

第 36 号
2016. 11
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 1
- 病院が直面する様々な課題を乗り越えるために 2
- 日本病院会理事会報告 4
 - ・ 9 月 24 日
 - ・ 10 月 22 日
- 支部理事会議事録（抄） 8

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ひします。

巻頭言

理事 渡 邊 有 三

個人的なことで恐縮ですが、今年 9 月に妻を失うという想定外の出来事を経験しました。葬儀に際しまして、ご多忙中にもかかわらず関係各位から御鄭重なるご厚志を賜り、心より厚く御礼申し上げます。多くの方にご会葬いただき、賑やかに旅立たせてやることができました。皆様のご厚情に感謝し、紙面をお借りして厚く御礼申し上げます。父母を送り、叔母を送り、喪主を務めるのは 4 度目ですが、今回の喪失体験は精神的にもかなりのダメージでして、自宅では茫然自失という状況です。病院での仕事があるといくら回復はしますが、残された愛犬 2 匹の面倒を見ながら、「小人閑居をして不善をなす」にならないよう努めていきたいと考えています。

肺癌との 2 年 6 ヶ月にわたる闘病生活は、患者本人にとっては勿論ですが、見守る家族にも様々な試練を与えてくれました。先月、癌拠点病院の管理者は緩和ケア講習が必須との指令で、東京で日本緩和ケア学会の院長対象講習を受けました。ファシリテーターから「もう治療薬がなくなって、緩和ケアに移行する時の患者と医師の立場になって、芝居をしてください」と言われた時は、「そんなこと演じなくても、毎日自問自答しています」と鼻白んでしまいました。でも個人的なことが言えるわけでもなく、渋々医師の立場を演じたら、患者役の院長から「先生、臨床現場で今でも頑張っているのですか？真に迫った演技ですね」と褒められてしまいました。「実は家族が今闘病の真最中な

のですよ」とも言えず、悶々たる気持ちでした。芝居形式での進行は厚労省の好きなスタイルですが、毎日の在宅介護で自問自答していた私にとっては貴重な講習であり、感謝しています。

現在、厚労省はじめ政府は在宅医療の推進に躍起になっています。私たち家族も最後まで在宅で面倒を見てやりたいと思い、訪問看護ステーションの力を借りながら、在宅介護に努めましたが、如何せん医療機器がなければ何もできないという事態に遭遇し、最後は救急車で病院搬送ということになりました。病気の種類によって看取りの対応は異なるとは思いますが、本当の意味での終末期はやはり病院でのみ可能なのかなと実感しました。今後、地域包括ケアが推進されていきますが、在宅ケアチームとの密接な連携が重要になると実感させられた次第です。（本当の最後は自宅で？病院で？）しかしながら、両親を送った 20 年前と比べると、訪問看護ならびにケアマネージャーの力量は雲泥の差と思わせるものでした。妻の発病時に将来を見越して、さまざまな介護器具や医療用品も買い整えていたので

すが、今や何でもレンタルで調達でき、病院でも充分の数があるとはいえない電動式褥瘡予防マットまでがレンタルできました。このような手厚い介護で自己負担が1割なのですから、介護費用まで含めた社会保障費はOECD諸国の3位となったとの統計もあながち嘘ではないと思う次第です。団塊世代が後期高齢者となる2025年には病院の医療提供体制は？（医療が主体か介護が主体か）、医療費用は確保されるのか？地域医療構想など厚労省や県が考えなくても病院は自然淘汰されてしまうかもしれない危険性を肌で感じます。後進の病院管理者の苦労は大抵のものではないと危惧します。

また、医療費用の面から話題となっている高額な抗腫瘍薬に対する個人的経験も積むことができました。残念ながら妻にとっては、ただの水でしかなかったのですが、病気と闘っている家族にとって、薬剤費用は大きな問題ではないと思います。現実的には医療保険制度による公助の部分が大きく、わが国の国民は最高の医療が何時でも何処でも誰でも享受できるという面で幸福であると思いました。ただし薬価の設定に関してはもう少し工夫が必要ではないかと考えます。私が関与する腎臓領域では、ある酵素を補充するという治療があります。酵素を補充することによって腎不全や心不全が予防できるということで臨床使用されていますが、これも薬価が極めて高いのです。かつ又、適用領域がホモからヘテロへと拡大され、酵素活性が低いというだけで症例が掘り起こされ、既に透析療法に導入されていても心不全予防という観点から投与が継続されています。はたして費用対効果は如何なものか、明らかな臨床成績もなく、製薬会社の希望する通りに医療を展開していてもよいのか、我々医療者の矜持を試されているのではないのでしょうか。

