



# 全日病 ニュース

## 2016.7.15 No.875

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

## 日本専門医機構の理事長に吉村氏が就任

日本専門医機構 7月の社員総会で専門医制度に一定の方向性示す

日本専門医機構は7月4日、新たに選出された理事による初めての理事会を開き、理事長に吉村博邦・北里大学名誉教授を選出した。副理事長には、松原謙二・日本医師会副会長、山下英俊・山形大学医学部長が就任した。

理事会終了後に会見した吉村理事長は、「現在、専門医機構は揺れ動いていて着地点が見えないが、できるだけ早く正常な運営に戻りたい」と述べ、同機構のガバナンスの刷新に取組むとともに、7月中に社員総会を開き、来年度に予定される専門医制度について、一定の方向性を示す考えを示した。

### 四病協の理事枠は1人から2人に

新専門医制度は、2017年度の実施を目指して日本専門医機構が準備を進めてきたが、実施が近づくにつれて、医師の地域偏在の拡大を招くのではないかなどの懸念が高まった。制度を運営する日本専門医機構のガバナンスの問題を指摘する声も多い。専門医機構は、6月に役員改選期を迎えたが、専門医制度の実施をめぐる医療界を揺るがす事態となる中で、新たな理事会の動向が注目されていた。

同機構の社員総会が6月27日に開かれ、関係団体等から推薦を受けた新たな理事24名が承認された。このうち再任は、吉村理事長を含め4人にとどまった。また、これまで四病院団体協議会からの理事は1名だったが、2名となり、神野正博・全日病副会長と

森隆夫・日本精神科病院協会常務理事の2名が理事に加わった。なお、日本医学会連合からの推薦枠は吉村理事長を含め2人だったが、残り1人については4日の時点で決まらず、欠員となっている。

### オールジャパンの組織に

吉村理事長は、新たな理事会の構成について、「医師に関係するステークホルダーからの推薦に加え、有識者として一般市民、自治体の首長も入っている。オールジャパンの組織になった」と強調。理事会でしっかりした議論を重ねることで関係者の懸念に添えていく考えを示した。

吉村理事長は、四病協などが新専門医制度の実施に懸念を表明していることに対し、「このまま新専門医制度を



会見する吉村理事長(中央)と松原副理事長(左)、山下副理事長(右)

進めると医師偏在を拡大させるという危惧が生じている。まずはガバナンスを確立したい。理事会でしっかりと議論し、決まったことは情報発信する」と述べた。

### 同じ土俵で一斉にスタート望ましい

当面は、週1回程度の理事会を重ね、組織体制の充実に取り組む考え。財務委員会や総務・規約委員会などの体制を固めるほか、広報活動を充実させることも強調した。そのほか、研修に関わる委員会の委員長の交代の可能性にも言及した。吉村理事長は、「7月中に社員総会を開き、専門医制度について、一定の方向性を示したい」と述べた。

来年4月から、各学会が新たな研修制度をスタートさせるかどうか焦点となるが、吉村理事長は、「各学会から地域医療に支障をきたさない方法について具体的な提案をいただく。それがよければそのままいくかも知れないし、議論があるということになればいろいろなオプションがある」と述べ、学会の対応をきいた上で判断する考えを示した。

その上で、「各学会がばらばらに始めるのではなく、できれば同じ土俵で一斉にスタートすることが望ましい。理事や社員と議論していく中で、納得してもらって、一番いいものを選んでいきたい」と述べた。

## 四病協の意見を日本専門医機構に反映

### 総合部会

四病院団体協議会は6月29日の総合部会で、新専門医制度をめぐる議論。日本専門医機構の理事に選出された神野正博・全日病副会長と森隆夫・日本精神科病院協会常務理事を通じ、新専門医制度に関する四病協の意見を機構の運営に反映させていくことを確認した。ただ同日は四病協としての意見を集約することはせず、引き続き様々な観点から、議論を続けていく方針だ。

今後、機構の運営に神野副会長と森常務理事が関わるため、四病協としての意見を反映させられるよう、新専門

医制度をめぐる意見交換した。来年度の開始については、すべての学会に新たなプログラムの延期を求める意見がある一方、地域医療への懸念が払拭できれば、来年度の開始を認めてもよいとする意見があった。

ただ西澤寛俊会長は部会終了後の会見で改めて、「新たな体制で議論し直すのだから、物理的に来年4月は難しいのではないか」との見解を示した。

そのほかの意見としては、「理事長は他の仕事と兼務ではなく、専任で機構の運営に関わるのが望ましい」「すべての医師が専門医にならなければいけないわけではないことを明確にすべ

