施設類型」の報告を控えた。医療部会を含む社会保障審議会として議論する方法を固めた上で、方向するものと思われる。

「主な検討事項」には、また、「軽度者への支援のあり方」「利用者負担」「被保険者範囲」といった給付制限につながるテーマが取り上げられている。

日原総務課長は、「このままいくと介護保険料は全国平均で2020年に6,771円、2025年には8,165円に上昇すると見込まれる」と述べ、「介護保険制度の持続可能性を確保するためには給付の重点化・効率化を検討することが必要となっている」との認識を示した。

給付の重点化・効率化については、先の法改正で、要支援者に対する介護予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業へ移行させることや特養の入所者を原則要介護3以上に限る、あるいは一定以上の所得がある利用者の自己負担を2割へ引き上げるなどの「負担の公平化」を実現している。

しかし、「骨太方針2015」は「軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行う」方針を掲げ、引き続き重点化・効率化を求めている。

こうした給付範囲縮小の考え方に、委員からは、「介護予防給付の地域支援事業への移行が始まったばかりで、その検証もできていない中で、要支援ではなく、要介護1・2の給付の一部を



▲2年2ヵ月ぶりに開かれた介護保険部会は三浦老健局長の挨拶で始まった

外すというのはいかがなものか」「介護の社会化という旗を降ろすべきではない」など、不満の声があがった。

これに対して、主に経団連の委員からは、「軽度者を対象とする生活援助サービスの地域支援事業への移行と福祉用具・住宅改修の民間移行、さらに、2割負担の対象の拡大」に前向きな意見が示された。ただし、各医療保険者が被保険者数に応じて負担している介護納付金を被保険者の所得水準に応じ

て計算する総報酬割の導入には「強く反対する」とした。

一方、生産性向上・業務効率化等を論点にかかげた「介護人材の確保」に関しては、自治体の委員から、「生産性向上・業務効率化等によって人材がまかなえるというのはいかなる」「2025年に必要な介護人材を確保できるという見通しはまったくない。このままでは本当に解決できない」などの疑問が示された。

□「主な検討事項」

I. 地域包括ケアシステムの推進

1. 地域の実情に応じたサービスの推進(保険者機能の強化等)

- 保険者等による地域分析と対応
- ケアマネジメントのあり方
- サービス供給への関与のあり方

2. 医療と介護の連携

- 慢性期の医療・介護ニーズに対応したサービスのあり方
- 在宅医療・介護の連携等の推進

3. 地域支援事業・介護予防の推進

- 地域支援事業の推進
- 介護予防の推進

●認知症施策の推進

4. サービス内容の見直しや人材の確保

- ニーズに応じたサービス内容の見直し
- 介護人材の確保(生産性向上・業務効率化等)

II. 介護保険制度の持続可能性の確保

1. 給付のあり方

- 軽度者への支援のあり方
- 福祉用具・住宅改修

2. 負担のあり方

- 利用者負担
- 費用負担(総報酬割・調整交付金等)

EPAによる外国人介護福祉士の訪問介護就労を認める

外国人介護人材 受入れの在り方検討会 検討会が提言。受入施設や受入人数の規制も緩和

2月26日に開催された「外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会」は、経済連携協定(EPA)にもとづいて来日した介護福祉士候補者の受け入れ施設や資格取得後の就労範囲を拡大するなど、介護に就労する外国人の受け入れを増やすために規制緩和を進めるべきとする提言をまとめた。

提言によると、まずは、現在は介護老人保健施設や介護療養型医療施設などに限定されている就労範囲を「介護福祉士国家試験の受験資格要件で『介護』の実務経験として認められる業務の範囲

全般」に拡大する。これによってEPA介護福祉士の訪問介護など訪問系サービスへの就労が解禁となる。

ただし、訪問系サービスへの就労に際しては、一定の業務経験や日本語能力さらには訪問先で高齢者等との間に行き違いなどが生じた場合に対応する窓口の設置などの「必要な措置」を講じる必要があるとしており、検討会は引き続きこうした措置の具体的な検討を進める。