ある雑誌にも投稿しましたが、「医者薬札と深山の躑躅、取りに行かれず咲き（先）次第」という俗謡があります。昔は医療者が自ら費用を求めるのではなく、薬代として患者より応分の額を受け取っていたことを示すもので、医療者が自分で薬種から調合するだけであれば、このようなユートピアも可能であったかもしれません。しかし、この時代では医師を受診することだけでも、家族にとっては一大決心であったわけで、現在の国民皆保険制度は固持しなければならないと痛感しました。

幸いにも素晴らしい担当医と医療チームに看取られ、自分が育てた子供たちに看取られた幸せな最後であったと思います。お世話になりました第二赤十字病院のスタッフの方々への心からの御礼を申し述べさせていただきます。巻頭言には相応しくないかもしれませんが、医療を提供する側から、医療を受ける側に回った貴重な体験を下に、一文を書きとめさせていただきました。（合掌）

（春日井市民病院 院長）

“病院が直面する様々な課題を乗り越えるために”

理事 石川 清

近年、病院を取り巻く医療環境は激変し、病院運営を行う上で病院トップには様々な課題を乗り越えていくことが求められています。経営危機、医療事故、医師・看護師不足、院内感染等々、こうした課題に対して、皆さんの病院ではどのように対処しておられるのでしょうか？

課題を乗り越えるためのコーチングの手法：アカウンタビリティ

コーチングの中で最も重要な手法の1つにアカウンタビリティというスキルがあります。アカウンタビリティとは医療界では“説明責任”と言うあまり良い意味ではありませんが、コーチングの領域では非常に良い意味で、“主体的に自ら進んで仕事の責任を引き受けていく意識”や“一人ひとりが自分の責任で物事を考え、行動を起こす意識”のことを言います。

一方、アカウントビリティの反対はヴィクティム（被害者意識）で、“自ら考えることなく、指示や命令だけに従って仕事を引き受けていく意識”すなわち、何事に対しても受け身の姿勢を指します。課題に直面した際、アカウントビリティを発揮するか、ヴィクティムに陥るか、人の心の動きは、基本的にこの二種類しかありません。ヴィクティムになると、それが悪循環に陥り失敗しますが、その悪循環を断ち切り、アカウントビリティを高めることができれば、必ず課題を克服することができます。

1本のラインが成功と失敗を分ける

成功と失敗、良い組織と悪い組織を分けるのは1本のラインです（図）。ラインの下には、言い訳、他人に対する非難、混乱、あきらめの態度などが並び、ラインの上には、現実の認識、当事者意識、コミットメント（責任を持って関わること）、問題解決、断固たる行動などが並んでいます。「ライン下」にいる被害者意識にとらわれている人や組織の考え方は、「私のせいではない」「自分の仕事ではない」「何をしたらいいかわからない」「することを教えてほしい」「状況が自然に良くなるかもしれないから様子を見よう」などです。「ライン上」にいるアカウントビリティの高い人や組織の考え方は、「現実を直視しよう」「原因を見つけて改めよう」「私たちみんなの責任だ」「解決策を考えて実行しよう」「他に何ができるだろう？」などです。

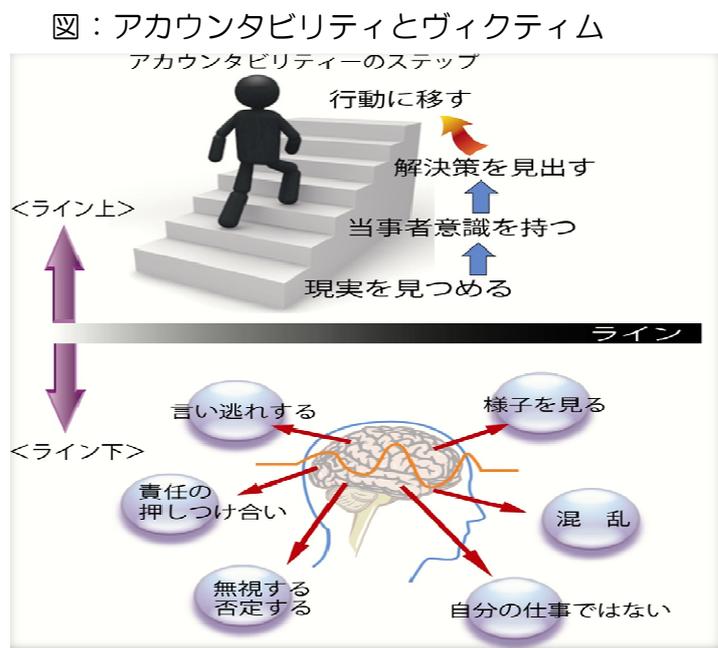
課題を乗り越えるためには、「ライン上」に行き、アカウントビリティのステップをのぼること