き」「総合診療専門医はこれまでの機構の継続性の中で、なるべく早く養成を始めたほうがよい」などがあったという。

また、西澤会長は全日病、日本医療法人協会、日精協の各病院団体が機構の社員になるための調整を進めることで一致したことも報告した。さらに西澤会長は、四病協代表の理事が今回1人から2人に増員されたものの、各団体それぞれが理事を出すことが望ましいとの考えを示した。

### 来年度税制改正要望を了承

四病協は同日、来年度税制改正要望

案を了承した。要望は12項目。いわゆる控除対象外消費税の対応では、現行の非課税制度のもとにおいても、医療機関にとって損税となっている部分が還付される税制上の措置を求めた。

これまで四病協は、現状で非課税である社会保険診療について、原則課税化を要望していた。しかし今年3月、三師会と四病協が「非課税還付方式」で合意。課税化による国民意識への影響も勘案した上で、還付が受けられれば、これまでの主張と実質的に変わらないと判断した。そのほか事業税や法人税の特例措置、高額医療用機器の特別償却制度などで要望を行っている。

## 医療介護連携におけるケアマネや多職種、事業所間の連携で議論

### 厚生労働省・医療介護総合確保促進会議

### 「病院は“生活の場”の実態を知るべき」との声も

厚生労働省の医療介護総合確保促進会議(田中滋座長)は7月4日、総合確保方針の改定に向けた議論を行った。医療と介護の連携推進について意見交換し、病院の専門職も在宅の現場の実態を知るべきという声があったほか、職種間連携だけでなく、事業所間連携も一体に推進する視点が重要とする意見があった。

総合確保方針は、医療介護総合確保促進法に基づき、医療と介護に関する各種の計画の整合性確保を目的としている。国が定める医療計画・地域医療構想の基本方針や介護保険事業(支援)計画の基本指針の上位に位置づけられ、2014年9月に策定された。

今回の改定は、2018年度に同時施行

となる第7次医療計画と第7期介護保険事業(支援)計画をにらんだもので、医療介護総合確保促進会議で3月に議論が始まった。厚生労働省は年内に見直しの議論をとりまとめたいとしている。

厚生労働省は見直しに際して、(1)計画策定に関する整合性の確保、(2)在宅医療の推進及び在宅医療と介護の連携の推進、(3)医療・介護の連携の核となる人材の確保の3点を論点として提示。1回目(3月9日)は(3)の人材確保を中心に議論が行った。

2回目のこの日は、(2)を取り上げ、「地域包括ケアシステムの具体化に向けた現場での医療介護連携の促進」と題して、①病院と介護との連携を実現するために必要な取り組み②居宅等で

医療と介護を一体に提供するために必要な取り組み③異なる職種間での相互理解を促進するために必要な取り組み④行政としてこれらの取り組みを支援するために必要な取り組みという4つの視点を示した。

議論では、「ケアマネは担当の要介護者が入院すると連絡がとりにくくなる。制度的な対応を考えるべきだ」「在宅時のケアマネを主治医と同様に位置づけ、ケアマネが配置されている施設への入院入所時は相互に協力してケアマネジメントする仕組みを考えてはどうか」など、ケアマネジャーを軸に医療介護の連携を提案する意見があった。

これに対して全日病会長の西澤寛俊構成員は、「各職種ともいずれかの事

業所に属している。したがって事業所間の連携をどう推進していくかという視点も重要ではないか」と指摘。職種間連携と事業所間連携を一体に進めていく必要を提起した。

病院と在宅の連携に関して、構成員から「病院の職員が在宅の現場を理解できていないのはやむを得ない面がある。むしろ、これを前提として連携を考える必要がある」との意見があった。

この発言に対し、日本医師会副会長の今村聡構成員は、「そうした一面があることは否定できないが、急性期の病院はともかく、少なくとも地域の中小病院は“生活の場”を理解して医療介護の連携に努めていくべきではないか」と反論した。

# 一般公開に向けNDBオープンデータの公表基準を決める

## 厚労省・レセプト情報等の提供に関する有識者会議

厚生労働省のレセプト情報等の提供に関する有識者会議が6月29日に開かれ、「NDB オープンデータ」の公表基準を決めるとともに、「レセプト情報・特定健診等の情報の提供に関するガイドライン」改正を了承した。

「NDB オープンデータ」とは、レセプト情報と特定健診等の情報からなるナショナルデータベース(NDB)について、あらかじめ国において集計したものを継続的にホームページで公表、一般に入手可能なデータとするもの。NDBはこれまで申請・審査を得て特

定の研究者や行政機関に個別提供される形でしか活用できなかったが、今後は利用範囲が広がることになる。

厚労省は、第1回オープンデータとして2014年度のレセプトデータと2013年度の特健診等のデータを地域、診療行為、年齢等別に集計したものを、遅くとも2016年内には公表したいとしている。

