



全日病 ニュース

2019.11.1 No.951

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

重症度、医療・看護必要度の基準②の妥当性めぐり議論

中医協・入院医療等調査分科会

地域の急性期病院に重要な指標

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)は10月16日、次期診療報酬改定に向け、厚生労働省の追加資料をもとに、「重症度、医療・看護必要度」など入院患者の評価指標の妥当性をめぐり議論を行った。特に、2018年度改定で設けた基準②について、急性期病棟の評価としての適切性を問題視する意見があることに對し、全日病副会長の神野正博委員は、一般病棟の急性期医療の実態を示しつつ、「重要な評価指標」と強調した。

一般病棟の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合は、例えば、急性期一般入院料1だと30%以上。該当基準は3つあり、基準②(患者の状況等を測るB項目の「診療・療養上の指示が通じる」または「危険行動」に該当し、A得点1点以上かつB得点3点以上)は2018年度改定で新設した。

認知症やせん妄のある患者などへの医療が通常より労力を要するため、それを評価した側面がある。検証結果をみると、基準②のみに該当する患者は、高齢で認知症やせん妄、要支援・要介護の割合が高く、自立の割合が低い傾向にあることが確認された。また、病床規模の小さい病院で該当割合が高い。

また、「重症度、医療・看護必要度」の「I」「II」の両方を算定する病棟で、「I」の割合が相対的に低いと、基準②の該当患者割合が高いことや、基準②の該当患者は基準②のみに該当する患者が多いことも、指摘されている。

今回、厚労省は、入院料ごとに基準②のみに該当する患者割合を調べた。それによると、7対1特定機能病院入院基本料は1.7%、一般病棟の旧7対1が4.7%、療養病棟入院基本料Iは14.6%だった。患者の状態等のA項目の該当では、急性期病棟は療養病棟と比較して、「創傷処置」の割合が低く、「心電図モニターの管理」が高かった。

神野委員は、「認知症、せん妄の患者が療養病棟に多いのは当たり前。創傷処置が多いのも褥瘡の治療などだろう。慢性期と急性期の違いは、急性期は急に患者の容態が変わるということ。何らかのイベントがあって、その結果、経過観察が必要な状態であり、心電図モニターの管理の該当が多いのも説明できる。地域で、救急車を多く受け入れる一般の急性期病院が、いかに急性期医療を提供し、その後別の機能に受け渡していくかが重要視される中で、基準②は意義がある評価指標だ」と強調した。

他の委員からも神野委員の意見に賛同する声があがった。ただ、法政大学教授の菅原琢磨委員は、神野委員の意見に一定程度同意しつつも、「療養病棟の患者の方が高い割合となる評価指標を用いて、急性期病棟において、急性期の患者の評価指標とすることの妥当性はあるのか」という問題は残ると思う」と述べた。

また、厚労省は、B項目が「ADLを含む患者の状態」と「看護職員等によ

る当日の介助の有無」が一緒に評価されていることの是非を論点とした。B項目のうち、「寝返り」などが患者の状態であるのに対し、「移乗」「口腔清潔」「食事摂取」「衣服の着脱」の4つは介助を評価している。患者の状態と介助の有無は分けて評価すべきとの意見に、日本看護協会の委員を含め、多くの委員が賛同した。

C項目(手術等)については、現行の評価指標には含まれていないが、外来ではなく、入院で実施される割合が高い手術などが示され、C項目の候補となった。一方、C項目に該当させる上で、侵襲性の高さや医学管理の労力を見込む必要があり、診療報酬点数との相関のデータも示された。

療養での高カロリー輸液投与を調査

特定集中治療室等については、2018年度改定で報告対象とした入退室時の生理学的スコア(SOFA)の詳しい報告があった。傷病によって点数のばらつきが多いこともわかったものの、「重症度、医療・看護必要度」と一定の相関があり、SOFAによる評価指標に有用性があることでは、委員の同意が得られ、引続き検証していくとともに、



救命救急入院料などにも拡大すべきとの意見が相次いだ。

療養病棟入院基本料の医療区分については、医療区分3に該当する中心静脈栄養が継続されている期間を把握するため、高カロリー輸液の投与状況を調べた。それによると、高カロリー輸液を投与されている患者割合は、ゼロ%の病院が最も多いが、50%以上の病院もあった。投与日数の平均は、30日未満が最も多いが、90日以上のある病院もあった。一部の病院で、医療区分3の患者を確保するために、中心静脈栄養の患者が選択されていることが改めて示唆された。

長期間の中心静脈栄養の実施は、感染リスクを高めるため、神野委員が「カンファレンスの実施など取り外す努力を必須化することや、患者・家族との話し合いを行うなどの対応が求められる」と述べるなど、感染リスクへの対応が必要との意見で一致した。

DPC病棟から地ケア病棟への転棟の不整合が論点に

中医協・入院医療等分科会

点数で転棟時期を選択するのは問題

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)は10月3日、2018年度診療報酬改定の入院医療の影響を把握するため、DPC算定病棟から地域包括ケア病棟への転棟問題をはじめ、各種加算など個別項目に関し、調査結果をもとに議論を行った。

一般病棟(DPC算定病棟)から地域包括ケア病棟入院料に転棟する場合、地域包括ケア入院医療管理料に転室する場合の不整合が論点となった。多くの診断群分類でDPC制度の入院期間IIの1日当たり入院料は、地域包括ケア病棟入院料より低い。病院にとっては、自院に地ケア病棟があれば、入院

期間Iが終了する段階で、地ケア病棟に転棟させるインセンティブが生じる。例えば、診断群分類の「胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷含む)手術なし」では、転棟時期が入院期間Iの終わる9日目に集中している。

一方、一般病棟から病棟内の地域包括ケア病室に転室した場合は、地域包括ケア入院医療管理料が算定できず、DPC制度の算定となる。さらに、急性期患者支援病床初期加算(14日以内で1日150点)も算定できない。患者の病態とは違う理由での転棟と考えられることから対応が必要とされた。

療養病棟入院基本料については、入

院患者に膀胱留置カテーテルをつけている患者が24%で多く、取り外す努力をしていない病棟も少なくないことが問題とされた。調査時点で留置患者の約75%が3カ月以上の留置期間があった。留置期間を短縮するための取組みをきくと、「日々の診療・ケアで評価している」が55.6%で半数を超えるが、「特に取組みを行っていない」との回答も16%あった。感染リスクへの対応も課題とされた。

その上で、厚生労働省は、排尿自立指導料(週1回200点)の算定病棟だと、留置患者が少なく、抜去後の患者が多いとのデータを示した。逆に、算定し



ていない病棟にその理由をきくと、「経験を有する医師の確保が困難」が4割で多く、要件緩和が課題とされた。

認知症ケア加算は、急性期一般入院料1以外の届出が少なく、「1」を届け出ない理由で、認知症ケアチームを設置する上で、「精神科または神経内科の経験を5年以上有する専任の常勤医師を確保できない」が多い。全日病副会長の神野正博委員は、「『常勤』については、短時間勤務の組み合わせを認めるなど緩和が必要」と述べた。

清話抄

臓器提供について

臓器移植法が2010年7月に改正されて臓器提供者数が増えましたが、未だに欧米に比して圧倒的に件数は少なく、国内では生体肝・腎移植が多数行われる状況が続いています。

提供者数が近年伸び悩んでいるせいか、日本臓器移植ネットワーク(JOT)から日本脳神経外科学会を含め様々なアプローチがなされています。厚生労働省の臓器移植委員会での議論を拝見すると、提供数が少ない理由として(1)ドナーの数が少ないこと、(2)提供施設数が少ないことの2点に集約されると記載されています。

ドナーの数については運転免許証の裏面で意思表示ができますので、以前よりはかなり増えていると思われます。

(2)の提供施設数が少ないから、臓器提供者数が少ないと考えているところが大きな勘違いなのです。当院では既に6例の脳死下での臓器提供を行っています。当院のような脳神経外科専門の二次救急病院では、血管内治療等の医療技術の進歩により、余程のアクシデントがない限り、脳死患者は発生しなくなりました。

地域の救急搬送システムの充実により、脳死になる患者さんのほとんどは救急救命センター(三次救急)に運ば

れます。救急救命センターが設置された医療機関にヒト・モノ・カネを重点的に投入すれば、提供数が格段に増えるのではないのでしょうか。

救急救命センターがある施設に勤務している救急医・脳神経外科医や神経内科医を中心に、各都道府県に協議会のような組織を創設すれば問題の多くは解決するのにと、平日頃より感じています。

(中村博彦)

主張 今 発信しなければ

ワールドカップで日本チームが健闘し、日本中が「俄かラグビーファン」になって驚きと感動を共有した。「誰も我々が勝るとは思っていない」「信じて戦ったからこそ勝てた」「犠牲」「覚悟」、様々な言葉が選手達から伝えられた。「決して諦めない」、愚直なこの言葉を共有した選手達には大岩の様な巨大な体格の相手選手にタックルする時にも、一切の躊躇は無かった。過酷なトレーニング、体格的なハンディー

