

7. 參考資料

I 日 時 平成27年10月14日(水) 午後7時から午後8時30分まで

II 場 所 宮城県庁舎 講堂(2階)

III 次 第 1 開会
 岩城委員(仙台市健康福祉局保健衛生部長)から、座長を仙台市医師会の永井委員、副座長を宮城県保健福祉部の佐々木委員にお願いしてはどうかとの提案があり、異議なく了承された。

2 挨拶
 (永井座長(仙台市医師会長))
 先ほど、佐々木技監、事務局から説明があったように、この調整会議は現在の仙台圏の医療提供体制を十分把握した上で、2025年、団塊の世代が後期高齢者となるとき、医療体制、その後も含めてだが、十分に考慮した上で、病床をどうするか。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床の機能分化、連携をどうしていくかを検討する会議である。県から説明を受けたときに、病床削減のための政策ではないことを確認している。県から説明を受けたときに、病床削減の地域の方々のためにつくりあげるのが目的ではないかと思っている。特に仙台圏の場合は、仙台に患者さんが集まってくる、要するに流入が非常に多くて、流出が少ないという特徴があるので、それを踏まえて委員の皆さまと検討していきたい。

IV 出席者
 委員出席者名簿のとおり
 (佐々木副座長(宮城県保健福祉部技監兼次長))
 地域医療構想策定の場面場面では、難しい局面も生じることもあるかと思うが、永井座長と協力して議事を進めさせていただきたい。

2 地域医療構想の策定について
 事務局から資料6及び資料7により説明を行った後、以下のとおり質疑等が行われた。
 (永井座長)
 ただ今膨大な資料について説明いただいた。本日の議論のポイントは、現状の医療体制をみながら、将来の人口構造の変化、つまり高齢者が増えるということと、疾病構造の変化を踏まえた将来の医療需要をにらんで、2025年の必要病床数はどの程度になるのかということ、2つめは病床機能の分化と連携に当たっての課題、3つめは慢性期における在宅を含めた医療提供体制についての課題、この3つが大きなポイントになると思う。

(田所委員(仙台医療センター病院長))
 この会議での議論は、病床削減が目的ではないとお話があったが、高度急性期、急性期は相当減らすということになるので、そこに合わせなければならぬと、ブレン

議事の前に、事務局から、調整会議の概要について資料1から5までにより説明。情報公開条例に基づき、調整会議は公開とすることを確認。

【議事概要】

1 座長及び副座長の選出について

(1) 座長及び副座長の選出について
 (2) 地域医療構想の策定について

7. 参考資料

(事務局)

仙台医療圏は面積も広い。今回の構想の策定に当たっては、まずはこの地域、仙台医療圏にあるべき医療提供体制を考えると、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、どの程度の病床数が必要なのかを考えるのが第1点。その後、どの病院がどういう機能を担っていくのかということについては、今後2025年に向けて、構想を策定した後それぞれ医療圏で調整会議を設置することになり、その会議で調整していくこととなる。実際に住民の方々などのような受療行動をとるか、それから病院だけではなく救急の搬送体制等を含めて将来的に考えていかなければならないところである。

(本郷委員)

将来検討していただければと思う。

(鳥越委員 (宮城県塩釜医師会長))

塩釜、多賀城地区もやはり旧仙台地区に編入された地区である。それまでは、それなりに地域で医療をしていたのだが、一番変わったのは厚生労働省の診療報酬の考え方。手術をしなければ、あるいは高度な医療といわれるものしなければどんどん減る、稼働率も下がるという状況で、塩釜地区では苦勞しているところ。診療報酬についても考えていかなければいけない。

もう1つは、仙台市内に新しい医科大学ができるが、そのベドは今のままの状況でやっていると、私自身としては、なかなか難しいと思うのだが。そのベド数をどう考えたらいいのか。

(永井座長)

塩釜地区の現状についてお話いただいた。もう1つは、東北薬科大学が東北医科薬科大学になるということで、将来の病床はどうなっていくのかとの話題が出たが、せっかくの機会なので近藤先生、いかがでしょうか。

(近藤委員 (東北薬科大学病院長))

ただ今のお話だが、医学部の附属病院ということになると、最低600床は確保しなければならぬ。現在は薬科大病院で460床くらいで、150床ほど足りないということになるが、それについては、昨今報道もされているところだが、本日よりやっているとNTT病院の譲渡を受けて、必要病床数を確保する計画。全体の病床数が既存の病床数を超えるということではない。

(永井座長)

内容としては、高度急性期の患者さんが増えるということですね。

(近藤委員)

機能的なことについては、実際に救急部を立ち上げたことでもあるので、高度急性期の割合は、相対的には増えることになると思う。

ヤーを感じている。

例えば、高度急性期は3000点以上と、明確な数字があるので、それをクリアすれば、懇話会などもあるけれども、やらなくともそれで済むのかなど。極端な話だが。

事務局に聞きたいのだが、構想区域は二次医療圏ということと決定したのか。もう1つは、3000点とか600点とかで高度急性期云々に分けられているが、これは西高東低の傾向があるので、これは絶対的な数字なのか、相対的な数字なのか。

(事務局)

構想区域は二次医療圏で決まりかという点については、国からは、原則的には二次医療圏が構想区域と示されている。地域の実情に応じて変えてもよいとされているが、宮城県においては、今の第6次地域医療計画を策定する際に患者さんの流入割合等を踏まえて現在の4つの二次医療圏に分けた経緯があり、4つの構想区域というかたちで進めていきたいと考えている。

もう1つ、3000点、600点という数値は確定的なものなのか、という点については、現在、国において、高度急性期、急性期、回復期をどのように分けるかということとを委員会を設置して検討中である。どのようなものを高度急性期病棟、急性期病棟とするかについては、必ずしもこの3000点、600点という数字で確定されるものではないと考えている。今後、国がどのような分け方をするのか注視したい。

(本郷委員 (公立黒川病院管理者))

二次医療圏で構想を策定することだが、今日の資料を見ても、仙台医療圏とそれ以外の医療圏の構図は、仙台市と仙台市以外の仙台医療圏の地域の違いと全く同じであると思う。例えば黒川郡と、仙台市、旧仙台市では、医療状況はまったく違う。そういう状況を勘案しないと、周辺部の医療は非常に難しい状況になると思う。

(永井座長)

本郷先生のお話は、黒川郡の医療圏から旧仙台市に流出しているというか、集まっているということだと思うが。

(本郷委員)

急性期病棟の数の調整が進んでいったときに、黒川郡では、今は急性期の患者さんがかなりいらっしゃる。高度急性期までは手は出せないが、急性期はたくさんいる。それを仙台市全体というかたちで調整に向かったときに、周辺部の急性期病床の調整もある程度勘案していかないと、仙台市から外れたところの急性期医療に問題が出てくる。そういう要素が難しいところだと思う。

(永井座長)

仙台市周辺部の地域でも急性期をかなり担っているというわけだが、それについて将来的にどうなのか。

(本郷委員)

基本的には、こういう病床規模で縛っていくという点では基盤になる数字だと
思う。実際の点数で動いている。ただこれを全国規模で見ると宮城県の病床削減規模は
5%前後だが、西日本では20%というところでもない数字になる。これを考えたときに、
西日本の医療費が高いということで影響が出てくるのかなということ、疑問に思えて
くる。厚労省の考え方を聞かなければいけないのでここで質問をしても答えは出てこな
いと思うが、難しいことを選択させられるという思いはある。

(永井座長)

地域医療構想の大きな問題点は、医療費の西高東低ということとところがある。高知県など
は異常に病床数が多いと。国は全体を見て検討していく材料にするのではないかと思う。

(橋本委員 (宮城県医師会常任理事))

先ほど事務局から御説明があったが、医療需要を見ると、例えば資料6の34ページ
と40ページを見比べると、県全体としての医療需要はすごく増える。それに合わせる
と、病床数の削減などでもない話になる。地域医療構想のガイドラインを見ると、
現在の療養病床の中での医療区分1のうち70%は在宅でという記載があるが、宮城県
の人口動態を見ると当然のことながら全体的に減少、仙台圏での人口は減らないまでも
高齢者人口は増えて若年者は減る。ということは、在宅の患者さんを診るマンパワーが
ないということ。宮城県に関しては少なくとも慢性期病床の部分をいくらか在宅にまわ
して病床を増やさないとしよう、ということとはなかなか難しいことになる。したが
って、結局のところ、医療需要からみた病床数というのは、おそらく減ることはないだ
ろうと思う。この構想自体も、先ほど診療報酬の話が出たが、診療報酬についてはこれ
から中協でやっていくことであって、この構想自体に診療報酬の自身は関わっていない
ので、それはさておき、実際の需要に対してどれだけの患者さんを収容できるのかと
いうことを考えていかないといけない。例えば、1つの考え方としては、今、他の医療
圏から仙台にたくさん流入している状況であるし、それは高度急性期、急性期だけでな
く、回復期、慢性期といわれる患者さんも結構流入している。そういうものも含めて、
果たして将来の推計として、今のまま将来も仙台に流入するような状況でいいのかとい
うことも併せて考えていかないと、将来の仙台圏の必要ベッド数は推計できないこと
になる。今日はそれほど事務局から説明はされなかったが、国のガイドラインでは、高度
急性期については集中することは認めましよう、しかし急性期についてはできるだけ
自分の圏域で診て、なおかつ回復期・慢性期については個々の圏域内で医療需要を満た
しなさいということが書いてある。宮城県に関しては、急性期に関しても周辺の医療圏
から仙台に入ってくることを得ない。それはマンパワーの点からも、医療資源の点からも
仕方のないこととであり、この調整会議でまず考えていくことは、先ほどの病床機能報告
にもあったように、自らの病院は高度急性期、急性期であると思っている病床の中で、
レセプトの状況からみると回復期の患者さんもみんな急性期の病棟で診ているとという現
実がある。将来的に果たして今のままの病床機能を各病院が守っていくことができるの
か、それから周辺から回復期・慢性期の患者さんまでもが仙台に流入してくるということがい

(橋渡委員 (亀山委員 (仙台市立病院長) 代理・同病院副院長))

最初にお話のあった、病床数を減らすということではないかという点では、本当はやはり
経済的な問題が根底にあるので、今のままの高度急性期の病床数はまず認められない
だろうということ、みなさんも同じだと思います。ただ、そのときに、先ほど鳥越先
生もおっしゃったように、保険制度、診療報酬との兼ね合いがきちんとされていないと、
多くの病院が困った状態になると思う。極端に言えば、回復期も慢性期も全く同じ条件
で、今の現状でいえるならば非常に高い傾向にあるけれども、必ずそれは変わると思
し、慢性期で受け入れることになると思う。そうすると足りない。それから先ほど本郷
先生がおっしゃった、高度急性期までではないけれども急性期を受け入れる医療機関の
配分というのも、保険の診療報酬とうまく合致しないと、非常に問題が多くなるのでは
ないかと思う。それぞれの病院がうまく経営ができないという状況に陥りかねない。そ
の辺をできれば解決していただきたいと思う。

(事務局)

診療報酬については国が決めることなので、なんと申し上げてよいかかわからないが、
先ほどの資料7の24ページを再度お聞きいただきたい。現在の仙台地区の病院、診療
所がどういった状況になっているかの図である。一番左の病床機能報告の部分を見てい
たくと、高度急性期であると御回答いただいた病床数が2812床、急性期であるとのお答
えいただいた病床数が7440床とある。これは推測だが、高度急性期、急性期の患者さ
んを診られる体制をとっていらっしゃるのだと。実際の出来高で見ると、2つ隣の図
の「機能区分別病床数」があり、高度急性期については、3000点以上の出来高の病床
数が1603床、急性期については4085床と、実際の入院体制よりも少なくなっているの
が今の現状かと思う。10年後の2025年の必要病床数の図を見ていただきたいが、仙台
医療圏については、先ほど御説明したとおり、高齢者の数が急激に増えるということ
もあって医療需要がかなり増え、高度急性期の病床数としては、現在と同じ流入割合
で考えれば、1798床と、200床近く必要となる。今よりもそういう患者さんの数は増
えてくる。急性期についても900床近く必要病床数が増えてくることと推計される。そう
いったことから、今以上に急性期、高度急性期の患者さんが増えてくるということ、診
療報酬がどうなるかはわからないが、出来高点数が高算定される患者さんの数が増え
てくると思われる。国が、病院の経営ができないような診療報酬を出すということ、
日本の医療が成り立たなくなってしまうので、そういうことはしないだろうと思う。仮に
そういう話であれば県としても今後国に対して要望活動をしていかなければならないと
思う。

(永井座長)

高度急性期と急性期に関しては、資料7の24ページにあるように、病床機能報告で
はこれだけの数になっているが、保険点数で機能を区分すると、24ページの機能区分
別病床数の図にあるような数になるということ。この乖離はどのようにつながらうか。

7. 参考資料

(事務局)

先ほど橋本先生からお話があったが、私どもとしては、やはり診療報酬の見直し等に関しては中協医との話の中で進められていくということ、国策としての誘導策は今後も国の責任において考えられていくと思うが、これはいわゆる計画の問題として、都道府県の医療行政の範囲で将来の高度急性期から回復期、慢性期、在宅、もっといえば地域包括ケアという考え方で行き着くかもしれないが、そういう切れ目のない高齢者の方々に対するサービスを念頭に置いた計画の話であるということをご理解いただけると幸いである。

いのか、ということを考えていかなければならない。資料も膨大で極めて難しい問題だが。

(赤間委員(総合南東北病院長)代理・同病院副院長)

別の会議で、看護体制7:1の病床がものすごく増えたので、今度は減らしていくという話を聞いた。そうすると、7:1は高度急性期や急性期の病床数だが、それを是正するというのはどういうことなのか。その辺の兼ね合いをお聞きしたい。

(事務局)

減らすということではなく、今、この地域の医療需要に応じてそれぞれ病床機能の分化と連携を進めていただいていたより質の高い医療提供体制を整えていこうという考えなので、7:1を減らす減らさなさいという話とは次元が違うと思う。

(永井座長)

現在の7:1の病床数が適切なのかどうかということも話題になっているが、現場として赤間先生のところではいかがでしょうか。

(赤間委員)

うちは7:1ではなく10:1なのだが。

(事務局)

必要病床数を把握するに当たっての3000点、600点などという数値は、入院基本料の部分は除外して考えることになっているので、今お話に出ていた7:1、10:1のような看護必要度の話とは切り離れたところで議論が進んでいる。両者の関係については我々もまだ詳しい知識があるわけではないが、御指摘いただいたので今後確認していきたい。

(中嶋委員(中嶋病院理事長))

先ほど別の先生もお話しになったが、そもそもこの話が出てきたのはやはり医療費が高いということ、医療費削減というところがあるのかなと私は理解している。要するに高度急性期、急性期が多いので必要な分だけ減らして、慢性期を増やす。国の方針はそういうことではないかと思う。その結果医療費を減らす。先ほど県の方針の方針からは、減らすための計画ではないとか、もっともな理由を話されているが。自分たちとしては、民間医療機関は介護にも挑戦しているが、県によって対応は違うものの、最終的には県知事が決める。方向性は早めに出していただきたいと思う。

(永井座長)

医師会などでも、医療費削減のためにこの構想をつくるのではないかという意見が出ているのだが、その辺はどうか。

平成27年度第2回宮城県各地区地域医療構想策定調整会議の開催について

トップページ > 分類でさがす > 県政・地域情報 > 県政情報・財政 > 広報・広聴 > 平成27年度第2回宮城県各地区地域医療構想策定調整会議の開催について(医療整備課)

平成27年度第2回宮城県各地区地域医療構想策定調整会議の開催について(医療整備課)

印刷用ページを表示する 掲載日:2016年1月28日更新

このリリースの担当課(所)
記者発表資料 平成28年1月28日 医療整備課 企画推進班 担当 藤田 内線 2618
※電話番号が内線表記になっている場合のお問い合わせ先は、022-211-0000(☎の4桁が内線番号)となります。

平成27年度第2回宮城県各地区地域医療構想策定調整会議の開催について

1 目的

医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第7号に規定する地域医療構想の策定等に向けて、当該構想案等に対する学識経験者、関係団体及び医療関係者からの意見聴取を行うため、2次医療圏ごとに地域医療構想策定調整会議を開催します。

2 開催日時・場所

会議名称	日時	場所
仙南地区地域医療構想策定調整会議	平成28年2月16日(金曜日) 午後6時30分から8時まで	宮城県大河原合同庁舎 別館2階 第2会議室
仙台地区地域医療構想策定調整会議	平成28年3月16日(水曜日) 午後7時から8時30分まで	宮城県行政庁舎 2階 講堂
大崎・栗原地区地域医療構想策定調整会議	平成28年2月2日(火曜日) 午後6時30分から8時まで	宮城県大崎合同庁舎 1階 大会議室
石巻・登米・気仙沼地区地域医療構想策定調整会議	平成28年2月4日(木曜日) 午後7時から8時30分まで	宮城県登米合同庁舎 5階 大会議室

3 議題

- (1)宮城県地域医療構想(イメージ案)について
- (2)構想の実現に向けた方向性及び施策等について

4 出席者

各地区地域医療構想策定調整会議委員 [PDFファイル/334KB]

5 参考(地域医療構想について)

地域医療構想とは、2025年に向けて高齢化の進展により増大する医療・介護サービスの需要を見据え、都道府県が目指すべき医療提供体制について地域の医療関係者と協議しながら、医療計画の一部として策定するものです。

※本発表の内容については右上のボックス内の担当課までお問い合わせください。
※電話番号が内線表記になっている場合のお問い合わせ先は、022-211-0000(☎の4桁が内線番号)となります。

いいね! あなたがいいね!と言っています。



PDF形式のファイルをご覧いただく場合には、Adobe社が提供するAdobe Readerが必要です。
Adobe Readerをお持ちでない方は、バナーのリンク先からダウンロードしてください。(無料)

宮城県庁(県庁への行き方) | 県庁県民駐車場
〒980-8570 宮城県仙台市青葉区本町3丁目8番1号 Tel:022-211-2111(代表) 法人番号 8000020040002

個人情報の保護 免責事項 著作権等 このホームページについて 広告掲載について

Copyright © 2012 Miyagi Prefectural Government. All Rights Reserved

<http://www.pref.miyagi.jp/release/ho20160128-4.html>

7. 参考資料

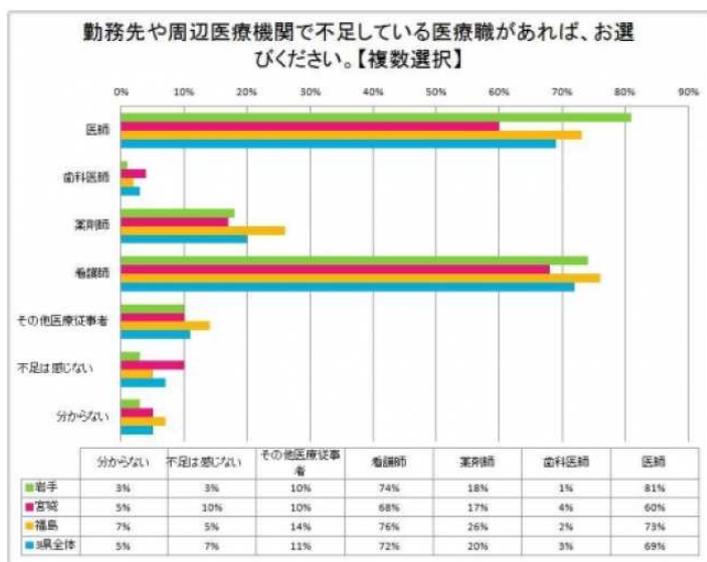
3月15日 3.11 震災関連

https://www.m3.com/news/iryoshin/406103?dcf_doctor=true&portalId=mailmag&mp=MD160315&dcf_doctor=true&mc.l=148355062&eml=3f492a08f1681d66441569ec02c0b51e

シリーズ：東日本大震災から5年 被災地、「看護師」「医師」不足が深刻◆Vol. 101

岩手、福島両県で人手不足が顕著

医師調査 2016年3月15日（火）配信高橋直純（m3.com 編集部）



Q 勤務先や周辺医療機関で不足している医療職があれば、お選びください。【複数選択】

不足している医療職では、3県全体で「看護師」72%、「医師」69%が高かった。どちらの職種も宮城県は、3県全体より低い値となり、本設問でも岩手、福島両県での格差が明らかになった。不足している「その他医療従事者」には、ヘルパー、理学療法士、医療事務、臨床工学士、薬剤師、診療放射線技師、ソーシャルワーカー、リハビリスタッフ、介護福祉士、精神保健福祉士、臨床検査技師、社会福祉士、栄養士などが挙げられた。