組織や個人が課題に直面した時、被害者意識の悪循環を断ち切り、「ライン上」に行って、アカウントビリティのステップを登ることで、アカウントビリティのステップには4つのステップ、「現実を見つめる」、「当事者意識を持つ」、「解決策を見出す」、「行動に移す」があります。第1ステップの「現実を見つめる」は、状況のすべてを現実のものとして認識し、受け入れること、第2ステップの「当事者意識を持つ」は、自分、あるいは自分の周囲の事柄や状況に対する責任を引き受けること、第3ステップの「解決策を見出す」は、新たな視点を考慮に入れて解決策を見出し、現状への変化を見出すこと、第4ステップの「行動に移す」は、意欲や勇気を持って自分が決めた解決策を最後までやり遂げることで、

当院では、多剤耐性菌による院内感染、病院経営の一大危機など病院の存続を左右する一大危機に際して、コーチングを学んだ幹部はじめ職員一人ひとりが、このアカウントビリティを発揮して「ライン上」に行き、アカウントビリティのステップをのぼることによって、病院にとっての一大危機を乗り越えることができました。

さて、皆さんの病院ではどうでしょうか？ アカウントビリティの考え方を取り入れて、一度取り組んでみられてはいかがでしょうか？

【参考】 アカウンタビリティ・マネジメント 「主体的に動く：ロジャー・コナーズ他著、伊藤守監訳」



(名古屋第二赤十字病院 院長)

日本病院会報告（平成28年度第4回理事会報告(平成28年9月24日)）

副支部長 末永裕之

1. 報告事項

(1) 支部長連絡協議会

医師事務作業補助者講習会：今年度は山形県、長野県、高知県支部で開催

認知症ケア講習会 松本支部長八千代病院企画の講習会が名古屋(300人)、東京(150人)、名古屋(250人)で2科コースを3回開催した。いずれも短時間で申込み終了と、極めて好評であった。年度内にもう1回開催を考えている。参加者は認知症管理加算2の要件を満たす。次年度も計画したいが、各支部での開催が出来ないか検討。(八千代病院に負担がかかりすぎる)

(2) 看護職場環境委員会

・看護職に対する育児支援等の実態調査について：調査対象487施設回答数191施設 回答不備の施設20件を精緻化して加え年内にアンケートをクロス集計

・「医道審保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会」報告

昨年10月から開始された特定行為研修で認定者159人、全員が認定看護師

研修施設が追加され19施設となったが、まだ少ない

(3) 専門医委員会

・会長、副会長、監事、常任理事、理事に新専門医制度に関して、特に総合診療専門医に関するアンケート調査を行う

・「専門医機構の総合診療専門医に関する委員会」では「一度立ち止まって見直す」意見が強く出された。プライマリーケア学会の意向が強くなり過ぎて、病院総合診療医が育たない等 総合内科専門医と総合診療専門医との関係、家庭医と病院総合診療医の問題、ダブルボード、サブスペシャリティの問題をクリアしていくべきとの意見も

(4) 日病協代表者会議

- ・ 中医協会報告：高額な薬剤への対応について「最適使用推進ガイドライン」の策定や“期中改定”について日病協でも取りまとめを行う
- ・ 診療報酬実務者会議報告：機能評価係数Ⅱのうち、救急医療指数と重症度指数の関連性については“暫定調整係数 25%分＝重症度指数”と考えるのであればその移行分については当然担保されるべきといった意見や、特に重症度指数の低い医療機関については、なぜ低いかを幅広く分析し、そのデータをベースとした議論が必要との意見も

(5) 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

- ・ 「病院情報の公表」について：機能評価係数Ⅱにおける追加導入を検討すべき項目としての検討で、平成 28 年度診療報酬改定において、機能評価係数Ⅱの保険診療指数の新たな項目として「病院情報の公表」を追加し、平成 29 年度から導入

(公表内容)

- 1) 年齢階層別退院患者数
- 2) 診療科別症例数の多いものから 3 つ
- 3) 初発の 5 大癌の U I C C 分類別ならびに再発患者数
- 4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- 5) 脳梗塞の ICD10 別患者数
- 6) 診療科別主要手術の術前、術後日数症例数の多いものから 3 つ
- 7) その他 (DIC の請求率等)

(今後の対応案)

公表の時期：平成 29 年度に評価する対象病院は、平成 28 年 10 月 1 日時点で病院情報を公表している病院とし、平成 28 年の DPC に係る定例報告の中で、報告を求める

