



全日病 ニュース 2019.10.15

No.950

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

「矜持—今こそ示せ、医療人のプライド」をテーマに愛知学会

第61回全日本病院学会 in 愛知 地域医療構想をめぐる企画を充実

「第61回全日本病院学会 in 愛知」(太田圭洋学会長)は前号既報の通り、9月28・29日の両日、愛知県支部の担当で「矜持—今こそ示せ、医療人のプライド」をテーマに開催された。愛知県開催は1963年の第2回以来、56年ぶり。織田信長、豊臣秀吉、徳川家康を輩出した県として、それぞれの家紋を学会ポスターにあしらった。当日参加者はスタッフを含め、3,481人、700題を超える発表があった。

学会テーマである「矜持—今こそ示せ、医療人のプライド」は、主として、

地域医療を守り支えてきた民間病院に向けたメッセージであると太田学会長は説明。働き手や患者の減少など病院をめぐる環境が悪化する中で、民間病院の存在意義を主張し、世の中に傲を飛ばすものであると力を込めた。

国は、地域医療構想を実現させるため、地域医療構想調整会議の活性化に向けた対策に本腰を入れている。病院の統合再編の動きは、公立・公的病院を優先させるとの触れ込みだが、民間病院の危機感は強い。公立・公的病院に税金をさらに投入し、巨大病院をつ

くる再編統合になる可能性もある。官民が適切な役割分担を担っていくには、今後の地域医療調整会議での議論を注視していかなければならない。

このため、愛知学会では多彩なプログラムが用意されたが、中でも地域医療構想をめぐる企画を充実させた。

地域医療構想のシンポジウムでは、再検証対象の病院の公表に至った経緯や、病院の選定基準など行政の動向に関する報告があった。学会直前の26日には、再編統合の再検証の対象となる424の公立・公的病院が公表されており、時宜にかなった催しとなった。

「官民格差徹底討論!!」のシンポジウムでは、官民の病院団体を代表する識者が、官民の望ましい役割分担について、お互いの主張を展開し、熱い議論となった。太田学会長は、相互理解が不十分な面がまだあるとしたが、民間に代替できる医療機能は民間が担うべきとの考え方は一致があった。

そのほかの学会企画を紹介すると、

1日目は、日本医師会の横倉義武会長による「日本医師会の医療政策～健康な社会を作ろう～」、厚生労働省の鈴木康裕医務技監による「これからの医師の働き方～新しいパラダイム」、トヨタ自動車株式会社相談役の張富士夫氏による「トヨタのものづくり」の特別講演があった。シンポジウムでは、地域医療構想関係のほか、「令和時代の職場環境作り」があった。

2日目は、名古屋大学医学部附属病院の先端医療・臨床研究支援センターの水野正明センター長による「AI・IoTと地域医療」、名古屋大学減災連携研究センターの福和伸夫教授による「必ずくる震災でも病院が機能するために」などの特別講演があった。シンポジウム等では、「地域包括ケアとACP」、「人手不足もなんのその!～医療介護と外国人労働者～」、「病院事務職の矜持」などがあった。

本号では、1～3面に学会記事を掲載しています。



全世代型社会保障検討会議に日医の意見を反映

特別講演 1 横倉義武 日本医師会会長

医療費など社会保障費が増加していることから、政府は社会保障の給付と負担を議論する方針を示している。医療費のせいで国が減びるという医療費亡国の論調に乗って、給付抑制や保険外しの主張も一部にある。日本医師会

は医療の質を低下させる安易な給付抑制や保険外しには反対であり、与党に対しては、高齢者への大きな負担増は、自民党が下野するきっかけを作った後期高齢者医療制度の「姥捨て山」批判を再燃させると主張している。

制度の持続可能性を考える上で、将来深刻なのは、税や社会保障料を負担する現役世代の減少だが、支え手を増やすことができれば、問題解決につながる。それには健康寿命の延伸が必要だ。この20年間でかつての75歳の運動能力などは10歳若返っており、高齢になっても、社会参加できる明るい健康長寿社会の実現が、社会保障制度の持続可

能性の維持にも重要になる。

そのためには、すべての国民がかかりつけ医を持ち、かかりつけ医は診断・治療だけでなく、病気を予防し、病気になっても生活を支える機能を果たさなければならない。

また、地域医療構想調整会議の場を活用した外来医療機能の偏在の把握は、開業制限にならないよう、あくまで地域の実情に応じて、決めるべきである。

医師偏在対策については、様々な対策を講じて是正を図るべきだが、2023年以降の医学部入学定員の臨時定員増分の取扱いは、今後の医師偏在対策や、ようやく医療現場に出てきた臨時定員増で入学した地域枠医師の動向をみながら、判断すべきである。現状の医師