問題は、オープンデータとその成果物を様々な情報と照合することによって、個人が特定される可能性をいかに小さくするかである。有識者会議

はすでにオープンデータで先行する米国保健福祉省のCMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)が採用している「成果物において患者等の集計単位が一律10以下にならない」とのルールにならって、「患者・受診者の集計単位が10未満となる公表形式を原則認めない」とすることで合意している。

この日提起されたのは、リハビリテーションと薬剤の公表データにおける「最小集計単位の原則」の考え方。

リハビリは、レセプトで診療行為ご

とに日ごとの単位数を集計し、一部の診療行為は算定回数を集計している。したがって、単位数で集計されている診療行為は最小集計単位を100単位として「100単位未満は非公表」としてはどうかと提案した。また、診療行為ごとの処方数量が集計される薬剤については「1000未満は非公表」とすることを提案した。

小さな量の処方や施術を集計対象とすると、個人が特定される可能性が高まることから、有識者会議は厚労省案を了承した。

## 中医協

# DPC制度の検討課題と入院医療に関する調査項目

中医協(田辺昭昭会長)は6月22日に診療報酬基本問題小委員会と総会を開き、診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会がまとめたDPC/PDPSの検討課題、および入院医療等の調査・評価分科会がまとめた2016年度と2017年度の調査項目・スケジュールを了承した(7月1日号で既報)。

### ●II群医療機関の選定要件が課題に

DPC/PDPSの検討課題は、表1のとおり。

基礎係数(医療機関群)に関しては「II群の選定要件」が検討課題にあげられている。II群医療機関に関しては、実績要件の基準値設定いかんでII群とIII群の入れ替えが生じるため、当該医療機関の経営に与える影響の大きさが懸念されてきた。

II群医療機関の基準値については、2014年10月の基本問題小委員会において「地域における機能」を要件として検討するよう求めた経緯がある。これについてDPC評価分科会が検討した結果、「地域における医療機能を客観的に評価するためのデータが存在しないことから現時点では機能の評価と絶対値の設定は困難」としつつも、「今後の医療圏ごとの医療計画の見直しも踏まえた上で『地域における医療機関の機能』による選定要件を設定できないか、2016年度改定以降引き続き検討を行う」(2015年11月)としていた。

したがって、地域医療構想で示され

る4つの医療機能別の病床分化がII群の要件にリンクしていく可能性もあり、議論の帰趨が注目されるところだ。

調整係数については、基礎係数・機能評価係数IIへの置き換えが次期2018年度改定で完了するが、置き換えによって診療報酬収入が2%程度を超えて変動するために激変緩和措置をとった医療機関が2016年度改定で126あるなど、医療資源投入量のバラつきは解消されていない。

置き換えの完了を控え、バラつきの解消に向けてどういう手を打っていくのか、「調整係数のあり方」「激変緩和措置のあり方」を含めて、引き続き検討していく。

バラつきの解消は機能評価係数IIにも期待されている。2016年度改定で「重症度係数」が新設されたほか、「各係数の重みづけ」の見直しも検討課題とされた。議論がある重症度係数などが引き続き検討課題となっている。また「病院情報の公表」は、2017年度より機能評価係数IIの保険診療指数において評価指標の一つになる。

この実施に向けて、「公表された指標とその解説の妥当性をチェックする仕組み」や「病床規模や専門性等によって不公平が生じない指標の作成・公開方法のあり方」などが検討される。厚生労働省は、今年10月時点の公表の有無を評価対象とする方針で、「病院情報の公表」に関する検討は7月いっぱいには終えたいとしている。

### ●入院関係の改定結果を検証

入院医療等の調査・評価分科会が実施する調査内容は表2のとおり。2016年度改定の影響を調査・検証するための調査で、2016年度と2017年度に分けて実施する。

これらの調査以外に、経腸栄養用製品の使用にかかわる入院時食事療養費等の見直しに関する調査も行われるが、その実施方法等は別途検討することとされた。

調査項目は、6月17日の入院医療等の調査・評価分科会で議論されたが、厚労省が示した調査案に対して、社会医療法人財団董仙会理事長の神野正博委員(全日病副会長)は、①新たに評価対象となったせん妄や認知症患者の影響度を測るなど「重症度、医療・看護必要度」における各項目の重みづけがみえる調査設計とすべき、②DPCで新たに看護必要度の該当状況が報告される「Hファイル」と「重症度、医療・看護必要度」との相関性分析を試みてほしいなどの点を要望した。