■人材確保に関する取り組みがあれば、お教えください。

・大学などに派遣要請しても公立病院優先で得られず。しかも、大学の業務拡張のあおりで引き上げをくらっている。地域枠で入学した学生がそろそろ地域病院に派遣される時期に来ていると言われていたが、その分、医局は引き揚げるのではないかと思います。

・大野病院事件を忘れる医者なんていません。そこで原発事故ですからそんなところに来てくれる神様みたいな先生がいるのでしょうか？特に若い先生には自分の赤ちゃんのことも考えて決断していただきたい。わずかでも被曝は被曝。その覚悟があるかどうかだけ。医師不足、医師偏在は日本に限ったことではないようだ。その対策は、医師育成から現場での対応までさまざまである。そんなことに関連して、そして臨床に役立つかどうかかわからない雑学記事まで、ネット上で気になったものを記録の意味で転載している。

・職員宿舎、保育所の開設、（看護学生に対する）奨学金、学会参加等の助成などを病院として行っているようであるが、看護師の流出は止まっていない。財源に限りがある中で、普通に働いている全職員の生活の質を向上させる何かを見つけ出さなければいけないと思う。【宮城県】

<https://www.m3.com/news/iryoshin/406106>

シリーズ：東日本大震災から5年「医師不足ではなく、勤務医不足」「全職員の生活の質向上を」

◆Vol. 102

東日本大震災 災、被災3県の医師確保の取組

医師調査 2016年3月15日（火）配信高橋直純（m3.com 編集部）

Q 勤務先や周辺医療機関で不足している医療職があれば、お選びください。【複数選択】

調査結果は「被災地、「看護師」「医師」不足が深刻◆Vol. 101」を参照。

■人材確保に関する取り組みがあれば、お教えください。

【岩手県】

・専門職が圧倒的に不足、看護師が一番不足。
・まず、救急に対応できる医師の絶対数が、極めて不足している。
・大学などに派遣要請しても公立病院優先で得られず。しかも、大学の業務拡張のあおりで引き上げをくらっている。地域枠で入学した学生がそろそろ地域病院に派遣される時期に来ていると言われていたが、その分、医局は引き揚げるのではないかとと思われる。まして、民間病院に地域枠卒業生が派遣されるとは思えない。岩手県は県立病院の発言権が非常に強くて、医局のジツツ病院でもローテーションすることさえも困難である。派遣を止める一方で、止めた医師の補充すら非常に困難。
・岩手県外にいる岩手県出身医師にユーターンを求める機会を作っている。

【宮城県】

・仙台市内なので、不足は感じない。
・あきらめています。
・看護師も薬剤師も仙台市にばかり集中する。仙台市で供給過剰でも田舎では全く足りない。県の責任で経済的な見返りを与えることで、石巻や気仙沼にも十分な comedical を確保すべきである。
・医師にとって働きやすい労働環境となるよう改善努力は続けられている。

- ・コメディカルの人員が不足していると思います。仙台市内は医師不足はないと思われます。
- ・若い看護師がいない、というより看護師そのものがない。
- ・全国の赤十字病院に派遣を要請している。24時間対応、病児対応の院内託児所整備。
- ・自治体は人材確保に積極的でない。
- ・看護師は慢性的に不足気味なので、午前午後それぞれにパートを使って余裕を持たせたいと考えている
- ・循環型医療支援による若手医師のキャリアパス。
- ・職員宿舎、保育所の開設、(看護学生に対する)奨学金、学会参加等の助成などを病院として行っているようであるが、看護師の流出は止まっていない。財源に限りがある中で、普通に働いている全職員の生活の質を向上させる何かを見つけ出さなければいけないと思う。
- ・公募を出したり、知り合いに声をかけたりはするものの、ほとんど効果なし。実際、震災があってもなくても人が定着しにくい地域だったのかも。特に東北新幹線の高速化は関東との距離を縮め、逆に医療人は流出に拍車がかかっている気がする。
- ・勤務先は看護師、PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)、ORT(視能訓練士)、臨床工学技士などを養成する大学・勤務先は看護師、PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)、ORT(視能訓練士)、臨床工学技士などを養成する大学聴覚士)、ORT(視能訓練士)、臨床工学技士などを養成する大学です。特定行為研修機関となりました。長期的に人材不足を解消する努力を及ぼしながら続けております。
- ・東北地域は、震災とは関係なく、以前より医療職は不足している。震災後、津波被害を直接受けた地域では、不足を通り越して、欠損状態である。

【福島県】

- ・医師不足という言葉が間違っているんです。勤務医不足と言うべきです。福島医大に医師が少ないこともあり、今後も若い医師が来る見込みはありません。
- ・全国から人が集まる住居提供および出産後のサポート体制。
- ・一般的なこと(医師募集広告、医局詣など)しか方法がない。
- ・有資格者にパートでもいいから医療に従事するよう国からの要請をかけ、十分な予算をつけてほしいです。
- ・全国から短期間の勤務をお願いしている。
- ・埼玉で医師が少ないといっても、東京に行けばいくらでも診てもらえます。東京の医師は週4日働いて5日分の給料をもらっています。だから医師が東京に残ることを変えることはできない。福島は週6日働いて、東京の給料と同程度。患者は他には行けない。構造的な問題があります。
- ・看護師の離職による人手不足。
- ・本当に看護師は不足しています。
- ・組織の規定で、病院単独で年俸を増額して医師や薬剤師を雇用することができない状況です。寄付講座もできません。手足を縛られて、病院経営をしつと言われていたようなものです。
- ・大野病院事件を忘れる医者なんていません。そこで原発事故ですからそんなところに来てくれる神様みたいな先生がいるのでしょうか?特に若い先生には自分の赤ちゃんのことも考えて決断していただきたい。わずかでも被曝は被曝。その覚悟があるかどうかだけ聞くようにしています。
- ・地道に魅力的な職場を作ってゆく。
- ・間違った過剰な放射線被曝の影響を訂正すること。
- ・院長は、大学回りをしている。
- ・優秀なスタッフが辞めないように人件費や福利厚生を充実した。

<http://www.sankei.com/region/news/160315/rgn1603150073n1.html>

【震災5年 被災地発】

南三陸病院開業3カ月 桜田院長に聞く

2016.3.15 07:03 産経ニュース

■医師不足「国が率先して解決を」

東日本大震災の津波で1病院と6診療所が全て流された南三陸町に、「南三陸病院・総合ケアセンター南三陸」が開業して14日で3カ月。岩手、宮城両県で被災し、全壊した公立病院の中で最も早く高台移転して再開した同病院は、医療や介護、保健の総合拠点として地域医療の確立を目指している。桜田正寿院長(60)に同病院が地域に果たす役割や課題などを聞いた。(大渡美咲)

◆精神的なよりどころに

「新病院の意義として住民の健康管理も大きいが、復興のシンボルとしてとらえている人が多い。精神的なよりどころとしてとらえている」と桜田院長は話す。南三陸病院の前身だった「公立志津川病院」(5階建て)は大津波にのまれ4階まで浸水。患者や看護師ら74人が死亡・行方不明となった。さまざまな意味で新病院の再建は町民の念願だった。住民の期待に応えるべく再開したのが、震災前に休止していた人工透析治療。「遠くの病院へ通院していた方々が地元でできるというのは大きい」(桜田院長)。震災時には透析患者が自衛隊のヘリで北海道や九州まで飛び、透析治療をしなければならなかった。その経験も踏まえ、新病院には水を備蓄し、非常用発電機を備えた。また、高齢化を見据えて福祉や保健分野の総合ケアセンターも併設しており、訪問診療・看護、福祉の面から境目のない医療サービスを目指している。

◆基幹病院との分業重要

もっとも大きな課題がスタッフ不足だ。診療科は内科や外科など以前と同じ10科だが、医師7人のうち3人は派遣。ベッド数も36床減って90床となったが、看護師不足から入院制限を設けている状況だ。町内で診察を再開したのは南三陸病院と2カ所の診療所だけだが、1日の平均外来患者数は志津川病院時代とほぼ同じという。

7. 参考資料

桜田院長は「医師、スタッフ不足は南三陸町だけではなく、日本全体の問題。スタッフを充実させないと医療サービスを発展できない。一地方自治体の病院がいくら頑張ってもどうしようもない。国が率先して問題解決に乗り出さなければ根本的な解決はなしえない」と訴える。

周辺の基幹病院である気仙沼市立病院、石巻赤十字などはいずれも南三陸町から車で1時間ほどかかる。地域医療を担う南三陸病院が果たす役割は大きく、高度医療を担う基幹病院との「分業」がますます重要となっている。「住民の皆さんは医師が少ないことは理解している。その上で一般外科、一般内科、整形外科は少なくとも置いてほしいと思っており、少なくともそれには応えたい」

桜田院長が続ける。

「町はまだまだ復興の途上。病院がそこを真摯(しんし)に受け止め、今まで以上に町民の健康管理に留意していきたい。その一環として人工透析も再開した。より町民の期待に応えられるよう、今後も医療サービスを提供していきたい」

3月15日

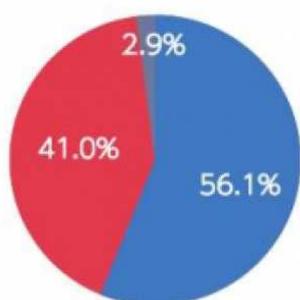
https://www.m3.com/news/iryuishin/407066?dcf_doctor=true&portalId=mailmag&mmp=MD160315&dcf_doctor=true&mc.l=148355060&eml=3f492a08f1681d66441569ec02c0b51e

シリーズ：m3.com×『週刊ダイヤモンド』共同企画「医師&一般人 緊急アンケート」

「地元医師」、大病院の医師より信頼◆Vol.2

大病院、中小病院・診療所「質ではなく、役割の相違」

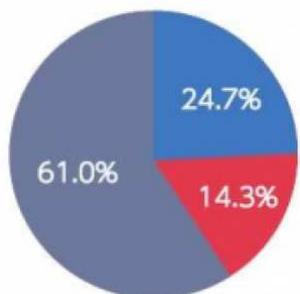
スペシャル企画 2016年3月15日(火)配信橋本佳子(m3.com編集長)



Q4. 今、地元で「かかりつけ医」と呼べる医師がいますか？

- ……はい
- ……いいえ
- ……分からない

ダイヤモンド・オンライン会員

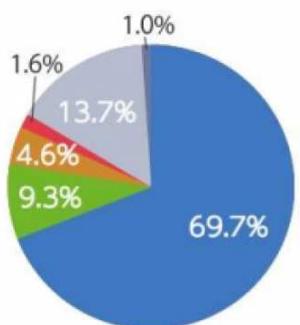


Q5. 地元の診療所の医師は、大病院の医師よりも信頼できますか？

- ……大病院の医師より信頼できる
- ……大病院の医師より信頼できない
- ……分からない・その他

ダイヤモンド・オンライン会員

回った。「患者の大病院志向」も巷間言われるが、顔が見える身近な医師への信頼が高い結果となった。



Q6. 大学病院をはじめとする大病院と、中小病院・診療所の一番の違いは何だとお考えですか？

- ……医療における役割の相違
- ……医療の質の相違
- ……ブランド、知名度の相違
- ……医師の質の相違
- ……一概には言えない
- ……分からない

m3.com 医師

現実的な対応策が寄せられた。

ただ、その推進に当たっては、「日本人は大病院を受診するのが好きです。その国民性を何とかせずに制度だけ変えても現場が混乱します。1軒1軒まわるぐらいの覚悟を持って、医療費抑制のための政策を国民にしっかりと理解してもらってください」(50代、診療所)と患者、国民への働きかけが必要との意見があり、診療報酬による誘導だけでは限界があることがうかがえた。

一方で、「必要もないのに通院継続させている大病院が多い。近医に転医を勧めるも、主治医が反対しているなど。色々と矛盾が認められる」(60代、診療所)など大病院への対応を問題視する意見もあった。外来から入院という患者の流れを考えると、外来を手放しにくい大病院の現状もあると見られる。

2016年度診療報酬改定の特徴の一つが、「かかりつけ医機能」の評価。2014年度改定で新設された「地域包括診療料・加算」の算定要件が緩和されたほか、認知症や小児の患者のかかりつけ医を評価する点数も新設された。

ダイヤモンド・オンライン会員を対象に、かかりつけ医を持っているかどうかを聞いたところ、56.1%が「いる」と回答、「いない」の41.1%を上回った。過去1年間において、同会員の約9割は外来を受診、1割弱は入院の経験がある。「過去1年の年間医療費(自己負担分)」が、「10万円以上」の回答者では、かかりつけ医が「いる」のは71.6%と高率だった一方、「1万円未満」では39.6%と、約2倍の開きがあった。

ダイヤモンド・オンライン会員に「地元医師への信頼度」を訪ねた質問では、「分からない・その他」(61.0%)が最も多かったものの、「大病院の医師より信頼できる」(24.7%)が、「大病院の医師より信頼できない」(14.3%)を上

関連して、m3.com 医師会員に対しては、「大学病院をはじめとする大病院と、中小病院・診療所の一番の違い」について聞いた。

最も多かったのは、69.7%が挙げた「医療における役割の違い」。次が「一概には言えない」の13.75。他の「医師の質の相違」や「医療の質の相違」との答えは、1桁にとどまった。

3.com 医師会員からも支持する声が上がリ、「基本的にはどこの病院にも受診できるのが良いのですが、現実的には無理です。かかりつけ医も一人では対処できないので、何人かでグループを作るのがいい」(50代、診療所)など、

(3)被災地に関する資料

http://www.medwatch.jp/?p=8015

無医地区が637か所、栃木、愛知、広島などで増加—厚労省調査、2016年10月時点

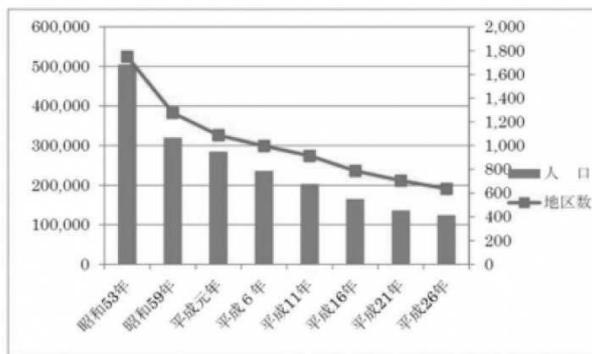
2016年3月15日 | 医療・介護行政をウォッチ

2014年10月時点でわが国の無医地区は637あり、無医地区の人口は12万4122人となり、2009年10月に比べて減少しているが、栃木県や愛知県、広島県などでは無医地区が増加している。

このような状況が10日に厚生労働省が公表した2014年度の「無医地区等調査および無歯科医地区等の調査」の結果から明らかになりました。

医師の地域・診療科偏在が大きな課題となっており、また地域包括ケアシステムの構築が急がれています。2018年度から始まる新たな医療計画（第7期医療計画）の中では「へき地医療対策」も重要ポイントとなり、各都道府県どのような無医地区対策・へき地医療対策を組むのか注目されます。

	昭和53年	昭和59年	平成元年	平成6年	平成11年	平成16年	平成21年	平成26年
地区数	1,750	1,276	1,088	997	914	787	705	637
人口	504,819	319,796	285,034	236,193	203,522	164,680	136,272	124,122



	都道府県名	平成21年10月末	平成26年10月末	増減	増減比
1	北海道	101	89	-12	88.1%
2	青森県	24	17	-7	70.8%
3	岩手県	18	20	2	111.1%
4	宮城県	12	14	2	116.7%
5	秋田県	14	9	-5	64.3%
6	山形県	1	0	-1	0.0%
7	福島県	13	3	-10	23.1%
8	茨城県	20	19	-1	95.0%
9	栃木県	14	18	4	128.6%
10	群馬県	6	6	0	100.0%
11	埼玉県	0	0	0	-
12	千葉県	0	0	0	-
13	東京都	0	0	0	-
14	神奈川県	0	0	0	-
15	新潟県	25	20	-5	80.0%
16	富山県	8	10	2	125.0%
17	石川県	10	9	-1	90.0%
18	福井県	10	9	-1	90.0%
19	山梨県	8	8	0	100.0%
20	長野県	18	13	-5	72.2%
21	岐阜県	5	5	0	100.0%
22	静岡県	16	13	-3	81.3%
23	愛知県	21	23	2	109.5%
24	三重県	4	3	-1	75.0%
25	滋賀県	4	3	-1	75.0%
26	京都府	13	13	0	100.0%
27	大阪府	0	0	0	-
28	兵庫県	11	9	-2	81.8%
29	奈良県	10	9	-1	90.0%
30	和歌山県	15	20	5	133.3%
31	鳥取県	3	3	0	100.0%
32	島根県	19	21	2	110.5%
33	岡山県	24	23	-1	95.8%
34	広島県	53	54	1	101.9%
35	山口県	8	7	-1	87.5%
36	徳島県	18	15	-3	83.3%
37	香川県	5	5	0	100.0%
38	愛媛県	6	7	1	116.7%
39	高知県	45	38	-7	84.4%
40	福岡県	18	17	-1	94.4%
41	佐賀県	0	0	0	-
42	長崎県	4	0	-4	0.0%
43	熊本県	22	20	-2	90.9%
44	大分県	40	38	-2	95.0%
45	宮崎県	17	14	-3	82.4%
46	鹿児島県	12	6	-6	50.0%
47	沖縄県	10	7	-3	70.0%
	合計	705	637	-68	90.4%

東京近郊や大阪、山形では無医地区ゼロ、北海道や広島、高知で無医地区が多い

「無医地区等調査及び無歯科医地区等の調査」は、へき地の保険医療体制をどのように組むべきかを検討する際の基礎資料となります。調査は5年ごとに行われ、今回は2014年10月末の状況が調べられています。

ここでいう無医地区（無歯科医地区）とは、「(歯科)医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、概ね半径4キロメートルの区域内に50人以上が居住している地域で、かつ容易の医療機関を利用できない地区」のことです。

厚労省の調べによれば、2014年10月末時点の無医地区は全国で637（5年前は705、68減少）、その地区に居住する人は12万4122人（同13万6272人、1万2150人減少）に上ります。

しかし年々、無医地区は減少しており、各都道府県の努力が現れていると言えそうです。また無医地区の人口も減少していますが、ここには「地区そのものの減少」と「地区に居住する人口の減少」の2つの要素があります。

無医地区の数と人口の推移、2014年10月末時点で無医地区は637、人口は12万4122人となっている都道府県別に見ると、無医地区が存在しないとされているのは▽山形県▽埼玉県▽千葉県▽東京都▽神奈川県▽大阪府▽佐賀県▽長崎県—の8都府県で、このうち山形県と長崎県は今回調査で「無医地区ゼロ」となりました。

逆に無医地区が多いのは、▽北海道（89地区）▽広島県（54地区）▽高知県（38地区）▽大分県（38地区）—などです。

また多くの都道府県で無医地区は減少していますが、▽岩手県▽宮城県▽栃木県▽富山県▽愛知県▽和歌山県▽島根県▽広島県▽愛媛県—では、5年前に比べて無医地区が増加しています。

都道府県別に見た無医地区数の推移、ゼロという都府県もあれば、北海道や広島県のように数多い同県もある。なお、ピンクの部分は5年前に比べて無医地区が増加している県である。なお、無歯科医地区は858（5年前は930、72減少）あり、無医地区に居住する人口は20万6109人（同23万6527人、3万418人減少）となっています。

なお、無歯科医地区は858（5年前は930、72減少）あり、無医地区に居住する人口は20万6109人（同23万6527人、3万418人減少）となっています。

7. 参考資料

http://www.gifunp.co.jp/news/kennai/20160315/201603150921_26909.shtml

2014年の県内の病床数(医療機関報告による)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
賀茂	0	318	86	447	851
熱海伊東	116	488	121	337	1062
駿東田方	747	3294	410	1577	6028
富士	8	1407	293	777	2485
静岡	2369	1309	449	1682	5809
志太榛原	14	1956	366	894	3230
中東遠	418	1026	383	631	2458
西部	2333	2257	473	2797	7860
県全体	6005	12055	2581	9142	29783(床)
	20.2	40.5	8.6	30.7	100(%)

2025年の必要病床数

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
賀茂	20	186	271	182	659
熱海伊東	84	365	384	235	1068
駿東田方	609	1588	1572	1160	4929
富士	208	867	859	676	2610
静岡	773	1760	1370	1299	5202
志太榛原	321	1133	1054	738	3246
中東遠	256	1081	821	698	2856
西部	889	2104	1572	1449	6014
県全体	3160	9084	7903	6437	26584(床)
	11.9	34.2	29.7	24.2	100(%)