克服のための様々な工夫と繰り返しの実践、長期間に亘るラグビー漬けの毎日があったからこそ、選手達は一つとなり、「ONE FOR ALL, ALL FOR ONE」の言葉通りに前に進めたのであろう。振り返って我々はどうかであろうか。民間病院は現在その存立自体が危ぶまれる危機の真ただ中に置かれているが、果たして我々はその危機に対して本気で立ち向かっているのかであろうか。主張すべき場面でも「どうせそんなこ

とは通りはしない、聞いてはもらえない」、それぞれの地域における調整会議の場で、中医協の場で、マスコミに対して……。

今の日本の医療提供体制の中で、我々民間病院が如何に重要な役割を担っているか、診療報酬改悪の度に、消費税の増税の度に、如何に身を切って血を流しながら、中には撤退を余儀なくされながら、日本の医療を支えている事を、必死で発信しているであろうか。我々自身の為にいくら必死であるが、心臓の琴線には触れない、国民の医療を守る視点での意見表明は大きな共感を呼ぶ筈である。一見陳腐に見え、大仰に思える言葉

であっても、真に国民医療の存続を願う視点から思いの丈をぶつけば、一顧だにしないということはある得ない。しかもそれは繰り返し、事ある毎に発信し続けなければならない。原点に回帰し、大所高所からの青臭い正論に、人は心を開くものである。

我々が声を上げなければ誰も振り返ってはくれない現実、いやと言う程に経験してきた筈である。個々の努力では限界があるが、2,500余の仲間と一緒にスクラムを組み、本当の意味で一つとなった時には「本気の発信」ができ、思いもよらぬ結果が待っているかも知れない。

(NY)

働き方改革への診療報酬での対応で意見が対立

中医協総会 「病院のマネジメント改革は急務」猪口会長

中医協総会(田辺国昭会長)は10月18日、次期診療報酬改定に向け、医療従事者の働き方改革への診療報酬での対応を議論した。しかし、評価のあり方をめぐり、診療側と支払側の委員が基本的な考えで対立。全日病会長の猪口雄二委員は、「急性期を中心に、病院のマネジメント改革は急務。それには人手も時間もかかる。診療報酬での手当が必要」と訴えたが、支払側の一部委員は、「次期改定での対応は時期尚早」と冷やかな態度を示した。

2024年度から医師への時間外労働規制が適用されるため、病院は医師の時間外労働を年960時間以内に収める必要がある。特定の病院は年1,860時間が上限(B水準)だが、経過措置との位置づけである。病院は今後5年間で様々な手段を通じて、過重労働の医師の労働時間を減らし、勤務環境を改善しなければならない。

そのような状況で、診療報酬は対策を講じるのに要する費用の源泉になる。しかし、中医協の議論で支払側は総じて厳しい姿勢を示した。健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、「次期改定での対応に明確に反対する。一定のコストがかかるのは理解するが、タスク・シェアやICTの利活用、外来医

療の機能分担などやれることを整理してから診療報酬を考えるのが順番。働き方改革、地域医療構想、医師偏在対策の三位一体の推進も、予算が相当ついていたが、緒についたばかり。2024年度までに改定は3回ある」と述べた。

このような意見に対し、診療側委員は反論したが、意見は平行線をたどった。日本医師会の城守国斗委員は、「医師の手当は大きな人件費増。医師の業務をシェアしても、シェアされた職種が増員が必要になる。院内保育所の整備でもコストがかかる」と具体的に列挙した。猪口委員は、「病院の利益率は数%で、コスト増が病院の存続に直結する」と強調した。

一方、厚生労働省は、医師事務作業補助体制加算や総合入院体制加算など、現行で医療従事者の負担軽減に資する計画作成を要件化している診療報酬を例示。入院基本料の加算で、働き方改革への対応を評価することを示唆した。医師の働き方改革では現在、2024年度までにより多くの病院が、年960時間を満たせるよう医師労働時間短縮計画の策定を病院に求めることを検討している。計画に盛り込まれる必須事項を入院基本料の加算の要件と合わせることで評価が考えられる。

これに関連し、猪口委員は、「医師事務作業補助体制加算はそれ自体加算として重要だが、それとは別に病院のマネジメント改革を評価する入院基本料の加算を検討すべき」と主張した。

入院なしでrt-PA投与を算定

同日の総会では、外来における薬剤耐性(AMR)対策と脳梗塞の急性期治療をテーマとした議論も行った。

AMR対策では、2018年度改定で小児抗菌薬適正使用支援加算(80点)を新設した。AMR対策は道半ばで引続きの対策を求められることから、現行での3歳未満の規定を6歳未満に拡大することを検討する。ただ、月2回以上の算定が少なくないことに対しては、適正化が必要との指摘があった。また、支払側の委員は、小児かかりつけ医診療料等の加算であることから、加算の評価自体に難色を示した。

脳梗塞の急性期治療では、rt-PA静注療法を実施する超急性期脳卒中加算(入院初日1万2千点)が、入院基本料の加算であるため、入院しないと加算できない。しかしrt-PA投与後に専門医療機関に二次搬送する「Drip and Ship法」の安全性が確認されている。これを踏まえ、入院せず専門的な治療



を行える施設に二次搬送した場合でも、算定できるよう要件を見直すことで概ね合意した。

また、日本脳卒中学会の「rt-PA静注療法適正治療指針第2版」に定める「治療を行う施設」の基準が緩和された。このため、これにあわせて診療報酬の要件を見直す方向だ。

10月23日の総会では、医療機器の取扱いをテーマに議論した。

PET(陽電子放出断層撮影)は、入院中の患者が他の医療機関を受診した場合に、入院料減額が緩和される対象から外れており、共同利用に逆行する形になっているため、緩和対象に含める方向で検討する。

画像検査による医療被ばくについては、低減に向けた取組みが進められている中で、日本医学放射線学会が推奨しない小児への頭部CT検査の適正使用の評価を検討する。超音波検査は、日常的な検査で、観察部位や検査方法、報告書の作成等は医療機関により異なる状況。標準的な機能となったパルスドプラ法の取扱いを含め、超音波検査を領域別に評価することを検討する。

がん対策、腎代替療法、移植医療で次期改定の論点提示

中医協総会 人工透析の評価は緩和と適正化

中医協総会(田辺国昭会長)は10月9日、次期診療報酬改定に向け、がん対策・腎代替療法・移植医療をテーマに議論した。がん拠点病院加算や緩和ケア病棟入院料、外来緩和ケア管理料、人工腎臓、在宅時自己腹膜灌流指導管理料、経皮的シャント拡張術・血栓除去術の評価見直しは課題にあがった。見直しの方向性に委員から大きな反対はなく、今後具体的な内容を詰める。

がん拠点病院加算については、地域がん診療連携拠点病院に、同一医療圏の一つだけ認める「高度型」と要件を満たせない場合の経過措置的な位置づけである「特例型」が昨年度に新設された。7月1日時点で、「高度型」が14カ所、その他が325カ所。「特例型」は、今年度の適用はない。また、がんゲノム医療中核拠点病院に加え、9月19日に、がんゲノム医療拠点病院が34カ所指定された。このような整備状況を踏まえ、がん拠点病院加算の算定要件等を見直す。

緩和ケア病棟入院料については、2018年7月1日時点で、416病院が届け出ている。ただ、緩和ケアチームに

よる緩和ケア病棟と在宅緩和ケアの連携が求められている中で、緩和ケアチームの診療を評価する緩和ケア診療加算の届出は、入院料届出病院の22%、外来緩和ケア管理料は21%、在宅療養支援診療所・病院の医学管理を評価する在宅がん医療総合診療料は14%にとどまる。このため、外来や在宅における緩和ケアの提供を要件とする方向で、緩和ケア病棟入院料を見直す。

一方、心不全患者に対する緩和ケアは、がんよりも経過予測が難しく、心不全多職種緩和ケアチームがかりつけ医をサポートするなど、地域の実情に応じた柔軟な活動を行うことが期待されている。2018年度改定で、末期心不全の患者が緩和ケア診療加算の対象患者に加えられたが、外来緩和ケア管理料には加えられていないため、整合性を図る。

透析患者に対する腎性貧血治療では、治療に用いるエリスロポエチン製剤が、人工腎臓の技術料に包括されている。それによりエリスロポエチン製剤の使用量が減った経緯がある。最近では、最も使われるダルベポエチンの薬価が

7割になるバイオ後続品も薬事承認されており、適正化される見通しだ。

一方、ESA製剤とは別の機序の新たな腎性貧血治療薬であるHIF-PHD阻害剤が、9月に薬事承認された。ESA製剤よりも治療効果が高い症例があることが確認されている。従来の考え方に従うと、HIF-PHD阻害剤も技術料に包括されることになるが、HIF-PHD阻害剤は経口内服薬であり、院外処方の場合などでの取扱いを整理しなければならず、評価体系を見直すことが論点となった。

在宅時自己腹膜灌流指導管理料は、現行では血液透析を他施設で行う場合の算定は認められない。しかし腹膜透析を実施できる透析施設は全体の17%にとどまり、「透析療法選択の自由を奪う」との指摘が出ている。このため、他施設で血液透析を実施した場合の評価を認めることを検討する。

血液透析において、血液をスムーズに流すため、血管をつなぎ合わせる内シャントの作製は、近年増加傾向にあり、7割が外来で実施されている。臨床実態に即した評価を行うため、経皮