(6) 四病協より「災害医療を国家として統合するための提言(案)」

2. 協議事項

○医師の偏在について

医師の偏在に対しては日医・医学部長病院長会議では、将来病院長、診療所開設者を目指すものは一定期間の地域医療の勤務を義務化することを提言している。専門医機構ではあくまでも機構の役割は良い専門医を作ることであり、偏在は行政の考えることとしてきた。一方で自民党の研究会では医局を復権させ、かつてのように医局が人事を管理することで偏在に対応していくとの意見もある。国は医学部定員を大幅に増員したにもかかわらず医師の診療科、勤務地の選択の自由を前提とした今までのやり方では医師の地域偏在、診療科偏在が解消されていないとして、医師に対する規制を含めた地域偏在・診療科偏在を検討し、年内に取りまとめを予定している。常任理事会では様々な意見が出された。

* 地域医療アンケートから見ても本質的には数ではなく、偏在が問題 医療提供体制の問題でもある再編ネットワークも含めた機能分化が必要

* 医療制度には医療法、労基法、保険法等あるが体系化なくしてその場しのぎでやってきた 宿直許可の問題等の制度の矛盾がある

* 医療提供者側の問題として医師の素質、プロフェッショナルオートノミーとフリーダムの問題があり、受ける側の問題として限りある資源、不確実性の問題が理解されていないことがある また、都市に病院が集中、臨床研修制度、講座制崩壊等がある

- * 偏在が日本の医療をゆがめている 適正な配置が必要 今の研修体制は維持すべき 大学医局に任せるのはいびつなやり方 専門医制度の育成要件のハードルとして地域医療密着型に
- * 研修医の視点に立って 指導者の強制的配分も
- * 15年前にも「東北地方に医師を定着させるためには」のシンポがあった
地域枠が純粹に土地の人の枠ではない ゆとり教育が問題であった 山形大学の多数は関東の中高一貫高校出身 初期2年から5年までの間に地域に1年間勤務させるような法制化が必要 大学、大病院は同時に指導医の派遣も
- * 定数維持するかどうか 早急に減らしていく必要がある 専攻医をマッチングするには各科の定数を決める必要がある 「総合診療専門医を増やす」ことが国民へのメッセージ プライマリーケア連合学会が問題を難しくしている
女性医師に対する配慮もされていない
- * 出口で分けるのではなく入り口で総合診療専門医も含め、分ける
- * 地域の病院が医局にお願いに行くことで上下関係が強くなる 地域に引っ張る力がないといけない
- * 今の時代若手医師は医局に対し売り手市場でコントロールが効かない 無理に派遣させようとする
と医局をやめる
- * 専攻医になる人が自由なのか縛りが必要なのか
- * 「何を指すか」が抜けている 最先端医療が良いと教えられている若い医師に警鐘を キューバでは聴診器ひとつで満足度の高い医療が得られている
- * 旧医局にも良い面、悪い面があった ノスタルジックになってはいけない 中核病院が医局と同じような派遣機能を
- * チーム医療の中で業務分担をすることにより医師の負担軽減を パッケージで医師を派遣できる協議の場を

日本病院会報告（平成28年度第3回理事会報告（平成28年10月22日））

支部長 松本 隆利

1. 報告事項

(1) 日本病院会入退会

会員数が病院の合併や、経済的理由などで長期に減少傾向であったがここ1-2年新規加入や、合併後の新病院の加入があり着実に増加し、2,461会員になった。愛知県では国立病院機構東名古屋病院が加入。

(2) 日本病院会役員改選スケジュール

平成29年2月1日 選挙告示

4月中旬 理事、監事立候補届提出

5月下旬 役員改選

* 愛知県支部から理事推薦予定

* 役員任期は2年間

(3) 委員会等報告事項

① 日本診療情報学会・IFHIMA（診療情報管理協会国際連盟国際連盟）

・東京国際フォーラムで同時開催され盛況裏に終了。WHO-FIC年次会議でICD-11改定について話し合われた。改定は大詰めに。

②新たな専門医の仕組みに関するアンケート結果（日病実施）

- ・開始時期延長 65.7%が賛成、
- ・修了者全員が基本領域を目指す 32.8%、反対 28.4%、
- ・研修プログラム/研修施設認定問題あり 63.6%、
- ・地域偏在・診療科偏在軽減可能か 不可能 52.2%等

③中央社会保険医療協議会関連

- ・平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係わる調査施行予定
- ・平成 27 年度医療費動向 医療費は 41.5 兆円、伸び率 3.8%
- ・高額薬剤への対応：市場拡大など勘案緊急的な対応を講ずる