不足をみて、医師の総数が足りないといっ、臨時増員分の取扱いを決めれば、将来、禍根を残すことになる。

医師の働き方に対しては、「国民にとって安全な医療を守るため、医師によるメディカルコントロール(医療統括)の下で業務を行う」ことが日医の基本的な考え方だ。新たな職種の創設ではなく、すでに認められている業務の周知の徹底や、それらが実践されていない場合の着実な検証を求めている。法令改正や現行法解釈の変更による業務拡大をするのであれば、適切なプロセスを経て行うべきである。

政府は9月20日に、全世代型社会保障検討会議の初会合を開いた。しかし、この会議には医療関係者が構成員に入っておらず、強い不満がある。与党の意見をきく機会を設けているので、その際に、日医の考えがしっかりと反映されるよう、与党に対して日医の意見を伝える予定である。



医師の働き方改革で単独の解決策はない

特別講演 2 鈴木康裕 厚生労働省医務技監

医師の働き方改革は医療現場にパラダイムシフトをもたらす。それは、病院経営に直結する。ワークライフバランス意識の変化を生じさせるとともに、医師の「資格」の問題でもある。新たな時間外労働規制の違反は、懲役を含む罰則を伴うため、医道審議会による行政処分の対象になり得るからだ。

医師は法律上、労働者である。応召義務など特殊性があるとされるが、違法な診療指示に勤務医が従わなくても、応召義務上の問題は発生しないと整理された。応召義務は、病院への救急搬送がない時代に、診療場所と自宅が一緒である開業医に患者が応急を求める場合を想定して作ったものである。

また、医師に裁量労働制が採用できないのは、患者の応対で時間と場所が

拘束される領域が大きいからだ。

医師の働き方改革により、2024年度からの時間外労働の上限は、年間960時間(A水準)、年間1,860時間(B、C水準)となる。病院に対しては、まずは適切な36協定の締結と届出、時間管理の厳格化が求められる。

B水準は、すべての医師をA水準にしてしまうと、2024年の段階でまだ約1万人の医師需給ギャップが存在すること、現状で1割の医師が1,860時間を超えて働いていることを踏まえて水準が決められた。これは医師の勤務実態調査に基づくが、実是在院時間に近く、正確な労働時間になっていない可能性があり、再調査を実施する予定だ。

割増賃金が発生する時間外労働時間を管理するため、「宿日直」と「研鑽」を

整理することは病院経営に直結する。

例えば、年収1,200万円、月20日労働(月残業60時間超え)の医師が土曜深夜に当直した場合、時間外労働とみなせば割増賃金は8.5万円、宿日直の取扱いなら1.7万円となる。すべてに割増賃金を払えば、病院は成り立たない。診療科の特性を踏まえ、病院全体の当直体制の見直しが求められる。

「研鑽」では、出退勤管理を厳格化し、「労働時間」と労働時間に該当しない「研鑽」を区別しなければならない。院内施設を利用して、研究や学会活動を行う場合の明確化などが必要だ。

医師の働き方改革を実現するために何が重要か。決定的な単独の解決策はなく、「合わせ技」で考えるしかない。医師は医師でないといけない業務を優



先させる。担当医制も検討課題となる。地域の医療機関の一定の集約化は必要だろう。国民の理解も不可欠だ。

医師の働き方改革が新たな地域格差を生じさせる可能性もある。都会の多くの病院が医師を集めるために、A水準を採用し、医療資源が少ない地域で、A水準をどうしても採用できない病院がB水準になれば、さらに医師が集まらなくなるという悪循環が生じる。そのようなことにならないよう状況を注視していく必要がある。

民間病院の存在が効率的な医療提供体制に不可欠

太田学会長講演 官民の公平な競争条件を求める

わが国の医療提供体制は、変革の真っ只中である。政府は、9月20日に全世代型社会保障検討会議を立ち上げた。この会議の議論は今後の医療提供体制に大きな影響を及ぼすはずだ。2020年代の制度改革により、今後の医療提供体制が決まるだろう。

しかし、現在進められている改革は、真に効率的で良質な医療を提供する方向に動いているだろうか。多くの地域で、効率的に医療を提供している民間病院があるにもかかわらず、公立病院が地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を整備する事例がある。医師の働き方改革でも、医師を集めることができ、人件費が増えても潰れ

ることのない病院が生き残る方向にないだろうか。

公立病院には、毎年8,000億円の繰入れが行われており、公立病院と民間病院はイコールフットイング(公平な競争条件)になっていない。その中で、今後の医療提供体制を左右する改革が進められている。今こそ真剣に官民の問題を考えなければならない。

