

第 33 号

2016. 5

年 6 回発行

日本病院会 愛知県支部ニュース

発行所 日本病院会 愛知県支部

〒450-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館内

TEL (052)263-0800 FAX(052)242-4353 E-mail : jha-aichi@byouin-k.jp

発行人

支部長 松本 隆利

目次

○巻頭言

熊本大震災から学んだ
こと 1

○丙申（ひのえさる）の年
の地域医療構想 2

○日本病院会常任理事会
報告 3

○支部理事会議事録（抄） 6

○総会のお知らせ 6

愛知県支部ニュースへの ご寄稿のお願い

愛知県支部ニュースは、会員の皆様の意見交換の場として会員の皆様からの情報発信をお待ちしております。テーマ、字数の制限は特にありませんので、ご寄稿よろしくお願いします。

巻頭言

熊本大震災から学んだこと

理事 伊藤 伸一

4月14日21時26分、熊本県熊本地方を震源とするマグニチュード6.5・震度7の地震が発生した。さらに28時間後の4月16日1時25分にはマグニチュード7.3・震度7の本震が熊本地方を襲った。本震発生前には14日の地震が本震でその後の余震に対する警戒情報が出されていたが、実際は二度目の本震が前震でありダメージを受けた家屋や市民に決定的な被害を及ぼすこととなった。

振り返ると5年前の東北地方太平洋沖地震でもよく似た現象が経験されたことを思い出す。平成23年3月11日14時46分に東北地方で起きた巨大地震はマグニチュード9.0・宮城県栗原市で震度7を観測したが、本震51時間前の3月9日11時45分に本震震源の50km北を震源とするマグニチュード7.3の地震が発生し、さらに約19時間後の3月10日6時23分にマグニチュード6.8の余震と考えられる地震が発生している。当時は3月9日の地震が当時予測されていた宮城沖地震ではないかとの憶測が飛び交っていたことを思い出す。予想されていた大地震とその余震が発生したと思ひ込んだことで3月11日に発生する未曾有の巨大地震に対する備えが緩んでしまったようなことがあったのではなかろうか。

我々の居住する愛知県は東海・東南海・南海3連動地震が今にも発生するリスクをはらんでいる地域である。今回の熊本震災の経験

から、激しい地震の数時間後にもっと大規模な本震が起こる可能性を認識しながら素早い避難・対応が必要であることは今更申し上げるまでもない。特に入院患者を収容している病院においては初発地震で受けた被害状況をできるだけ素早くかつ正確に把握し、次なる巨大地震への的確な対応が必要とされる。「本当の天災は安心した後にやってくる」と心に刻んでしっかりと準備を整えたい。

今回の熊本地震では前震発生直後に当該地域の民間病院団体を通じて各病院の被害が軽微であることを確認し、いつでも出動可能な支援体制を敷いていたが、16日の本震後に同地域の支援要請を受け、各病院の被害状況の確認並びに医療支援さらには支援物資の搬入拠点設置を目的として全日本病院協会のAMATチームとともに同日夜に現地入りをした。今回の震災は平成7年の阪神淡路大震災と同様に甚大ではあるが被害地域は比較的限定的で、熊本に隣接する福岡県・佐賀県・鹿児島県ではほとんど被害がなかったため、各県の病院団体や地域医師会が中心となって迅速で適切

な対応ができたことで、被災された医療機関、特に民間病院に多少の支援ができたのではないかと
思っている。

民間病院は被災後も入院患者を収容したまま一定の医療活動を維持することが要求されている
にもかかわらず、過去の大震災では多くの民間病院に支援の手が及ばなかった事例を多く経験して
きた。今回はその教訓からまず民間病院の情報収集と被害状況に応じた医療・物資の支援が届くよ
うに行動した。しかしすべての被災病院に充分に対応できたわけでないことが悔やまれる。この教
訓を生かして次なる災害に対応できる体制を整備していきたい。

震災の被害を受けられたすべての方にお見舞い申し上げるとともに、1日も早い復興を心から願
うばかりである。

(社会医療法人大雄会 総合大雄会病院 理事長)

丙申（ひのえさる）の年の地域医療構想

理事 今村 康宏

平素は諸先輩の先生方に多大なるご厚情を賜り、この場をお借りして篤く御礼申し上げます。またこ
の度の熊本地震で被災された方々に心よりお見舞いを申し上げ、発災当日にいち早く現場に駆けつけら
れた皆様に敬意を表する次第です。

さて、最近「パナマ文書」に関する話題が盛んです。私のような経済の素人にはその深層を理解するこ
とは不可能ですが、この件を聞くにつけ、今年が丙申（ひのえさる）といわれていたことを思い出しま
す。