2014年の県内の病床数(医療機関報告による)
→2025年の必要病床数

県、病床1万5000床に減 地域医療2025年素案

2016年03月15日09:21 岐阜新聞

岐阜県は14日、2025年に県内各圏域で必要な病床数などの目標を定める「地域医療構想」の素案を公表した。25年時点の必要病床数の目標は現状の1万8300床から約3千床減の1万4978床。エリア別では岐阜圏域が7074床となり、全体の半数弱を占めた。

同構想では、高齢者の増加による医療・介護のニーズを見据え、急性期患者を対象にした急性期病床から在宅復帰やリハビリ機能を提供する回復期病床への転換を促すのが狙い。機能区別では、高度急性期1692床、急性期5792床、回復期4765床、慢性期2729床。現在は急性期が約56%を占める一方、回復期は約6%にとどまっており、回復期を大幅に増やす。各医療機関が県に報告した14年度の病床機能報告に基づき算出した各圏域の現時点の病床数は▽岐阜8358▽西濃3040▽中濃2722▽東濃2746▽飛騨1434。必要病床数は国のガイドラインの病床稼働率に基づき算出しており、岐阜以外の圏域の病床数は▽西濃2430▽中濃2411▽東濃2057▽飛騨1006—といずれも減らす。県内の病院の約4割が集中し、人口10万人当たりの医師数が

全国平均を唯一上回る岐阜圏域は、高度救命救急や周産期など県全体の高度医療の中心的役割を担う。西濃圏域は急性期医療を補完する大垣市民病院以外の統合、再編を含めて検討。中濃圏域は郡上市運営の2病院、東濃圏域は近接する公立病院、飛騨圏域は下呂市内の2病院などについてそれぞれ位置付けを研究、検討する。

素案は同日の県議会厚生環境委員会で示した。今後、県民から意見を募った上、圏域ごとの調整会議の審議を経て、6月県議会後の策定を目指す。

<http://www.ats.com/news/article/health/shizuoka/220004.html>

必要病床数2万6584 静岡県の25年時地域医療構想 (2016/3/15 08:02) 静岡新聞

静岡県は14日、2025年に目指す医療体制を盛り込んだ地域医療構想をまとめた。団塊世代が75歳以上になる同年に必要な病床を14年比で3199床減の2万6584床と算出し、内訳を8圏域ごとに示した。減床分は在宅医療を充実させて対応する。人口や医療需要の変動を踏まえ、高度急性期から慢性期まである病床の機能調整も図り、地域実態に即した供給バランスに整理する。

本来は介護施設などで受け入れる高齢者が病院に入院しているケースがあり、在宅医療と訪問診療の必要量を計4割増やす。医療と介護の総合的な確保に向け、住み慣れた地域で暮らし続けられるサービスを一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築が急務となる。

同日の県医療審議会です承された。県は保健医療計画と介護保険事業計画の次期計画が同時にスタートする18年度から構想内容を本格的に実行する考え。病床機能は4種類に分類。集中治療に対応する高度急性期、次いで緊急性の高い急性期、リハビリの回復期、長期療養の慢性期とした。

病床機能の調整は、長期入院の受け皿となっている慢性期を9142床から6437床に減らすのが特徴で、他の病床機能や介護施設への転換を促す。

このほか高度急性期を6005床から3160床に、急性期を1万2055床から9084床に集約し、回復期は2581床から7903床に増やす。

病床機能の細かな増減は圏域ごと異なる。どの要病床数協議は、行政や病院関係者が圏域ごと集まる調整会議で行う。県によると機能転換のための施設整備、医療機器導入費は消費税増収分を活用した国、県の基金で支援する。

<http://techon.nikkeibp.co.jp/atcl/feature/15/327442/031500047/?ST=ndh>

地域医療の中で「病床機能の分化・連携」はどうあるべきか

「NEC医療セミナー2016」から

2016/03/15 20:00 増田 克善=日経デジタルヘルス

さらなる高齢化が進行し、医療ニーズが慢性疾患を中心とするものに変化・増大していく中で、医療機関の機能分化・連携、在宅医療の充実などが求められている。診療報酬の在り方も7対1病床とその患者の数の縮小度合を重要な指標とする「病床機能の分化・連携」が推し進められている。

こうした医療環境の中で、これからの地域医療に向けた病院の取り組みはどうあるべきか——。東京女子医科大学東医療センター(東京都荒川区)、済生会熊本病院(熊本市)、永生病院(東京都八王子市)の取り組みについて、このほど東京と大阪で開催された「NEC医療セミナー2016」で発表された。

東京女子医科大学東医療センターの取り組みとは…

大学病院でありながらクリニックを開設し、在宅医療部を持つ東京女子医科大学東医療センター。「1934年に、東京女子医学専門学校の学生と職員が一体になって無料診療所を開設したことが、創立の原動力になっている。地域医療への貢献が東京市(当時)の外れだった当地で始まったことが、大学病院で希な訪問診療を行う『在宅医療部』として受け継がれている」。病院長の上野恵子氏は、大学・急性期病院でありながら在宅医療部が

ある理由をこう説明する。

医師、看護師、事務員それぞれ1名が訪問診療・看護を実施しているが、同センターの在宅医療部の役割を上野氏は、医学生や臨床研修医、看護学生など医療従事者の在宅医療についての教育、荒川区が実施する重症心身障害児を対象とした留守番看護師派遣事業の研修会として在宅医療を担う人材の育成、在宅医療に向けた退院支援などを挙げた。小規模な診療部門でありながら、「大学・急性期病院が在宅医療部を持つことは、教育機関として非常に意義あることと考えている」（上野氏）と強調した。

一方で、古くから地元の身近な医療機関として存在し、また小児研修医を多く受け入れていたこともあり、コンビニ受診の増大で小児科部門が疲弊するという課題や紹介率・逆紹介率が長年低迷するといった問題を抱えていた。「2013年4月に病院長に就任したとき、やはりわれわれの使命は高度急性期病院として生き残ることと考えた」（上野氏）とし、城東地区医療連携フォーラムを充実させるなど、試行錯誤しながら地域連携強化を推進した。その結果、2014年後半以降、紹介率・逆紹介率とも70～80%で推移するようになり、「2016年度に地域医療支援病院の認定を受けられる体制が整った」と述べた。

済生会熊本病院の取り組みとは…

「医療情報と地域医療構想」と題して講演した済生会熊本病院副院長の町田二郎氏は、病床機能を電子クリニカルパスで評価し、医療の質を改善・担保することによって地域医療の中で自院の位置付けを明確にしていく手法を説いた。病床機能の定義には、医療資源投入量や設備・人員配置、医療の内容などから評価するが、「なぜ高度急性期・急性期病院に回復期や慢性期相当の患者が在院しているか、その患者に対する医療の質はどうかという視点が抜けている」と町田氏は指摘。同院で運用している脳梗塞連携コースクリニカルパスを用い、医療資源投入量、重症度・医療看護必要度、在宅復帰率を満たす妥当な入院期間を明らかにし、多職種の視点で改善活動に結びつけることが可能になることを説明した。

同院ではクリニカルパスの記録をテンプレートで補完しつつ電子カルテのデータを構造化し、DWHで抽出・可視化して分析できる医療情報基盤を構築している。その構造化で重要な役割を果たしているのが、患者状態アウトカムを標準化したBOM (Basic Outcome Master) だ。「BOMを用いてパスを作成し、それに基づいてバリエーション発生時の記録形式を標準化することで電子パスの分析が可能になる。BOMの利点は、看護師の観察レベルの底上げ、観察内容・観察値を意味あるデータとして電子カルテに保存できる。その結果、分析精度を向上できるし、改善サイクルを回しやすくなり、現場へのフィードバックが早くなる」（町田氏）とした。

一方、地域医療連携に医療情報をどう生かし、展開しているかでは、脳卒中連携パスの運用を例に紹介した。熊本県では、「熊本脳卒中地域連携ネットワーク研究会 (KSTREAM)」が中心となり、2007年から脳卒中連携パスを県下で運用している。そのパスのデータのうち、2008年以降、同院から他施設に転院した1300例ほどの患者データを取得し、分析しているという。「様々な転帰の状況を分析することによって、急性期側での入院医療のありように問題があったのでは、ということが見えてくる。地域全体で標準的なプロセスを共有し、目標管理をもって機能分化における責任体制を構築していきたい」（町田氏）と、地域完結型医療に向けた取り組み姿勢を述べた。

永生病院の取り組みとは…

東京都八王子市の永生病院院長の飯田達能氏は、回復期・慢性期の立場から今後の地域医療に向けた同院の取り組みを紹介した。永生病院は回復期リハビリ病棟100床、医療療養病棟150床を含む628床を持つ。同院の他、クリニック2施設、介護老人保健施設、グループホーム、訪問看護ステーション、さらには二次救急医療機関である南多摩病院(170床)を運営し、永生会グループで地域包括ケアネットワークを構築している。

「在宅復帰を職員全員の共通意識の下、ヘルスケアサービスを提供している。慢性期病院でありながらTQM(Total Quality Management)センターを開設し、ヘルスケアの質向上を目指して活動している」（飯田氏）と病院の特徴を説明し、地域医療連携への取り組みについて述べた。

その1つが、八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会(八高連)。救急業務連絡協議会会員(14病院)、救急救命センター、救急センターを持つ2大学病院、老人保健施設協議会、ケアマネージャー連絡協議会、医師会、薬剤師会、消防署など17団体延べ1283機関が連携するもので、消防救急車の搬送時間の短縮に取り組むとともに、救命医療の要しない患者に対して病院救急車を使った地域高齢者搬送システムを構築している。

また、八王子在宅療養推進プロジェクトに参画し、同院およびクリニックが市内8施設の在宅療養支援診療所とネットワークを形成して24時間の在宅支援体制を構築している。

一方、永生会グループを中心にIDLinkサービスを利用した「MIO Karte」(Medical Information Open Karte)を構築。永生病院、永生クリニック、南多摩病院の診療情報を市内の病院、クリニック、訪問看護ステーション、介護老人保健施設など約70施設が閲覧・共有できるネットワーク環境をつくり、地域医療連携の強化に努めていると説明した。

3月14日 3.11震災関連

<https://www.m3.com/news/iryoishin/406044>

シリーズ：東日本大震災から5年病医院の経営、岩手県で「悪くなった」が4割◆Vol.9

「ベッドの稼働率が悪い」「患者は来るが職員不足」

医師調査 2016年3月14日(月)配信高橋直純(m3.com編集部)

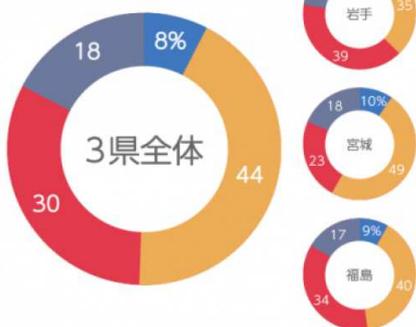
勤務先の経営状況を尋ねると、岩手県で「悪くなった」が40%となり、23%の宮城県、34%の福島県より高かった。「良くなった」と答えた医師も、岩手県は宮城、福島両県の半分以下にとどまった。

■病医院経営についてのコメント

7. 参考資料

Q 震災前と比べて、2016年時点の勤務先の経営状況に変化はありますか。

●……良くなった ●……変わらない
●……悪くなった ●……分からない



【岩手県】

- ・行き場のない高齢者が増加し、急性期の患者の対応に苦慮している。
- ・明らかに悪くなった、と経営陣はデータを出してくるが、忙しさから考えると納得いかない。当科単科だけでは売り上げ状況は悪化していないが、全体的に右肩下がりなので、残っている医師に圧力がかかる。理不尽であると感じる。この4年間(昨年の春の時点で)給与もまったく上がらない。がんばりに答えるべくニンジンもぶら下がっていないばかりか、学会出張などを制限したり、出張旅費の大幅カットがなされた。有給を取ったら休むなど怒られた。明らかなパワハラ状態である。
- ・患者数減少が収益低下をもたらした。
- ・外来人数と入院人数が総体として減少傾向にあり、それが経営の現実を示しているのではと考えています。
- ・医師不足のため、収支均衡が達成できていない。
- ・集計を見ると悪くなっています。

【宮城県】

- ・一人の医師がやる気を出さなくなり、経営も悪くなった。
- ・入院数の減少による収入減少。
- ・患者数は増加しているが、診療報酬改定と消費税が経営に悪影響。
- ・医療需要の増大に対する設備拡充、人員拡充などの投資が増えたが、それに見合うだけの収入が増えているわけではない。
- ・受診患者が減っているのだから、相対的に収益も減少。
- ・一度良くなった後、落ち込んだ。
- ・患者数が減ったこと、それと診療報酬の問題もあり、どちらがどの程度経営悪化に関与しているかはよく分からないが、悪化していることは確か。

【福島県】

- ・ベッドの稼働率が悪い。
- ・患者は来るのに医師も含めた職員がいないのでこなさきれず、医療費の改正もからみ、結局いくら頑張っても赤字。需要は無視して赤字部門を廃止し、黒字になるもののみを続けないと、確実につぶれます。
- ・自己負担の踏み倒しが激増しています。
- ・現在県や東京電力からの補助金でとんとんの状態であるが、無くなると経営が悪化する。
- ・入院患者数が減った。
- ・復興のために借金がかさみ、公的な支援もあまりなくなり、いよいよ厳しい経営状態である。
- ・医師数が少なくなっているのが、大きな問題です。2015年までは震災特例で、医師必要数の90%を満たせば、標欠を免れてきました。しかし2016年になると震災特例の有効期限がきれます。定数を満たすことができないと、保険点数の90%しか支払いを受けられません。年間20億円の病院だと、黙っていても2億円の収入減となります。かといって、年俸5000万円で医師を招聘することもできません。八方ふさがりです。
- ・年間医療費が1兆円ずつ自然に増加する一方で、診療報酬が削られるが経営は良くて横ばいで、毎年若干の減収になっている。増えている分はどこの誰が儲けているのかさっぱり分からん。真偽さえ分からない。
- ・医師数が減少する中で、より多くの患者数を診療するのは困難であり、病院の自助努力だけでは限界がある。地方の病院は、総じて厳しい状況にあり、どこも厳しい。
- ・いろいろ補助も出ているいろいろな機械も買えました。
- ・大震災後に黒字化した。
- ・マンパワーが減っているのに、業務量は変わらずまた増加。給与は減るが、業務は増え、スタッフはやめて行き、悪循環。

<http://www.minyunet.com/news/sinsai/sikisya05/FM20160314057334.php>

震災5年インタビュー・識者に聞く

【震災・原発関連】【震災5年インタビュー】福島医大理事長・菊地臣一氏 新たな医療モデル構築

2016年03月14日 福島民友新聞

きくち・しんいち 石川町出身。福島医大医学部卒。県立田島病院長、同大整形外科学講座教授、医学部長、副理事長・付属病院長などを歴任。2008年から現職。日本脊椎脊髄病学会理事長も務めた。専門は脊椎・脊髄外科、整形外科学。69歳。

東日本大震災と原発事故から5年の節目に、福島医大の菊地臣一理事長に県民の健康維持や医大の役割などについて聞いた。菊地氏は、原発事故の避難などに伴い悪化した県民の健康指標の改善を急ぐべきだと強調。また、大勢の作業員が働き、避難先から住民が帰還してくる双葉郡について「少子高齢化社会のモデルとして世界に発信できるような医療システムを構築すべき」と訴えた。

(聞き手・編集局長 菅野篤)

—県民の現在の健康上の課題は。

「震災、原発事故直後よりも現在の方が深刻だ。(心筋梗塞や脳梗塞の死亡率などの)健康指標が都道府県で最下位レベルとなっている。県民は原発事故に伴う避難などで事故前と異なる環境に置かれることになった。これにより、体を動か

さないことと心に不安を抱えていることが大きな問題となり、健康指標に影響している。放射線による健康影響といった問題よりもはるかに深刻だ。健康指標の悪化は本県自体のイメージ悪化にもつながる。全力で改善に取り組みなければならない」

—(リハビリテーション治療や運動療法を担う)理学療法士や作業療法士らを養成する新学部設置が決まった。

「健康のために最も良いことは体を動かすことだが、県内にその専門家が少ない。急速に悪化した健康指標は短期間なら戻せるが、長く続いてしまえば戻せない。県は5年後の2021(平成33)年4月に設置する方針だが、それだと震災、原発事故から10年経過することになる。遅すぎると思う。一日も早く設置するべきだ」

—双葉郡の2次救急医療体制の整備に向け、4月から福島医大に拠点が設けられる。

「廃炉や除染に当たる大勢の作業員が安心して働けるようにするとともに、避難先から戻った人の健康を守る必要がある。作業現場での事故に対応する救急医療が求められるし、帰還する人は高齢者が多くみられており、医師が患者を訪ねる在宅医療も必要になる。それなら、救急と在宅医療の両方の機能を備えたハイブリッド型の医療機関をつくらばいい。大学に医師を集め、ローテーションで双葉郡に勤務してもらおう。こうした医療システムは、少子高齢化社会の新しい医療のモデルとして世界に発信できると考えている」

「健康影響」適切に発信

—放射線の健康影響をめぐるのは、この5年でさまざまなデータが蓄積された。しかしデータに基づいた理解が浸透していない面があり、中には全くデータに基づかないデマも流布されている。放射線のリスクコミュニケーションの重要性は高まっている。

「それは今後の最大の課題だと思っている。福島医大として反省もある。医療は基本的に『個』対『個』で行われるが、放射線の健康影響についての広報は、対『集団』という構図になりがちだった。例えば甲状腺がんと診断された人、家族がどんな思いを抱えるか。

われわれ医療者だけで考えていると、そうした相手の状況が見えなくなるケースがあった。われわれは反省しなければならないが、そもそも日本にリスクコミュニケーションの専門家が少なく、育成しなければならない」

「プロのわな」注意必要

—大学としての情報発信の在り方は。

「『プロのわな』に気を付ける必要がある。大学の研究者は論文を出してはいるのだが、県民や国民に理解してもらえないような論文、つまり新聞に取り上げてもらえるような論文は必ずしも書けていない。専門家として完璧を求めるあまり、相手が見えなくなるという『プロのわな』にはまっている」

—岡山大の教授が、本県で見つかった子どもの甲状腺がんの多くは被ばくで発症したものと主張する分析結果をまとめて論文として発表している。

「その論文の誤りを指摘する反論のペーパー資料を出し、学術誌の電子版に掲載された。その論文は専門家から見れば噴飯ものの内容だが、論文は『出したものが勝ち』という面もあり、こちらからも論文を出していかなければならない。以前のような狂騒的な状況はなくなったものの、今でも偏った意見が専門家の中から出てくる。

われわれは科学の土俵で闘わなければならない。何もかも分かったように発言する人もいるが、原発事故を受けて実施している甲状腺検査は世界で初めての取り組みなので、甲状腺がんが(他の地域と比べて)多いかどうか誰も判断できず、今ようやく『放射線の影響ではないと思われる』というところまで来ているが、まだ手探りの状態だ。手探りであるということをつかりやすく伝える努力が、われわれに求められている」

—ふくしま国際医療科学センターの建物が年内に完成するほか、新学部の設置が予定されるなど、福島医大の組織は急速に大きくなっている。

「医大のそれぞれの事業を監督、運営する人材が足りないのが課題だ。確かに組織も予算も巨大化しており、これを管理する行政のプロがさらに必要だ」

—福島医大が長期にわたり県民の健康を守っていくには、国の長期にわたる関与が欠かせない。

「今は国から予算が来ているが、今後の運営経費をどうするか、めどが立っていない。国を引っ張り込んで、予算を継続してもらわないと駄目だと思っている。国の人材も必要で、すでに財務省や厚生労働省出身者に医大で働いてもらっている。原発事故の責任が国にあるといっても、その国と一緒に取り組んでいかなければどうしようもない。われわれの取り組みは、国のさまざまな政策の中の一つにすぎないのは分かるが、関与を継続してもらいたい」

人生の扉は他人が開く

—福島医大で学ぶ学生、将来医学を学ぼうとする若い世代にメッセージを。

「『人生の扉は他人が開く』ということを経験生にはいつも言っている。努力は必要だが、努力すれば道が開けるほど、世の中は単純でも甘くもない。ただし、その努力をみて『何とかしてやろう』という人がいる。出会いは人生を豊かにし、別れは人を成長させる。人生の扉は他人が開くと信じ、愚直に努力を継続してほしい」

http://www.huffingtonpost.jp/masahirokami/fukushimahospitaltraining_b_9456368.html