的シャント拡張術・血栓除去術の3カ月に1回の算定を緩和し、手技の評価を適正化することを検討する。

移植医療については、日本の臓器移植数が諸外国に比べて少ない中で、臓器提供時の施設や担当医の負担が大きいことへの対応が論点となった。脳死下臓器提供では、脳死判断から摘出まで平均64時間かかる。また、約50名の医療関係者が関わる。診療報酬では、脳死臓器提供管理料(2万点)と各臓器の採取術(心臓だと6万2,720点)がある。臓器提供時の負担は施設の66%、担当医の77%で負担が大きいと感じているとの調査結果が出ており、特に「患者家族への説明・フォロー」「院内スタッフの調整」で回答が多かった。負担の大きさが、家族に臓器提供に関する選択肢の情報を提示する頻度の低さにつながっていると考えられ、診療報酬での評価を検討する。

続報・全日本病院学会 in 愛知

令和時代の職場環境づくり

シンポジウム2 人材不足を乗り越えるための方策をめぐって討論

人材不足が経営上の課題となる中で、必要な人材を確保するには、働きやすく、やりがいを感じられる職場をつくる取組みが欠かせない。学会1日目の午前に開かれたシンポジウム2「令和時代の職場環境づくり」では、3人のパネリストが、働き手不足の時代を見据えた職場環境について発表した。

横浜病院理事長の北島明佳氏は、人材難となっている介護職確保の取組みを報告した。同病院では、2011年に介護開発室を設置。新入職員を2カ月間配置し、専従の職員3人が教育を担当している。目的は、介護技術の統一・標準化と医療安全を含む介護の質の向



上だ。新入職員は試験に合格した後に病棟に配属される。

同病院では、介護職員が自らの仕事の意義を感じて働けることを大切にしている。介護の仕事は、生活を支えるだけでなく、患者の一番身近にいて人生を支える仕事であることを伝えている。また、介護福祉士の資格取得を積極的に支援。院内で実務者研修を開講したり、受験対策講座を行っている。

福祉系の学校にとらわれず大卒の新規採用に力を入れ、介護職員に占める大卒の割合は40%を超える。また、介護職員に占める未経験者の割合は71.4%（全国平均は61.3%）となり、「新しく介護に取り組む人材を発掘している」（北島氏）といえる。

医療法人おもと会理事の石井隆平氏は、沖縄県那覇市に開設した「No lift Labo」の取組みを紹介した。きっかけはグループの職員を対象に行ったストレスチェックだ。70%の職員が腰痛を

抱えていることがわかり、ノーリフトケアの導入を決め、「抱え上げない、持ち上げない介助を実践する法人」を目指し、ノーリフトケアの普及に取り組んでいる。

「No lift Labo」は、そのための活動拠点として開設したもので、介護機器メーカーや大学・研究機関のコンソーシアムで運営する。Laboでは、最新の介護機器を体験できる。利用者は、グループの職員・学生にとどまらず、地域の医療介護従事者、介護にかかわる家族など幅広い。職場環境の改善だけでなく、新たなプロダクトやサービスの創出も期待される。

HITO病院理事長の石川賀代氏は、ICTを活用した業務効率化の取組みを報告した。病院内の情報共有は複雑で、確認が求められるポイントがいくつもある。多職種協働のチーム医療を進めるには、情報をすみやかに共有し、時間と場所に縛られずに働けることが重

要で、「そのためにはiPhoneの活用は不可欠」と石川氏はいう。

同病院は、業務効率化のためiPhoneカルテを導入した。カルテの閲覧と直接の音声入力が可能だ。また、多職種がリアルタイムで情報共有できる業務用SNSを構築した。

石川氏は、リハビリテーション科の活用事例を説明した。以前はリハビリスタッフがカルテ入力に時間をとられていたが、iPhoneの音声入力により、患者1回当たりのカルテ入力時間が2分短縮。職員1人当たりのリハビリ数は17.6単位から18.2単位に増加し、リハビリ科全体の有給取得率は、30%から60%に改善した。

リハビリ科は、若いスタッフが多く教育に時間がかかるが、ここでもiPhoneの機能が役に立つ。カメラ機能を使って、ケアの仕方を動画で共有できて、繰り返し見ることができる。

石川氏は、「今まで当たり前に行っていたことをやめる勇気がないと効率化は進まない。iPhoneのネットワークにより、これまでにない情報共有の形が実現し、新たな協働による変革がおこるのではないかと期待した。

病院事務職の矜持

シンポジウム5 組織管理と人材育成の経験を共有

病院で働く医療専門職がプライドを持ってスキルを発揮できる職場環境をつくるには、事務職のお膳立てが不可欠であり、事務職の働きが病院経営の原動力となっている。学会2日目の午前に行われたシンポジウム5「病院事務職の矜持」では、3人のパネリストが自らの経験をもとに病院事務職としての矜持を語った。

木沢記念病院病院長補佐兼事務長の佐合茂樹氏は、「病院事務職41年の経験からみた『らしさ』の醸成」について発言した。大学を卒業して同病院に就職してから現在まで、佐合氏は4人の病院長の下で働き、様々な経営課題に関与してきた。「性格の違う4人の院長にうまく使われるのが私の使命だった」と佐合氏。病院長を支えるためには、事務長の下で働き、使える部下を育てておかなければ何もできない。

佐合氏は、木沢記念病院における中間管理職養成の取組みを説明した。同病院では、通常の人事考課による昇任

ではなく、役職者資格認定に通らなければ役職につけない仕組みになっている。推薦書を提出し、病院長面接を受け、小論文を提出した上で、役職者任命会議の承認を得る必要がある。一回で認定を通ることはなくて、管理職者としての考え方を徹底して確認する。

管理職としての「らしさ」は年をとれば自然に身につくものではなく、そうなるようとする努力が必要。仕事に対する厳しさや考え方をしっかり持つことが大切で、「事務職としての矜持はそうした積み重ねで生まれてくる」と佐合氏は述べた。

医療の質と経営の質の両立に取り組む

上尾中央医科グループ協議会の病院管理室室長の朝見浩一氏は、「Our quality is our pride～事務管理者の立場から～」について発表した。Our quality is our prideは、職員の目標として示しているもので、「自分の病院を家族や友人に胸を張って紹介できる

か。地域でオンリーワンの病院になろうと話している」と朝見氏。

朝見氏は、病院事務長職のほかにAMQI（上尾医療の質向上委員会）で、医療の質と経営の質（経営改善）を両立させる仕事に取り組んでいる。「収支を追いかけるだけでは病院の機能としては十分ではない。質を高めなくてはいけない」と朝見氏はいう。

AMQIでは、医療の質の評価指標（QI）を収集・分析し、グループ内の病院の相互評価を行っている。日本医療機能評価機構の病院機能評価の受審にも取り組む。

指標の一つとして、患者満足度調査の状況を紹介した。外来の患者満足度は改善傾向にあるが、グループ内ではばらつきもある。「ベンチマークによって自院の立ち位置を知ることが大事だ」と朝見氏は述べた。

廿日市記念病院事務長の新山毅氏は、「事務職のできること～黒子であり要になる～」のテーマで発表した。新山



氏は、一般企業に就職し、営業部門で勤務した後に同病院に入職した。当時は病院の管理部門の強化を図っている時期であり、企業組織を知る若い人材で、医療の常識にとらわれない病院組織をつくる狙いがあった。

同病院は、1991年の開設で若い組織。「ゼロからのスタートだったが、企業での勤務経験は役に立った」と新山氏は振り返る。新山氏は、人事考課制度の構築に取り組み、年功序列から職能給へ移行。当初は、職員の理解が得られず苦労したが、段階的に制度を整え、目標管理制度を立ち上げることができた。

新山氏は、「人事考課は職員がやりがいを持つために重要な骨組み。中小民間病院に重要な制度である」と述べ、現場をよく知り、経営感覚を持った事務職が組織力を高めると考えている。

AI・IoTが人を、社会を、地域医療を変える

特別講演4 人間との共存関係を築く



名古屋大学医学部附属病院先端医療開発部先端医療・臨床研究支援センターの水野正明センター長が、「AI・IoTと地域医療」と題する特別講演を行った。AI・IoTへの期待が医療介護領域で高まっている。水野センター長は、AI・IoTが人を変え、社会を変え、そして地域医療も変えることは確実と予測しつつも、その変わり方は予測し

づらく、期待や不安が過剰な側面もあると指摘。AIについては、今後の進化を見据え、人間との共存関係を築くことが重要とした。

AI（人工知能）に定まった定義はない。ただ、最近の技術レベルでは、ディープラーニングを取り入れた人工知能を意味する場合が多いという。ディープラーニングは情報量により、精度を高めるので、ビッグデータと親和性がある。医療に関連するAIとしては、2012年のIBMによるワトソンが有名だ。診断能力に優れ、医師の技術が代替されると話題になったが、現在は「失望」へと変わっている。「高性能の医学辞典に過ぎない」と、水野センター長は述べた。

一方、ゲノム医療の発達に情報処理技術が多大な貢献をしている。その結果、個人の遺伝子に対応した「精密医

療」が実用化されつつある。例えば、「肺がんの原因がALK遺伝子であれば、発生臓器がどこであっても、ALK阻害剤で治せる。このことは臓器別診療体系が、将来は不要になることにつながる」。