受け入れ施設は、現在、(1)定員30人以上の介護保険施設、(2)介護保険

施設と同一敷地で一体的に運営されるショートステイ、通所リハ、通所介護などに限定されている。

これに対して、提言は、①定員30人以上の特定施設(外部サービス利用型を除く)、②定員30人以上の介護保険施設と同一敷地内で一体的に運営される定員29人以下の介護保険施設や地域密着型介護老人福祉施設、③定員30人以上の介護保険施設のサテライト型施設、④①および③と同一敷地内で一体的に運営されている通所介護等を追加することが適当とした。

さらに、現在は「原則として各年1ヵ国2人以上」とされ、1人からの受け入れは、同じ国の出身者が就労している場合などに限られている施設当たり受入人数の規制も緩和し、1人からの受け入れを認める施設種別を拡大することを提案している。

提言を受け、事務局(厚労省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室)は、受け入れ施設と受け入れ数を拡大するために告示の改正を行なうとしている。訪問系への就労解禁は「必要な措置」の内容が決まった後となる。

一般社団法人 全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

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)

●ご加入のお申込み、お問合せは… (株)全日病福祉センター

TEL (03) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

2015年度臨床研修指導医講習会の報告

熱心な討論で問題を掘り下げ。体験談等有効な対応策が多く語られる 新医師臨床研修経験者8名を含む43名が参加。女性医師も5名

2015年度臨床研修指導医講習会チーフタスクフォース
佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター准教授 江村 正

全日病と医法協共催の「臨床研修指導医講習会」は、会員病院の医師および管理者に今まで以上に教育に目を向けてもらうことをコンセプトに、2007年度から開始した。年1回11月に行っており、2015年度(11月14日・15日)は11回目であった(2008-2009年度は年2回開催)。

全国から43名が参加したが、そのうち、医師臨床研修制度の経験者は8名、女性医師は5名であった。

プログラムは、「より良い研修病院になるために一問題点を挙げる」「カリキュラム作成」「より良い研修病院になるために一問題点の解決策を考える」の3つのワークショップを柱とし、その前後に、「医師臨床研修制度の概要講演」「医師臨床研修制度の理念と概要(到達目標と修了基準を含む)」「臨床研修と地域医療」「今の研修医は卒前教育で何を学んでいるか」「情報交換会」「特別講演」「コーチング」「研修医のメンタル・ヘルス」を入れ、有機的に結びつこうに工夫した。

「医師臨床研修制度の理念と概要(到達目標と修了基準を含む)」は、本年もこのテーマに関して最も詳しい厚生労働省医政局医事課長の渡辺真俊先生にお願いをした。

初期研修のを中心、平成29年度からスタートする専門医制度のことも含め、医師の教育に関して網羅的な

話が聞けた。

引き続き、「臨床研修と地域医療」と題して、比較的規模の小さい会員病院の事例を紹介した。

医学部卒前教育の紹介は、PBL、TBL、OSCE、CBTといった医学教育用語の理解を深めてもらい、既に医学生ではない、研修医に何を修得させるかということを考えてもらうヒントとしてもらう目的で本年も取り入れた。

カリキュラム作成に関しては、本年も、目標、方略、評価作成まで作業が一通り終わってから、「Myミニカリキュラム作成」と題して、明日から自分の職場で使える、SBO、方略、評価を作成してもらった。各グループから、すぐれたカリキュラムを選び、それを報告書に載せることとした。

特別講演は、「研修医が研修病院に求めること」と題し、現在の医師臨床研修制度で研修を修了した3名の若手医師に講演してもらった。質疑応答に十分な時間をかけることができたので、非常に有用だったようである。

指導スキルとして、毎年コーチングのDVDを見てもらっていたが、今年は、タスク・フォースのロールプレイを含めた講演とした。研修医のうつ状態についても説明を行った。

参加者は皆、非常に熱心な討論を行った。本制度で研修を行った参加者が増えたためか、問題点は非常に深く掘



り下げられ、対応策も、実際に参加者のヒントになる十分練られたプロダクトであった。
全日病・医法協の「臨床研修指導医

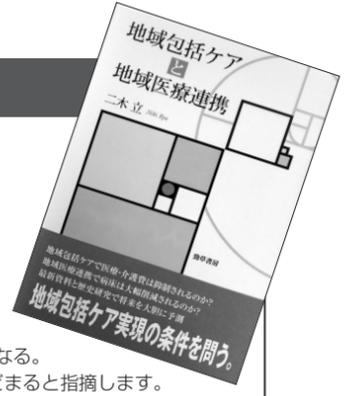
講習会」は、2016年度も11月26-27日(予定)に開催する。ぜひ、早い時期から回りの人への参加を勧めていただきたい。