効率的な医療提供体制を構築するためには、適切で適正な診療報酬が必要である。しかし、急性期医療に対する診療報酬の評価は不十分だ。2017年の医療経済実態調査では一般病院の収支はマイナス4.2%であり、産業として成り立っていない。医療機関の経営状

況と関係なく、厳しい診療報酬改定が続いているのは、国民に急性期医療の窮乏が伝わっていないからだ。公立病院に対する他会計繰入金も適切な診療報酬を設定する阻害要因になっている。官民格差の最大の弊害である。

平等な競争条件が整っていない中で、医療提供体制の大幅な見直しが進んでいる。しかし、効率的な医療提供体制に移行していくためには、効率的に医療を提供する主体が生き残り、持続して医療を提供できる診療報酬が不可欠である。多くの地域で民間病院が地域の医療を支えてきた歴史がある。より効率的な医療を提供できる主体が存在しているからこそ、公立病院の非効率



性がわかる。今後の改革は、民間病院にとって厳しいものになると危惧している。しかし効率的な医療を提供してきたというプライドがあるなら、各地で闘っていかなければならない。調整会議で公立病院のダウンサイジングを主張するのは簡単ではないだろう。自院に有利になるという次元の話ではなく、効率的な地域医療をつくるために必要であるという矜持を保ち、日本の医療の未来のために頑張ってもらいたい。

公立・公的病院の再編統合の進め方を議論

学会企画シンポジウム1 民間病院データも使い調整会議の議論を活性化

地域医療構想をテーマとしたシンポジウムでは、厚生労働省医政局の鈴木健彦・地域医療計画課長が、診療実績データの分析により、再編統合の再検証を要請する424の公立・公的病院の選定に至った経緯を説明した。議論の舞台となった地域医療構想に関するワーキンググループの委員である全日病の織田正道副会長は、すでに動いている再編統合の事例を取り上げ、民間病院にとって望ましくない場合などを示した。同WGの委員である日本医療法人協会の伊藤伸一代表代行は、地域医療構想調整会議で診療実績のほか、補助金や税制など様々なデータをもみる必要があることを指摘した。

鈴木課長は、公立・公的病院の再編統合の再検証の要請が、「必ずしも統廃合を決めるものではなく、ダウンサイジングや機能分化などの方向性を機

械的に決めるものではない」と強調。調整会議の議論の活性化を目的とするものであるとした。ただし、これまでの調整会議での議論では、実際の再編統合に結びつかなかったため、骨太方針2019で対応方針の見直しが求められることになったとし、地域医療構想の実現に向けた対応が必要と述べた。

織田副会長は、人口減少の状況などを概観して、病院の機能分化・連携は不可避であるとの認識で、官民間問わず地域の医療関係者が「一堂に会して調整会議で議論する意義」を強調した。

例えば、公立病院関係者だけが議論し、診療実績の乏しい複数の病院が、機能の集約化を図り、病院の合併を含め、高度急性期・急性期と回復期・慢性期の役割分担を公的病院だけで完結させてしまう事例が出ている。地域における官民の競合状況が変化し、民間

の中小病院が不利になる状況が作り出されることに危機感を示した。

伊藤代表代行は、診療実績の乏しい公立・公的病院が再編統合の議論を行う場合に、補助金の投入状況や税制優遇の状況などを勘案し、経営状況を把握しつつ、民間との代替可能性を判断すべきとした。特に、回復期は民間が優先的に担うべき機能と考えられるため、「診療実績データの分析が急がれる」と述べた。また、今回再検証の要請対象とならなかった人口100万人以上の構想地域の競合状況も早急に整理する必要があるとした。

座長を務めた全日病の神野正博副会長は、民間病院の診療実績

データも調整会議で示すべきなのかを質問。織田副会長と伊藤代表代行は「必要」との考えを示した。

また、神野副会長は鈴木課長に対し、①重点対象区域の選定②再検証の要請結果の検証③民間病院の診療実績データの取扱い—を質問。鈴木課長は、重点対象区域は「都道府県と相談している」と述べ、調整中とした。再検証の要請結果の検証は「未定だが、ある段階で必ず必要になる」と述べ、再検証の検証の重要性を強調した。民間の診療実績データは、「高度急性期・急性期の民間病院は3千を超え、データの精査を行っているところ」と報告した。