ビッグデータ解析に基づくエビデンスも医療を変えている。ある地域の cohort 研究により、脳梗塞は初発時の約6割が軽症で、2人に1人が再発し重症化することがわかった。このため、軽症脳梗塞患者の再発を防げば、要介護者を減らし、健康寿命の延伸が可能になると考えられる。水野センター長は、「エビデンスにより、社会が求める真の医療対象を絞り込んだ事例」と指摘した。

地域医療での活用では、医療情報の常識も変わると、水野センター長は説明した。医療情報を保有するのはクラ

ウドを通じた「社会」となる。健康医療情報はそこに集約されるため、病院ごとの電子カルテシステムは不要になる。ゲノム情報などを基にした新たな医療の医薬品や医療技術の効果は患者によって異なるので、個人の医療情報を活用した「個別化医療」、そして「個別医療」へと進化していく。

また、第5世代移動通信システムの水準だと、手術などの遠隔医療が可能になる。水野センター長は、「将来的には、外来も病床もない遠隔医療専門病院が誕生するだろう」と予測した。ただ、これまでにない多量の電波を受けるので、予測できない副作用が生じるかもしれないとの懸念も示した。

AI・IoTの将来は不確実性が大きい。科学技術は直線的ではなく、指数関数的に発展する時点があるからだ。そのようなシンギュラリティ（特異点）を迎えれば、AIは人間の脅威になりかねない。「AIと共存関係を築く社会を考える必要があり、AIに支配されない人間の育成が急務である」と、水野センター長は強調した。

医師偏在の原因と対策

特別講演6 国際医療福祉大の高橋泰教授が偏在対策を提言

学会2日目に行われた特別講演6では、国際医療福祉大学大学院の高橋泰教授が「医師偏在の現状」のテーマで講演し、各種のデータを駆使して、医師偏在の原因を解き明かした。

1県1医大構想に基づいて、1970年代に32校の医学部が新設され、医師の養成は年間8,000人体制となった。毎年4,000人の医師がリタイアし、差し引き4,000人くらい医師が増えた。現在、医学部の定員増によって毎年9,000人の医師が誕生するが、今後、新設医大の卒業生がリタイアの時期を迎え、6,000～7,000人がリタイアする。これまでは毎年4,000人の医師が増えていたが、2,000人しか増えなくなる。「厚生労働省は2028年から2033年頃に医師の需給が均衡すると予測しているが、思ったほど医師は増えないので、誤差が生ずる。厚生労働省の予測通りにならない可能

性がある」と高橋教授は指摘した。

女性医師は今後も確実に増える

次いで高橋教授は、3師調査のデータを基に過去20年間の変化を分析した。

1996年から2016年を比べると、女性医師と40歳以上の男性医師の増加により医師の総数は33%増えた。一方、若い世代は増えておらず、30代に限れば男性医師は21%も減少している。実は日本の女性医師の比率は世界で一番低い。「どうみても女性医師はもっと増えていく。それを前提に制度をつくる必要がある」と高橋教授は述べる。

大都市・地方都市・過疎地で分けると、1996年から2016年にかけて大都市は41%、地方都市は30%増えているのに対し、過疎地は4%しか増えていない。大都市の増え方が激しい。

病院と診療所でみると、2006年から

2016年にかけて病院勤務医は20%増えたが、診療所の医師は8%しか増えなかった。若い医師は、開業しなくなったためだ。

外科医の減少が問題

診療科別にみると、外科だけが減っている。「厚労省は小児科と産科に焦点を当てているが、外科に焦点を当てて対応を考える必要がある」と高橋教授。

医師の地域偏在は、若い男性医師が過疎地に行かなくなり、男性以上に大都市志向である女性医師が増えていることが原因だ。若い医師が大都市に集まり、過疎地に行かなくなった。過疎地では医師の数が増えず、さらに高齢化が進む。「これまでがんばっていた医師がリタイアするようになると、病院の当直が組めなくなる」と懸念した。

これらの分析結果を踏まえ高橋教授



は、「働き方改革が始まり、女性医師が4割まで増えることを考えると、今後医師が充足するとは考えにくい。医学部の定員増をやめるのは間違っている」と述べた。

その上で具体的な対策を提言した。医師需給に大きな影響がある若い医師の動向に焦点を当てた資料を公開し、それをもとに偏在対策を議論すべきだと主張。さらに、緊急に過疎地に医師を派遣する仕組みをつくることを提案し、「開業を含め法人の長になるには指定の地域で半年以上働くことを義務化することで、過疎地の問題は解決に向かうだろう」と述べた。

トヨタ生産方式からムダを省く現場仕事を学ぶ

特別講演3 トヨタ自動車株式会社相談役 張富士夫氏



学会1日目の特別講演3では、「トヨタのものづくり」をテーマに、トヨタ自動車株式会社の元社長で現相談役の張富士夫氏が、ムダを省いて生産性の向上を図る「トヨタ生産方式」について語った。

「トヨタ生産方式」は医療にも応用されており、座長を務めた紘仁病院理事長の重富亮氏は、米国のバージニア・メイソン病院がトヨタ生産方式を導入

し、ヒヤリ・ハット事例の減少や患者満足度の向上により、経営の改善につなげた事例を紹介した。福岡県の麻生飯塚病院はそれを逆輸入する形で、毎年、バージニア・メイソン病院にスタッフを派遣しているという。

トヨタ生産方式は、各工程に必要なものだけが流れるように、停滞なく生産する「ジャスト・イン・タイム」と、異常が発生したら機械が直ちに停止して不良品をつくらない「自動化」の2つの考え方を柱として確立させた。

張氏は、1950年代当時のGM(ゼネラルモーターズ)・フォード・クライスラーのビッグ3全盛時代の米国の自動車産業の大量生産主義に追いつくために、「ムダを省いた原価低減(工数低減)に取組む必要があった」と振り返り、「ジャスト・イン・タイム」は、「ムダを省くことが大きな特徴であり、これが今でも基本的な考え方になってい

る」と述べた。

講演の中で、「ムダをなくしていくことで効率が上がる」と、ムダな仕事の見極める技術の重要性を強調。トヨタにおける仕事とは付加価値を高めるため、工程を効率化する不断の取り組みであり、ムダが生じる具体例として、「二度(三度)手間」「やり直し」「手間待ち」「不良品」をあげた。

「自動化」は、トヨタグループの創始者である豊田佐吉氏が発明した自動織機の考え方を自動車に取り入れたものである。「問題があればラインをとめ、なぜそうなったか理由を考えて、根本原因を探る。自動化によって品質がよくなれば、ラインがとまらなくなる」と述べた。

これに関連し、「なぜ」について張氏は、「英語の5W1Hではなく、すべてWHYの5Wを使う。1回の『なぜ』では本当の理由にたどり着かない。5

回繰り返すことで、現象から原因、真因に近づく」と述べた。

人材育成については、現場の業務の中で、主体的に考えることを重視している。上司の言葉を振り返り、「仕事では『見たか』と『なぜだ』を常に聞かれる。この2つに対する答えをいつも用意しておく必要がある。主体性を持って取組ませることによって、部下が育つ」と張氏は指摘した。

現場の訓練では、①現場に出てムダを見つけよ②思い切って直せ③よいと思ったらすぐやれーをあげ、「真に理解するには経験することだ。『百聞は一見にしかず』であり、『百見は一行にしかず』である。百見よりも一つを行うことが大事である」と強調した。

これらは上司から部下に代々受け継がれており、「この部下を育てようと思ったら結論は絶対言うな。考えさせる」という教育が行われているという。張氏は最後に、「人間は他の動物と違って考える能力があるのだから、仕事においてもそれができる職場をつくることが大切なこと」と述べた。

事務長研修、看護部門長研修の代表演題を発表

医療従事者委員会 医療従事者委員会委員長 井上健一郎

医療従事者委員会では事務長研修、看護部門長研修を行っている。それぞれのべ20日、9日の研修を行い、各人の病院の経営改善をテーマにディスカッションし、最終日には研修のまとめとなる共通課題の解決方法をグループごとに集約して発表をしてもらっている。

せっかく計画を立てて実行したのだから、それがどのようにうまくいったのか、あるいはうまくいかなかったのか、うまくいかなかったのであれば、その原因は何か皆で議論しようということで、フォローアップ研修会が行われている。

フォローアップ研修では事務、看護でそれぞれ数グループに発表をもらうが、事務、看護が混じって発表し、お互いに議論をするという形で開催する。共通する論点もあれば、職種特有の問題もあるが、違う立場でみることでかえってお互いの理解が深まるという事で好評であった。

今回の全日本病院学会in愛知では

フォローアップ研修で発表してもらった演題の中から、さらに代表演題ということでそれぞれ1演題ずつを発表してもらった。

当日は約100名の方が参加され、池上直己特任教授(聖路加国際大学)、萩原正英氏(㈱日本経営支援センター代表取締役社長)のコメントをいただきながら活発な質疑応答が行われた。それぞれの部門の発表者からのコメントを記して、当企画の総括としたい。