福島県浜通りの医療支援は、若き医師を成長させる

上昌広 東京大学医科学研究所 先端医療社会コミュニケーションシステム社会連携研究部門 特任教授

投稿日: 2016年03月14日 14時12分 JST ハフィントンポスト

東日本大震災から5年が経過した。私は福島県浜通りの医療支援を続けている。

私どもの研究室からは、これまで20名以上の医師が常勤・非常勤で浜通りの病院に勤務している。

今年も麻酔科医である森田麻里子医師が南相馬市立総合病院、血液内科医の森甚一医師がいわき市のときわ会常磐病院に就職する。

7. 参考資料

浜通りでの勤務経験は若者を成長させる。本稿では南相馬市立総合病院の初期研修医である山本佳奈さんをご紹介したい。

彼女は昨年4月から同院で初期研修を始めた。滋賀県出身で滋賀医大卒。大学時代から当研究室に出入りしていた。当初、都立墨東病院での研修を希望していたが、マッチせず、悩んだ末、南相馬での研修を選んだ。

研修を始めた当初、彼女は不安だったようだ。そもそも研修医として社会に出るだけで大変なのに、縁もゆかりもない福島で働くのは相当なストレスだったのだろう。「辛いです。このままで大丈夫でしょうか。」と言うことが多かった。

ところが、彼女は大きく変わった。表情は明るくなり、自信をつけつつある。最近は「皆さんのお陰です。感謝しています。」と言うことが増えた。こうなると、周囲が彼女を応援し始める。仕事もできるようになる。

なぜ、山本さんは成長したのだろうか。私は、さまざまな経験を積んだからだと思う。

彼女は産科希望だ。今年1月から4月まで産科を回っている。研修2年目も4ヶ月間、回る予定だ。

あまり報じられないが、南相馬市立総合病院では分娩数が急増している。震災前年間220件あった分娩数は、2011年度はゼロになった。12年度に再開し、12年度93件、13年度167件、14年度183件と増加している。15年度は年間216件のペースだ。

これを診ているのは、産科常勤医である安部宏医師と山本さん、さらに福島医大から来る非常勤医師だ。山本さんの役割も大きい。

外来、検査は勿論、分娩や帝王切開術も安部医師とともに立ち会う。経験数は通常の臨床研修病院より遙かに多い。経験を積み、自然と実力もつく。

南相馬市立総合病院のもう一つの特徴は、金澤幸夫院長が「何でもチャレンジしてみよう」という方針を打ち出していることだ。外科医であった根本剛医師は、震災後、在宅治療を専門とする医師に転身した。神経内科医の小鷹昌明医師は、専門分野の診療だけでなく、地域住民を対象として、「エッセイ講座」や「男の料理」教室などを定期的に開催している。

山本さんが力を注いだのは、文章を書き、発信することだ。これは

大学時代から、彼女が力を入れてきたことだ。研修開始後も、朝日新聞の読者寄稿欄やハフィントンポストなどに文章が掲載された。

さらに、4月には光文社新書から貧血に関する本が出版される予定だ。約11万字の大作で、研修の合間をぬって文章を書いた。彼女にとって大きな「業績」となる。

若者には「旅」が必要だ。異郷で苦労を重ねることで成長する。東日本大震災から五年、浜通りは若き医師にとって格好の修業の場になりつつある。

*本稿は「医療タイムス」の連載に加筆したものです。

<http://digital.asahi.com/articles/ASJ3F7D4BJ3FUBQU007.html?rm=1172>

震災5年 透析施設を求めて 石川雅彦

2016年3月14日07時00分 朝日新聞

■被災10日後、心臓に異変

2011年3月11日、宮城県南三陸町の三浦（みうら）徳一（とくいち）さん（66）は、海沿いにあった勤務先の建設会社の事務所で仕事をしていた。午後2時46分、大きな揺れに襲われたあと、すぐに我に返った。

「必ず津波がやってくる……」外に出ていた普通トラックや乗用車を大急ぎで近くの高台に避難させ、自分も走って逃げた。町唯一の公立病院、志津川病院では、看護師らが入院患者らを次々と建物の上階へと避難させた。だが、津波は東棟（4階建て）と西棟（5階建て）のそれぞれ4階までを襲った。患者や看護師ら70

人余りが犠牲になった。

海の近くにあった三浦さんの自宅も流された。「あっという間に津波で根こそぎ持って行かれた」。最後の様子について、避難してきた近所の人からそう聞いた。

徳一さんは町の総合体育館などで避難生活をしつつ、震災10日後の3月21日、山沿いにある妻、栄子さん（65）の実家にたどり着いた。その夜、異変が起きた。寝ていると、心臓を指でつねられるような痛みを感じる。15年ほど前に心臓発作を起こし、血管を広げるために「ステント」と呼ばれる小さな金属製の筒を埋め込んでいた。「また同じ心筋梗塞（こうそく）の発作だ」と直感した。急いで栄子さんに医師のいる近くの中学校の体育館に連れて行ってもらった。

診察した医師は、問診だけするとすぐに救急車を手配した。震災直後で、周辺地域にある気仙沼市立病院や石巻赤十字病院はすでに患者であふれていた。医師の判断で、以前にステントを入れる手術を受けた仙台厚生病院（仙台市）に搬送されることになった。

迎えに来たのは、兵庫県から応援で来ている救急車だった。岩手県の一関インターチェンジで、仙台市から来た救急車に乗り換え、病院に到着したときは、出発から3時間以上がたっていた。

ただ、このときはまだ「悪いのは心臓。また、ステントでも入れるんだろう」と思っていた。まさか自分が人工透析患者になるとは、思ってもいなかった。

東日本大震災から間もなく5年。今週は、震災直後に人工透析患者となった男性の体験を振り返ります。5回連載します。

■病院転々、故郷離れる

東日本大震災の発生から10日後、心筋梗塞（こうそく）の発作に襲われた宮城県南三陸町の三浦徳一さん（66）は、搬送先の仙台厚生病院（仙台市）で緊急の心臓手術を受けた。そこで思いがけず指摘された。「腎臓もかなり弱ってます」

転院先の仙台社会保険病院（現・JCHO 仙台病院）で、医師から詳細な説明を受けた。「腎不全が起きています。仮設住宅での不規則な生活やストレスがなければ、時間をかけて食事療法で治療することもできるのですが……もし、家族から腎臓がもらえるようなら、移植を勧めます」徳一さんは「地震でみんなが生きるのに

必死で苦労しているときに移植なんて考えられない」と思い、移植は受けないと決めた。残る選択肢は人工透析だ。準備として腕に、血液を円滑に体外循環させるための「シャント」と呼ばれる血管にバイパスを作る手術を受けた。心臓手術

の直後ということもあり、入院しながら透析治療を受ける日々が始まった。だが、被災地では地震で透析施設が崩壊、透析に必要な清潔な水の確保も難しく、施設がどこも絶対的に不足していた。病院をさらに一度転院したが、症状が安定してくると転院を求められた。これから先、どこで透析を受けたいのか――。途方に暮れていたときに千葉市内に住む長男（37）が病院を手配してくれた。千葉市内にある千葉社会保険病院（現・JCHO 千葉病院）だった。生まれ育った南三陸町から離れたくはないが、「震災を生き延びた命、大事にしないと」と思い直し、千葉へ向かった。

千葉でも入院しながら透析治療を受けた。妻の栄子さん（65）は、長男の住む市内のアパートに寝泊まりしながら病院に通い、徳一さんの身の回りの世話をした。しかし、話し相手もない慣れない都会生活は、栄子さんにとっては精神的にもつらいものだった。

「地震で不自由な生活で、また地震が来るかもしれないけども、やっぱり海と山があるふるさとに帰りたい」。栄子さんの言葉を聴いた徳一さんも、もちろん、同じ気持ちだった。

「苦労するとしても、故郷の南三陸町に戻って治療を受けよう」

■全壊病院、やっと「復活」

東日本大震災後に人工透析患者となった宮城県南三陸町の三浦徳一さん（66）は2011年5月、千葉県の病院に転院した。しかし、「ふるさとで暮らしたい」という妻の栄子さん（65）の願いをかなえるため、地元周辺の透析施設を探すことにした。

以前、治療を受けた仙台市内の病院を通して、病院を調べてもらったが、予想通り、なかなか見つからない。「病床が満杯」「新患は無理」。次々と断られ続けた。

「千葉にいるしかないのか」と、あきらめかけたころ、故郷の南三陸町に近い、登米市立よねやま診療所から連絡があった。1床空きができたという。6月から通いで透析を受けることになった。

受け入れが決まった直後、何度も入居申し込みに落選していた南三陸町の中学校グラウンドにある仮設住宅に当選した。心臓のほうも落ち着いてきて、震災3カ月目になってやっと、夫婦ふたりの生活に戻ることができた。

透析は月・水・金曜日の週3回で1回4時間。仮設住宅を朝7時に出て、往復2時間以上の道のりを自らの運転で診療所に通った。

「地元に戻って、夫婦で住みながら、透析が受けられるだけでも、ありがたいと思わないとね」震災から3カ月たち、体調も戻ってきた。体重は80キロから60キロに減った。栄子さんも透析患者用の塩分控えめの食事づくりに慣れ、「震災以前より健康かな」と感じる日も出てきた。

登米市に通って透析を受けて約4年半、15年12月に地元の町立病院、南三陸病院が開院した。震災時に津波で全壊した旧公立志津川病院の「復活」だった。

新病院は鉄筋コンクリート造り3階建てで、町役場などが移設された高台の造成地に建った。宮城、岩手両県で全壊した六つの公立病院のなかで初の本格復旧だった。震災で人口が2割減った南三陸町にとって、新病院は町外に出て行った町民の「呼び戻し」に向けての悲願でもあった。

南三陸病院で人工透析がスタートしたのは16年1月中旬。徳一さんを始め、それまで町外の病院に車で片道1時間から1時間半ほどかけて通っていた地元の人工透析患者たちが、次々と戻ってきた。

■「生きよう、友の分まで」

宮城県南三陸町の三浦徳一さん（66）は、新しく完成した南三陸病院で人工透析を受け始めた。透析の日は朝8時すぎに車で自宅を出発、10分ほどで着く。

「毎週月水金の3日間、計12時間。やらないと死んじゃうから、しょうがない。でも、透析を受けると『がんばって生きよう』とやる気が出るから、不思議だよ」最も気を使うのが体重管理だ。腎臓が機能を失い尿が出ないため、透析を受けた金曜日から次に受ける月曜日まで、普通に飲み食いすると5、6キロも増えかねない。食事や飲み物を注意深くコントロールする必要がある。

今のいちばんの楽しみは、風呂上がりに飲むノンアルコール・ビール。体重管理のため350ミリリットルの缶を、妻の栄子さん（65）と半分ずつに分ける。お茶も1回に湯飲みに5分の1しか入れない。のどが渴くと、小さな氷の塊を口に入れる。食事は「極力の薄味」を心がけている。

徳一さんについて、南三陸病院で透析を担当する櫻田（さくらだ）正寿（まさとし）院長（59）は「塩分を徹底的に管理して、体重を維持している。優等生の患者さんです」と話す。

震災のときに勤務していた建設会社は、入院生活が続き、定年退職という形で辞めた。流された自宅の保険金や貯金などを活用して2014年11月、海が見える標高200メートルの高台に自宅を新築し、仮設住宅から引っ越した。

15年11月、2人の子ども、4人の孫らが福島県のホテルに集まり、「結婚45周年パーティー」を開いてくれた。「ごちそうばかりで、ちょっと食べ過ぎたよ」。徳一さん21歳、栄子さん20歳で結婚して半世紀近くたった。

「生きてると、時々いいことがあるんだ。ただ、生きていないとだめなんだな」震災直後、心筋梗塞（こうそく）の発作を起こし、思いがけず透析患者になり病院を転々とした。そして5年目で、腰を落ち着けて治療を受けられる地元病院にたどり着いた。

1万7千人が住んでいた南三陸町では、620人が亡くなり、いまま212人が行方不明だ（2月末現在）。三浦さん一家の友人や知人もたくさん死んだ。

「つくづく、命はもらいものだと感じます。これからも死んでいった仲間の分まで生きてますよ」

■《情報編》 停電・断水、移送にも備え

腎臓は血液中の老廃物を濾過（ろか）して尿を作る。腎臓の機能がおよそ10%以下になると血液を人工的に浄化させる透析が必要になる。

透析には、血液を体外循環させる「血液透析」と、自分のおなかにある腹膜を利用する「腹膜透析」があり、患者の9割以上が血液透析を選択している。

血液透析は通常、昼間に1回4時間の治療を週3回受ける。東京医科大学腎臓内科学の菅野義彦主任教授（49）による

7. 参考資料

と、高齢者は回数を減らしたり、昼に仕事のある会社員は夜に透析を受けたりするなど「個別化」も進んでいる。東日本大震災で改めて浮かび上がったのは、自然災害に対する透析施設のよろさだ。日本透析医学会などによると、被害の大きかった宮城・岩手・福島県の3県には震災当時、1万人以上の患者がいたが、多くが一時的に透析を受けられなくなった。例えば、宮城県内にある53の透析施設のうち、震災翌日に利用可能な施設は9施設しかなかった。大きな原因は断水と停電だった。透析治療では、電気に加え、1回100リットル以上の水が必要になる。水道が止まり、清潔な水が確保できない場合、透析はできない。宮城県内では震災当日午後9時の段階で、53施設の100%が停電、91%が断水となった。

宮城県の気仙沼市立病院などでは、震災直後、より多くの患者に透析を行うため、1回の透析を半分の2時間にして治療を進めた。また、震災11日後の3月22日には、北海道の病院で透析を受けてもらうため、自分で歩ける44人の患者を自衛隊機で運んだ。

今回のシリーズで紹介した宮城県南三陸町の三浦徳一さん(66)のように災害直後に透析に入る患者もいる。南三陸病院で透析を担当する櫻田(さくらだ)正寿(まさとし)院長(59)は「災害直後には、避難所の暮らしからくる精神的なストレス、制限された食事、運動不足などから、腎臓機能をはじめ、心身機能に問題が出てくる人が増える」と話す。首都直下地震や南海トラフ巨大地震では、多数の透析患者を遠方に移送させる事態も予想される。日本透析医学会や日本透析医会などでは、施設のネットワーク作りや患者情報を全国で共有できる仕組みづくりに取り組んでいる。

3月14日

<https://www.m3.com/news/iryoshin/407065>

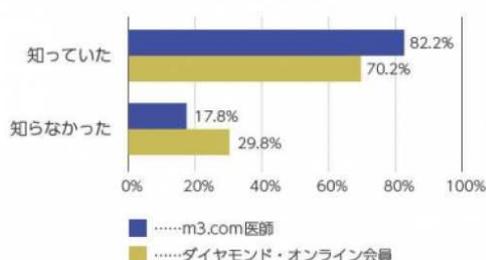
シリーズ：m3.com × 『週刊ダイヤモンド』 共同企画「医師&一般人 緊急アンケート」

大病院の受診規制、患者も64.8%が支持◆Vol.1

「手遅れになる」「紹介状にもお金かかる」との意見も

スペシャル企画 2016年3月14日(月)配信 橋本佳子(m3.com編集長)

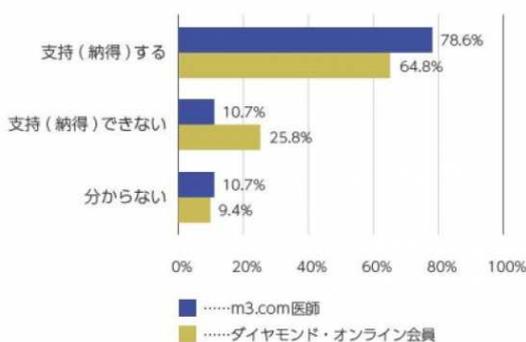
Q1. 4月からの「紹介状なし」の大病院受診時の定額負担徴収義務化、知っていますか？



団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて、地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題だ。人口の高齢化や医療の高度化に伴う医療費の増加、医療の質向上などへの対応も求められる状況下で実施されたのが、2016年度診療報酬改定。この4月以降、医療機能の分化、連携が一層推進される一方、後発医薬品の使用促進などが進められる。医療は、国民にとって非常に身近な問題であるとともに、今後の医療の問題解決には、さまざまな立場のステークホルダーの意見を聞くことが重要になる。

m3.comは、今改定を機に、『週刊ダイヤモンド』(ダイヤモンド社)と共同で、医師およびビジネスパーソンの双方に、同改定の影響や受け止め方、目指すべき医療について尋ねる調査を実施した。その結果を連載する(調査概要は、文末を参照)。

Q2. 「紹介状なし」の大病院受診時の定額負担徴収義務化、支持(納得)しますか？

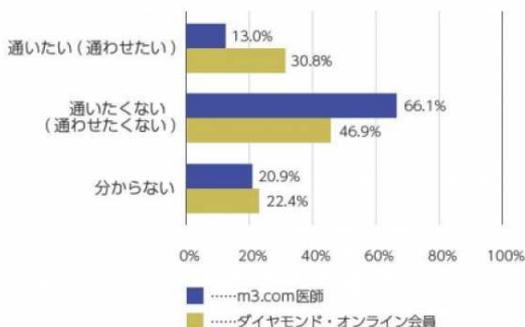


大病院と中小病院、診療所との機能分化を進める一環として、4月から、特定機能病院と一般病床500床以上の地域医療支援病院では、紹介状を持たない患者に対する定額負担の徴収が義務化される(『「紹介状なしの初診5000円」、税込の最低料金』を参照)。

この制度の認知度を尋ねたところ、「知っていた」と回答したのは、m3.com 医師会員82.2%、ダイヤモンド・オンライン会員(70.2%)。いずれも比較的高率ではあるものの、一方で、「知らない」との回答は同オンライン会員で約3割に上った。

定額負担の徴収義務化は、風邪などの軽症患者などが、いきなり大病院を受診するのを防ぐのが狙い。m3.com 医師会員の78.6%はこの施策を「支持する」と回答。これに対し、ダイヤモンド・オンライン会員も64.8%は「納得できる」と答えた。ただ、「納得できない」との回答も25.8%と約4分の1を占め、医療機関の窓口での混乱を招かないためには、外来の機能分化を進める意味について、国民への一層の周知が必要なることが分かる。

Q3. 4月からも、紹介状を持たずに大病院に通いたい(家族を通わせたい)とお考えですか？



「4月からも、紹介状を持たずに大病院に通いたい(家族を通わせたい)か」との質問には、「通いたくない(通わせたくない)」との回答が、m3.com 医師会員66.1%、ダイヤモンド・オンライン会員46.9%を占め、いずれも「通いたい(通わせたい)」との回答よりも多かったものの、両者の間には約20ポイントの開きがあった。いまだ患者には「大病院志向」が根強いことがうかがえる結果となった。ダイヤモンド・オンライン会員のうち、「通いたくない(通わせたくない)」との回答者からは、「現在、自身の子が専門医療のため大病院に定期通院している。その経験から専門医療を必要としている人の需要は高い状況だと感じている。そこに専門医療が必要としていない人が入るとより需要と供給のバランスが崩れると思う」(30

代、男性)、「重篤な病で入院した際に大病院に入院した経験から、普段はかかりつけ医の診断で済ませ、大病院では重篤な患者の診察や診断に当たっていただきたい(70代、男性)と、機能分化に一定の理解を示すコメントが寄せられた。これに対し、「通いたい(通わせたい)」との回答者は、その理由として、「危険な病気かもしれない場合、1回別の病院に行くと手遅れになるかもしれない。誤診されて大学病院を紹介されないうちに手遅れになるかもしれない(50代、男性)、「自分の病気であればかかりつけを使うが、子供の場合、判断が難しいこともあるので状態によっては大きな病院を受診したい(40代、女性)、「何科で診てもらえば良いか分からない病気の場合、あるいは当該大病院にしか担当専門医がいない場合にそう思う(70代、男性)など、病状を自分で判断する難しさ、大病院を受診する安心感を挙げた。

「今の病院(大学病院)にずっと通院しています。1回他の病院に変わってほしいと言われ、住んでいる所から一番近い個人病院に行きましたが、そこの医者から大病院からの紹介を嫌がられて、他の病院を紹介されたことがあるから(40代、男性)など、病診連携における医療機関側に対応の問題を指摘する意見も寄せられた。

そのほか、「なぜ深刻な病気を前提に治療に行く場合、近くの医院に行く必要があるのか分からない(50代、男性)、「前から大病院で紹介状なく受診する場合お金がかかったし、紹介状を書いてもらうのにもお金がかかるのだから、施策の狙いがあまり分からない(20代、女性)など、制度設計の在り方に疑問を投げかける意見のほか、「信頼できる先にお金の糸目につけられない(70代、男性)、「高額な保険料を支払う権利として(50代、男性)といった声も見られた。