公私の適切な役割分担で構想の実現目指す

学会企画シンポジウム3 官民格差を徹底討論

「官民格差徹底討論!!」と題したシンポジウムでは、地域医療構想の実現に向け、官民の病院がどう役割分担をするかをめぐり、お互いの主張を戦わせた。民間病院側は、東日本税理士法人の長英一郎代表社員、日本医師会の中川俊男副会長、日本医療法人協会の加納繁照会長が参加。公立病院側は、全国自治体病院協議会の小熊豊会長、日本病院会の末永裕之顧問が参加した。長代表社員は、山形県酒田市の地域医療連携推進法人「日本海ヘルスケアネット」など民間病院と公的病院が連携し、グループ内で人材派遣や共同購入、患者紹介を行い、効率化を図っている事例を紹介した。

中川副会長は、今回の公立・公的病院の再編統合の再検証の要請に関して、地域医療構想に関するワーキンググループにおける議論の要諦を説明。「最大の目的は、地域医療構想調整会議の活性化であり、公立・公的病院が過剰

な危機感を持つ必要はない」と強調した。そして地域医療構想は、国が医療提供体制の変革を強制するものではなく、地域の自主性が前提であるとした。一方で、調整会議を機能させることができなければ、国の対応が変わってくる可能性があるとの危機感も示した。

加納会長は、民間病院と公立・公的病院の競合状況について、データを用いて説明。特に、大都市のある都府県や人口の多い県では、救急医療などの診療実績で民間病院が公立・公的病院を上回ることを示した。また、診療実績は規模の大きな病院であるほど、多くなる傾向があるが、1床当たりの診療実績でみれば、民間の中小病院の方が優れている場合があり、適切な指標で比較する必要があると述べた。

また、公立・公的病院の再編統合を、都道府県・市町村の首長が市民にアピールするための巨大病院建設につなげてはならないと訴えた。

小熊会長は、公立病院の経営状況を示しつつ、民間病院は比較的都市部に多く、公立病院は人口の少ない地域で地域医療を支えていると主張した。経営状況については、非効率な面があることを認めた。具体的には、全体で8千億円の補助金などが投入されているにもかかわらず、赤字病院が多い。病床稼働率は民間より1割ほど低く、給与比率は1割ほど高い。医師の給与の差は小さいが、看護師をはじめその他の職種で高い傾向にある。ただし、院長の給与は民間の方が高いと指摘した。

民間との代替可能性に関しては、「公立病院の機能は一律ではなく、地域により果たす機能は異なる。公立病院だけが担える医療に重点化すべきとの主張があるが、一般医療を行わないと病院として運営できない」と述べた。また、都市部では、救急医療の実績が民間の方が多いとの加納会長の主張に対して、「患者の重症度が違うのではないか」と指摘した。

末永顧問は、「公立・公的病院と民間病院が変な対立構造を作ってしまうのはよくない」と過激な表現は控えるべきだとし、「競争」よりも「協調」を重視する地域医療構想の理念を強調した。今回、診療実績の乏しい公立・公的病院が再編統合の再検証の要請対象となったが、「選択と集中」より「公平と分散」を大事にした政策運営が大事で

あると指摘した。その上で、「その地域で、なくてはならない医療機関は、公立・公的、民間にかかわらず残すべき」と主張した。

補助金や重点化する機能めぐり議論
その後、太田圭洋学会長の進行で議論が行われた。

公立病院に多額の補助金が投入されていることについては、加納会長が「北海道など明らかに不採算医療が必要な地域は理解できる。しかし、大阪など都市部では、果たしている機能にそれほど差がなく、おかしいと思う」と述べた。長代表社員も、「設備投資や人件費が高い中で、赤字補てんがあるのは民間からみて不公平」と指摘した。小熊会長は、「補助金がなければ赤字というが、必要な医療を提供するための繰入金であり、国が法定しているもの」と説明した。

公立・公的病院でなければ担えない機能については、小熊会長が「重粒子線治療など高額な設備投資が必要ながんの領域がある。また、小児、産科、精神科などは不採算になりがち」と説明。これに対し中川委員が、「不採算の医療をあげると話がおかしくなる。私が強調するのは不採算地域の医療だ」と違いを指摘した。末永顧問は、「医療資源が少ない地域で公立病院が回復期を担うことはあり得る」と述べた。

太田学会長は最後に、「官民の相互理解にはまだ充分でない面があり、もう少し議論が必要だと感じる」と述べ、シンポジウムを締めくくった。



外国人に魅力ある医療介護現場をどう構築するか

市民公開講座

人手不足に対応するため制度を活用

学会2日目の市民公開講座では、医療・介護分野における外国人労働者の問題をテーマに、4人の演者が講演した後、ディスカッションを行った。

全日病の山本登常任理事は、2025年に介護職員が34万人不足するとの推計を示し、国内における人材確保が難しく、外国人材が期待されている現状を説明した。一方で、日本以外にも高齢化の進展や人材不足に直面している国々は多数あり、「人材獲得競争の様相を呈しているのが現実」と指摘。「前