丙申の意味については諸説あるようですが、私がある方から聞いたところでは「これまで表面化しな
かったものが表に現れてくる年」なのだそうです。パナマ文書の件を聞いた時はこれこそ丙申だと思っ
たものでした。他の国ではどんな風に言われているのでしょうか。

私が丙申的テーマとしてイチオシなのは地域医療構想です。愛知県においてはすでに昨年から様々な
話し合いの場が持たれるようになり、構想策定の道筋や問題点が示されていきました。県によって話し合
いや策定のスピードに大きな違いがあり、今年3月末に出来上がったところもあります。愛知県では9
月策定を目指していると聞いております。全体の方針を貫きつつ地域ごとの実情に合わせなければなら
ず、協議の場に参加し調整に取り組んでおられる方々のご苦労は察して余りあります。

今回の診療報酬改定は既定路線の強化であると思っておりますが、丙申的に重要と感じる点は、
今回改定で示された療養病床の考え方です。地域医療構想および地域包括ケアシステム構築と不可分の
重大な要素を含んでいるからです。

同じような病態の患者さんが、人によっては医療療養病棟に入院していたり、特養にいたり有料老人
ホームにいたり、サ高住にいたり、自宅で在宅サービスを濃厚に受けていたり、様々です。もちろん
医療依存度の高い方が医療療養に長期入院されていることが多いのですが、その地域の医療介護資源の
分布や患者の所得など、色々な条件に応じて相当な違いがあります。愛知県内でも多様な傾向があるの
に、日本全体を見れば高知県のような療養過剰と見えるところもあれば東北や首都圏のように少ないと
ころもあり、急性期から回復期、療養に行くにつれて地域差がより顕著になっていくようです。

国は慢性期と在宅医療の需要の将来推計において、療養病床は特養など介護系入所ベッド、さらには
在宅も含めてひとかたまりとして数を考えているようです。それならば、平成30年度から開始される
予定の福祉圏域についての議論は、たとえ介護サービスを行っていない医療機関にとっても重要なもの
になります。

私が強く思うのは、福祉圏域の話し合いは市町村単位、中学校区単位といった、二次医療圏域よりかなり狭い地域を想定されている関係上、介護に直結する医療機能を担う病床数の話し合いは、福祉圏域を念頭において、あまり規模感の差異のない区域設定で行われるべきだということです。

高度急性期や急性期はともかく、回復期や療養病棟に関しては、もちろん医療圏のサイズもありますが、基本的に福祉圏域の規模とあまりかけ離れない程度のエリアで病床数を設定しないと、医療と介護のシームレスな移行に差し障りがあると思います。その点では急性期であっても在宅復帰を考えるならば、このことと決して無縁ではありません。急性期から療養まで、医療と名がつけば同じカテゴリーで議論されるのであれば、介護への移行をしようと思っても遠方の病院と退院前カンファレンスをしなければならないようなことが起きかねません。

しかしそんなきめ細かい病床機能ごとの調整ができるものなのか。県の手腕はもとより「協議の場」に参画する我々の姿勢が大きく問われることになりそうです。

いずれにしても、拙速な議論は将来にきつと禍根を残します。本年9月の構想策定はするにしても、その後も話し合いを腰を据えて継続していくことが不可欠であると思います。

マーケティングについて、車で15分圏内だ、30分圏内だ、という話を聞くにつけ、もしかして2次医療圏の考え方自体が古いのかもしれないとも思います。世間の動向を眺めて医療圏の推移を見守る一方で、医療圏に関係なく患者さんに来てもらえる自院の誇れる機能をいかにじっくり育てていくかが、これからの鍵であると痛感します。

私の大好きな言葉に「上善如水」というのがあります。水といえば、国際医療福祉大学の高橋泰教授は、今の医療界の動向を「黄河の流れ」に例えられます。黄河はまっすぐ西から東に流れるのではなく「几」の字を描くように、北へ行ったり南へ行ったりしながら、しかし全体としては確実に東に流れる。しかも時代とともにこの蛇行の向きも変わります。

地域包括ケアシステムは、黄河に浮かぶ船に例えるとすでに東へ直線コースに入る手前まで来ているのでしょうか。一方で地域医療構想はまだやっと上流から船にのって漕ぎ出したところだと思います。東へ流れるかと思ったら全然違う方向へ、なんてこともあるかもしれません。それなら、専門医制度などはどうなのでしょう。