一冊の本 book review

『地域包括ケアと地域医療連携』

著者●日本福祉大学学長 二木 立
発行●勁草書房 定価●2,700円(税別)

安倍政権の医療・社会保障政策を地域包括ケアと地域医療構想の観点から検証した、著者渾身の作品です。自助と互助の無理な推進が介護離職を招き、労働人口の減少から経済成長が鈍ること、骨太方針2015により必要な公費まで削減されること、この2つがブレーキになる。安倍政権下の医療・社会保障に「抜本改革」はなく、「部分改革」にとどまると指摘します。高齢者人口がピークを迎える2042年に向けて、社会保障を持続可能なシステムに変革していかなければなりません。すべての医療関係者に本書の精読を薦めます。(安)



2015年度 第3回理事会・第10回常任理事会の抄録 2015年1月8日 於 東京都内 ホテルニューオータニ ガーデンコート「シリウス」

【主な協議事項】

- 2015年度委員会委員名簿
西澤会長は平成27年度の委員会委員名簿案が承認された。
- 医療事故調査等支援団体としての対応について
医療事故調査等支援団体となった本会の支援業務等を規定した細則案が承認された。
- 全日病「個人情報保護指針」の改定
個人情報保護法一部改正法に対応した本会の個人情報保護指針改定案が承認された。
- マイナンバー制度に関わる規程等の制改定
「マイナンバー法」に対応した本会諸規定の制改定案が承認された。
- 「災害時医療支援活動規則」等の一部改正
本会の災害時医療支援活動規則およびAMAT活動要領の一部改正案が承認された。
- 災害時ボランティアの募集・登録について
災害時に被災病院における堆積物の取り除き等に当たる支援要員として会員病院より災害時ボランティアを募集し、登録する仕組み案が承認された。
- 各支部の業務委託に関する覚書の締結
茨城県、山梨県、鳥取県、鹿児島県各支部事務局の業務委託に関する覚書が承認された。
- 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。
東京都 八木病院 理事長 八木和郎
新潟県 亀田第一病院 理事長 渡邊信也
他に1人の退会があり、在籍正会員は2,451人となった。
- 人間ドック実施指定施設の承認
人間ドック実施施設として申請のあった以下施設の指定が承認された。
□日帰り人間ドック
東京都 恵比寿ガーデンプレイスクリニック
東京都 日比谷公園クリニック
日帰り人間ドック実施指定は合計471施設となった。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
中医協総会、療養病床の在り方等に関する検討会、特定機能病院及び地域医療支援

病院のあり方に関する検討会、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会について報告があり、質疑が行なわれた。

- 「第58回全日本病院学会 in 熊本」について
2016年10月8日・9日に熊本県支部の担当で熊本市市民会館等で開催される「第58回全日本病院学会 in 熊本」の開催趣意書・募集要項および開催方針等について報告があった。
- その他
出席者より「急性期大病院の地域包括ケア病棟への参入」および「地域医療構想区域と2次医療圏の関係」について質問があり、議論が行なわれた。
- 病院機能評価の審査結果
2015年12月4日付で以下の18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
東京都 野村病院 更新
東京都 中村病院 更新
神奈川県 戸塚共立第2病院 更新
京都府 京都回生病院 更新
福岡県 夫婦石病院 更新
熊本県 江南病院 新規
大分県 川島整形外科病院 更新
大分県 井野辺病院 更新
◎一般病院2
北海道 東札幌病院 更新
神奈川県 菊名記念病院 更新
石川県 公立松任石川中央病院 更新
大阪府 淀川キリスト教病院 新規
愛媛県 済生会西条病院 更新
◎リハビリテーション病院
徳島県 美摩病院 更新
◎慢性期病院
千葉県 総泉病院 更新
島根県 加藤病院 更新
◎精神科病院
沖縄県 オリブ山病院 更新
沖縄県 糸満晴明病院 更新