【調査概要】

m3.com 医師調査

- ・調査期間：2016年2月20日から2月23日
- ・調査対象：m3.com 医師会員、有効回答数 1838人
- ・回答者属性

20代 0.9%、30代 11.1%、40代 30.6%、50代 38.8%、60代 15.9%、70代以上 2.7%

病院(500床以上) 20.0%、病院(200床以上、500床未満) 26.9%、病院(200床未満) 19.4%、診療所 31.5%、その他 2.3%

ダイヤモンド・オンライン調査

- ・調査期間：2016年2月19日から2月23日
- ・調査対象：ダイヤモンド・オンラインの登録会員、有効回答数 419人
- ・回答者属性

男性 86%、女性 14%

平均年齢 56.1歳(20代 2.9%、30代 6.4%、40代 18.1%、50代 27.2%、60代 26.0%、70代以上 19.3%)

<https://www.m3.com/news/general/407534>

医師不足解消、カギは高校生 自治体がゼミや病院実習

2016年3月14日(月)配信 朝日新聞

医学部を志す高校生向けの独自教育に乗り出す自治体が増えている。朝日新聞社の調べでは、17道府県の教育委員会が取り組む。主に医師不足に悩む地域で、「医者の子タマゴ」を自助努力で育て、地元回帰に望みをかける。

「患者さんに接するときに気をつけていることは?」「入学してつらいことは?」

茨城県教委が1月に開いた「医学部進学モチベーションセミナー」。JR土浦駅前の会場に集まった県内の高校1、2年生計13人が現役の医師、医学部生に次々質問を投げかけた。

同県は人口10万人あたりの医師数が169・6人。全国で2番目に少ない。セミナーは医療の担い手を増やそうと2010年度から毎年開く。今年度は小論文や数学の受験講座など、関連の企画をほかにも4回催した。

セミナーに参加した県立竹園高(つくば市)の2年生、下川大樹さん(17)は「医者になる前に一人の人間であることを忘れないように、ということを学んだ」。

県教委は、学校単位でも志望者向け教育に取り組む県立高校を3校指定した。2校は病院見学が主だが、竜ヶ崎第一高(龍ヶ崎市)は放課後や週末に年10回ほど、「特別ゼミ」を開催。学年を問わず、小論文や面接の対策、地元病院での実習を受けられる。顧問の小野瀬勇一教諭(38)は「難関入試を乗り越える意欲の向上と、仕事の適性を知るきっかけになっている」と言う。

県内では、医師不足のため、内科医が外科手術をしているような事例もある。県教委に協力する東京医科大茨城医療センター(同県阿見町)の柳生久永・総合診療科長(53)は「成果は形で見えにくいですが、卒業生が医師になって戻ってきてくれるとうれしい」と話す。

■17道府県が導入

独自教育を「導入している」と朝日新聞社の調べに答えた17道府県教委のうち、14道県は10万人あたりの医師数が全国平均(233・6人)以下。導入理由は、ほとんどが「医師不足への対策」だった。

静岡県は、国の医師臨床研修の制度改革で大学病院への派遣が減り、全国39位だった医師数が06年に44位に転落した。打開策として、県教委は08年度に病院体験を開始。「医学部進学者を増やせば、県外の大学に行ってもふるさとに戻ってきてくれるだろう」と担当者は期待する。

14年度から志望者向けの「医歯薬コース」を設置する千葉県立東葛飾高校では、医療事故を考える講義や研修医との座談会を必修にする。清水達夫教頭は「授業を通じて、医師との人間関係をつくってほしい」と話す。多くの道府県が医療現場との交流を取り入れ、医師の質の向上にも目配りしている。

■進学者増も

独自教育の「効果」も見えつつある。地域の医師不足が目目された07年度、県立2高校でいち早く教育プログラムを取り入れた新潟県。県教委によると、当初83人だった県内の医学部進学者が、ここ数年は毎年100人超で推移する。この春、1期生が医学部を卒業する。卒業生が地元に戻るかどうか、追跡調査も検討中だ。

静岡県の医学部進学者も、7年間で3割増の200人(14年)となった。

7. 参考資料

医師で地域医療教育研究所（北海道）代表理事の前沢政次さん（68）はこうした取り組みを評価しつつ、「地域医療の魅力を伝える教育は医学部に入った後も必要だ」と指摘する。

文部科学省も08年度から医学部の定員を拡大。新年度は過去最多の約9300人となる。卒業後に地方で一定期間働くことを条件に入学を認める「地域枠」も広がる。

しかし、東京医科歯科大医学部の奈良信雄・特命教授は、この定員増では医師不足は解決しないとみる。収入や環境を考えて病院を選ぶ医師が少なくないからだ。「医師の地域と診療科の偏りは社会問題。待遇改善など、国が責任を持って解消する必要がある」厚生労働省は昨年12月、医師の需要と供給の予測や医師の地域偏在の対策について、10年ぶりに検討を始めた。16年中に方針を示すという。（伊藤あずさ）

■医学部志望者向けの教委の主な取り組み

<北海道>

2年生向けに3泊4日の「メディカル・キャンプ・セミナー」。道内の医学部での講演や医学生との交流、英語・数学の講義

<秋田県>

1、2年生向けに秋田大や県内の病院で医療体験など。3年生には英語・数学・理科の勉強合宿を開催

<宮城県>

1、2年生向けに病院見学、勉強合宿。3年生向けは英語・数学・理科と小論文の「医学研究講座」。今年度から1、2年生も年度末特別授業を開催

<長野県>

2年生向けに1泊2日の合宿。信州大医学部教員の講演や医学部生との討論会、英語・数学の講義

<静岡県>

1、2年生向けに、冬と春、医師の講演や予備校による受験動向の説明や英語・数学の講座を開催

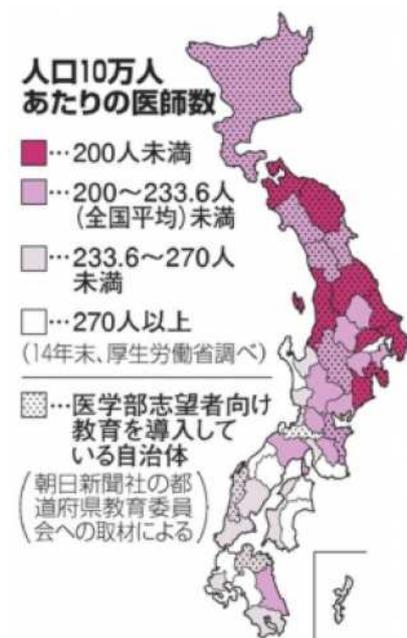
<三重県>

2年生向けに夏休みに人口が減少している地域の診療所などの見学ツアーを開催

<http://digital.asahi.com/articles/ASJ3G2S04J3GUBQU004.html?rm=799>

医学部志望高校生 教育委員会が開拓 伊藤あずさ

2016年3月14日08時37分 朝日新聞



医学部を志す高校生向けの独自教育に乗り出す自治体が増えている。朝日新聞社の調べでは、17道府県の教育委員会が取り組む。主に医師不足に悩む地域で、「医者タマゴ」を自助努力で育て、地元回帰に望みをかける。

■自治体がゼミや病院実習

「患者さんに接するときに気をつけていることは？」「医学部に入学してつらいことは？」茨城県教委が1月に開いた「医学部進学モチベーションセミナー」。JR土浦駅前の会場に集まった県内の高校1、2年生計13人が現役の医師、医学部生に次々質問を投げかけた。

同県は人口10万人あたりの医師数が169.6人。全国で2番目に少ない。セミナーは医療の担い手を増やそうと2010年度から毎年開く。今年度は小論文や数学の受験講座など、関連の企画をほかにも4回催した。この日、セミナーに参加した県立竹園高（つくば市）の2年生、下川大樹さん（17）は「医者になる前に一人の間人であることを忘れないように、ということを学んだ」。数学の講座も受けたという同級生の西村直毅さん（17）は「医師になりたい気持ちが一層強くなった」と話した。

県教委は、学校単位でも志望者向け教育に取り組む県立高校を3校指定した。2校は病院見学が主だが、竜ヶ崎第一高（龍ヶ崎市）は放課後や週末に年10回ほど、「特別ゼミ」を開催。学年を問わず、小論文や面接の対策、地元病院での実習を受けられる。顧問の小野瀬勇一教諭（38）は「難関入試を乗り越える意欲の向上と、仕事の適性を知るきっかけになっている」と言う。10年度以降、3人が医学部に進学した。

県内では、医師不足のため、内科医が外科手術をしているような事例もあるとい

う。県教委の取り組みに協力する東京医科歯科大茨城医療センター（同県阿見町）の柳生久永・総合診療科長（53）は「成果は形で見えにくい、卒業生が医師になって戻ってきてくれるとうれしい」と話す。

■17道府県教委が独自教育を導入

独自教育を「導入している」と朝日新聞社の調べに答えた17道府県教委のうち、14道県は10万人あたりの医師数が全国平均（233.6人）以下。導入理由は、ほとんどが「医師不足への対策」だった。

静岡県は、国の医師臨床研修の制度改革で大学病院への派遣が減り、全国39位だった医師数が06年に44位に転落した。打開策として、県教委は08年度に病院体験を開始。「医学部進学者を増やせば、県外の大学に行ってもふるさとに戻ってきてくれるだろう」と担当者は期待する。

地元・東北大医学部への進学者の多くが県外出身者で、卒業生が地元に着定しないという悩みを抱える宮城県教委は、10年度から受験対策合宿などの年間企画を実施。地域医療に親しんでもらおうと、県医師会の講演会や地元の病院見学などもメニューに盛り込む。

14年度から志望者向けの「医歯薬コース」を設置する千葉県立東葛飾高校では、医療事故を考える講義や研修医との座談会を必修にする。清水達夫教頭は「授業を通じて、医師との人間関係をつくってほしい」と話す。

信州大医学部生とのグループディスカッション(長野)▽夏休みの病院見学(三重)——など、多くの道府県が医療現場との交流を取り入れ、医師の質の向上にも目配りしている。10万人あたりの医師数が全国平均を上回る3府県でも、病院での手術の疑似体験(島根)や医学部見学(大分)などに取り組む。

■進学者は増加

独自教育の「効果」も見えつつある。

地域の医師不足が注目された07年度、県立2高校でいち早く教育プログラムを取り入れた新潟県。県教委によると、当初83人だった県内の医学部進学者が、ここ数年は毎年100人超で推移する。

この春、1期生が医学部を卒業する。卒業生が地元に戻るかどうか、追跡調査も検討中だ。

静岡県医学部進学者も、7年間で3割増の200人(14年)となった。宮城県内では、13~14年度の医学部進学者のいずれも7割が、県教委が志望者向けに実施する勉強合宿などの支援事業の参加者だった。

医師で地域医療教育研究所(北海道)代表理事の前沢政次さん(68)はこうした取り組みを評価しつつ、「地域医療の魅力を伝える教育は医学部に入った後も必要だ」と指摘する。

文部科学省も医師不足の解消のため、08年度から医学部の定員を拡大。新年度は過去最多の約9300人となる。卒業後に地方で一定期間働くことを条件に入学を認める「地域枠」も広がる。

しかし、東京医科歯科大学の奈良信雄・特命教授は、この定員増では医師不足は解決しないとみる。収入や環境を考へて病院を選ぶ医師が少なくないからだ。産科や小児科など、きつくてなり手が減っている診療科もある。「医師の地域と診療科の偏りは社会問題。待遇改善など、国が責任を持って解消する必要がある」

厚生労働省は昨年12月、医師の需要と供給の予測や医師の地域偏在の対策について、10年ぶりに検討を始めた。16年中に方針を示すという。

<http://www.sankei.com/politics/news/160314/pl1603140004n1.html>

医療事故防止に向け大学病院長の裁量拡大へ 制度改正検討

2016.3.14 06:43 産経ニュース

政府は13日、医療事故防止など大学病院の安全管理体制の拡充に向け、病院長の裁量を拡大する方針を固めた。厚生労働省の有識者会合が夏ごろまで進める検討をもとに省令改正などを行い、職務権限を明確にする。これまでの医療事故では、病院長が求めた安全対策予算を大学が認めず事故発生の理由の一つと指摘されるケースがあり、制度改正によって現場の実情に即した対策を病院長の権限で柔軟に行えるようにする。

制度改正の対象となるのは、高度医療の提供を行う「特定機能病院」。平成27年6月現在、承認を受けているのは84病院で、このうち大学病院の本院は78に上る。

具体的には厚労省令や通知を改正し、特定機能病院の承認要件を見直す方向。法令に規定がなかった病院長の権限を明確にし、人事や予算の決定権を強化する。これにより、医療事故の防止策や医療従事者の配置など、安全管理に必要と思われる対策を、病院長の裁量で迅速、臨機応変に行えるようにする。

これまでは人事や予算の決定権を大学の理事会などが握るケースが多く、現場の実情に通じた病院長の裁量が限定されているとの指摘が出ていた。

26年に群馬大病院などで相次いだ医療事故では、病院長に安全対策の予算権限がなく、事故を回避できなかった理由の一つとされるケースがあった。

厚生労働省の有識者会合が今夏をめどにまとめる報告書では、病院長の選任方法などを病院の内規で定めるよう求めることも検討する。

3月13日 <http://jp.reuters.com/article/idJP2016031301001484>

医療正常なら138人生存

調査班が判定した
東日本大震災の犠牲者

	岩手	宮城
防ぎ得た	19人	44人
防ぎ得た可能性が高い	17人	58人
計	36人	102人
	138人	

Domestic | 2016年03月13日 21:42 JST 【共同通信】

東日本大震災で被災した岩手、宮城両県の病院で亡くなった1042人中、約13%に当たる計138人が、通常の医療体制なら救えた可能性が高いことが13日、両県の医師が参加した厚生労働省研究班の調査で分かった。

震災では、多くの病院が停電や断水による医療機器の停止や薬不足に見舞われた。次の災害に備え、医療機関が機器などを守る防災体制の強化が求められている。調査は震災発生日の2011年3月11日からの約20日間、岩手、宮城の災害拠点病院など主要な40病院で亡くなった患者が対象。記録などを基に、救急や災害医療の専門家が分析した。

<http://www.sagas.co.jp/news/saga/10101/288530>

がん告知、医師が伝え方研修 好生館

2016年03月13日 10時00分 佐賀新聞

がんの告知や再発、抗がん剤治療の中止など「悪い知らせ」の伝え方を医師が学ぶ取り組みが佐賀県内で始まった。患者とのやりとりを教える人はなく、がん医療に携わる医師も手探り。患者や家族に寄り添った伝達を学ぶことでよりよいコミュニケーションができ、患者の不安をやわらげることにつながる。

佐賀市の県医療センター好生館が2月に初めて開いた「コミュニケーション技術研修会」。

模擬医師「抗がん剤治療を頑張ってきましたが、効きにくい細胞が増えてきています。副作用が強いので、やめた方が寿命が延びます」

模擬患者「治らないのですか？ 私、死ぬんですか？」

7. 参考資料

模擬医師「がんをやっつける治療はもう行えません。考え方を覚えて、痛みをとる方に変えた方がいいですね」

■医師もストレス

こんな緊迫したやりとりが続いた模擬医師と模擬患者とのロールプレイ。見守るのは、受講生の医師たち。現実にかかる場面を想定して、複数の人がそれぞれの役を演じ、対応を学習した。

「悪い知らせ」を伝えられることは、患者とその家族にとって衝撃的な出来事であり、その後の日常生活に大きな影響を与えるといわれる。同時に医師にとってもストレスを伴う。研修会は患者と医師間のコミュニケーションの質の向上を目的にしている。

参加したのは、がん診療経験5年以上の中堅医師4人。福岡市で末期がん患者の生活を支えるボランティアが模擬患者と家族役を務め、ファシリテーター（司会役）の医療関係者がロールプレイを主導した。

2日間かけ、診療場面ごとにテーマを決めて延べ8回のロールプレイを実施した。医師4人が2回ずつ模擬医師を務めたり、やりとりについて気づいた点や感想を述べ合った。

■思いやりと共感

コミュニケーションの基本的な「型」は（1）静かな環境を設定し、礼儀正しく接する（2）患者の目や顔を見て、相づちを打つ（3）「この1週間はどうぞ過ごされましたか？」などと緊張を和らげる質問をする（4）「…死にたいくらいつらいですね」と共感を示す。沈黙を積極的に使い、患者の発言を待つ。患者の気持ちはもつとだとして正当性を伝え、気掛かりな点を探し、理解する。これに各医師が自分なりに「味つけ」をしていくが、伝えるテクニックだけでなく患者への温かい思いやりを持つことが重要になってくる。

研修を受講した呼吸器内科の医師（35）は「大変参考になった。同じことを伝えるにしても希望を持った話し方をするとか、自分の説明で配慮が足りない部分に気づけた」と話した。泌尿器科の医師（42）は「手術は他の人を見る機会があるが、病状説明など外来の場は見ることがない。患者とのコミュニケーションは一人ずつあげていくしかない。悪い癖を指摘してもらい、非常に新鮮だった」と振り返った。

研修会を企画した好生館緩和ケア病棟の鶴池直邦医師は「患者とのコミュニケーションは大学では十分に教えないし、医師は本当にこれでいいのかとみんな思っている」と指摘し、「悪い知らせは患者の気持ちをくみ取りつつ、何とか受容してもらうように伝えるが、これでいいということはない。研修を重ねていくしかない」と語る。今後も卒後教育の目玉として開催していきたいという。

<https://www.m3.com/news/iryoshin/404485>

シリーズ： **中央社会保険医療協議会在宅専門診療所、原則は「認めず」** 中川俊男・日医副会長に聞く ◆Vol. 4

今後の注目点 は消費増税の時期と対応

2016年3月13日（日）配信 聞き手・まとめ：橋本佳子（m3.com編集長）

——在宅関連では、在宅専門診療所の新設が注目点です（『在宅患者95%以上』が在宅専門診療所』を参照）。これは専門診療所の積極的な評価なのか、あるいは既に専門診療所があるため、一定の要件を課し、ルール作りをすることが目的なのでしょうか。

「在宅専門診療所は、原則的にはノー」が基本スタンス。ただし、「かかりつけ医」が外来診療の延長上で在宅医療に取り組むには、限界があります。それを補完する機能が必要なために在宅専門診療所を認めたのです。

在宅専門診療所については、今まで現場の医療者が構築してきた地域医療のネットワークを崩さないように、いろいろな開設要件を設けてもらいました。モラルハザードが起きないようにするためです。中でもポイントは、「外来診療が必要な患者への対応のため、協力医療機関を2カ所以上確保すること、または地域医師会から協力の同意を得ていること」という要件です。医療機関の多くは地域医師会の会員ですから、結局は地域医師会の意に反した在宅専門診療所の運営は難しいでしょう。在宅医療では、「患者紹介ビジネス」が問題になり、前回の2014年度改定では療養担当規則までも変更しました。在宅専門診療所については、引き続き慎重に対応していきます。

——そのほか在宅関連では、前回改定で引き下げられた「同一建物・同一日」の在宅時医学総合管理料（在総管）の見直しが行われました。これで問題は解決できたとお考えですか。

在総管は「1人」「2～9人」「10人以上」という区分になりましたが、これには反対でした。「10人以上」については、何十人でもまとめて訪問することに、「お墨付き」を与えるようなものだからです。

どのように運用されるかは、実際にやってみないと分かりません。ただ行政は今、どんな高齢者施設・住宅があるかを把握しきれていないのが現状。施設・住宅への検証調査を行おうとしても、無届では送付先がないわけです。在宅関連の検証調査においては、この辺りも課題になります。

——今改定で、特に影響が大きく、今後の検証が必要と思われる部分はどこでしょうか。

最大のポイントは、7対1入院基本料の見直し。そのほか、在宅専門診療所、調剤報酬の関連です。

——今改定の議論では、保険外併用療養制度を見直し、「選定療養」の類型を追加する議論もありました（『治療に関係ない検査』で自費徴収を検討』を参照）。

厚労省が、「選定療養」についても、「保険導入の可能性が生じることがあり得る」と提案したので、見直しに異議を唱えたわけです。「選定療養」は保険適用にはならない区分。将来、保険導入を目指すなら「選定療養」であり、この区分を見直すなら、保険外併用療養制度の全体の枠組みの議論をしなければいけません。

——今改定では、費用対効果評価も試行的に導入されます。その項目は4月以降に決定する予定です（『費用対効果評価、既収載は8品目程度が対象』を参照）。

費用対効果評価は、新規収載の医薬品や医療機器は対象外。また厚労省の説明によると、「費用対効果が見合わないから、保険適用はしない」などの使い方は今はしないとのこと。「高すぎる価格のものを抑える」のが目的と理解しており、これにより試行的な導入を了承したのです。これらの条件は守っていただきたい。