④四病院団体協議会

- ・難病の医療提供体制難病診療拠点病院と難病医療協力病院の連携、
- ・総合診療専門医についてこのままでは家庭医に向いており病院総合診療医が養成できない。
- ・災害医療は国家として統合を提言

⑤医療計画見直し等に関する検討会

- ・5 疾病 5 事業現行で問題なく提供されているので新たな医療計画はなぜ必要かとの意見。
- ・がん診療拠点病院のない医療圏は人口減少が著しく、新たな拠点病院の必要性は無いのではないかな。

⑥社会保障審議会療養病床のあり方などに関する特別部会報告

ア 介護療養病床、医療療養病床 25：1 は廃止が決まっている。

再延長論もあるが新類型が”療養病床あり方委員会”で提言されており新たな仕組みを議論していく。介護保険施設であると同時に医療施設である。保険は介護保険で対応する。療養機能強化型療養病床の機能は評価されるべき。重症者の受け皿や看取り、終末期への対応などのサービスが提供できることなど。

イ 人員配置は機能に見合った物にすべき。看取り等を考慮すれば夜間の看護師の配置も考慮すべき。医療機関併設型では人員配置は弾力化すべきだが一定程度の配置基準は必要。施設と病院の併任も認めては。

ウ 施設基準については、生活施設・場でもあるので生活環境の整備が必要。建て替えまでは 6.4m² の多床室、従来の廊下幅も認めるべき。

エ 新類型には需要等からみて多様性がある良いのではないかな。

オ 低所得者には補足給付を認めるなど配慮が必要。

カ 経過処置期間 6 年は必要だが、3 年での見直しが必要。

2. 協議事項

◎社会保障審議会医療保険部会関連

*骨太 2016 経済・財政再生計画改革工程表指摘事項について

イ 入院時の光熱費相当額に係わる患者負担の見直し

ロ 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担のあり方

消費税増税が再度延期され社会保障費の財源問題が大きくクローズアップされ高額薬薬価改定も含め様々な見直しが目白押しになっている。

(社会医療法人社団新和会八千代病院 理事長)

第4回日本病院会愛知県支部定例理事会議事録

日時：平成28年11月1日（火） 15:00～16:30

場所：愛知県医師会館 6階 研修室

出席理事：松本隆利、末永裕之、山本直人、伊藤伸一、宇野甲矢人、渡邊有三、直江知樹、
小谷勝祥、黒川剛、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12名出席より理事会は成立した。

（支部長挨拶）

・診療報酬改定から6か月経過して病院経営の課題もみえてきた。在院日数の減少やDPC病院の稼働率の低下など日病としても今後取り組んでいく必要がある。

・来年、日病の役員改選がある。堺会長も退任予定（任期満了）である。

（協議事項）

（1）平成29年度定例総会について

・平成29年7月4日（火）午後4時から名古屋観光ホテルで開催することを承認。

・特別講演の講師については、日病の堺会長、相澤副会長が候補に挙がった。

（2）第4回社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」（平成28年10月26日）

・現行の介護療養病床、医療療養病床（25対1）の主な利用者のイメージとしては、①要介護度や年齢が高い者が多い、②平均在院日数が長く、死亡退院が多い、③一定程度の医療が必要であること。

・部会の案では医療区分Ⅰを中心として長期の医療・介護が必要な方を利用者像としている。案のⅠは医療内包型、案のⅡは医療外付型となっている。現行の医療療養病床（20対1）は医療区分Ⅱ及びⅢを中心とした医療の必要性が高い者としている。

・現在、介護療養病床、医療療養病床（25対1）を運営している経営者の方々には危機感がない。今の制度が廃止されることを知らない方もいるのではないかと。

・新たな類型での財源を介護保険とするのかどうかを明確にする必要がある。医療保険も介護保険も厳しい財源となっている。

・新たな施設の案の1は、要介護高齢者の長期療養・生活施設としての性格を持った施設とし、介護保険法を設置根拠とする。施設基準としては、案の1-1は介護療養病床相当、案の1-2は老健施設相当とする。

・新たな施設の案の2は、経営者の多様な選択肢を用意する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例である。医師の配置基準はない。併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の行うことが可能となるよう要件の緩和が必要。

・転換する病床について、地域医療構想の必要病床数、医療計画の基準病床数などへの影響がどうなるのか。地域によって状況は異なると思うが不安である。

（日本病院会理事会報告）

（1）第4回定期常任理事会（9月24日）報告（略）

（2）第3回理事会報告（10月22日）報告（略）

日本病院会愛知県支部ホームページ

<http://www.bvouin-k.jp/iha-aichi/>