この日の分科会では、他の委員から「療養病棟の25対1が2018年3月で廃止となるが、その実態や転換意向を、2016年度だけでなく2017年度にも調査すべきではないか」との質問があったが、これに対して厚労省の担当官は、「医療法施行規則では2018年3月をもって25対1の経過措置が終わるが、診療報酬の上でなくなると決定されているわけではない」との認識を示した。

表2●入院医療等に関する調査項目

#### ◎2016年度調査(11月～12月に実施)

##### (1)一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響(その1)

調査対象：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料等を届け出ている医療機関

調査内容：入院料届出の意向や病棟群単位の届出状況、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況、患者像・平均在院日数及び退院先の状況、入院中の他医療機関の受診状況及び当該患者の患者像等

##### (2)地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響

調査対象：地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出ている医療機関

調査内容：手術等の実施状況、患者像、入棟前の状況、退院先の状況等

##### (3)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響

調査対象：療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等を届け出ている医療機関

調査内容：人員配置の状況、医療区分別患者割合の状況、患者像、医療提供の状況、平均在院日数、退院先の状況等

##### (4)退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価のあり方

調査対象：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、有床診療所入院基本料等を届け出ている医療機関及び退院支援加算の届出を行っている医療機関を含む医療機関

調査内容：退院支援の状況、退院先の状況、連携先の医療機関及び介護事業者の状況等

#### ◎2017年度調査(2017年6月～7月に実施)

##### (1)一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響(その2)

調査対象：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、救命救急入院料等を届け出ている医療機関

調査内容：病棟群単位の届出状況、患者像、平均在院日数及び退院先の状況、各入院料における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況等

##### (2)短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価のあり方

調査対象：短期滞在手術等基本料3を算定している患者が入院している医療機関及び総合入院体制加算を届け出ている医療機関を含む医療機関

調査内容：短期滞在手術等基本料3の算定状況・患者像、総合入院体制加算の届出状況及び当該医療機関における医療提供体制・患者像等

##### (3)救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価のあり方

調査対象：救急医療管理加算を算定している医療機関及び夜間休日救急搬送医学管理料を届け出ている医療機関を含む医療機関

調査内容：救急医療管理加算を算定している患者の患者像及び入院後の転帰、夜間休日救急搬送医学管理料の届出状況及び受入れ患者の患者像等

表1●DPC/PDPSの今後の検討課題

#### (1)次期改定に向けた検討課題

①基礎係数(医療機関群)のあり方  
・II群の選定要件について等

②調整係数のあり方  
・平成30年度に置き換えが完了する予定である調整係数のあり方について  
・激変緩和措置のあり方について等

③機能評価係数IIについて  
・病院情報の公表について  
・後発医薬品係数について  
・重症度係数について  
・各係数の重みづけについて  
・医科点数表改定の影響の反映について  
・機能評価係数IIとして評価すべき新規項目について等

④診断群分類点数表について  
・CCPマトリックスについて  
・適切な傷病名コーディングの推進について  
・ICD-10(2013年度版)への対応時期について等

⑤請求に関するルールについて  
・持参薬のあり方について等

⑥その他  
・DPCデータの収集方法について  
・DPC制度における手続き遺漏の際の対応について等

#### (2)DPC検討WGにおける検討課題について

①MDC毎作業班  
(ア)診断群分類点数表の見直しについて  
・最新のDPCデータを活用した、診療実態に即した診断群分類の見直し

(イ)様式1(簡易診療録情報)の調査項目の見直しについて  
・診断群分類の分岐に必要な診療情報等の見直し

②DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト作業班

○各医療機関における「適切なコーディング委員会」参考資料としてのDPC/PDPS傷病名コーディングテキストの見直し

# 平成28年熊本地震活動報告

全日本病院協会 災害対策本部統括副本部長(全日病 常任理事) 加納繁照

全日病災害対策本部統括副本部長の加納繁照常任理事は、6月18日に開かれた支部長・副支部長会で特別講演を行い、熊本地震の支援活動について報告した。その要旨を掲載する。

4月の熊本地震に当たっては、AMATの派遣や支援物資の提供など様々な形でご協力をいただき、深く感謝する。

今回の地震の特徴は、震度7の前震から間をおかずに更に規模の大きな本震が起こったことである。4月14日21時26分に前震が発生し、その後1日あまりで、16日深夜1時25分にマグニチュード7.3の本震が発生した。初めての経験であり、対応面でいろいろな影響があった。

## ◎全日病と日本医療法人協会の合同対策本部を設置

今回の支援活動の特徴を考えてみたい。

まず、全日病と日本医療法人協会が合同災害対策本部を立ち上げたことがあげられる。このことは、被災地における拠点を設置したり、人を派遣する上で役立った。

先遣隊を派遣したことやPush型の支援も特徴としてあげられるだろう。Push型支援とは、「ためらわずに支援を行う」という意味である。AMATや支援物資を含め、押し出していく形の支援が大切である。