——最近では、分子標的薬などで高額な新薬が上市されています。

確かに、新薬でも費用対効果評価を行うべきという議論が出てくる可能性も否定できません。費用対効果評価をどこまで

適用するかについては、冷静な判断が必要。例えば、中医協総会でも言いましたが、生涯医療費という観点を踏まえて評価すべきであり、仮に薬価が高い新薬でも、治療期間中の医療費だけでなく、その新薬で完治すれば、生涯医療費は安くなることも考えられます。

——患者申出療養制度も、この4月からスタートします。

患者申出療養制度ですが、「混合診療の拡大」と誤解している人がいます。この制度は、あくまで「評価療養」の「先進医療B」の一形態。先進医療は、「医療機関発」ですが、患者申出療養制度の場合は「患者発」という違いにすぎません。「患者さんが申し出てきた医療について、誰が安全性や有効性を判断するのか」という指摘がありますが、臨床研究中核病院や国の組織で検討する仕組みになっています。そもそも今回は入口を開けただけで、それほど件数は増えてこないと思っています。多くは「先進医療B」で対応できるでしょう。

<https://www.m3.com/news/iryoshin/407499>

「在宅、専門診療所を含め、多様な主体で」全国在支診 連絡協議会、全国大会でシンポ

レポート 2016年3月13日(日)配信橋本佳子(m3.com編集長)

全国在宅療養支援診療所連絡協議会の第3回全国大会が3月12日、13日の2日間の日程で、都内で開催された。13日のシンポジウム「緊急討論！2016年度診療報酬改定について議論する」で話題になったのが、2016年度改定で新設された、在宅専門診療所の扱い(『在宅専門診療所、特定の施設に限定』はNG)を参照)。その存在意義を認め、診療報酬上での制度化は評価する声が多かったが、落下傘的に在宅専門診療所が開業した場合、地域包括ケアシステムの構築に支障を来す懸念も呈せられた。

厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当)の吉田学氏は、在宅医療に関し、「全国的に見ると、まだサービスは不足している」と現状を分析し、多様なサービス主体を整備する必要性から、今改定を実施したと説明。外来診療を手掛けている診療所に対しては、在宅医療への取り組みを促す狙いがある一方、在宅専門診療所に対しては、集合住宅や施設の入居・入所者だけでなく、地域の患者も広く診るよう促す狙いがある。在宅専門診療所の施設基準は、「軽症患者ばかりを診る」「(外来診療をやっていないため)拠点が分からない」といった批判を踏まえ、重症患者の要件などを設定したという。首都圏で在宅医療を主に行う診療所を9カ所運営する、医療法人悠翔会理事長の佐々木淳氏は、「患者の利益を最大限考えると、かかりつけ医が最期まで診るのが理想」としつつ、専門的な在宅医療が必要になった場合や24時間対応の必要性を考えると、現実には難しいとした。「私たちは、専門性を持った在宅医療に取り組んでいる」と語る佐々木氏は、人工呼吸器を装着する患者や緩和ケアが必要な患者などを専門的に診る体制を構築し、地域の一つのセーフティーネットの役割を果たしているとした。さらに悠翔会では、「救急診療部」という部門を持ち、地域の他の14カ所クリニックとも連携して、休日や夜間等の対応をバックアップしていると説明。こうした対応を取るには、一定の事業規模が必要だとした。

なお、悠翔会の9カ所のクリニックのうち、7カ所は在宅専門診療所の要件を満たし、残る2カ所は施設等の入居・入所者への在宅医療が多いことから、現在対応を検討中だ。

坂の上ファミリークリニック(静岡県浜松市)などを運営する医療法人心理理事長の小野宏志氏は、在宅医療が発展してきた一因として、在宅専門診療所の登場が挙げられ、「今回評価されたのは素晴らしいこと」と認めつつ、一方で、在宅専門診療所が地域に落下傘的に開業すると、地域包括ケアシステムの構築、地域に根差した在宅医療の発展に支障も来しかねないと懸念した。

出水クリニック(大阪府岸和田市)院長の出水明氏は、在宅専門診療所の要件について、「非常に厳しく、クリアできるのはどの程度があるのか」と問いかける一方、在宅医療の担い手の養成や研究は、在宅専門診療所がけん引してきたことは間違いないと認めた。

さらに在宅医療の提供体制は、大都市と地方都市、地方都市の中でも大学病院がある地域とそれ以外の地域など、地域性が大きいとも指摘。

吉田氏は、2025年に向けて構築が進む地域包括ケアシステムについて『『ご当地システム』。制度ではなく、実践が形作るネットワーク』と説明。この言葉に表われているように、在宅医療体制についても、地域の実情に応じて整備する必要があると言える。

24時間対応、複数医師・チームで

シンポジウムでは、在宅医療における24時間対応についても議論された。24時間対応の必要性には異論は出なかったが、その対応法は地域によってバリエーションがある。共通しているのは、医師一人ではなく、複数あるいはチームを組み、24時間対応に当たっている点だ。

岸和田市医師会の在宅担当理事でもある出水氏は、「岸和田在宅ケア24」の取り組みを紹介。これは、在宅医療に取り組む7カ所の診療所がネットワークを組み、24時間対応、看取りへの対応などを行う仕組みだ。通常は、各患者のかかりつけ医が担当するが、休日や夜間などに他の診療所が対応した場合には、依頼元の非常勤医という位置付けになる。「24時間対応は、医師一人で対応する必要はない」と語る出水氏は、訪問看護チームと連携する重要性も指摘。なお、出水クリニックでは、「単一建物」の患者が95%、重症対象者が65%といずれも高率で、2016年度改定で在宅緩和ケア、医療機関からの訪問看護などが評価されたことから、数%のプラス改定になる見通しだという。

前述のように、「救急診療部」を設け、法人内の診療所に加え、地域の診療所の24時間対応を支援しているのが、悠翔会。9カ所の診療所を常勤、非常勤を含め、76人の医師、約100人のコメディカルなどで運営している。夜間等は医師2、3人が当直。14の連携クリニックが悠翔会に支払う「待機料」は、患者1人1晩50円だ。在宅患者からの電話連絡に対し、電話再診で済むのが3分の2。残る3分の1の往診のうち、看取りが3分の1、3分の2が緊急医療ニーズだという。「一人の医師が24時間対応するのは、患者にとっては安心感があるが、持続可能性という意味では不安定」と佐々木氏は指摘する。夜間や休日などに、かかりつけ医以外が対応する体制は、医師にとっては『『何かあったら電話して』ではなく、

7. 参考資料

何か起きないように、昼間のうちに管理しておく」(佐々木氏)という意識になるため、1人の医師が対応するよりも在宅医療の質が上がる面があり、カルテ記載なども充実するという。「都市部では、患者の医師へのこだわりはそれほど強くない。チームで診ていく体制は都市部ではある程度、有効なのではないか」(佐々木氏)。

佐々木氏は、施設入所者の在宅医療も、診療前後の施設職員との申し送り、診療、薬などの各種オーダー、家族への説明など、相応に時間がかかる現状を説明。その上、施設職員への研修等の実施により、平均要介護度の減少や施設内看取り率の向上、誤嚥性肺炎発症の低下など、在宅医療のレベルが向上する事例も紹介。

ある施設では、施設内看取り率が2013年は36.8%だったが、2015年には89.5%まで上昇した。へき地・離島の在宅に配慮をそのほか、今改定への評価として、坂の上ファミリークリニックの小野氏からは、休日の往診の点数アップなど評価すべき点もあったものの、点数体系が複雑である上、「在宅医療を頑張っている診療所、重症患者を診ている診療所の評価は手厚いものの、一般の診療所が在宅医療に取り組みもうとする意欲を削いでしまわないか」との懸念も上がった。

医療法人鳥伝白川会ドクターゴン診療所(沖縄県宮古市)理事長の泰川恵吾氏は、へき地・離島で在宅医療に取り組む難しさを紹介。有資格者の確保が困難な上、在宅医療に取り組む医療機関が少ないことから遠距離まで対応しなければならぬ現状を訴え、へき地・離島の在宅医療について保険診療上の配慮を求めた(『善意の在宅』が仇、2200万円を返還』を参照)。

<https://www.m3.com/news/iryoishin/407306>

高齢者のがん対策、再考求める声も

がん対策推進協議会で、国がん堀田氏発言

2016年3月12日(土)配信 成相通子(m3.com編集部)

厚生労働省のがん対策推進協議会(会長:門田守人・がん研究会理事・名誉院長)が3月10日に開かれ、2017年度からの「第3期がん推進基本計画」の策定に向けた議論の進め方について意見を交わした。国立がん研究センター理事長の堀田知光氏は、将来を見据えた俯瞰的な議論が必要だとして、高齢者に対する高額ながん治療の妥当性について検討を求めたほか、門田氏は第2期計画の中間評価でまとめた資料「今後のがん対策の方向性について」を重視して進めるよう提案した(資料は厚生労働省のホームページ)。

がん対策推進協議会は患者団体や医療提供者等の委員で構成し、2007年のがん対策基本法施行後、5年毎に「がん対策推進基本計画」を見直している。第3期の基本計画は、今年中をめどに骨子案をまとめ、2017年3月ごろに新基本計画の諮問・答申を経て、同6月に閣議決定する見通し。

2015年6月の中間評価の策定以降は「がん対策加速化プラン」の議論をしていたため、第3期基本計画について話し合うのは今回が初めて。今後の議論の進め方について委員の意見を募った。

高齢者のがん治療、どこまで?

堀田氏は、団塊の世代が後期高齢者になる10年後を前に、「高齢者に対するがん医療の在り方や国の形についての議論が必要だ」と訴えた。協議会の委員は、所属する各団体の個別の問題意識に基づいて意見することも多いが、個別の問題意識の前に、俯瞰的な視点で「10年先を見据えたがん治療のあるべき姿の大枠」を検討すべきだと指摘。

その上で、堀田氏は「高齢者に対して、今の高額ながん治療をどんどん広げる志向は本当にいいのか」と疑問を投げかけ、「死亡率を目標にするのではなく、医療の中身を語るべき。医療の費用も高くなっているが、国内でさまざまな高度な医療が無秩序に開発されている状況を協議会としてどう考えるのか議論を深めたい」と呼び掛けた。

第2期中間報告の資料をもとに

門田氏が言及したのは、第2期基本計画の中間評価策定の際にまとめた資料。「今後のがん対策の方向性について～これまで取り組まれていない対策に焦点を当て～」と題し、基本計画に明確な記載がないものの、「今後、推進が必要な事項」を挙げている。(1)将来にわたって持続可能ながん対策の実現、(2)全てのがん患者が尊厳を持った生き方を選択できる社会の構築、(3)小児期、AYA世代、壮年期、高齢期等のライフステージに応じたがん対策——の3本柱で構成する(『がん対策基本法の充実必要』を参照)。

門田氏は、堀田氏の発言についてもこの資料の(1)に含まれると指摘。中間報告の策定後、多くの委員が入れ替わっており、「前回の委員が次期に検討してほしいと申し送りしたのもので、重視すべきだ」と述べた。

このほか、東京大学医学部附属病院放射線科准教授の中川恵一氏は、放射線治療の件数が診療報酬を基に計算すると9.4%減少しているというデータを紹介し、「本当に、患者がセカンドオピニオンを受けて主体的に選んでいるのか心配だ」と発言。CSRプロジェクト代表理事の桜井なおみ氏も、患者に向けた正しい情報発信の在り方や患者行動の分析が必要だとした。

<http://diamond.jp/articles//87816>

今週の週刊ダイヤモンド ここが見どころ

緊急アンケート！負担が増えてもやっぱり大病院にかかりたい？

週刊ダイヤモンド 2016年3月14日

『週刊ダイヤモンド』3月19日号の第1特集は「全国病院[改革]ランキング」。改革実績で評価した病院ランキングから、知っておくべき医療とカネの真実まで、日本の医療の表と裏をお見せします。

この4月から医療の値段が変わる。例えば、紹介状を持たないで大病院を受診すると、初診で5000円以上、再診で2500円以上を追加料金として支払うことになる。

この事実、あなたは知っているだろうか。

大病院から「かかりつけ医」へと変わる医療体制



調査概要

概要 2016年度診療報酬改定が決まったことを受け、「週刊ダイヤモンド」と医療従事者向け会員サイト「m3.com」のコラボレーション企画として、一般人と医師に医療に関する緊急アンケートを実施した。
調査対象 ダイヤモンドオンライン会員(有効回答者数419人)と「m3.com」の医師会員(有効回答者数1838人)
調査期間 2016年2月19日から23日まで(「m3.com」は20日から)

診療報酬改定の十大ポイント

【医療の機能分化と地域強化】

- ①「紹介状なし」での大病院受診は、初診で5000円以上、再診で2500円以上を患者が追加負担
 - ②服用薬を一元管理する「かかりつけ薬剤師」の報酬増
 - ③在宅医療専門の診療所開設を解禁
 - ④実績や体制の整った「かかりつけ医」の報酬増
 - ⑤重症者に高度な医療を行う病院の報酬増
- ### 【医療費の削減】
- ⑥入院料が高い重症者向け病院の要件を厳格化
 - ⑦薬を出すだけの大型「門前薬局」の報酬引き下げ
 - ⑧医師が処方する湿布薬を1回70枚までに制限
 - ⑨患者の無駄な服用薬を減らした医療機関や薬剤師に報酬
 - ⑩後発薬の価格を新薬の原則5割に引き下げ

背景には医療費の高騰がある

国の医療費と国民の負担率の推移



医療サービスの公定価格に当たる診療報酬は、原則2年に1回見直される。全体の改定率は政府が、個々の単価はその範囲内で厚生労働相の諮問機関である中央社会保険医療協議会が審議し、厚生労働相が決定する。

2016年度改定の全容が明らかになったタイミングで、本誌は医療従事者向け会員サイト「m3.com」(エムスリー

<https://www.m3.com/>)と共同で緊急アンケートを実施した。医療を受ける一般人と医療現場で働く医師の双方に、診療報酬改定と医療制度改革への本音を問うものだ。アンケート結果では、紹介状を持たずに大病院を受診すると初診時や再診時に患者が追加料金を支払うことを、一般人の3割がまだ知らなかった。

Q1 紹介状を持たずに大病院へ行くと負担増(※)になると知っていましたか?

年間医療費別の一般人認知度



全体の3割が知らず、年間医療費1万円未満の「ライトユーザー」は4割以上が「知らなかった」

勤務先別の医師認知度



大病院に勤める医師の2割が実は「知らなかった」

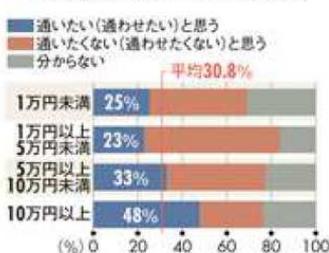
※4月より、紹介状を持たずに大病院(特定機能病院と、一般病床500床以上の地域医療支援病院)を受診すると初診で5000円以上、病状が安定した患者について紹介しなくても受診した場合に再診で2500円以上の追加の定額負担(保険外併用療養費の「測定療養」としての負担)の徴収が義務化される(救急時などを除く)

この施策の狙いは、大病院は高度で専門的な診療に専念し、軽度で日常的な診療は「かかりつけ医」が担うという役割分担を進めることだ。では、国の思惑通りに患者の受診行動は変化するのか。

「4月からも、紹介状を持たずに大病院に通いたい(家族を合わせたい)と思うか」の問いに、3割の一般人が「通いたい(通わせたい)」と回答した。

Q2 4月からも、紹介状を持たずに大病院に通いたい(家族を合わせたい)と思いますか?

年間医療費別の一般人通院欲求



年間医療費10万円以上の「ヘビーユーザー」は、地元で「かかりつけ医」がいることが多い。それでも、その約半数は負担増になっても大病院に通いたい

Q3 地元で「かかりつけ医」と呼べる医師はいますか?

年間医療費別の「かかりつけ医」がいる一般人の割合



7. 参考資料

Q4 なぜ、負担増でも大病院を受診したいのですか？

地元医師についての情報不足

近くに優秀な医師のいる小規模病院がない。信頼できる「かかりつけ医」が少ないため大病院に行くことになる(50代女性・サービス業)

大病院の安心感

いざというときに即、検査してもらえる体制が整っているから(50代男性・教職)

設備の限界

もともと町医者レベルでは、検査機器などの設備に限界があることを分かっているから(60代男性・無職)

診療医への不信任感

体調不良のときには、すぐに解決してほしいのに診療医から大病院へと行くことでたらい回しにされている感が否めず、つらかった(20代女性・機械メーカー勤務)

Q5 医師から見て、大学病院をはじめとする大病院と、中小病院・診療所の一番の違いは何ですか？

医師が思う大病院との違い

違いの項目	割合 (%)
医療における役割の相違	75
一般には言えない	15
医療の質の相違	10
ブランド、知名度の相違	10
医師の質の相違	10
分からない	10

医師からすれば、大病院と、中小病院・診療所の一歩の違いは「医療における役割の相違」だが、一般人の大病院信仰はなかなか根強い。

戦後すぐに生まれた団塊の世代が、全て 75 歳以上の後期高齢者となる「2025 年問題」に向けて、診療報酬改定ではあの手この手を打ちながら医療制度改革が進められている。

1 人当たりの生涯医療費は、約 2400 万円。そのうち 70 歳までに半分、残る半分以上を 70 歳以上になってから使う。つまり、数の多い団塊の世代が高齢者になることで、医療費は急激に増える。

すでに日本の医療費は 40 兆円規模まで膨張しているのに、まだまだ膨らむというわけだ。医療機関の窓口で患者が支払うカネは、本当に掛かった医療費総額ではない。

自己負担は 1~3 割であるため実感しにくいですが実際の医療費はもっと高く、自己負担や保険料で足りない分は国の借金で賄っている。要は、次の世代へのつけ回しであり、そのつけ回しもこれ以上許されないほどに財政は逼迫。医療制度改革待ったなしというわけだ。

病院[改革] ランキング

『週刊ダイヤモンド』の 3 月 19 日号の第 1 特集は「全国病院[改革]ランキング」です。

団塊の世代が全て 75 歳以上の後期高齢者となる「2025 年問題」に向けて、国は医療制度改革を進めています。診療報酬改定、制度改革に対応して実績を出している病院はどこなのか。DPC（包括医療費支払い方式）参加病院を集客力と機能を 11 指標で評価し、全国トップ 100 位と都道府県別ランキングで全国 1000 病院を掲載。全国 1 位になったのは岡山県の倉敷中央病院です。ランキングとともに 1000 病院の 5 大がん手術患者と脳梗塞患者の実績データも掲載しています。また、診療報酬改定で 4 月から医療の値段が変わることを受け、患者への影響を整理。紹介状なしの大病院受診は追加料金を請求され、薬局では薬剤師の「指名

制」が始まります。入院、外来、在宅など 5 つのケースから患者の損得を徹底解説しました。

そして本特集、医療とカネの”不都合な真実”にたっぷり迫りました。医療保険制度は資金の流れが複雑怪奇で分かりづらい。だから国民は関心を持ちにくい。でも実は、サラリーマンの保険料の 4 割は高齢者医療に召し上げられています。強固な岩盤規制に既得権者が跳梁跋扈する”医療ムラ”の内幕もお見せします。

利害がぶつかって改革のスピードは遅い。国民皆制度崩壊の足音は高まるばかり。われわれ国民ももう無関心ではいられません。（『週刊ダイヤモンド』副編集長 臼井真粧美）

<https://www.m3.com/news/iryoshin/403837>

シリーズ：m3.com 意識調査 **紹介なし大病院受診、「5000 円以上より高く」との声も◆Vol. 4**

【2016 年度診療報酬改定】意識調査 第 7 回

レポート 2016 年 3 月 12 日（土）配信成相通子（m3.com 編集部）

中央社会保険医療協議会総会が 2 月 10 日に答申した 2016 年度診療報酬改定。同日から 2 月 26 日にかけて m3.com 意識調査（計 7 回）を実施した。そのうち第 7 回調査の結果を紹介する。

今改定で、大病院受診時の定額負担が責務化された（『初再診料は据え置き、2016 年度改定を答申』を参照）。調査結果では、定額負担導入の方向性を支持する意見が多く、より高額な負担を求めるべきとの声も多かった。