例のない施策に踏み切る発想の転換が必要になる」と述べた。

また、在留資格「介護」の道が開かれたことから、「その子孫を含め将来的な永住者として迎え入れるための社会的基盤の整備にも着手する必要がある」と強調した。必ずしも順風満帆ではない全日病の外国人材受入事業についても、課題の解決策を引続き考えていくとの姿勢を示した。

さわらびグループのCEOである山本左近氏は、今年度から外国人の介護人材事業モデルとして同グループの介護福祉系専門学校で留学生の受入れを開始したことを説明。「質の高い介護福祉士を輩出することが目的」と述べ、介護留学生の奨学金事

業や特定技能の教育、外国人向け国家試験対策講座の事業を展開する方針を示した。

衆議院議員である全日病の安藤高夫副会長は、現行制度の課題を説明。特定技能(介護)について、特に期待が大きいと指摘した。

EPA看護師候補者の国家試験不合格者の特定技能介護への移行については、「何とかかなりそうな状況だ。厚生労働省も検討している」と述べた。

医療法人偕行会の在宅医療事業部事業部長の城良治氏は、「グローバル介護士育成プログラム」の取組みを発表した。「自ら海外に行くことで現地の環境を体験し、学ぶ場を見て人々と触れ合い、最終的に介護の技術指導を実践する」と述べ、昨年からフィリピンとインドネシアで技術指導を実施していると説明した。外国人スタッフは職員1,586人のうち56人だが、2020年には全体の5.5%になると予測した。

言葉が優先か、ケアが優先か

討議では、外国人材の日本語能力が論点になった。座長の医療法人偕行会理事長の川原弘久氏は、「言葉を優先するか、ボディケアを優先するか。私はドライに割り切り、日本語は来てから覚えてもらえばいいと思っている」と問題提起した。

山本登氏は「言葉がわからなくて一番困るのは同僚で、最低限のコミュニケーション能力は必要。N4ぎりぎりでも来られたら現場が困る」と述べた。N4は、基本的な日本語を理解できるレベル。レベルはN1～N5まであり、数字が小さくなるほど難しい。

山本左近氏も「職場だけでなく、地域で暮らすためにも、日本語でコミュニケーションできることは、とても大事だ」と述べた。

安藤氏は、「国会議員の間でも二つに割れる。最近、『まず来てもらって、後から語学はがんばればいい』という意見も多い。一方、看護師は医療安全の点からの考慮が必要。いずれにしろ大切なことは、現場のチームで教える仕組みをつくることだ」と述べた。



地域全体で本人の意思が尊重される体制整備を目指す

学会企画シンポジウム4

地域包括ケアとACPの実践

地域包括ケアとACPのシンポジウムでは、地域全体の取組みとして、本人の意思が尊重され、最期まで自分らしく生きられる体制整備を目指し、活動を続けている事例が紹介された。ACPという何度も話し合うプロセスを重視する考え方が重要になってきた経緯も語られた。

国立長寿医療研究センターの三浦久幸・在宅連携医療部部長は、ACPが専門職種に認知され、「人生会議」という愛称もでき、国民の関心も高まる一方で、「現場はかなり混乱した状況にある」と指摘した。例えば、高齢者の救急医療で、延命治療後に治療を希望しない家族の訴えが増えた。透析中止をめぐる、論争が生じた公立福生病院の事例もある。これらの倫理的課題に対して、明確な解答は出ていない。

三浦部長は、混乱の理由に、「本人

確認」の方法で、旧来のインフォームド・コンセントにより、同意書を得ることを重視してきた経緯をあげた。同意書は、結果が明確な医療処置や検査には有効だが、不確かな複数の選択肢が存在する高齢者の病態には不向きである。このため、同意書に依存せず、最期まで本人との対話を継続するACPの実践と共有意思決定の考え方の両方が必要であると、三浦部長は強調した。

恵和会西岡病院の五十嵐知文副院長は、札幌市豊平区西岡・福住地区で設立された「とよひら・りんく」でのACPの取組みを紹介。「とよひら・りんく」は、厚生労働省の2011年の在宅医療連携拠点事業を契機に、ACPを実践し、地域包括ケアシステムでの終末期医療、介護施設での看取りの体制作りに取り組む。具体的には、研修会