【代表発表2題の演者の感想】

○事務部門；社団医療法人養生会

かしま病院 江坂 亮

私達は病院事務長研修の17期に当たり、病院経営管理能力を身につけるべく同期で切磋琢磨しながら延べ8日間20単位の研修を無事終えることができました。研修中の課題は年々増加傾向にあるようなので、現在受講中の18期生をはじめ、これからの受講生には負けず頑張りていただきたいと思う。

今回私達のグループ発表のテーマは

「地域密着化」であった。これは、事務長研修参加者が持ち寄った約3,000件の自院における課題のうち、多くの病院に共通する課題の1つであった。事務長研修終了後のその後の取り組みと成果を報告する場が今回の学会であり、非常に貴重な経験であった。

メンバーがそれぞれ、自院での地域密着化を検討・実行し、形にしたが、上手くいったものもあればそうでないものもあった。結果がついてくるのが理想ではあるが、自分の中で「こうしよう」と思った考えを形にして実行し、評価・報告という一連の流れをやりきれたことは私も含めグループメンバーにとって今後の大きな糧になったと確信している。

○看護部門；医療法人やすだ

堀口記念病院 野口真由

2018年度診療報酬・介護報酬同時改定により、当グループでは住み慣れた地域で継続して生活できるよう地域・在宅とのつながりを強化し、入院前か



ら退院後まで一連の流れで切れ目のない入退院支援が重要視されていると考え、課題に着手しました。自院で通常業務を行いながらの業務改善は大変でしたが、グループ内で自院の現状など意見交換を行い『自分も頑張らないと!!』という思いで、課題に向き合うことができました。また、課題作成するに当たり、委員の皆様的確な指示をいただき、グループで共有し修正・変更・追加していくことで、1つの演題を作り上げることができました。

最初は、看護部門長研修の最終日に発表し終了と思っていたのですが、委員の方々が自グループの演題に興味を持ってくださって、今回、【全日本病院学会in愛知】で学会発表させていただくことができました。こんな機会はなく、本当に緊張しっぱなしでしたが、よい経験をさせていただきました。

続報・全日本病院学会 in 愛知

医療安全管理体制相互評価の意義と対応

医療の質向上委員会 医療の質向上委員会委員 飯田修平

1. 本企画の趣旨
 医療の安全確保は、病院団体、職能団体、医療機関および医療従事者の責務である。しかし、昨今、安全に関する問題が多発し、医療における安全の確保は国民の強い要請となっている。かかる情勢を受けて、厚生労働省は、2006年の医療法改正で、医療機関に医療安全管理体制の整備を課した。医療安全管理体制相互評価は、特定機能病院に義務化されているが、それ以外の医療機関は任意であり、いくつかの団体が自主的に実施している。2018年4月の診療報酬改定では、医療安全対策地域連携加算が新設された。しかし、相互評価の方法や内容は標準化されていない。同一の考え方、同一の評価基準、同一の評価表で、自己評価し、他院の評価を受けることが重要である。したがって、当委員会では、医療安

全対策地域連携加算に適切に対応するために、標準的安全管理点検表を作成することとした。現時点では、研修会の受講は施設基準の要件ではないが、感染管理加算と同様に、近い将来、体制構築および運用の実態が問われることは必至と認識している。本企画は、本制度の意義を理解していただくとともに、実践する参考に資することを目的にした。

2. 講演概要
 2-1 「標準的相互評価点検表の開発の経緯とその役割」を永井庸次氏(株式会社日立製作所ひたちなか総合病院名誉院長)が解説した。2018年度に4回の「医療安全管理相互評価者養成講習会」を開催した。最初の3回の講習会の知見等に基づいて、標準的安全管理点検表とその点検表の解説をまとめ、『医療安全管理体制相互評価の考え方

と実際: 規模別・機能別に適用できる標準的相互評価』を出版した(メディカ出版 2018年12月)。2019年1月には、本書に基づいた標準的安全管理点検表の実践に基づいて、第4回目の講習会を開催した。2-2 「相互評価の評価者の教育研修について」を藤田茂氏(東邦大学医学部社会医学講座講師)が全日病の研修会を開催した経験を基に解説した。2-3 「標準的相互評価点検表を用いた相互評価の実際」について、「評価側の立場から」小澤里美氏(磐田市立総合病院医療安全管理者)が、規模、機能の異なる病院間の調整が困難であるが、標準的点検表を使用したのが、可能であったと工夫を解説した。2-4 「標準的相互評価点検表を用いた相互評価の実際」について、「受入側の立場から」金内幸子氏(練馬総合病院薬剤科長)が、事前の院内調整と評価



側との調整の工夫と留意点を解説した。2-5 総合討議では、演者間および会場との活やかな質疑応答があった。

3. まとめ
 『医療安全管理体制相互評価の考え方と実際』を出版できた最大の要因は、委員会委員と研修会参加者との相互意見交換に基づいて標準的相互評価点検表を段階的に改訂して作成したことである。真の意味の「医療安全対策地域連携」体制を構築することとその実践が求められている。医療安全委員会(医療の質向上委員会から分離)主催の研修会に参加いただき、相互評価を模擬体験していただきたい(第2回相互評価研修会開催予定2019年12月21~22日)。

成果をあげる特定保健指導の方法を説明

人間ドック委員会 人間ドック委員会委員長 西 昂

人間ドック委員会のセッションでは、「医療職のためのこれからの特定保健指導」をテーマに、特定非営利活動法人健康経営研究会の岡田邦夫理事長とあいち健康の森健康科学総合センターの津下一代センター長の講演が行われた。岡田氏は、「アウトカムを求める保健指導」について説明。保健指導を通じて個人の行動変容をいかに進めるかが重要であるとし、保健指導の担当者に求められる能力をあげた。特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、健診結果に基づいて対象者を階層化し、リスクに応じて行動変容を支援するものだが、多くの人は健康に無関心であり、体重が増え

ても生活習慣を変えることに消極的で、先延ばしにしがちだ。このため、対象者のヘルスリテラシーを高めることが産業保健スタッフに求められると岡田氏は説明する。健診の結果を正しく理解してもらうことが有効だ。健診結果から将来の発症リスクを知らせ、行動変容をサポートする。「自分ごととして健診データを理解し、リスクを認識して行動を変えるようにサポートすることが重要」と岡田氏は強調する。個人では生活習慣を変えるのは難しい場合も多い。岡田氏は、職場全体で取り組み、個人の行動変容を組織で支え、ワークスタイルを変えることが大切と指摘した。

行動変容をサポートする働きかけ
 津下氏は、「第3期に入った特定保健指導一実施率・効果を高めるために」のテーマで講演。保健指導は、健診のデータを活用して行動変容を促す仕組みであると説明した上で、健診結果に問題がなくても黄色信号が出ている人にアプローチすることが大切と述べた。健診のデータからメタボになりかけている人を抽出し、生活習慣を変えることで、悪化を食い止めることが求められる。「自覚症状や痛みの感覚がない人に気づいてもらうことが大切」と述べた。そのため、何から行動を始めたらいいかを一緒に考える姿勢が大切だ。本人がイメージできることを具体的に

約束し、それが習慣につながるように応援していくことが保健指導の基本的な流れとなる。特定保健指導は、リスクの有無で網掛けをし、全員をカバーするために階層化の考え方を取り入れている。限られた資源を有効に活用するための方策だ。保健指導は自分では指導を受けたいと思わない人に会えるチャンスであり、指導者としての力量が問われる。「20分の限られた時間なので、難しいことを話すのではなく、できるだけ簡単にその人がメリットと感ぜられるように話すことが重視される。多くの人はできない理由を述べるが、何ができるかを一緒に考えることが大切」と津下氏は強調する。本人が自分ごととして、意欲を持って行動を変えることが重要だ。津下氏は、生活を変えてよかったと意識できるようにPDCAを回して効果を確認することを保健指導担当者に求めた。

愛知学会の点描



今こそ示せ、機能評価認定病院のプライド

病院機能評価委員会

病院機能評価委員会委員 朝見浩一

病院機能評価は、1997年に運用が開始された(公財)日本医療機能評価機構による病院機能評価事業であるが、評価方法、評価項目、機能種別など年々見直され、2018年4月からは3rdG: Ver2.0として運用されている。

当委員会では、今年度の学会テーマに沿い、「今こそ示せ、機能評価認定病院のプライド」と題して、機能評価でS評価(秀でている、特に良いと認められた評価)を取得した部門の代表者に演者をお願いした。普段、病院の中では裏方的な存在となっている栄養部門、薬剤部門、地域連携部門、リハビリ部門、事務部門の立場で、それぞれの部門のプライドをかけ、どのようにS評価を取得したのか、そこに至る経緯など具体的な事例を含め発表頂いた。

最初に千春会病院栄養科の谷中氏に「積極的な栄養管理の仕組みと実際」と題して発表頂いた。60床という小規模病院ではあるが栄養部門に20名配置

され、管理栄養士を厨房と病棟にも配置し、多職種連携の中で、随所に工夫されたきめ細やかな食事の提供をされていた。さらに管理栄養士が地域活動にも参加されていることは地域貢献にもつながる取り組みである。