その流れに乗る大きな船たちの動向を俯瞰しながら、自院という小さな船を沈没させないように、文字通り難しいかじ取りをしなければなりません。私は大変に未熟者ですが、松本支部長はじめ日本病院会愛知県支部の諸先輩方にお教を賜りつつ、この荒波を乗り切っていきたいと思います。これからも何卒ご指導をよろしくお願い申し上げます。

(医療法人済衆館 済衆館病院 理事長)

日本病院会報告 平成28年度第1回常任理事会報告 (平成28年4月23日)

副支部長 末 永 裕 之

1. 承認事項

*日本病院会あり方プロジェクトより

- ・日病支部の拡充について(検討課題):支部を内部組織化、支部助成金(1会員あたり現在3,000円から5,000円に引き上げ、支部活動への正副会長の出席)
- ・本部理事会の運営について:理事会を4回から6回へ、常任理事会を8回から6回、支部長会議は理事会に合わせる。規約変更を予定する。

*認知症ケア講習会：松本理事提案(八千代病院)

・認知症ケア加算2の施設要件を満たす講習会を6月25、26日さらに9月3、4日と名古屋サンスカイルームで開催。7月2、3日と日本病院会会議室(東京、半蔵門)で開催。

*平成28年度予算案の承認

2. 報告事項

*病院経営の質推進委員会

・病院中堅職員研修 内容をさらに充実させる
・新コースについて 副院長を中心としたトップマネジメントのための新コース グループワークを含め交流プログラムを特色とした内容

日時：11月19(土)、20日(日) 場所：日病セミナー室

内容：①講義(地域連携、チーム医療、財務諸表と病院経営、マネジメントとリーダーシップ等)
②グループワーク(テーマ：地域連携)

*医療の安全確保推進委員会

・四病協での摺合せ ①医師法第21条と医療事故調査制度は別個のものであるため、切り分けて議論すること②医療事故調査制度の見直しは施行後半年と時期尚早であるという意見と、見直した良い事例もあるとする両論がある。

・「外表異常のみに着目して判断する」と「外表異常について経過の異常も考慮すべき」との解釈の違いもある

*医療制度委員会

・3月31日の医師需給分科会では2024年頃に約30万人で均衡となる。

①平成18年の医師受給検討会の結論を踏まえて暫定的な医学部定員増の措置が、平成29年度と平成31年度に期限が切れる「医学部臨時定員増」の継続の有無についてどのように考えるか。

②必要医師数を考える上で、現状で考えるべきなのか、10年後、20年後をベースに考えるべきなのか

③—1 地域偏在について

③—2 診療科偏在について

・医学部臨時定員増の継続の有無については延期しないことで良いのではないか

*地域医療委員会

・盛岡での日病学会のオピニオンで(6月24日9:00~10:30)「地域医療再生—なぜ国民的議論にならないか—」を開催する

・地域医療再生に関するアンケートでは中小病院の医師不足は全く解消されていない

*看護職員需給分科会

・8月までに需給推計方法を確定し、各都道府県で需給推計を実施。10月には都道府県推計の集約、年内の報告書とりまとめを目指す。(厚労省) あくまでも推計値であるものを使用することが不安、訪問看護事業所等では実際に訪問看護ステーションに在籍していない看護師が従事している点を考慮して等の意見が出た。タイトなスケジュールについて疑問を唱える声も。

*社保審医療部会

①「療養病床の在り方に関する検討会」の報告について、②新たな専門医の仕組みに関する検討会」の報告等について、③今後の検討が必要となる主な課題 の3項目についての意見交換

・今後の検討が必要となる主な課題

1. 地域医療構想・次期医療計画

2. 療養病床の見直し

3. 医療従事者の需給・偏在

4. 新たな専門医の仕組み

5. ゲノム医療の実用化推進
6. 医療広告の在り方
7. 特定機能病院のガバナンス
8. 医療事故調査制度の在り方

3. 協議事項

・医療従事者の需給について：

地域医療を守る立場の病院からすると、医学部定員が増し、医師が増加していると言っても需給がうまくいっているとは思えない。また、需給を考えるとときに医師の超長時間勤務を解消できるまでの充足をする意見は出ていない。女性医師増加もあって現場での充足感はない。一方で医師数を増加しても何らかの計画配置をする(専門医制度、保険医承認で)制度がなければ、地域偏在、診療科偏在の解消にはならない。