の開催や冊子制作、病院内でのACP記載のルール作り、多職種が使用できるシステム導入を行った。五十嵐副院長は、「本人・家族と医療者が話し合った結果を記録し、伝え、折に触れ見直すプロセスが重要である」と述べた。

鉄蕉会亀田総合病院非常勤看護師の千葉恵子氏は、千葉県安房地域のACPの実践を紹介した。地域でワークショップを開催している。当初は有志メンバーによるものだったが、今年度からは鴨川市と保健師が中心になった。高齢者だけでなく、若い世代も含めた普及・啓発を目指している。ACPを実践する上で、コミュ

ニケーションに困難を抱える住民もいる。そのため、コミュニケーション技術の教育も行っている。

江南厚生病院の野田智子・地域医療福祉連携室長は、あいちACPプロジェクト事業を中心に説明。同事業は愛知県内の医療ソーシャルワーカーが中心だ。◇講師研修◇講師活動◇講師推薦者同士の情報交換—などを行う。病院同士で「倫理マニュアル」「医療同意に関するマニュアル」などを共有した。MSWの視点として、◇患者・家族の苦情への対応◇未収になる患者の予防的対応◇法律の専門家との連携—のようなりスク対応が重要と述べた。



災害に弱い大都市に警鐘

特別講演5

南海トラフ地震に備える

「必ずくる震災でも病院が機能するために」と題する特別講演で、名古屋大学減災連携研究センターの福和伸夫教授は「南海トラフ地震が切迫している」と警鐘を鳴らした。過去と同規模の地震が起きれば、東京など大都市は大混乱に陥り、被害は計り知れない。電気が止まり、物流が止まり、人も燃料も来ない。その時、病院は機能するか。あらゆる力を結集し、南海トラフ地震に備えるべきだと福和教授は訴えた。

地震、大雨、台風など多くの自然災害が日本各地を襲っている。最近では、比較的小型の台風15号が、首都圏の災害に対する脆弱さを露呈させた。これまでの災害を経て、災害支援活動は着実に改善が図られている。しかし、予測される南海トラフ地震の規模だと、特に大都市において、病院が機能を継続することは現状の備えでは難しい。

南海トラフ地震は過去100～150年の周期で発生し、常に日本の歴史の転



換期を作ってきたと福和教授は言う。次に起きる南海トラフ地震の被害は30万人以上の死者、60万人以上の負傷者、240万棟もの建物の全壊・焼失。経済損失は1,410兆円に上るとの予想もある。

災害時に最も必要とされる病院の事業継続には、電気・ガス・通信・上下

水道のライフラインが不可欠だが、南海トラフ地震で被害が大きな地域だと、これらが止まる。交通も寸断され、信号なども機能せず、物流が止まり、医薬品や医療材料が届かなくなる。

発生が夜であれば、職員が病院に来ることができない。自家発電や備蓄の整備も進むが、限りがある。災害拠点病院は、建物は立派だが、脆弱な地盤の上にある病院も少なくないと福和教授は指摘。大都市のあり方そのものを見直す必要があると訴えた。

前回の地震から75年目を迎え、今後30年間の発生確率は70～80%と言われる。いつ起きてもおかしくないといふ引き締める必要があると述べた。

全日病学会を岡山に引き継ぐ

愛知学会は9月29日の夕刻に、すべてのプログラムを終了し、閉会式が行われた。来年9月開催の岡山学会の佐能量雄学会長に、猪口会長から「学会旗」が手渡された。

太田学会長は閉会式の挨拶で、「多くの関係者にこの大会を支えてもらい、深く感謝したい。総勢で3千人を超える方々に大会に参加いただいた。愛知大会で得たものを各地の病院の発展に

活かしてほしい」と述べた。

岡山大会は来年9月26・27日に岡山コンベンションセンターなどで開催する。テーマは「令和時代の医療～持続可能へのチャレンジ～」。

佐能量雄学会長は「人口減少と地方消滅の危機のなか、病院経営は難しい局面にある。時代の変化にたくましく適応し、地域医療に貢献し続ける病院が持続可能となる。キーワードは『モノカ

らコトへ、さらなるイノベーション』。桃太郎の如く力強く、質が高く効率的な医療・介護を提供していくことで、この難局を乗り越えたい」と訴えた。

東京学会の優秀論文を表彰

【最優秀論文】

『身体拘束廃止に対する取り組みとその影響—インシデント・アクシデント発生に及ぼす検討—』
公益財団法人 脳血管研究所附属 美原記念病院
筆頭著者：高橋陽子氏



【優秀論文】

『徳洲会グループ病院におけるPeer Reviewの試み』
医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院
筆頭著者：中川秀光氏