※各質問に関するコメントは意識調査の結果ページ下部のコメント欄で、全てが閲覧可能です。現在も書き込めますので、ぜひ感想をお寄せください。

第 7 回調査（『大病院、初診 5000 円と再診 2500 円の定額負担は？』）では、大病院受診時の定額負担の是非とその金額について尋ねた。今改定で、特定機能病院と一般病床 500 床以上の地域医療支援病院を対象に、紹介状なしの初診患者は 5000 円以上、逆紹介したにもかかわらず、これらの病院を受診した再診患者は 2500 円以上の定額負担を求めることになった（一部対象外患者を除く）。方向性は支持する意見が多かった。

初診時の 5000 円以上という金額設定については、42%が妥当と評価。わずかながらに多い 43%は、5000 円より高く設定すべきだとした。「安くすべき」「徴収すべきでない」との意見は 15%だった。高くすべきとの意見は、開業医や勤務医で比較的多く、1 万円以上にすべきとの意見も 27%を占めた。

初診時の 5000 円以上という金額設定については、42%が妥当と評価。わずかながらに多い 43%は、5000 円より高く設定すべきだとした。「安くすべき」「徴収すべきでない」との意見は 15%だった。高くすべきとの意見は、開業医や勤務医で比較的多く、1 万円以上にすべきとの意見も 27%を占めた。

再診時の 2500 円以上の金額設定が妥当だと評価したのは 35%。もっと高くすべきとの意見が 43%を占め、中でも 5000

円以上に引き上げるべきとの意見が26%に上った。「安くすべき」「徴収すべきでない」との意見は22%だった。大病院で定額負担を徴収する方向性は、60%以上が評価。対象病院や対象患者の範囲については、改定内容よりさらに広げるべきとの意見が比較的多く、地域性や病院機能の違いを考慮すべきとの意見も一定数あった。

(回答者総数は3176人で、内訳は開業医650人、勤務医2011人、歯科医師、20人、看護師57人、薬剤師389人、その他の医療従事者49人)

コメント欄では、徴収の対象者にならない生活保護の受給者に関する意見や、導入に対する懸念も寄せられた。

2500円の再診料への追加の有無を医師が判断することは、信頼関係を作ることへの障壁になると思う。【医師】

患者に費用を負担させることで、大病院志向に歯止めをかけようという強硬策を取らざるを得ない局面まで来たのは残念だが仕方あるまい。【医師】

医療費抑制にあり、年金生活の後期高齢者でさえ1割負担なので、生活保護も1割負担にすべきである。【医師】

町の医師が頼りになるのか、患者の不安な気持ちを改善することが重要だと思う。また、治療を適切に行うためには適切な診断が必要だと思うため、本政策推進には国を挙げた病院間連携機能向上、かかりつけ医の診断スキル向上、検査の保険適応拡大など並行して取り組んでいく必要があると思う。【薬剤師】

調査結果の詳細、コメント一覧はこちら⇒『初再診料は据え置き、2016年度改定を答申』

<http://digital.asahi.com/articles/DA3S12253682.html?rm=150>

（患者を生きる：3009）震災5年 透析施設を求めて：5 情報編 停電・断水、移送にも備え

2016年3月12日05時00分 朝日新聞

腎臓は血液中の老廃物を濾過（ろか）して尿を作る。腎臓の機能がおよそ10%以下になると血液を人工的に浄化させる透析が必要になる。

透析には、血液を体外循環させる「血液透析」と、自分のおなかにある腹膜を利用する「腹膜透析」があり、患者の9割以上が血液透析を選択している。

血液透析は通常、昼間に1回4時間の治療を週3回受ける。東京医科大学腎臓内科学の菅野義彦主任教授（49）によると、高齢者は回数を減らしたり、昼に仕事のある会社員は夜に透析を受けたりするなど「個別化」も進んでいる。

東日本大震災で改めて浮かび上がったのは、自然災害に対する透析施設のもろさだ。日本透析医学会などによると、宮城・岩手・福島は3県には震災当時、1万人以上の患者がいたが、多くが一時的に透析を受けられなくなった。例えば、宮城県内にある53の透析施設のうち、震災翌日に利用可能な施設は9施設しかなかった。

大きな原因は断水と停電だった。透析治療では、電気に加え、1回100リットル以上の水が必要になる。水道が止まり、清潔な水が確保できない場合、透析はできない。宮城県内では震災当日午後9時の段階で、53施設の100%が停電、91%が断水となった。

宮城県の気仙沼市立病院などでは、震災直後、より多くの患者に透析を行うため、1回の透析を半分の2時間にして治療を進めた。また、震災11日後の3月22日には、北海道の病院で透析を受けてもらうため、自分で歩ける44人の患者を自衛隊機で運んだ。

今回のシリーズで紹介した宮城県南三陸町の三浦徳一さん（66）のように災害直後に透析に入る患者もいる。南三陸病院で透析を担当する櫻田正寿（さくらだまさとし）院長（59）は「災害直後には、避難所の暮らしからくる精神的なストレス、制限された食事、運動不足などから、腎臓機能をはじめ、心身機能に問題が出てくる人が増える」と話す。

首都直下地震や南海トラフ巨大地震では、多数の透析患者を遠方に移送させる事態も予想される。日本透析医学会や日本透析医会などでは、施設のネットワーク作りや患者情報を全国で共有できる仕組みづくりに取り組んでいる。（石川雅彦）

3月12日 https://www.iwatenp.co.jp/cgi-bin/topnews.cgi?20160312_10

皮膚科遠隔医療を継続 岩手医大、高田病院と連携 (2016/03/12) 岩手日報

岩手医大（小川彰学長）は、3月末で閉鎖する陸前高田市高田町の県医師会高田診療所と取り組んでいる皮膚科の遠隔医療研究について4月以降、県立高田病院（田畑燦院長）と連携して継続する。現在は盛岡と陸前高田の双方で皮膚科医が立ち会い、ビデオカメラ越しでも正確な診察ができるよう研究。今後は皮膚科以外の医師が現地担当する準備も進め、被災地の専門医の負担軽減などを目指す。

同大の皮膚科遠隔医療研究は震災後の2012年2月にスタート。盛岡市の同大付属病院と高田診療所をテレビ会議端末で結び、現地の皮膚科医が患部をビデオカメラで映す。双方の医師が診断し、処方薬などを決める。直接処置が必要な場合は県立病院など専門機関を紹介する。

研究は医師不足をカバーするため、カメラ越しの診断でも適切な診療を行えるようにすることが目的。触れることができない分、課題も多い。

医師不足の中で、遠隔診療の確立は効果が大きい。日本遠隔医療学会の長谷川高志常務理事は「実用例はまだまだ少なく、環境が整っていない。岩手医大のように各臨床医が取り組むことが環境整備につながる」と期待している。

<http://mainichi.jp/articles/20160312/ddl/k17/040/229000c>

加賀市医療センター 地域医療、介護を強化 加賀温泉駅前に新病院、あす内覧会／石川

毎日新聞 2016年3月12日 地方版 石川県

加賀市作見町のJR加賀温泉駅前に4月1日、開院する「市医療センター」が完成し、12日に竣工（しゅんこう）式、13日に内覧会が開かれる。高齢者の相談窓口となる地域包括支援センター機能と、退院後の介護利用を円滑にするサービス機能を兼ねた「地域連携センターつむぎ」を開設、医療と介護の一大拠点となる。

市民病院と市の山中温泉医療センターを統合した。6階建てで延べ約2万6700平方メートル。内科、外科、産婦人科など25科がある。

病床数は300床。一般病床はそのうち255床で、24時間体制の集中管理センターの10床を除きいずれも個室（差額ペッ

7. 参考資料

ド料なし)。残り 45 床は回復期リハビリテーション病棟にある。救急センターは内科系と外科系の医師 2 人態勢。また、陣痛、分娩、回復の各室をまとめた「LDR 室」を 2 室備え、妊婦が出産前後に複数の部屋を移動せずに済むよう配慮した。内覧会は 13 日午前 9 時～午後 4 時（事前予約不要）。外来診療は 4 月 4 日から。【中津川甫】

<https://www.m3.com/news/iryoshin/403836> シリーズ： m3.com 意識調査

かかりつけ機能、算定は 18% が検討 ◆ Vol. 3 【2016 年度診療 報酬改定】意識調査 第 4 回

レポート 2016 年 3 月 12 日（土）配信成相通子（m3.com 編集部）

2016 年度診療報酬改定では、かかりつけ医機能の評価充実に加え、かかりつけ薬剤師・薬局とかかりつけ歯科医の評価も新設される。調査では全体の 18% が新設評価の算定を検討していると答えた。薬剤師や歯科医師で前向きに検討する割合が高いようだ。

第 4 回調査（『「かかりつけ機能」の評価、算定する？』）では、「かかりつけ機能」の評価について、開業医 19%、勤務医 13%、歯科医師は 33%、薬剤師は 31% が算定を検討していると答えた。

検討していないと答えたのは、開業医 45%、勤務医 27%、歯科医師 16%、薬剤師 35%。理由としては、開業医は「評価に魅力がない」、薬剤師では「基準が満たせない」を挙げる人が多かった。

（回答者総数は 1793 人で、内訳は開業医 479 人、勤務医 996 人、歯科医師 12 人、看護師 10 人、薬剤師 269 人、その他の医療従事者 27 人）

コメント欄では、かかりつけ機能の評価の仕方に注文が付いた。

認知症かかりつけ医に絶対なりたくない。責任ばかりで、完治できない。家族から膨大な要求だらけ。【医師】

患者さんごとに算定する人、しない人を分けるのはいかかなものだと思います。【医師】

70 点も高くなるのにこちらから同意書のサインしてもらわなくて、頼みにくい。お金かかるから同意書にはサインしないけど、いつも通り指名で投薬頼むという人が多数出てくると思う。薬剤師 2 人いる店舗だけど、どちらか選べと言われてたら「薬局長にしよう」と集中しそう。テレビでまた「安くなる裏技！」みたいに上げられて、同意書にサインせず、指名で投薬頼めば大丈夫な放送されるのが目に見えている。【薬剤師】

歯科では歴史的に「かかりつけ」の文言が出たり消えたり……。【歯科医】

<https://www.m3.com/research/polls/result/66>

意識調査一覧 結果【診療報酬改定】「かかりつけ機能」の評価、算定する？

カテゴリ：医療 回答期間：2016 年 2 月 15 日（月）～22 日（月）回答済み人数：1793 人

2016 年度診療報酬改定で、かかりつけ機能の強化が行われました

『認知症患者、小児のかかりつけ医、評価を新設』を参照。

医師では、これまでの「地域包括診療料・加算」に加えて、服薬などに注意して複数疾患がある認知症患者を診る場合に「認知症地域包括診療料・加算」で手厚く評価し、小児を対象とした「小児かかりつけ診療料」も新設します。

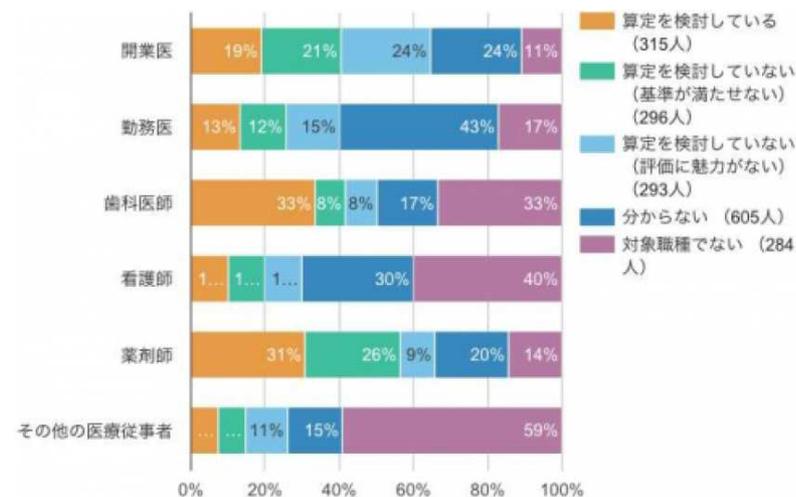
薬剤師では、「かかりつけ薬剤師指導料」「かかりつけ薬剤師包括管理料」を新設し、患者の同意や一定の勤務経験の薬剤師の配置などを条件に、かかりつけ薬剤師による患者の服薬指導を評価（『「かかりつけ薬剤師」の有無で点数に大差』を参照）。歯科では、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」における歯科疾患の重症化予防を評価します（詳細は、厚生労働省のホームページ）。

m3.com 会員の皆様は、このような「かかりつけ機能」の点数を算定しますか。

Q1 上記の「かかりつけ機能」に関する診療報酬項目について、算定を検討していますか？

開業医：479 人 / 勤務医：996 人 / 歯科医師：12 人 / 看護師：10 人 / 薬剤師：269 人 / その他の医療従事者：27 人

※2016 年 2 月 22 日（月）時点の結果



http://news.biglobe.ne.jp/economy/0312/mnz_160312_8954489699.html

ジェネリック医薬品の市場拡大続く 薬局に「ジェネリックの説明・推奨」を求める声も

MONEYzine 3 月 12 日（土）22 時 0 分

医療費抑制や薬代の負担軽減が期待できるジェネリック医薬品。患者の多くが薬局でジェネリック医薬品の説明や推奨を求めているようだ。

富士経済が 2 月 29 日に発表した調査結果によると、2015 年のジェネリック医薬品（後発医薬品）の国内市場規模は 7,897 億円で、2018 年には 1 兆 1,172 億円まで拡大。国内の医療用医薬品に占めるジェネリック医薬品の割合も、2015 年の 9.0% から 2018 年には 12.0% まで高まると予想されている。

ジェネリック医薬品はすでに販売されている薬の特許期間が切れたあと、厚生労働省の承認を得て製造・販売される薬のこと。新薬に比べて開発費が大幅に削減できるため、価格を低く抑えることができる。

そこで厚生労働省は平成 25 年 4 月、医療費抑制のため「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、ジェネリック医薬品の普及を推進してきた。さらに、平成 27 年 6 月の閣議決定では、ジェネリック医薬品の数量シェアを平成 29 年に 70%以上、平成 30 年度から平成 32 年度末までのなるべく早い時期に 80%以上とする新たな数量シェア目標を定めた。政府の積極的な取り組みもあり、ジェネリック医薬品市場は堅調に推移しそうだ。

そんな中、ジェネリック医薬品普及のヒントになりそうな調査結果が、日本調剤株式会社から発表された。調査対象は全国の 20 歳から 70 歳以上の男女 1,008 名で、調査期間は 1 月 15 日から 18 日にかけて。調査における薬局は、処方せんによる調剤を行っている薬局やドラッグストアのこと。

調査結果によると、薬局にどのような機能を求めているのか複数回答で聞いたところ、49.9%が「ジェネリック医薬品の説明や推奨」と回答し、「自分の薬に対する詳しい説明や、適した薬のアドバイス」の 59.0%に次いで 2 位にランクインした。ジェネリック医薬品は患者の医療費負担も軽減されることから、薬局

利用者の多くがジェネリック医薬品の説明や推奨を求めていることが分かる。政府の目標を達成させるためには、薬局の役割が大きいといえそうだ。

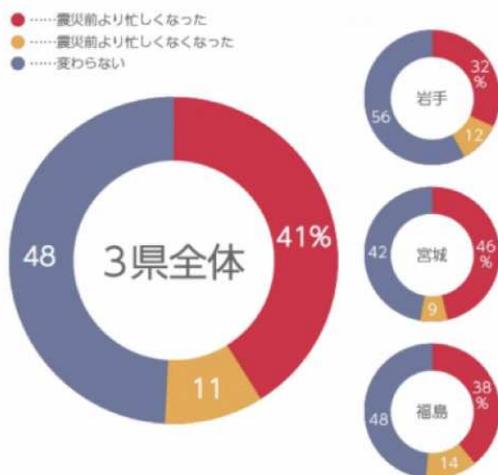
サイトウ イサム[著]、加藤 秀行[著]

https://www.m3.com/news/iryoishin/406043?dcf_doctor=true&mc.l=147792561&eml=3f492a08f1681d66441569ec02c0b51e

シリーズ：東日本大震災から 5 年 被災地、41%の医師が「震災後忙しくなった」◆Vol. 8

「受診が遅れ、難治する 人が増」「県民健康管理の仕事が上乘せ」

医師調査 2016 年 3 月 11 日（金）配信高橋直純（m3.com 編集部）



Q 震災前と比べて、2016 年時点のご自身の勤務状況に変化はありますか。

3 県全体では、「忙しくなった」が 41%、「忙しくなくなった」が 11% だった。地域別にみると、宮城県で「忙しくなった」が 46%で、岩手、福島両県より高い傾向にあった。

■忙しさについてのコメント

【岩手県】

・外来や入院に関しては震災直後から 3 年くらいは超忙しかったが、徐々に震災前のレベルに戻りつつある。当直業務や院内の仕事や雑用は増加の一途である。なにせ常勤医は 5 人から 2 人になったのだから 非常勤の医師が日曜日の日当直を定期的に行ってくれるので助かっている。

- ・被災後のストレスで精神的に余裕がない・・・。
- ・人が減った分、病院の仕事も減らした。
- ・医師不足が改善しないので、業務は増えている。

【宮城県】

- ・一人の医師がやる気を出さなくなり、私の仕事が倍増した。
- ・余裕ではなくヒマになりました。
- ・被災経験のある医師として、赤字幅が増えても国や自治体の援助が無くて、給料が半分に下がってくも、あるレベルまではこの地域を守っていきたいし、それが使命と思って働いています。
- ・患者数は増えているから忙しくなって当然かもしれません。
- ・受診が遅れ、難治する人が多くなる。
- ・震災以降、被災地住民への災害医療だけでなく、その後起こった各地の災害にも関わる仕事が増えた。
- ・震災後、診療終了時間を 30 分早めた。
- ・震災後 3 年間は、忙しくなり、現在では、戻っている。

【福島県】

- ・医師不足 のため主任科長としての自分への負担が大きくなった
- ・診療所内は暇でも、訪問診療の独居老人が増えたため。
- ・パートの先生が増えたため、午後の外来や入院患者管理の負担が増えた。
- ・患者が減ったため、職員も減った。
- ・週 80100 時間くらい働いています。密度はさらに濃くなっているように感じています。
- ・補充される人員があるが、若手が減り、全体として Dr の年齢は上がり、パフォーマンスは低下傾向。
- ・患者数に大きな変化はありませんが、被災者の患者さんの「書類書き」の業務が増えたため、時間的余裕は少なくなりました。
- ・60 歳近いが、救急外来や救急当直も今までと変わりなく行わないと病院の当直が回らず、体力的に限界を感じている。
- ・自分がメンタル的に仕事を続けにくくなり、今はアルバイト生活をしている。自分の時間はあるが、給与は減った。
- ・休日出勤は当たり前、かといって、給料が高くなったわけでもない。こんな条件で「やりがい」だけで勤務するような奇様な Dr. が本当にいるのか？その辺りをもっと考えないと被災地の医療は崩壊してしまいます。現在は、残った医師の自己犠牲でようやく成り立っているのが現状です。福島県の医療は、本当に崩壊寸前です。
- ・在宅訪問診療の希望者が増えている。医療もそうだが介護保険も加わり医師会としての活動が増えていて、会議や会合

7. 参考資料

などにも時間を取られる。診療以外の事務的な仕事が増えている。

- ・通常の業務に加え、公的病院の支援、県民健康管理の仕事が上乘せされた。
- ・マンパワーが増えず、業務量はむしろ増えているため、自身の加齢分もあり負担感が増している。
- ・患者数の減少だけでなく、某医大の初期研修医の地域医療研修も受け入れていたが、こちらは震災後、希望者が激減したこともあり時間的な余裕だけは増えた。
- ・担当できる検査数が激減している(スタッフの勤務量からの制約)。
- ・勤務病院を変更した。燃え尽き症候群に罹患した。
- ・売り上げ金額のみで、医師を評価する機運が強くなっている。福島に留まり、医療を続けることへの評価は全く感じられない。

http://www.yomiuri.co.jp/local/mie/news/201603110YTNT50135.html?from=ycont_top_txt

震災5年 三重大卒の西さん、石巻で訪問診療 2016年03月12日 読売新聞 三重

東日本大震災最大の被災地・宮城県石巻市で、三重大医学部卒の西俊祐さん(32)が奮闘している。西さんは市立病院開成仮診療所の研修医で、昨年4月、この街に移り住んだ。「何か被災者の役に立つことができないか」。そんな思いを胸に仮設住宅を回る日々が続く。(竹田章紘)

「痛みはどうですか」。2月下旬、訪問診療先で関節リウマチなどを患う女性(80)に声をかけた。女性は起き上がるのもやっとの状態。西さんは「無理しなくていいからね」と語りかけ、女性が痛みを訴えた左腕を優しくさすり始めた。