その中で各種の意見が出された。

- ①地域枠の学生は70大学、1500人に達している 22条職業選択の自由、生存権25条を言われるが、公共の福祉が優先されるべき 何がしかの計画配置を 全国統一の地域枠ルールを
- ②H16に研修医制度が開始となりその後定員を増やしたが、実効が現れない。卒業した大学の近くでないと研修できないとするしかないが、大学を中心とした医師の配置は医局の復権か
- ③皆が希望するところで研修できるわけではない 研修を地方で縛るのは可能 フランスは成績で、アメリカは定数で 専門医の定数を決めるべし
- ④医師を増やしても規制をしないと無理 生活の質を考えると大都会を希望する 給与だけの誘導ではうまくいかない 保険医も含めた定員を
- ⑤地域枠を取り入れている所もあるが大学中心 新専門医制度は医局講座制復活 プログラムがバラバラで統一されていない 開始の延長を
- ⑥需給バランスでは立ち去り型サボターージュが開業する これを考えないと クリニックが乱立している所もある 自由開業制も含めてトータルに考えないと 病院勤務医が減っているわけではない
- ⑦何らかの規制は良い 医師が増加しすぎると失業の問題も考えておかないといけなくなる
- ⑧地域枠が卒業してきた 義務年限はあるが彼らには熱いものがある 専門医制度は大学に専攻医が集中するが、地域枠が専門医を取りにくい 地域に居ながら専門医をとれるようにしないと 卒業した大学で研修することは大学への偏在に繋がる
- ⑨病院の70%を占める中小病院はアンケート結果でも明らかなようにいつも医師不足の状態 常勤医師が少ない、若い医師が来ない
- ⑩公募でも医師確保が出来るようになったが強いところはさらに強くなり、弱いところがさらに弱くなることは避けられない
地域枠を恒久定員に加えていく(限定的な定員ではなく) 病院医師の中で急性期病院医師が不足なのか、偏っているのか等を考え発言する必要あり
- ⑪診療科による不足はあっても東京では充足する 地方での医師不足にはやはり計画配置は必要
- ⑫医師の動きも一般 people の都市への流入を考えると致し方ない 病院を中心とした町づくり、人口の確保、それに対しての計画が必要 医師の基本データの分析がない 女性医師は30歳で消えて35歳で老健勤務ということがよくある
- ⑬地域枠が増え、自治医大に合格しても辞退する学生が増えた
- ⑭へき地では20時を過ぎたら何もなしここに派遣するのは・・・センターにプールして1年交代でへき地に行かせる 教育の問題も考えないと
- ⑮世界のスタンダードとすると医療需要も減る
- ⑯偏在こそが問題 大学から昔は派遣されてきた(大学の使命感によって)総合医育成が地域医療に

は欠かせない やはり大学で優れた医師を育てることが必要

⑰アンケートでは医師確保で大学医局からの派遣が一番多い 地域医療支援センターの役割が重要

⑱急性期医療はダウンサイジングの時代 患者はフリーアクセスでどこにも行ける それに合わせた地域医療体制を マクロでは需給推計から計算したグラフ上では2025年には平衡となる

ミクロではN県の地域医療支援センターは役にたっていない 地域枠は公的病院にしか行っていない 教授、役人は地域医療を分かっていない

フリーアクセスで強制するのは難しい

⑲病院は7200まで減少し、医師が余る ナーシングホームでは医師はいらない 開業医も25%減となる ブームは去りつつある モールも勢いが止まりつつある 保険医指定でコントロールすれば適正配置が出来る 地域枠の統一ルールを日病が作るべき

(小牧市民病院 事業管理者)

第1回日本病院会愛知県支部定例理事会議事録(抄)

日時：平成28年5月17日(火) 15:00~16:10

場所：愛知県医師会館 8階 801会議室

出席理事：松本隆利、末永裕之、渡邊有三、石川清、加藤林也、小谷勝祥、絹川常郎、今村康宏、岩瀬三紀

出席監事：小林武彦、細井延行

(定数報告)

・理事15名のうち9名出席より理事会は成立した。

(支部長挨拶)

・地域医療構想の策定が進んでいるが、介護療養病床、25:1病床は「施設」へ衣替えとなる。経過措置は長くはないだろう。区分2+3の医療機関の経営状況は良いが、区分1の医療機関は苦しい。

・QIの経済効果については、調査を行っている間は職員に不評であるが、結果を見て評価される。

(協議事項)

(1)平成28年度定例総会について

・議案は、平成27年度の事業と収支決算である。前会の理事会でも説明を受けているので総会の運営に協力をお願いします。

(報告)

○日本病院会常任理事会(4月23日)報告 (略)

お知らせ

日本病院会愛知県支部定例総会の開催

日時：平成28年7月5日(火) 午後4時~

場所：名古屋観光ホテル

特別講演について(総会終了後)

講師：厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当) 吉田 学 氏

演題：療養病床の今後のあり方について(仮)

日本病院会愛知県支部ホームページ

<http://www.byouin-k.jp/jha-aichi/>