Push型支援の一つとして、現地の活動拠点本部に全日病事務局員を派遣した。本震があった16日に2人の事務局員が現地に入ったが、初めての経験である。

病院支援においてはAMATの活躍が大きかった。入院診療支援(緊急増床分)と外来診療支援(夜間時間外救急)、さらに避難所の巡回診療などの活動を行った。

## ◎発災直後から迅速に対応

発災翌日から3日間の初動対応を表1にまとめた。災害の発生時においては、最初の3日間が非常に重要である。

4月14日には、本部事務局に災害対策本部を仮設した。発災の30分後には全日病事務局に事務員2人がかけつけ、対策に入った。当日、私は大阪にいたが、地震のニュースを聞いた直後から事務局と連絡をとりあった。

まず熊本県内の会員病院の被災状況を確認した。同時に、九州地区のAMAT指定病院に連絡し、AMAT派遣の可否を確認した。

15日11時には、全日病と日本医療法人協会の合同で、災害対策本部を設置。発災から14時間で、対策本部を立ち上げた。

4月16日の午前1時25分に本震が発生した。前震の被災状況から、今回の震災はあまり大きくないと認識していたが、本震後の状況をみて認識が大きく変わり、支援活動をリセットすることとなった。

## ◎支援物資の搬送で協力を得る

16日には、白鬚橋病院のAMATが空路で出発した。同病院の大桃院長は、救急・防災委員会の委員であり、災害医療の専門的知識を持っているため先遣隊として現地に入っていた。

16日には、全日病の常任理事会が開かれたが、その機会をとらえて第1回

の災害対策本部の会合を開いた。この時に九州の支部長から意見をいただき、状況を適確に判断することができた。

また現地の会員病院から水や食料が不足しているという連絡があり、対策本部にて早急に対応を検討した。

支援物資の搬送に当たっては、いくつかのルートを検討した。一つ目のルートは、福岡県に搬送拠点をつくり、熊本市内に搬送するルートである。福岡県の田主丸中央病院・ヨコクラ病院を拠点として熊本市内に搬送することとした。

もう一つのルートは鹿児島県から搬送するルートである。災害対策本部で鉾之原常任理事・鹿児島県支部長(市比野記念病院)が物資の搬送を申し出ていただいた。余震が続き、熊本市内の状況がわからない状況だったが、鹿児島県から市比野記念病院、国分中央病院、サザンリージョン病院の3隊が熊本市内に水や物資を運んだ。こうして初期の一番たいへんな時期に水と食料を届けることができた。災害時における仲間同士の助け合いが大切であると実感した。

16日には全日病の災害救援物資の搬送チームが出発した。全日病本部では、いざというときの災害救援物資を備蓄しており、すべての救援物資を被災地に運ぶことを対策本部で決め、事務局員の2人が物資を持って現地に入ることにした。熊本市内では、青磁野リハビリテーション病院を支援物資の拠点とすることとし、AMATも同病院を拠点に活動を展開した。

## ◎民間病院の助け合いの仕組みとしてAMATを組織

AMATは、DMATやJMATとどう違うのかという質問を受ける。

DMATは、阪神淡路大震災の後につくられた公的な支援チームであり、多くは3次救急の救命救急センターに配置され、災害時には指示を受けて派遣されることになっている。災害医療のトレーニングを受け、様々な器材も備えている。器材はすべて国の補助金で賄われ、訓練も国の補助で行われている。

東日本大震災の際には、多くのDMATが出動した。災害拠点病院に5~6隊が入り、様々な支援を行ったが、近くにある民間病院には支援がなかった。要請してもDMATは民間病院を支援してくれなかったという事実がある。これがきっかけとなって、全日病の会員同士で助け合う仕組みとしてAMATをつくった。

AMATは、DMATと全く同じカリキュラム、同じ講師陣で2日間の研修を実施している。実力の面では、DMATに負けない組織となっていると自負している。

表2 AMAT派遣元・派遣先・期間

派遣元病院名	派遣先病院名	派遣期間
織田病院	熊本赤十字病院	4/15~4/16
ヨコクラ病院	熊本赤十字病院	4/15
白鬚橋病院	青磁野リハビリテーション病院	4/16~4/20
赤穂中央病院①	青磁野リハビリテーション病院	4/16~4/18
南多摩病院①	青磁野リハビリテーション病院	4/16~4/21
永生病院①	青磁野リハビリテーション病院	4/17~4/20
赤穂中央病院②	東病院	4/16~4/22
永生病院②	東病院	4/20~4/24
南多摩病院②	宇城総合病院	4/21~4/24
霧島記念病院	東病院	4/23~4/24
南多摩病院③	宇城総合病院	4/25~4/28