12月4日現在の認定病院は合計2,245病院。そのうち本会会員は1,024病院と、会員病院の41.8%、全認定病院の45.6%を占めている。

2015年度 第11回常任理事会の抄録 2016年2月20日

【主な協議事項】

- 2015年度事業計画の一部変更
計画年度内に新規実施された事業などを追記した2015年度事業計画の一部変更案が承認された。
- 2015年度補正予算
老人保健事業推進費等補助金などを計上した2015年度補正予算案が承認された。
- 2016年度事業計画
2016年度事業計画案が承認された。
- 2016年度予算
2016年度予算案が承認された。
- 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。
大阪府 高石藤井病院 理事長 藤井良幸
香川県 宇多津病院 院長 猪尾昌之
長崎県 光武内科循環器科病院 理事長 光武新人
他に3人の退会があり、正会員は2,451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 柏の葉健診クリニック 所長 荒井壽明
東京都 林クリニック 理事長 林 滋
準会員は71人となった。
- 人間ドック実施指定施設の承認
人間ドック実施施設として申請のあった以下施設の指定が承認された。
□日帰り人間ドック
大阪府 阪大医学部附属病院先端予防医療部附属クリニック MedCity21

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
中医協総会(2016年度診療報酬改定答申)、療養病床の在り方等に関する検討会報告書、特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会、医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ、社会保障審議会医療部会、地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会、医師需給検討会、がん診療連携

点病院等の指定に関する検討会、レポート情報等の提供に関する有識者会議について報告があり、質疑が行なわれた。

- 2016年度診療報酬改定説明会
3月14日に開催される「2016年度診療報酬改定説明会」について報告があった。
- 各種研修会等の開催
3月5日・6日に開催される「第2回医療機関トップマネジメント研修インテンシブコース」について報告があった。
- 病院機能評価の審査結果
2016年1月15日付で以下の20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
青森県 八戸平和病院 更新
秋田県 市立大森病院 更新
大阪府 小阪産病院 更新
徳島県 三野田中病院 更新
佐賀県 江口病院 更新
沖縄県 沖縄第一病院 更新
◎一般病院2
秋田県 市立秋田総合病院 更新
福島県 星総合病院 更新
茨城県 牛久愛和総合病院 更新
千葉県 山王病院 更新
静岡県 富士病院 更新
岡山県 倉敷平成病院 新規
鹿児島県 米盛病院 更新
◎リハビリテーション病院
北海道 西堀病院 更新
佐賀県 佐賀リハビリテーション病院 更新
鹿児島県 八反丸リハビリテーション病院 新規
◎精神科病院
福岡県 本間病院 更新
佐賀県 嬉野温泉病院 更新
佐賀県 大島病院 更新
大分県 向井病院 更新
1月15日現在の認定病院は合計2,235病院。そのうち本会会員は1,026病院と、会員病院の41.9%、全認定病院の46.0%を占めている。



報告 平成27年度個人情報保護に関するアンケート調査の結果

「前年より診療情報開示請求件数が増加」とする施設割合が増加

自院の個人情報保護管理体制を今一度見直す機会としてほしい

個人情報保護担当委員会 委員 森山 洋

平成18年より毎年個人情報保護法認定保護団体としての活動の一環として実施している、会員施設における取組みについてのアンケート調査も今年で10年を迎えた。平成27年度は特に番号法、いわゆるマイナンバー法施行前年となる為、マイナンバー法に関する設問を設定した。

今年も全会員施設を対象に8月配布、9月中旬まで実施し、11月に単純集計の報告がなされたので、例年通り傾向等について考察し、報告する。

【結果】平成27年度は会員病院2,445 病院に対して、回答施設数524病院(前年度716)、回収率は21.4%(前年29.7%)と残念ながら過去10年最低となった。10年連続して提出頂いた施設は39施設であった。