次に、総合大雄会病院薬剤科の後藤氏に「安全な薬剤の使用について薬剤師ができること」と題して発表頂いた。口頭指示を原則禁止、薬剤師が24時間体制で処方・注射薬監査を実施、病棟に注射薬を極力配置しない取り組みや、病棟での薬剤師と看護師の連携による注射薬の調製など、日頃の取り組みが高い評価を受けた事例であった。

続いて、西岡病院医療ソーシャルワーカーの岡村氏に「PDCAサイクルと地域連携」と題して発表頂いた。地域連携を推進する「とよひら・りんく」の活動を通じて、在宅療養支援診療所等とタブレットを活用した情報共有、看取り介護に向けた冊子作成や情報提

供、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)への地域支援活動、さらに災害時を想定した体制作りなど、積極的な地域連携活動を推進されていた。

次に、美原記念病院言語聴覚科の塚塚氏に「今こそ示せ、リハビリ専門職のプライド」と題して発表頂いた。回復期リハ病棟のFIM目標の設定では、ADL目標を数値化し予後予測表、歩行動画、介護保険リハビリの説明など患者側の視点で具体的な情報提供をされていた。また、畑プロジェクトというリハビリの活用効果では、患者の生きがい作りや行動変容を促すユニークな成果のある取り組みをされていた。

最後に、木村病院常務理事の木村氏より「地域包括ケアシステムが進む中で中小病院ができる地域への情報発信」と題して発表頂いた。都市型の高齢化が進む地域の中で、災害時医療救護訓練、地域連携の会、地域包括ケアシステムを考える会、市民医療フォーラム



などの活動を行い、さらに、地域のお祭りやイベントにも積極的に参加されており、活発な取り組みが評価されたということであった。病院の診療機能を活かした活動に止まらず、地域密着型病院として、地域と共に活動されている特徴的な取り組みの実例であった。

その後、フロアからいくつかの質問と演者を交えた意見交換が行われた。機能評価を受審する負担はあるものの、それ以上に病院機能が向上するなど得られるものの方が大きいということであった。また、それぞれの病院の取り組みに共通する点として、機能評価受審を目的化することなく、PDCAを回しながら、患者のため、地域のために活動されていた。日頃の取り組みが高く評価され、病院機能評価を通じて医療の質向上につながっている事例は、他の会員病院にとっても大いに役立つ内容であったのではないだろうか。

今こそ示せ、『看護師の特定行為研修』修了者のプライド

看護師特定行為研修委員会

看護師特定行為研修委員会委員長 神野正博

これまでの本企画では制度を広めるために、理事長・院長、看護部長など管理者が登壇していたが、制度発足から5年が経過したことから、今回は研修を終え、現場で活躍している看護師が登壇するスタイルとした。本制度は医師の働き方改革、タスクシフティング、タスクシェアリングで注目されているが、その実態に切り込むディスカッションができたと思われる。

冒頭、厚生労働省看護サービス推進室の習田由美子室長から、今年度のモデルチェンジ、特にパッケージ化の概要について説明があった。また特定行為研修修了者は1,685人(2019年3月時点)であることが示された。2018年度看護師の特定行為研修に係る実態調査・分析等事業の結果によると、特定行為研修による効果として、感染率低下、術後の早期回復、在院日数短縮、看護の質向上、患者満足度向上、多職

種のハブとして機能、医療機関の増収等が示された。その他、特定行為研修制度自体が共通科目のe-learningを院内研修として活用されている施設があることも紹介された。

各演者より以下の報告があった。○星総合病院在宅事業部事務局長の戸崎亜紀子氏(区分:創傷管理関連)から、訪問看護での活動の現状の報告があった。

・日中独居が多く、何かあっても通院できない患者が多い在宅医療においては、訪問看護師のアセスメント能力が問われる。その点で特定行為研修での学びを生かせる。

・研修終了後は、特にケアマネから関連で介入依頼がくるようになった。

・課題:地域の医療機関に特定行為の手順書が理解されておらず、連携しづらい。

○織田病院外来主任の谷口繁樹氏(区

分:術後疼痛管理関連)は、研修終了後、外来業務、特に救急外来のトリアージ等を担当している。

・研修の成果としては、臨床推論、フィジカルアセスメント能力がついたことが大きい。

・研修前は、主訴、現病歴を聞き取り、身体診察し指示待ちだったが、研修後は痛みの症状を聞き取り、病態予測し自身で処置を考えられるようになった。医師との意思疎通もしやすくなり自身の考えに対して医師からもフィードバックをもらえ、スキルの向上にも繋がっている。

○恵寿総合病院看護師長の山本美保氏(区分:呼吸器関連)はHCU師長から内科病棟師長に異動し、急性期では人工呼吸器の早期離脱、慢性期ではカニューレ交換等に携わる。

・特定行為研修を受けたことにより、医師が来るまで待たなくてもよくなり、

人工呼吸器から離脱のタイミングもはっきりするようになった。

・専門外の医師や研修医に助言をすることが可能になった。

・課題:同院にはすでに16人の研修修了者がいるが各勤務帯に必ずいる状況になく、特定行為を広く実施するには問題があることが示された。

○質疑・まとめ

臨床推論、フィジカルアセスメント能力が付き、医師の思考過程を理解できるようになり、医師が欲しい情報を伝えられることが大きな効果であることを確認した。特定行為研修の共通科目については、看護師として2~3年経験した頃に受けると現場で起こっていることとリンクし、スキルアップに繋がるため、看護師の卒後研修として有用などの意見が示された。また、研修体制について、勤務時間内に受講するか、勤務時間外にするかについて、各病院の実情が報告された。

さらに、今後のパッケージ研修についての各病院の考え方が示され、今後の拡大が期待された。

「医療事故調査制度と医師法21条の解釈」報告

医療事故調査等支援担当委員会

医療事故調査等支援担当委員会委員 飯田修平

1 本企画の趣旨

本企画の趣旨は、1-1 医療事故調査制度およびその運用を適切に理解すること

1-2 医師法21条を適切に理解すること、①法医学会の異状死ガイドライン、②検案の定義・解釈、③診療関連死の警察への届け出、④医療の過失責任を問えるか、⑤医療事故調査制度を医師法21条と一緒に議論すること、⑥自己負罪拒否(特)権・黙秘権、⑦医療事故調査制度および医師法21条の解釈の相違、⑧医師法21条に関する厚生労働省の解釈の変遷一である。

2. 講演概要

2-1 「医療事故調査制度の制度運用における問題一対象事例の判断と医師法21条一」を飯田修平氏(練馬総合病院理事長・院長)が、

1-1.医療事故調査制度運用における問題として、①対象事例の判断に関して、

法令の趣旨とは異なる解釈をする団体や病院があること、②医師法21条の解釈の相違があること、

1-2. 医師法21条と医療事故に関して、日本法医学会「異状死ガイドライン」(1994年)から医療法改正、医療事故調査制度制定(2014年6月)までの経緯、とくに都立広尾病院事件に関する医師法21条と憲法38条黙秘権(自己負罪拒否特権)の問題、医師法21条に関する厚生労働省の解釈の変遷を解説した。2-2 「医療事故調査制度と医師法21条改正の動向」を安藤高夫氏(衆議院議員、全日本病院協会副会長)が医療事故調査制度の成立の経緯と医師法21条改正の動向を解説した。

2-3 「病院長としての医療事故調査制度の対象事例の判断と警察への届出」を永井庸次氏(株式会社日立製作所ひたちなか総合病院名誉院長)が、予期しなかった死亡・死産の解釈、医療安全機構・警察への届出、病院長の医師

法第21条違反、医師の刑事責任、当該職員・遺族からの問題点等を解説した。最後に、積極的な医療事故調査制度の活用が職員・病院を守る手立てであるとした。

2-4 「医療事故調査委員会外部委員の経験から」を長谷川友紀氏(東邦大学医学部社会医学講座教授)が、医療事故調査等支援団体の役割、院内事故調査委員会の構成、外部委員招聘の留意点、調査が円滑にいかない理由、医療事故調査の意義等を解説した。

2-5 「医療事故調査制度と医師法21条の法的解釈」を宮澤潤氏(宮澤潤弁護士事務所所長)が、医療事故調査制度と医師法21条との関係と、警察の介入は専門家判断の後にすべきであること、医療事故(故意・重過失を除く)を刑事罰の対象としない事を主張した。また、検案に関する解釈を解説した。

2-6 総合討議
講師間の率直な意見交換があり、と



くに、医師法21条と憲法38条黙秘権(自己負罪拒否特権)に関しては意見が分かれたが、医療事故(故意・重過失を除く)を刑事罰の対象としない事では意見が一致した。会場との質疑応答も活発であった。

3 まとめ

本企画設定時には、医師法21条に関する厚生労働省の通知等に問題があり、その後、厚生労働省の公式見解に変更はないとの発表があった(2019年4月)。しかし、通知等の文章はそのままであり、2019年度版「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアルの追補について」で2月8日の通知を引用した部分を削除する等の不整合がある。

医療事故発生報告を促進し、原因究明、再発防止をするために、重過失・故意以外では、医療における過失責任を問わない法体系の議論が必要である。

続報・全日本病院学会 in 愛知

将来の診療報酬の在り方について考える

医療保険・診療報酬委員会

「次期改定については中医協において第2ラウンドの協議がスタートしたが、本格的議論はこれから。医師の働き方改革も踏まえ、将来の診療報酬の在り方について3人の演者にご講演頂き、総合討論を行う」と司会者より主旨を説明した。要旨は以下の通り。