る。こうした意識でつくられたAMATが今回の地震で初めて活躍したことを認識していただきたい。

一方、JMATは、日本医師会がつくる支援チームであるが、DMATが初期の活動をした後に、避難所の医療班などの活動を担う役割がある。

災害時の支援活動は危険を伴い、何かあった場合には補償する必要がある。JMATは、日本医師会の保険に加入しているが、AMATにおいても保険の適用が必要であり、JMATと同じ保険に加入することとした。災害時の活動に当たっては、万が一への備えが大事である。

## ◎支援物資に対するニーズの変化

支援物資に対するニーズは時間の経過とともに変化する。

発災から3日間は飲料水の不足があったが、それを過ぎると水の需要は満たされた。医薬品・衛生材料などの需要は7日目くらいまで、日用品・食料品の需要は14日目くらいまでであった。

現地では、4月20日~5月7日まで、県内の会員病院に毎朝9時にファクスを送り、支援物資の在庫状況を情報提供し、各病院に必要な物資をとりよせてもらった。全国からオムツなどの支援物資を提供していただいたが、今回の地震ではイオンなどが大量の物資を送ったこともあり、支援物資は若干余ることとなった。しかし、これは結果論であり、我々としては全力で物資の支援に当たった。

表2は、AMATの派遣先とその期間である。東病院と宇城総合病院に人を派遣してしっかりした支援をすることができた。

5月17日には、西澤会長とともに被災地を視察し、阿蘇立野病院を訪れた。病院の裏側でがけ崩れがあり、撤収の判断をされたことは適切であったと思う。同病院の上村院長にお会いし、復旧に向けてがんばるという意欲にあふれた表情をみることができた。

今回の熊本地震では、様々なことを経験した。AMATは、災害時に民間病院が助け合うためにつくったものであり、今回その機能をしっかり果たすことができた。大きな震災がいつ起こるか分からないのが日本であり、今回の経験を活かして備えを確かなものにしていきたい。

表1 発災から3日間の初動対応

### 4月14日(木) 21:26発災

- ・本部事務局に災害対策本部を仮設
- ・熊本県内の会員医療機関の被災状況を確認
- ・九州地区AMAT指定病院へ派遣対応の可否を事前確認

### 4月15日(金)

- 1:10 派遣が可能なAMAT病院に対して待機指示
- 7:20 倒壊の恐れがある希望ヶ丘病院へAMAT派遣決定
- 8:05 山田・熊本県支部長と調整、希望ヶ丘病院へAMAT派遣指示、織田病院、ヨコクラ病院、熊本機能病院、サザンリージョン病院が派遣待機
- 10:41 織田病院AMAT移動開始、希望ヶ丘病院の患者避難完了
- 11:18 全日本病院協会・日本医療法人協会合同災害対策本部設置

### 4月16日(土)

- 1:25 マグニチュード7.3の地震(本震)が発生
- 11:00 全日病事務局にある備蓄水・食料を支援物資として福岡県の田主丸中央病院(搬送拠点)へ搬送することを決定
- 11:46 白鬚橋病院AMAT出発(空路)先遣隊派遣
- 12:30 平成28年熊本地震 第1回災害対策本部会議を開催
- 14:00 市比野記念病院 災害救援物資搬送チーム出発
- 15:10 赤穂中央病院AMAT出発(陸路)
- 14:41 全日病災害救援物資搬送チーム出発
- 17:43 全日病支援物資についてヨコクラ病院を集積病院に決定
- 18:55 熊本県内の全日病・医法協会員病院へ電話聞き取り調査
- 20:50 国分中央病院、サザンリージョン病院 災害救援物資搬送チーム出発
- 21:28 南多摩病院 AMAT 出発(陸路)
- 23:57 伊藤・医法協会長代行が自院から持参した支援物資を青磁野リハビリテーション病院へ搬送移動

### 4月17日(日)

- 0:15 伊藤・医法協会長代行が現地では水不足との情報を入手。飲料水約70tを手配
- 8:00 伊藤・医法協会長代行と総合大雄会病院職員が支援物資を持参し、青磁野リハビリテーション病院へ到着
- 9:22 永生病院 AMAT 出発(陸路)
- 10:15 青磁野リハビリテーション病院において、支援物資の供給についてミーティング開始。メンバーは、伊藤・医法協会長代行、大桃先生(白鬚橋AMAT)、金澤先生(青磁野リハビリテーション病院院長)と全日病事務局
- 10:40 熊本県内からの支援物資の集積場所を青磁野リハビリテーション病院関連施設「ファインテラスせいじの」とし、県外からの支援物資の集積場所を福岡県のヨコクラ病院とすることを決定
- 18:20 織田副本部長が青磁野リハビリテーション病院へ支援物資を直接搬入