昨年度同様配布方法は、①データ送信によるPDFファイル送信、②メール利用、③郵送、④FAXを併用した。

□2. (3) 個人情報保護法への対応として整備した規定等について

整備した規定等	H27年(n=524)		H26年(n=716)		H25年(n=678)		H24年(n=994)		H23年(n=1203)	
	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)
①個人情報保護規定	487	68.0	659	92.0	619	91.3	899	90.4	1078	89.6
②個人情報保護方針	439	61.3	591	82.5	560	82.6	760	76.5	969	80.5
③利用者への方針の抜粋掲載	391	54.6	573	80.0	537	79.2	735	73.9	869	72.2
④情報システムに関する保護規定	331	46.2	442	61.7	412	60.8	539	54.2	579	48.1
⑤職員の誓約書	464	64.8	615	85.9	588	86.7	843	84.8	1008	83.8
⑥業者の誓約書	339	47.3	487	68.0	466	68.7	686	69.0	824	68.5
⑦情報開示の規定	440	61.5	595	83.1	573	84.5	750	75.5	888	73.8
⑧その他	28	3.9	46	6.4	48	7.1	51	5.1	55	4.6
未回答	4	0.6	8	1.1	4	0.6	4	0.4	10	0.8

一方、設問4「院内研修」、5「外部研修」6「保険への加入状況」に関しては前年比で5%以上の傾向変化は見られな

□6. (1) 個人情報漏洩への対応として、保険への加入状況

保険への加入	H27年(n=524)		H26年(n=716)		H25年(n=678)		H24年(n=994)		H23年(n=1203)	
	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)
①加入している	138	26.3	181	25.3	160	23.6	227	22.8	256	21.3
②加入していない	376	71.8	518	72.3	500	73.7	740	74.4	909	75.6
未回答	10	1.9	17	2.4	18	2.7	27	2.7	38	3.2

他に気になる変化が見られたのは8-(4)「診療情報の開示請求件数の昨年との比較について」である。

①「増加している」は全体で初めて30%を超え(29.2%→33.8%)、10年連続提出施設でも昨年の23.1%が43.6%へ大

【全体、歴年来傾向と今年の傾向の差についての考察】

毎年基本事項として組織的対応内容を問う設問1~3であるが、例年とは全く違う傾向が出ている。例えば、2-(3)「整備した(ている)規定等の状況」では、歴年来80%から90%程度の回答率であった保護規定や保護方針の整備率、利用者向け方針の抜粋掲載率が50%から60%台の回答率となっている。

他にも2-(4)「掲示物提示場所、2-(5)情報システム対策についての各設問でも軒並み前年比で7~20%程度の整備率の低下という同様の傾向が見られた。

母数が違うとはいえ10年連続提出施設の回答はほぼ例年通りであることから、低い回収率となったことが基本対策事項回答率へ大きく影響したということなのか、解釈が難しいほどの変化が見られた。

かった。保険加入の有無を聞いている6. (1)でも昨年に続き加入施設数が25%を超え、増加傾向が続いている。

幅に増加した。特に連続施設における変化は昨年と分母数が同じであることから、同じ病院群で大幅な増加が起きたという推測が成り立つ。

同時に6-(3)「苦情の有無」、7-(1)「相談件数の有無」では8-(1)の開示請

求の有無に変化が見られないことから、連続提出施設の診療機能や特性が影響した可能性もある。現時点では理由は全く不明であり、来年の結果を見て判

断したいと思う。開示請求者があった場合に「誰が」請求者だったかについての設問8-(2)では大きな変化はなかった。

□8. (4) 開示請求件数の昨年との比較(全体)

診療情報開示の請求の有無	H27年(n=524)		H26年(n=716)		H25年(n=678)		H24年(n=994)		H23年(n=1203)	
	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)
①請求あり	177	33.8	209	29.2	179	26.4	229	23.0	202	16.8
②請求なし	69	13.2	78	10.9	72	10.6	111	11.2	129	10.7
③変わらない	244	46.6	380	53.1	370	54.6	530	53.3	697	57.9
未回答	34	6.5	49	6.8	57	8.4	124	12.5	175	14.5

□8. (4) 開示請求件数の昨年との比較(10年連続提出施設)

診療情報開示の請求の有無	H27年(n=39)		H26年(n=39)		H25年(n=39)		H24年(n=39)		H23年(n=39)	
	回答数(件)	構成割合(%)								
①請求あり	17	43.6	9	23.1	11	28.2	9	23.1	8	20.5
②請求なし	7	17.9	11	28.2	5	12.8	4	10.3	8	20.5
③変わらない	13	33.3	17	43.6	22	56.4	23	59.0	20	51.3
未回答	2	5.1	2	5.1	1	2.6	3	7.7	3	7.7