424の公立公的病院に再編統合の再検証を要請

厚労省・地域医療構想WG 調整会議で来年9月までに結論



厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」(尾形裕也座長)は9月26日、高度急性期・急性期を担う全国1,455の公立・公的病院の診療実績を分析した結果、再編統合の再検証を424病院に要請することを決めた。10月中旬に、都道府県に通知し、地域医療構想調整会議で再検証を行い、来年9月末までに結論を出すことを求める。

9月6日の同WGで了承した判定基準に基づき、424病院を選定した。公立病院が257、公的病院が167(うち民間の地域医療支援病院は17)である。

判定基準は、①9領域すべてで診療実績が特に少ない(がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能)②6領域すべてで類似した機能の病院が自動車で20分以内の距離にある(がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期)一のいずれかに該当した病院である。

ただし、人口100万人以上の構想区域は病院の競合関係が複雑であるため、

分析結果は示しつつ、今回は再検証の要請対象とすることを見送った。

「9領域すべてで診療実績が特に少ない」ことの分析では、構想区域の人口規模が診療実績数に影響を与えるため、「100万人以上」、「50万人以上100万人未満」、「20万人以上50万人未満」、「10万人以上20万人未満」、「10万人未満」に分類した。それぞれの人口区分によらず、各項目の診療実績の分布の下位33.3パーセント値を「診療実績が特に少ない」とみなす。9領域すべてが下位33.3パーセント値だと、再検証対象病院となる。

「6領域すべてで類似した機能の病院が自動車で20分以内の距離にある」ことの分析では、「類似の実績」として、「集約型」と「横並び型」を考える。

「集約型」は、単独または少数の病院が構想区域の診療実績の大部分を担っている場合である。上位33.3%の病院が構想区域内の50%を超える診療実績のシェアを持っている構想区域が大半を占めることが、今回の分析でわ

かった。上位グループと下位グループで明らかな差があり、下位グループは「類似の実績」の病院とする。

「横並び型」は、上位グループの中に下位と差がない病院がある場合である。上位グループに含まれる病院でも、下位グループの中で最も診療実績の高い病院との差が1.5倍以内であれば、「類似の実績」の病院とする。

「類似の実績」に該当し、かつお互いの所在地が近接している場合に、再検証対象病院となる。「近接」は、「自動車での移動時間が20分以内の距離」とした。20分以上に設定し、一方の病院の1つの機能を廃止してしまうと、対応可能な病院まで40分以上かかることになり、救急搬送の平均時間である約40分を超えてしまうため、20分以内とした。

このような方法で、424の公立・公的病院が再検証の対象とされた。再検証というのは、地域医療構想調整会議で合意した内容をもう一度見直すということである。公立・公的病院の改革

プランを踏まえた合意では、公立の病床数はほぼ変わらず、公的病院の病床数は逆に増える結果になった。高度急性期・急性期から回復期・慢性期への増床・転換を計画している公立・公的病院も少なくなかった。このため、今回の分析結果を基に、もう一度、病院が将来担う役割などを考えてもらう。

ただし、同WGでは、今回の分析結果が病院の統廃合やダウンサイジング、機能分化などを機械的に決めるものではないことを確認した。今回の分析だけでは判断できない診療領域や地域の実情を踏まえながら、調整会議での議論を活性化させることが目的としている。また、厚労省は、病院のダウンサイジングや統廃合が必要であれば、「必要な支援等を行う」との考えを示した。

なお、分析結果は、厚労省ホームページで公開されている。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_06944.html

旧7対1から他病棟への転換は6.5%にとどまる

中医協・入院医療等分科会 昨年11月からの変化は3ポイント



厚生労働省は9月26日、中医協の入院医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)に、2018年度診療報酬改定の影響を検証するための2019年度調査結果の速報値を報告した。改定前の7対1入院基本料を算定していた病棟の93.5%が、2019年6月1日においても、旧7対1である急性期一般入院料1を届け出ている。旧7対1からの転換は6.5%であり、あまり進んでいないことがわかった。

同様の調査は2018年度調査でも行っている。2018年11月1日時点の割合は96.5%であり、半年後の変化は3ポイントに過ぎない。この結果について、健康保険組合連合会参与の松本義幸委員は、「(看護職員の調整ができる)人事異動の時期を経た後の調査で、期待したが、あまり動いていない。『重症度、医療・看護必要度I、II』の基準の妥