# 在宅医療の普及に向けて関係者が協議

厚労省・全国在宅医療会議

国民に対するメッセージを発信

厚生労働省は7月6日、全国在宅医療会議の初会合を開催した。会議は、在宅医療の提供者、学術関係者、行政が連携して在宅医療の推進に向けた活動や国民への普及啓発について協議する目的で設置された。全日病からは西澤寛俊会長が参加。座長には国立長寿医療研究センター名誉総長の大島伸一氏を選出した。

会議の冒頭で厚労省の椎葉茂樹審議官(医政担当)が挨拶。会議の目的を説明した上で、「在宅医療に絞って議論するのは、厚労省にとって初めてではないか」と述べて、積極的な検討を求めた。

厚労省は、少子高齢社会を乗り切るために地域包括ケアシステムの構築を

進めているが、その成否の鍵を握るのが在宅医療だ。これまで医療計画や地域医療構想、在宅医療・介護連携推進事業により在宅医療の提供体制構築に取り組んできたが、国民に対して、在宅医療が生活の質の向上に資するというメッセージを明確に示すことができていなかった。

在宅医療の推進に向けて、適切なメッセージを発信していくためには、関係者の協力体制を構築した上で、連携してエビデンスを蓄積していく必要がある。このため同会議は、在宅医療推進のための基本的な考え方を共有するとともに、関係者がとるべき具体的な対応を議論する。

初会合では、在宅医療推進のための

基本的な考え方として、①在宅医療を推進するために必要な協力体制を構築し関係者が一丸となって対応を展開する、②国民の視点に立った在宅医療の普及を図る、③関係者の連携によるエビデンスの蓄積を推進する一〇の3点を確認した。

今後、在宅医療の推進に向けた「重点分野」を策定するワーキンググループ(WG)を立ち上げる。厚労省はWGで検討する重点分野として、◇在宅医療の特性を踏まえた評価手法◇在宅医療に関する普及啓発のあり方を例にあげた。9月以降にWGを設置し重点分野を検討。来年3月に第2回会議を開催し、重点分野を確認する。

意見交換では、重点分野として、在



宅医療に関係が深いターミナルケアや看取り、訪問看護、医薬品の多剤投与などの検討を求める声があった。

西澤会長は、「ターミナルケアや終末期医療、看取りは、それぞれの現場や地域で対応や考え方が異なるためコンセンサスが必要になる」と指摘した。

# 7対1入院基本料の動向調査を7月中に実施

日病協

日本病院団体協議会は7月1日の代表者会議で、7対1入院基本料の動向調査を7月中に実施することを了承した。平成28年度診療報酬改定における7対1見直しの経過措置が9月末までであることを踏まえ、10月以降の7対1病床の動向を把握する。9月中にまとめるため、回答期限は7月末としている。

7対1入院基本料の調査は、厚労省の「入院医療等の調査・評価分科会」でも実施するが、結果の公表は来年の

3月以降になる。日病協はできるだけ早期に28年度改定の影響を把握する必要があると判断し、7対1の動向に絞り、緊急調査を実施する。特に、「重症度、医療・看護必要度」の基準の大幅見直しと該当患者割合の15%から25%への引上げに対する対応を7対1病院にきく。

診療報酬実務者会議の原澤茂委員長は会見で、「25%が高いのか低いのか。皆が関心を持っている。実際に調査してみないとわからない面もある」と述べた。

アンケート調査では、◇7対1を転

換する場合はその転換先◇継続する場合は「重症度、医療・看護必要度」の大幅見直しに対する対応◇病棟群単位の届出をする場合はその理由などを質問する。会員の全7対1病院に調査票を送付。日病協は7対1病院のほぼすべてをカバーしている。

また、神野正博議長は、療養病棟入院基本料に適用されている医療区分・ADL区分について、早急に議論することを中医協の基本問題小委員会に要望することを報告した。医療区分・ADL区分が設定されてから10年以上が経過し、療養病床の新たな受け皿な

ど慢性期医療のあり方全般の見直しが進められるなかで、区分の妥当性について再考を求める考えだ。

DPC制度では、機能評価係数Ⅱなどで新たな評価指標を検討する場合に、DPC制度だけを評価するのではなく、出来高部分の評価もあわせて検討するよう求めることで一致したという。