今回新しく設定した9.「マイナンバー制とそれに伴う個人情報保護法の改正に関する設問」では、両法の改正認知度を聞いた9-(1)で①知っているのは77.3%となり、施行直前としてまだ認知度は低めと思えた。(2)では改正の賛否を聞き、①賛成45.7%、②反対41.5%と評価が割れた。それぞれの理由を聞いた自由記載の③では賛成では利便性向上を、反対では年金情報漏えい事件の影響が大きく、漏えいリスクへの不安と実務上病院にはメリットがないからという意見が多かった。

10.「当協会の認定個人情報保護団体としての研修活動、Q&A出版等の認知度」を聞く設問では、(1)研修会開催の認知について、①知っているは前年71.2%が51.4%に、実際に研修会に参加経験を見た(2)では前年33.4%が37.0%と微増、当会が認定個人情報保護団体であることの認知を見た(4)では①よく知っている②だいたい知っているを合わせて39.7%、③聞いたことがあるが39.9%と前年より微減となった。一層の告知、活用していただく為の努力が必要と思われる結果となった。

【まとめ】毎年このアンケートを通じて個人情

報保護法に関わる認識変化や各施設での管理体制整備経過を全体傾向として掴んできたが、今年は一部の設問では例年とは趣が違つた変化が見られた。

昨年書いたが、個人情報保護団体として事務局が受ける相談件数も増加傾向にある。また個人情報保護管理者養成研修会も情報管理担当者や相談担当の社会福祉士やMSWの方の参加が増える傾向にある。

この傾向からアンケート結果を眺めてみると、実務担当者が管理者から現場担当者に移行されつつあり、法施行後10年経ち、アンケートの回答者も現場に近い方々になってきているのではないかと推測している。

個人情報保護法施行より10年を超え、スマートフォン利用者が40%を超え、SNS(ソーシャルネットワークサービス)利用者も増加し、更にはマイナンバー法案が施行される平成28年度にはまた個人情報保護をめぐる環境変化が顕在化するかもしれない。

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

全日病 38 特定行為の手順書例を作成。HPで公開

全日病は「特定行為に係る手順書例集」の作成を進めてきたが、このほど完成し、ホームページに掲載した。

昨年10月1日に施行された特定行為研修制度は、指定研修を修了した看護師が特定行為を実施する際に当該医療機関が定める手順書にもとづくことを要件としている。

これを踏まえ、「手順書例集」は、各医療機関が定める上での参考に供するために、特定行為38項目に関する手順の標準例を、73頁からなる冊子にまとめた。

厚労省の2015年度看護職員確保対策特別事業「特定行為に係る手順書例集作成事業」として実施したもので、「看護師特定行為研修検討プロジェクト委員会」(委員長・神野正博副会長)に付設された手順書例集編集会議が、佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センターの江村正准教授ほかの協力を得て作成した。

「手順書例集」は、看護師による特定行為実施を希望する病院に広く供するために全日病のHPで公開したが、厚労省のHPにも掲載されている。

□神野副会長の談話

診療補助行為のうちの特定行為については、指定研修を修了した看護師が、あらかじめ医師が作成した手順書にのっとって判断し、実施しなければならない。

手順書は各病院において患者ごとに作成されるが、記載事項やその取り扱い等は省令通知で定められているため、何らかのモデルがあった方が現場の対応は迅速かつ確実とな

り、特定行為実施の質と安全にも資すると考え、その例集を作成した。

作成に際しては、本会が実施してきた特定行為指導者講習会の講師、タスクフォースおよび参加医師の協力をいただいた。

この手順書例集が会員病院を含む多くの病院に活用され、救急や在宅等の現場で特定行為の普及を支えるものとなることを願っている。

特定行為研修 指定研修機関として新たに7医療機関

2月3日に開かれた医道審議会保健師助産師看護師分科会の看護師特定行為・研修部会は、特定行為研修の指定

研修機関として、新たに7医療機関の指定を認める旨、厚生労働大臣に答申した。指定研修機関は計21となった。

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