①「医療人(医師)の働き方改革」(同委員会 西本育夫委員)

人口減少・少子高齢化に対して、働き方改革が推進される意義、医師の働き方改革の問題点について説明があった。厚労省より医師の宿日直、自己研鑽の通知が出たが、医師の副業規制については「労働政策審議会」の議論に注目が必要。タスクシフト、タスクシェアリングの問題として、医師事務作業補助者の配置が急性期に偏っている点、看護師が人員配置基準に縛られ人手が足りない他部署へ手伝いにも行けない点、専従・専任要件の厳しい縛りによ

医療保険・診療報酬委員会委員長 津留英智

り繁閑の柔軟な勤務対応が出来ない点、介護職員処遇改善加算により、同じ職場において介護職とその他では同一労働同一賃金となっていない点など、様々な具体例をあげ問題提起した。

②「診療報酬と、医療の質・効率化について」(全日病 猪口雄二会長)

医療提供体制に対する影響因子として、地域医療構想における公私の役割分担、医師の働き方改革(特に副業問題)、総合医の位置づけ、救急・急性期医療の集約化、人手不足の影響として、看護補助者の不足、外国人流入の問題、病院給食提供の問題、グループイングとして、地域医療連携推進法人、M&A等の問題提起があった。前回ダブル改定から、今年10月消費税増税分の改定、2020年度診療報酬改定に向けての問題点に触れた。重症度、医療・看護必要度の見直し、働き方改革への専従・専任の緩和、看護基準(様式9)

の見直し、四病協団体協議会のタスクシフティングへの提言を説明。また複雑化した診療報酬制度、これまで薬価減に頼った改定、2年に1回の改定ペース、性善説中心の制度を変えられない現状、これらの問題点を根本的に変えるには、医薬分業の在り方再考、ストラクチャーからプロセス・アウトカム評価への変革、効率的な病院運営の実現、そのための持続可能は社会保障制度の構築が必要との説明があった。

③「医療現場におけるAI、IoTの導入について」(株CHC 河北真文社長)

診療報酬制度は、基本的に医療行為に対する対価であり設備投資は考慮されていない。医療情報システムによって本当に業務は効率化されたのか、最新テクノロジーと病院の付き合い方には課題が多い。RPA(Robotic Process Automation)とはPC内で働いてくれるロボット、医療者はより付加価値勞

働を行い、単純作業はロボットに任せることが重要。病院内の様々な業務を整理して、企業依存ではなく病院団体としてRPAロボットを開発していく教育研修事業が重要。医療材料のバーコード管理にRFIDを導入して人件費削減等の紹介があった。

④《総合討論》

介護処遇改善加算の現場での問題点を再確認した。副業問題、働き方改革、宿日直の問題については、医療機関側も部署別、職種別等の細かな対応が必要。RPAと診療報酬については業務洗い出しが先決だが、人事労務管理は実現可能。最新テクノロジーには新たな投資が必要だが診療報酬に転化してコスト回収が出来ない。病院が教育研修事業でRPAを開発し利益を再投資する仕組みが必要。複雑な診療報酬制度、査定制度等に縛られ過ぎており、最低限の保険給付制度は維持しつつも、患者が自由診療、選定療養としてサービス、質を選択できる新たな仕組みが求められる等の議論があった。今後三位一体改革、診療報酬制度改革は患者本位の改革であるべきと締めくくった。

認知症の症状が進んできた段階における対応と連携

高齢者医療介護委員会

全日病では2018年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業で「認知症の症状が進んできた段階における身体合併症に関する調査研究事業」を行った。

本研究の目的は、認知症と身体合併症を併せ持つ患者への適切な対応を行うためには、精神科以外の病床における行動・心理症状(BPSD)への対応力を高める視点や、精神科の病床における身体合併症への対応力を高める視点の他、適切な連携をとる視点が重要であると考え、まず入院医療機関における認知症の人の入院・治療方針等の実態と課題を明らかにした。そのうえで、認知症の症状が進んできた段階の身体合併症へ対応するための手法、本人・家族の意志を踏まえた身体合併症に関する疾病の治療方針の決定に関する課題について検討を行った。

この結果に基づき3人の演者に各施

高齢者医療介護委員会委員長 木下 毅

設での現状をお話いただき討論した。発言内容は次の通りである。

土屋病院病棟師長の影山聖子さんは身体拘束について話された。行動制限状況を退院患者から振り返りを行った結果、①およそ30%の患者に行動制限が見られた。②離床センサーを行動制限とらえていたが、『見守り』としてとらえるようになってきているので病院として行動制限の考え方を再検討していかなければならない。③行動制限せず転倒や骨折などの事象が発生していることもあり、安全な療養環境を整えるためにアセスメントや観察力を養う必要がある。④多職種カンファで事例について話し合いを行い回避することが可能になった。最後に当院には精神科医がいるので、適宜相談できる体制であり行動制限廃止に向けて今後も取り組んでいきたい。

次に、脳血管研究所附属美原記念病

院急性期病棟師長の小椋静磨さんは「急性期病棟における身体拘束解除への試み ~せん妄・認知症の患者のケアを中心に」を話された。急性期医療の現場では安全担保を大義に身体拘束が安易に行われていると感じられる。当院では、多職種で構成される認知症サポートチームを組織し、急性期病棟に認知症看護認定看護師を配置、連携して身体拘束解除にむけて組織的に対応した。きめ細かいケアの実践により急性期病棟においてせん妄や行動・心理症状を呈する患者数は減少し、身体拘束の実施率は著しく低下した。

しかし、アクシデント発生はなく身体拘束が患者の安全を担保するものではないことを示した。一方、認知症ケア加算対象者が減ったことにより当該算定点数は減少し、病院経営上はデメリットとなることが示唆された。診療制度において認知症ケアに対する適切

な評価が望まれる。

平川病院院長の平川淳一先生は精神科病院における認知症の身体合併症について話された。精神科病院でも高齢化が進んでおり、認知症を含め身体合併症への対応できる病院も増えている。

今回、認知症が進んできた段階における身体合併症に関する調査研究事業報告書(全日本病院協会2019年3月)によると、一般・療養病棟において、BPSDにより対応困難となった際にとられる対応として、家族に付き添いを要請する、身体拘束を行う、薬剤投与などが、多くの病棟で行われていることが明らかになった。

これらの対応は、身体疾患を治療するために必要であることは理解できるが、精神病棟への転院・転棟要請を挙げた病棟は異常に少なく、最も多い「医療療養病棟」においても2%に満たない。認知症が重度で仕方なく精神科病院に転院するという結果のように思われ、たいへん残念である。最近では精神科病棟でも身体合併症への対応ができることも増えているので、精神科病院と一般科の連携強化が急務と認識した。

今こそ目指せ、介護医療院

介護医療院協議会

介護医療院が創設され、1年半が過ぎた。令和1年6月30日における介護医療院開設数は223施設、14,444療養床と報告されている。内訳は介護医療院I型が146施設、II型が75施設であり、介護療養病床からの移行が最も多く91施設、9,594療養床、介護療養型老人保健施設からが56施設、2,215療養床、医療療養病床IまたはIIが43施設、1,433療養床となっている。この数字をどう評価するかはそれぞれの地域、医療機関によって違うであろう。しかし制度上廃止されている介護療養病床、経営・運営が厳しい経過措置型医療療養病床を持つ我々は移行施設を適切かつ迅速に決める必要がある。今年の当協議会企画は制度の狭間にある施設の目指す施設として介護医療院が持つ意味を実際に運用されている介護医療院の実態を提示して頂き検討した。まず厚生労働省老健局老人保健課長真鍋馨氏に創設された介護医療院の経

介護医療院協議会議長

緯と意義、そして将来展望を含めてまとめ頂いた。地域医療構想が進むなか、地域包括ケアにおける在宅施設としての介護医療院は医学的管理がなされ、看取り・ターミナルケアにも適切な対応がなされる長期療養施設・生活施設として第7期、第8期医療計画においても推進事業と捉えられており、介護医療院への移行支援は今後も継続される予定にある。

次いで転換型老健140床を一気に介護医療院へ移行し、今後も介護療養病床を介護医療院へ移行予定である医療法人社団和恵会湖東病院理事長猿原大和氏に決断に至ったいきさつ、また実際に開設してのご苦労をお話し頂いた。介護医療院へ入居し自分の生活空間でのんびりお過ごし頂くことは長期療養施設としては理想的である。しかし予想以上に医療度・介護度が高い方が多く、多職種にわたるマンパワーを確保することが難しく、今後そのマンパ

土屋繁之

ワーに見合う報酬が設定されかどうかは大きな課題となりそうである。

次いで医療法人慈繁会土屋病院事務長の本郷俊之氏は99床という小規模病院で地域包括ケア病床、I型医療療養病床を有するなか介護医療院を新設し、病床運営のなかで介護医療院が果たす役割を話して頂いた。地域包括ケア病床の在院日数、在宅復帰率を見据え、患者に適切な療養環境を選択するために細かい患者評価を医師、看護師、ケアマネージャーなど多職種で行っている。しかし思うように有効な病床稼働に繋がらない厳しさも提示頂いた。