また、神野議長は、日病協の報告事項は社会保障審議会や中医協、それに関連する検討会などであると整理。新専門医制度は、基本的に報告事項の対象外であることを確認した。

# 循環器病の死亡者減を目指し体制構築

厚労省・検討会

10月の中間報告に向け初会合を開く

厚生労働省の「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制のあり方に関する検討会」は、6月30日に初会合を開いた。循環器病を診療する施設の役割分担を明確化し、新たな評価指標を作成するなどして、急性期の診療提供体制を構築。死亡者や介護に至る患者の減少を目指す。10月に中間報告をまとめ、次期医療計画の検討にも役立つ。座長には永井良三・自治医科大学学長が選出された。

心疾患の死亡者はがんに次いで2位。4位の脳血管疾患と合わせると、循環器病は死亡者トップになる。突然死の割合が高く、疾患別病死検案死の7割

が循環器病だ。医療費では医科の2割を占める。また、脳血管疾患は要介護の原因の第1位。発症後早急に適切な治療を受けられる体制を構築すれば、死亡者や要介護者の減少が期待できる。

初会合で参考人として出席した飯原弘二・九州大学大学院医学研究院脳神経外科教授は、搬送・診断・治療の各段階で、「高度専門的治療」「専門的治療」「初期医療」における現状と課題を整理。一般病院や診療所が担う「初期医療」での課題として、「専門医療機関への転院搬送」「初期医療機関での滞在時間の把握」「慢性期のリスク管理」などをあげた。

一方、厚労省は急性期の診療提供体制の構築に向け、脳卒中と急性心筋梗塞、急性大動脈かい離の3疾患について、「高度専門的治療」「専門的治療」「初期対応」の役割分担のイメージを提示した。医療資源の総量を増やすよりも、現状の医療資源を効率的に使う診療体制構築を促した。

例えば、脳卒中では、初期対応を行う施設には「診断」、専門的治療を行う施設には「t-PA療法(血栓溶解療法)」、高度な専門的医療を行う施設には「血管内治療や外科的治療」を求めた。ただ地域によっては、一つの施設が複数の機能を兼ねるなど、柔軟な体

制が必要とも指摘した。

このような役割を担える施設であることを評価する指標を検討する。医療計画で例示されている指標や、病床機能報告制度で把握できる指標などが候補となる。指標を用いた一定の要件を満たす施設に名称を与えたり、診療報酬で評価することも、将来的な検討課題となりそうだ。

現在、脳卒中や急性心筋梗塞を含む5疾病5事業の診療体制の整備を目指して次期医療計画に向けた検討が進められている。同検討会がまとめる中間報告が医療計画の見直しにも役立つよう、中間報告は10月にまとめる。

# 2020年に結核の低まん延国目指すと予防指針に盛り込む

厚労省・厚生科学審議会・結核部会

厚生科学審議会・結核部会は6月29日、夏に改正する結核予防指針の改正内容を協議した。2020年に人口10万人対罹患率を10以下にする目標値を盛り込む方向で一致した。国際的に、10以下が低まん延国とされている。また結核の入院医療について、患者が減って結核病棟の維持が難しくなっていることから、病床単位での確保などの対策を継続することを了承した。

結核に関する特定感染症予防指針は、地方公共団体、医療関係者、民間団体等が連携して取り組む課題と目標を示しており、現行の指針は2011年に改

正されたもの。厚生労働省は今年夏に再度、改正する予定としている。

現行の指針では、結核対策の目標として、2015年に人口10万人対罹患率を「15以下」にすると記載しており、実際の罹患率は14.4で目標を達成した。厚労省は2020年の目標値として「10以下」を指針に盛り込む案を示し、結核部会は了承した。

指針には、患者への直接服薬確認治療率(DOTS治療率)を2015年に「95%以上」とする目標があるが、2013年時点では87.5%で、達成していない。そこで2020年の目標値は引き続き「95

%以上」とすることにした。

結核に感染したが発症していない潜在性結核感染症(LTBI)の人に対し、発症を防ぐための治療を実施することも、結核の蔓延予防につながる。LTBIのDOTS治療率は地域によりばらつきがあることが課題で、LTBIの人に対する治療を進める対策をとることとした。

現行の指針は「全結核患者に対するDOTS治療率95%以上」を目標としているが、ここにLTBIを追加することを決めた。改正後の指針では、「全結核患者及びLTBIの者に対するDOTS

治療率95%以上」とする。

同日の結核部会では、結核の入院医療体制についても協議した。近年は入院患者数が減少しているため、医療機関が結核病棟を維持しにくくなり、結核病棟を持つ医療機関と病床数が減少している。そのため都道府県は、結核病棟と一般病棟を合わせて一つの看護単位として治療に当たる、いわゆる「ユニット化」を推進。ユニット化は全国40施設で行われており、2015年時点で計597床ある。ユニット化は、入院患者が少ない場合でも効率的に運営できる仕組み。