当性の検証が必要」と不満を表した。

これに対し、旭川赤十字病院院長の牧野憲一委員は「看護職員のコストを減らせるので、急性期入院料2の方が、経営的には有利であるのに、7対1配置を残すのは、やはり看護師がそれだけ必要ということなのだろう」と述べた。日本医師会の石川広己委員は、「現時点で判断するのは時期尚早。病院はまだ様子見段階で、見極めにはもう少し時間がかかる」と、基準見直しに向かう議論をけん制した。

全日病副会長の神野正博委員は、「厚労省は二兎を追っているのではないかと問題提起。二兎とは、『急性期入院料1を減らすこと』と『重症度、医療・看護必要度II』を使い正確なデータを把握すること。2018年度改定では、急性期一般入院料2・3は『II』のみ使用することになった。『II』はレセ

プト電算処理システムから自動的にデータを抽出するので、A・C項目の正確なデータ把握が可能になる。

しかし、『II』を使うと、該当患者割合が下がるとの不安が一部の病院から出ている。神野委員は、「従来の『I』を使えるようにすれば、急性期一般入院料2・3への転換が進むのではないかと提案した。厚労省も『急性期一般入院料2・3で『II』を必須としていることが、転換の阻害要因になっているとの指摘がある』ことを認めた。

また、神野委員は急性期入院料2・3とハイケアユニット入院医療管理料を組み合わせて活用することで、メリハリのある病院運営が可能になると指摘。ハイケアユニット入院医療管理料の基準を緩和し、使い勝手をよくすれば、急性期入院料2・3への転換が増える可能性に言及した。

療養病棟入院基本料の状況は、2019年6月1日時点で、改定前に療養病棟入院基本料2(25対1)を届け出ている病棟の59.4%が、看護職員配置が20対1に見直された「2」を届け出ている。最も高い割合となっている。次いで、療養病棟入院基本料1が24.0%、20対1を満たせない療養病棟入院基本料(経過措置1)が12.6%だった。介護医療院への転換は2.9%で、2018年11月1日時点の調査のゼロから増えた。

また、療養病棟入院基本料(経過措置1)を届け出ている病棟の53.2%が、経過措置であるにもかかわらず、「現状を維持」と回答している。

B、C水準の病院を指定する枠組みを大筋で了承

医師の働き方改革推進検討会 計画作成し、労働時間短縮を目指す

厚生労働省の医師の働き方改革の推進に関する検討会(遠藤久夫座長)は10月2日、2024年度からの医師の時間外労働規制の特例であるB、C水準(年間1,860時間)の病院を都道府県が指定する制度の枠組みを概ね了承した。

B水準(地域医療確保暫定特例水準)

は、三次救急や救急車受入れ台数の多い二次救急を担う病院、専門的な医療を提供する病院などを想定。厚労省は約1,500施設と見込む。指定申請する病院は、医師労働時間短縮計画を作成。指定後は「評価機能」により、取組み状況の評価を受ける。過去に労働基準

法違反で、過去1年間に送検事例がある場合は、不適格とされる。

C1水準(集中的技能向上水準)は、臨床研修と専門研修の「1」水準と「高度な技能を有する医師の育成が公益上必要な分野」の「2」水準がある。

C1水準では、実績でA水準(年

960時間)を超える研修プログラムを実施する病院が、都道府県に申請。都道府県は、地域医療対策協議会の議論を踏まえて指定する。指定の際に、労働時間の短縮化を目指す「研修の効率化」の観点で、プログラムの確認を行う。

C2水準の分野は、「審査組織」における議論を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。病院は都道府県が指定。研修を希望する医師は病院を通じて、審査組織に「高度特定技能育成計画」を提出。審査を受ける必要がある。

■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
医療安全管理体制相互評価者養成講習会【運用編】(100名)	2019年11月9日(土)・10日(日) 【全日病会議室】	27,500円(税込) (33,000円(税込)) (昼食代、資料代含む)	昨年4月の診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するために開催。今回は「医療安全管理体制相互評価の考え方と実際」をテキストとし、相互評価の実務を想定したプログラムになっている。
特定保健指導実施者 初任者研修(60名)	2019年12月1日(日) 【全日病会議室】	22,000円(税込) (33,000円(税込)) (昼食代、資料代含む)	厚労省の「標準的な健診・保健指導プログラム」に記載されている「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿った内容。希望者には全日病認定の「保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)」の認定カードを発行する。
病院看護師のための認知症対応力向上研修会(150名)	2019年12月2日(月)・3日(火) 【TKP ガーデンシティ博多新幹線口】	16,200円(税込) (21,600円(税込)) (昼食代、資料代含む)	2016年4月の診療報酬改定で新設された認知症ケア加算のうち、「認知症ケア加算2」の施設基準に対応する研修会として開催。2日間通しての参加者には修了証を発行する。