最後に医療法人弘生会本庄内科病院理事長・院長の本庄弘次氏に地域医療に密着した医療・介護を行うに当たって介護医療院のあるべき姿をお話し頂いた。医師と患者の信頼関係は常に同じ空間で育まれることが理想的であり、医療・介護と繋いできた患者の看取りを最後まで行える介護医療院は地域か

ら信頼される施設になりうる可能性がある。さらに在宅にあり十分な介護サービスを受けることが難しい方がサルコペニアやフレイルに陥り寝たきり状態となることは少なくない。介護医療院では、手厚い看護・介護・リハビリテーションそして栄養管理ができるので、そのような在宅弱者を支援できる。我々が地域の人々に貢献できる施設として活用できるよう介護医療院を制度として充実させて頂きたいという本庄氏の熱い想いが伺われた。

当協議会企画が開催された時間帯には「官民格差徹底討論!!」と題しての学会企画が同時開催されていた。苦戦が予想されたが、思いのほか聴衆に恵まれた。介護医療院という新たな施設の地域包括ケアシステムにおける役割とそのあり方に、多くの医療関係者が興味を持っていると思われた。

介護医療院に関しては多くの議論があるが今こそ移行に向けて決断の時期であり、自院と地域を結ぶ究極の在宅施設となり得る介護医療院にじっくり取り組まれてはいかがでしょうか。ご参加頂いた多くの皆さまに心より感謝申し上げます。有難うございました。

来年度専門研修の専攻医募集を開始

日本専門医機構 都道府県別・診療科別でシーリング

日本専門医機構の寺本民生理事長は、10月21日の会見で、来年4月開始の専門研修の専攻医募集が10月15日に始まったことを報告した。現時点での登録状況は3,200人弱で、予定採用人数の3分の1ほどだという。今回の専攻医募集から、シーリングをより厳しくし、都道府県別・診療科別の人数の上

限を設けるとともに、医師不足県での研修の期間を義務付ける連携プログラムを導入している。

ただ、新たなシーリングに対しては、厚生労働省が機械的に推計した面があるため、妥当性に疑義が生じている。このため、機構内に協議会を設置し、検証を行っており、12月に一通りの議

論を終える見通しだ。精神科など開業医が比較的多く、勤務医が不足しがちな診療科で、医師が過剰とされたことの問題などを整理し、来年度の専攻医募集に反映させる。

また、サブ・スペシャリティについては、現状で医道審議会・医師専門研修部会の理解が得られていない状況だ



が、厚生労働科学特別研究事業で考え方を整理する研究を実施することになった。具体的には、基本診療領域とサブ・スペシャリティが臨床現場での診療領域を分担するかの考え方を整理するとしている。

次期診療報酬改定の重点事項は医師等の働き方改革

社保審・医療部会 委員からは異論とそれへの反論

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は10月21日、次期診療報酬改定の基本方針策定に向けた議論を行った。厚生労働省が4つの視点の中で「医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進」を重点課題として示したことに異論が出た。議論は10月18日の中医協総会(2面参照)と同様の様相を呈したが、重点課題としては、位置付けられる方向だ。

厚労省が示した改定の4つの視点は、医師等の働き方改革の推進のほかに、「患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現」「医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進」「効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上」。項目自体は前回改

定と同じ。今回は、「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」を重点課題とした。

医師等の働き方改革の推進を重点課題とすることの最も大きな要因は、2024年度の医師の時間外労働規制の適用だ。それまでの医師の労働時間を着実に減らしていく必要がある。

具体的な方向性の例としては、「医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取り組み」「タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進」「救急医療体制等の評価」「ICTの利活用」をあげた。

議論では、働き方改革への対応が急務との認識は共有しつつ、賛否両論があった。診療報酬改定の重点課題に位

置づけることに、健康保険組合連合会常任理事の河本滋史委員は、「違和感がある」と発言。有識者からも、「働き方改革のコスト増は、他の産業では補てんされない」(松原由美委員・早稲田大学学術院准教授)、「実際にかかったコストの補てんなのか、政策医療としてのインセンティブなのか不明確。人員配置基準の緩和等なら、逆にコストは下がる」(島崎謙治委員・政策研究大学院大学教授)などの意見が出た。

これに対し、「医師の働き方改革は2024年度から刑事罰つきの規制が始まるので、待たなし」(今村聡委員・日本医師会副会長)、「これまで医師は労働者という意識がなく、長時間労働が当たり前だった。今後はそれが通用しない」(相澤孝夫委員・日本病院会会長)などの反論があった。



全日病の猪口雄二会長は、病院のマネジメント改革に新たな費用がかかることを強調した上で、「2024年度を目指したマネジメント改革で、実際に何をやるべきかを絞りきれていない病院が少なくない。できれば、重点課題とするのは次回改定だけでなく、継続的に位置付けていくことが、対応が細切れにならず望ましい」と主張した。

そのほか、公立・公的病院への再編統合の再検証の要請をめぐり、意見交換した。全国町村会(山形県山辺町長)の遠藤直幸委員が、「病院名が公表され、地域住民が不安を抱いている。地域への影響が配慮されず、大変遺憾だ」と述べた。一方で、今回の再検証に沿って、地域医療構想の実現に向けた議論を推進すべきとの意見も相次いだ。

台風被害にAMATが出勤

猪口正孝常任理事は、台風15号および19号で被災した病院に対するAMATの支援活動について、10月19日の常任理事会で報告した。

9月9日に上陸した台風15号は千葉県を中心に大きな被害をもたらした。全日病の調査によると、千葉県の会員病院74病院のうち19病院が被災。16病院で雨漏りや窓ガラスの破損などの建物の被害があった。ライフラインは、停電被害が8病院、水道被害が2病院だった。

AMATは、EMISなどで医療支援ニーズを収集。10日から23日にかけて、28チーム・計92名が活動した。

千葉県富里市の中沢病院では、停電により冷房が使えなくなったため、患者搬送を実施した。また、被災した家屋にブルーシートを張る作業中に転落する事故が多発。館山市の安房地域医療センターに搬送された重症患者をAMATが亀田総合病院に搬送した。長期の停電により病院避難を余儀なくされるケースが多く、AMATが機動力を発揮して中心的な役割をはたした。

10月12日に関東に上陸した台風19号では、多摩川の氾濫により、浸水被害を受けた世田谷記念病院に永生会南多摩病院と直和会平成立石病院の2チームが支援に入り、患者搬送を行った。

一冊の本 book review

医療の本懐

令和時代に継承すべき、日本の医療とは

著者 ● 吉田静雄
発行 ● 日経BP
定価 ● 1,500円+税

現在の日本の医療と医療制度の問題点と矛盾点を簡潔かつ明瞭に指摘した本書は、元全日病常任理事でもある吉田静雄先生の最新作。世界に誇る「日本の医療」を残していくために何をしなければならぬか、日本の文化に根差した視点と医師だからこそその視点の両面から、提言されている。特に阪神・淡路大震災やJR福知山線脱線事故における対応については、すべてのスタッフに読んでいただきたい。医療人としての「矜持」を改めて感じる一作。
(安藤高夫)

2019年度 第6回常任理事会の抄録 9月27日

【主な協議事項】
正会員として以下の入会を承認した。
新潟県 新潟県厚生農業協同組合連合会上越総合病院
院長 籠島 充
大阪府 市立ひらかた病院
院長 林 道廣
岡山県 岡山赤十字病院
院長 辻 尚志
他に退会が1会員あり、正会員数は合計2,554会員となった。
賛助会員は以下の入会を承認した。
ピットデザイン株式会社
(代表取締役社長 池末浩規)

株式会社メディカ出版
(代表取締役社長 長谷川素美)
賛助会員数は合計103会員になった。
●若手経営者育成事業委員会委員の選任を承認した。
【主な報告事項】
●審議会等の報告
「中央社会保険医療協議会総会、入院医療等の調査・評価分科会薬価専門部、保険医療材料専門部会」「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」「地域医療構想に関するワーキンググループ」「在宅医療

及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」、「社会保障審議会医療部会」「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」「マイナンバーカードの健康保険証利用に関する協議会」「一般財団法人日本看護推進センター理事会」などの報告があり、質疑が行われた。
●病院機能評価の審査結果について
□主たる機能【3rdG:Ver.2.0】～順不同
◎一般病院1
東京都 日扇会第一病院 更新

東京都 第一病院 更新
岡山県 高梁中央病院 更新
熊本県 出田眼科病院 更新
◎一般病院2
千葉県 千葉メディカルセンター 更新
神奈川県 大和徳洲会病院 更新
岐阜県 中津川市民病院 更新
◎精神科病院
沖縄県 平和病院 新規
8月9日現在の認定病院は合計2,174病院。本会会員は887病院と、全認定病院の40.8%を占める。

■ 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
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】	16,500円(税込) (22,000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。
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会 (150名)	2019年12月2日(月) 【全日病会議室】	5,500円(税込)	日本医療法人協会との共催。厚労省が推進する「医療安全推進週間」の取組みとして、医療安全対策に関し、医療関係者の意識向上、医療機関・関係団体の組織的取組みの促進を図ることを目的に開催する。