石巻市の死者・行方不明者は約4000人。診療所は、長野県の佐久総合病院で地域医療に取り組んできた医師・長純一さん(49)が市に掛け合い、被災者の健康を支える拠点として2012年5月に開設された。医師は所長の長さんら11人が在籍している。

西さんは大阪市出身で、三重大在学中に1年休学。中国やインドなどアジアを放浪し、ネパールでは地域医療の普及に取り組む日本人医師と出会った。震災後は津駅前募金活動をしたり支援物資を仕分けしたりするなどのボランティア活動に取り組んだ。

卒業後は名古屋市内の病院で働いていたが、13年8月、長野県で開かれた医療セミナーで聞いた長さんの言葉が診療所に移るきっかけとなった。「医師は病気と向き合うだけでは駄目。住民同士で支え合う仕組み作りを呼びかけたり、病気にならないよう一人一人の日常生活を一緒に考えたりする必要がある」。その広い視点と医師の枠を超えた行動力に刺激を受けた。

被災地が気になって翌14年、石巻市を訪れた。現地で働く医師からは「被災地をよくしたい」という強い思いを感じた。それは浪人時代、医師を目指す理由となった「本当に人に必要とされることをしたい」という気持ちと重なった。

昨年4月、名古屋市から石巻市へ。週2日の外来診療を担うが、力を注いでいるのは訪問診療だ。患者だけではなく、「地域全体をみる医師」になりたいと週末には住民の集まりに積極的に参加し、高齢者たちと交流を図っている。

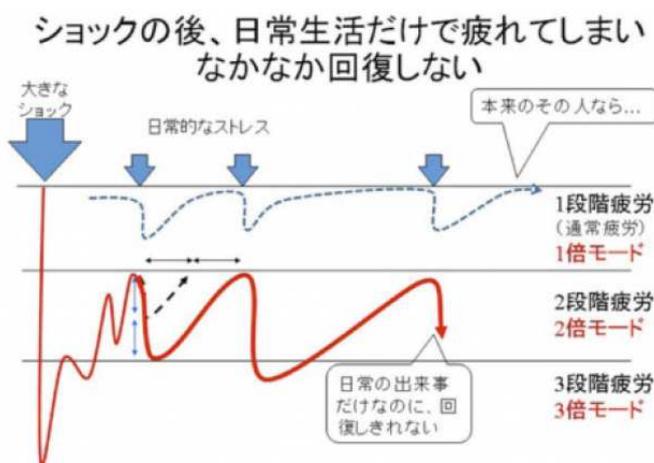
被災者への遠慮もあり、震災当時の様子はあえて聞かないことにしているが、今では「津波にのまれ、車の窓を割って何とか助かった」などと患者から話してくれるようになった。地域に受け入れられたような気がしてうれしいと思う。

震災から5年。西さんは11日も仮設住宅を回り、診療に追われた。医師としてはまだまだ力不足と感じるが、「ご縁があって移り住んだ石巻。しっかりと根付き、本当の意味で役に立つ医師になりたい」。決意を新たに、きょうも石巻を駆け回る。

<http://news.livedoor.com/article/detail/11281016/>

震災でなぜ自衛官はPTSDにならなかったのか 元自衛隊メンタル教官が解説

2016年3月11日 7時0分 dot. (ドット)



あまりにも大きなショックを受けると、同じ刺激でも、2倍、3倍の大きさに感じてしまうことも

あの震災から5年。当時、災害現場で救助に尽力したのが自衛官だった。救助活動後の自衛官のPTSD(心的外傷後ストレス障害)も心配されたが、実際、ほとんどその症状は見られなかったという。

それはなぜなのか。元自衛隊のメンタル教官として、災害救助に携わった自衛官の心のケアを担当し、『自衛隊メンタル教官が教えてきた 自信がある人になるたった1つの方法』を著した、下園壮太氏に話を聞いた。

震災では直接的な被災者だけでなく、多くの人が心に傷を受けました。救済活動に携わった自衛官もその仲間です。当時私は陸上自衛官のメンタルヘルス全般を考える立場にあり、現地に赴き被災者、隊員が直面する心理的な脅威も実感しました。精神科の医師たちとPTSDにつ

いて危惧したものです。

ところが、震災後3年目のレビューで、実際には震災のショックによりPTSDになった自衛官はほとんどいないことが明らかになりました。

さまざまなデータを総合して私たちがたどり着いたその要因は二つあります。

一つは、震災当時に私たちメンタルヘルススタッフが強調していた「疲労管理」教育が功を奏したのではないかとということです。

■ショックの後、疲労により傷つきやすさが残る

人は通常大きなショックを受けると、傷つき疲れ果てます。しかし、しばらくするとそれを克服するものです。ところが、あまりにも大きいショックの場合、出来事対応や感情活動による疲労が非常に深くなり、いわゆる“うつ”状態に陥ることもあります。すると、同じ刺激でも、2倍、3倍の大きさに感じてしまいます。そのメカニズムは、『元自衛隊メンタル教官が教える「折れてしまう」原因は、ストレスではなく〇〇だった』で紹介しました。日常の刺激が2倍のショックや疲労として作用するわけですから、日常の生活を続けていても（いるのに）、なかなか元の自分に戻れないのです。これを遅れて感じる疲労、「遅発疲労」と呼んでいます。

■自信の低下を予防する

海外派遣された隊員の観察から遅発疲労のことを知っていた私たちは、隊員が災害派遣から帰って間もないうちに、遅発疲労について教育を行いました。もちろん個人でも疲労管理をしてもらうためですが、実はそれより重要な目的があったのです。それは「自信の低下」を予防することです。

私は、自信を3つに分けています。まず、何らかの課題ができるようになる「“できる”という自信」、第1の自信と呼んでいます。これはわかりやすいですね。しかし、これ以外に人間の生きる力の根底を支える自信があと2つあります。それは、「自分の体力や生き方に対する自信」である第2の自信と、「守ってくれる仲間がいる、愛されている、必要とされている自信」である第3の自信です。

自衛隊員は、厳しい任務でも達成できる自信を持っています。そんな隊員が災害派遣を終えしばらくたったとき、突然気力がなくなったり、体調不良に陥ったりした場合、どうなるでしょう。

「もう、終わったことなのに、自分だけあのことを引きずっている。自分は弱い人間だ、自衛官失格だ」と考え始めるのです。つまり、3つの自信の区分でいえば、第2の自信の低下です。

第1の自信の低下は、何らかの成果や結果で比較的簡単に取り戻せる。しかし、第2、第3の自信が低下してしまうと、それを取り戻すには非常に多くの時間と努力が必要になります。

だから私たちは、遅発疲労を紹介し、「それは普通のことだ。君がダメな自衛官だということではない、ただ、頑張っただけが残っているということだ」ということをしっかり理解させたかったのです。

■自衛官の第3の自信を支えてくれたのは…

そして、もう一つ、自衛官の第3の自信を支えてくれた大きな要因があります。

それは、「国民からの感謝の言葉」です。国民に感謝されていると自衛官が認識できたことは、自衛官の第3の自信を非常に強く支えてくれました。

ベトナム戦争では、参加した米軍の自殺やPTSDが非常に多く報告されています。命をかけて戦ったのに、国民の支持を得られなかったからです。

あの震災で自衛官の活躍に救われた人も多いでしょう。しかし一方で、私たち自衛官も、国民のみなさんの感謝の気持ちに支えられていたのです。

<http://www.yomiuri.co.jp/local/mie/news/201603110YTNT50143.html>

災害時、心のケア支援

2016年03月12日 読売新聞 三重

災害の被災地で心のケアなどの支援活動を行うため、県は11日、「災害派遣精神医療チーム（DPAT）」の派遣について県内の精神科病院と協定を締結した。

DPATは各都道府県などで設置が進んでおり、三重県では精神科医や臨床心理士、看護師ら4～6人を1チームとして構成。避難所や仮設住宅での精神科医療を行うほか、被災者らの心のケアなどを担当する。

県では発生から72時間以内に県立こころの医療センター（津市）で先遣隊を編成、派遣することになっている。現地では4週間の活動で拠点整備なども行い、その後のチームに引き継ぐ。県内では9病院15チームが既に編成されている。

県庁で行われた締結式に出席した県精神科病院会の斎藤純一会長は「南海トラフ巨大地震の懸念もあるので、震災の反省も踏まえて官民で防災・減災対策に乗り出したい」、鈴木英敬知事も「折しも震災から5年のこの日に締結ができた。気を引き締めて態勢を整えていきたい」と話した。

http://www.huffingtonpost.jp/miotakano/futaba_b_9434578.html

「そこに存在してはいけない」とされた病院 福島県双葉郡広野町・高野病院奮戦記 第5回

高野己保 高野病院事務長

投稿日：2016年03月11日 12時56分 JST ハフィントンポスト

前回は3月15日に広野町が、町の機能を移転したところまでのお話をさせていただきました。それ以降は町の山側に100人くらいの人が残っているという噂を聞きましたが、野良犬や野良牛に遭遇することはあっても、町中で人に会うことはありませんでした。

人のいなくなった町は、夜になると暗闇に包まれ、朝になっても生活のにおいや音がせず、生命の活動というものが全く感じられない、まるで時間がずっと止まったままの、まるで映画のセットの中にいるようでした。だれも立ち入ってこない、地球上でここには、患者さんと私達しかいない錯覚。それがいったいいつまで続くのかわからない状況の中で、「患者さんがいるから」と、残ったスタッフ達の肉体的、精神的疲労は計り知れないものでした。

今年で開設35年の病院は、当時は全館に自家発電が配備されておらず、主要なところのみでした。そのため、日の出と共に食事の支度をはじめ、日の入り前に食事を終わらせて、車のライトで給食室を照らしながらの片付け。精神科の患者さんに、「ごめんね。私が作るからおいしくないでしょ？」と聞いたのですが、「大丈夫だよ、事務長のご飯は、ご飯の量が多いからみんな喜んでるよ～」と慰められました。

7. 参考資料

とにかく食べてもらうことが優先でしたので、カロリーまで考えて作る余裕はありませんでした。それでも一日3食、食事を提供し続けました。トイレに入るには、右手に懐中電灯、左手に汚物を流すための水の入ったバケツ。うっかり懐中電灯を忘れて入って、ドアをしめた後に真っ暗で気がついて、慌てて懐中電灯をとりに行ったことも何度かありました。夜間のおむつ交換にはランタンをぶら下げて行っていました。

16日の朝に東北電力の社員の方が、対策本部からの指示で、予備電源をトラックに積んできてくれました。そのまま置いて帰られるのかと思ったのですが、危機的状況にある病院をこのままにはできないと、小雨の中、切れた電線を遠くからつないでくださったのです。夕方に全館に電気がついた瞬間、暗闇の中から一気に明るくなって、まぶしさのあまり、めまいがしました。その場にいたスタッフもみな同じだったと言っていました。

あくまでも仮設なので、強風などで切れてしまうかもしれません、と言われていたので、屋内退避が解除されるまで、強風が吹き荒れると、また停電になるかもしれない不安から、「風、やんで！」と祈りながら過ごしていたので、眠らず朝を迎えることもありました。同じ日に自衛隊が水を補給にきてくださって、とりあえずの水と電気の心配はなくなりました。

しかし、スタッフは、交代要員のいない連続勤務を続けていました。仮眠だけでは取り切れない疲労。足がむくんで腫れたようになって、痛みで階段がおりられないスタッフもいました。気を抜くと睡魔に襲われ、立ったまま寝てしまう。それでも明るく働くスタッフ達に、かける言葉は「ありがとう」だけでした。「大丈夫？」と声をかけても「大丈夫！」と返ってくるだけなので、なんの意味もない。「がんばろう」という言葉も軽すぎる。

本当はもうこれ以上がんばらせたくない、休ませてあげたい。このスタッフ達がいるから、絶対に患者さんは大丈夫だと信頼していました。だから「ありがとう」という言葉だけを言い続けるしかなかったのです。それでもいつか、誰かが倒れるかもしれない、そんな恐怖を押し殺しながら、明るく笑顔でいるスタッフの前では、私も「ありがとうね～」と笑っているしかなかったのです。

対策本部とのメールに「(スタッフは)患者さんを守るために必死です。彼らを守るために、私は、食事を準備して、雑用をこなし、こうして外部と折衝する以外何もできません。どうかスタッフを助けてください。」というのが残っています。医療や看護の業務ができない自分の、無力さに苦しんでいたときの、唯一の願いでした。

半年後にスタッフが、「実はね。」と話しかけてきました。「あの時本当は、これからどうなるのだろう、もうダメかって思ったこともあったけど、事務長が「大丈夫、大丈夫」って笑っていたから、だから大丈夫だなんて思ったの。笑っていてくれてありがとう。」と。

その当時私が使っていた携帯会社は、アンテナが津波で壊れてしまったため、電話は途切れ途切れしかつながらず、どうか電波の良いところを探して、メールが使えるくらいでしたが、今メールの送受信履歴をみると、朝は4時頃から夜は2時過ぎくらいまで、県の災害対策本部とのやりとりの記録が残っています。

内容は最初の頃は主に状況や人、水や燃料などの補給のお願い。その後は避難についてのやりとりでした。中には院長からのメッセージで、「病院周辺の放射線漏れの影響は最高値でも、1回の胃透視と同程度で害はありません。人を送ってくださるなら、放射線の心配はないとお伝えください」というのもありました。現地の情報が伝わらないもどかしさを感じていたのかもしれませんが。

そんな危機を乗り越え、屋内退避が解除されてからは、少しずつ人や物も入ってくるようになりました。その後広野町は「緊急時避難区域」に設定されました。「緊急時に避難するために準備しておく区域」というのが読んで字のごとくですが、実際は、その為には、自力で避難できない子供・要介護者・入院患者・自宅療養者は住んではいけませんよ、とされたのです。

つまり入院患者は存在してはいけない区域になったのです。患者さんごと搬送すればよかったのでは、とおっしゃる方もいました。しかし同じ頃、警戒区域から長時間の無理な搬送により、急激な体調の変化で、多くの患者さんの命が失われていたのも事実です。

さて、双葉郡で唯一患者さんと共に残った病院は、町が国と県に報告した「全町民避難」完了より、存在が消されました。国の定めた「緊急時避難準備区域」の文言に反するような病院はあってはならなかったのです。震災後、院長は、医師免許を剥脱されても構わないから、死亡する確率の高い患者さんは、動かさないと断っていました。すでにその頃から、私達の、地域医療と患者さんを守る戦いは始まっていたのです。

(2016年3月10日 Vol.064 「そこに存在してはいけないとされた病院」福島県双葉郡広野町・高野病院奮戦記 第5回より転載)

<https://medicaltribune.co.jp/news/2016/0311500436/>

3.11から5年、岩手は“災害医療人”育成、子供も訓練

第21回日本集団災害医学会

2016.03.11 07:15 Medical Tribune

東日本大震災から5年目を迎えた被災地から、当時を振り返り、今後に向けた“逞しい”取り組みが第21回日本集団災害医学会総会・学術集会(2月27~29日、会長=山形県立中央病院副院長/救命救急センター副所長・森野一真氏)で報告された(関連記事)。岩手県における詳細な活動として、防災・危機管理に携わる“災害医療人”を“オール岩手”で育成する試み、さらに大規模災害発生時の福祉関連の取り組みの他、学校・地域で子供や保護者も参加し、津波以外の大規模災害を想定して実施している総合防災訓練についても発表された。

岩手県災害派遣福祉チームを発足

岩手医科大学災害医学講座教授の眞瀬智彦氏によると、東日本大震災における課題として、①当初に想定していた疾病構造が外傷診療であったが慢性疾患への対応が求められた②避難所・仮設住宅での長期生活が余儀なくされたことによる公衆衛生的対応が必要になった③通信途絶のために情報収集が困難であった④

長期における指揮本部調整機能が必要であった⑤本部における災害医療を支えるロジスティック機能が脆弱であった一などが挙げられた。

災害医療従事者には、①急性期の外傷治療から慢性の内因性疾患の治療②公衆衛生の知識③サイコロジカル・ファーストエイド（心理的応急措置：PFA）④総合調整—といった役割が求められる。

そこで、岩手県では地域防災ネットワーク協議会が主体となり、救急の外傷診療だけでなく総合診療を実践できる人材、災害医療を支えてコーディネートできる人材、すなわち災害医療人を“オール岩手”で育成することに取り組んでいる。岩手医科大学は2011年9月に災害医学講座、2012年3月には災害・地域精神医学講座をそれぞれ開講、2013年4月には災害地域医療支援教育センターとこどものケアセンターを開設した。

研修医や医学生だけでなく、小・中・高生を含めた教育の機会を設けている。

また、震災当時を振り返ると、高齢者や障害者への対応などに関して脆弱性が指摘された福祉関連分野については、岩手県災害派遣福祉チームが発足しており、研修や訓練などを行っている。

学校・家庭・地域で子供・保護者など1万人が参加して総合防災訓練を実施

さらに、“いわて復興教育”として「郷土を愛し、その復興・発展、地域防災を支える人材を育成する」ために、同県教育委員会事業として「学校・防災対応指針」などを策定し、学校・地域における総合防災訓練を実施している。事業について、同委員会事務局学校教育室の森本晋也氏が報告した。

小学生がトリアージ、災害衛星電話、炊き出し、仮設トイレづくりといった実習

森本氏によると、訓練には教職員だけでなく、小児や保護者も参加しており、地域で波及していく効果も期待できるという。

訓練では、小学生や中学生なども災害時の医療体制や緊急時の行動、トリアージ、災害衛星電話やトランシーバを用いた連絡、炊き出し、災害時の仮設トイレづくりといった実習を受ける。実習を通じて、地域の安全に役立つ生徒らの役割を主体的に果たし、協調できる人材を育成することを目的としている。

訓練は、津波災害だけにとどまらず、火山噴火、豪雨による土石流といった災害発生なども想定して行われている。これまで、学校・家庭・地域が連携し1万人規模で実施された防災学習および訓練もあるという。

最後に、眞瀬氏は「災害医療は、ロジスティック機能も含めたチーム医療として、他職種との連携した研修体制の構築や総合防災訓練を実施していくことが重要である。同じ事態を2度と繰り返さないためにも、オール岩手で災害医療人を育成したい。さらに、後世にも伝承していきたい」と総括した。

（金本正章）

<https://www.m3.com/news/iryoshin/404484>

シリーズ：**中央社会保険医療協議会 かかりつけ医は1人に限らず 中川俊男・日医副会長に聞く**

◆Vol.3 大病院の定額負担、「紹介が原則」周知が狙い

インタビュー 2016年3月11日（金）配信聞き手・まとめ：橋本佳子（m3.com編集長）

——中医協の診療側の意見書では、初再診料の引き上げを求めているものの、議論はなされず、据え置きでした。

医療費ベースで、医科本体で4800億円もの改定財源があった2010年度改定ですら、初再診料は1点も上がりませんでした。プラス0.49%という本体改定率では、初再診料の引き上げは無理だったと思います。

——外来では、前回改定で新設された地域包括診療料・加算の要件が緩和され、かかりつけ医を評価する点数が、認知症や小児でも新設されました。

地域包括診療料・加算は、前回改定で「小さく生んで、大きく育てる」という方針で新設されました。今改定では、常勤医の施設基準が3人から2人に緩和され、「育てよう」という見直しはでき、一定程度、算定する医療機関は増えるでしょう。ただし、本体改定率がプラス0.49%という状況では、大幅な見直しができなかったのは事実で、次の改定ではさらなる要件緩和を求めています。

認知症は、地域包括診療料・加算の算定対象となる4疾患に入っていました。新設の「認知症地域包括診療料・加算」は、高齢社会で認知症が重要な疾患になる中で、「他の疾患、プラス認知症」ではなく、「認知症プラス、他の疾患」という算定要件を設定したことに意味があります。今改定では認知症がキーワードになっており、他の点数でも評価がなされています。認知症対応に積極的に取り組んでほしいというメッセージです。

今改定では、「小児かかりつけ診療料」も新設されました。「原則として1カ所の医療機関のみ算定可能」というルールを導入したのは注目点。いろいろな議論があり、改定財源が少ないため最終的には「1カ所」に落ち着きましたが、このやり方がいいのかどうかは気になっている点で、今後の検証課題です。

検証に当たっては、医療機関側からだけでなく、患者さん側からの検証も必要。小児の場合、生活習慣病中心の成人とは違い、急性疾患が多く、かかりつけ医を決めていても、夜間に具合が悪くなった場合に、他の病医院に行くケースもあり得るなど、受診行動が異なるからです。さらに、「小児かかりつけ診療料」の施設基準は、小児科外来診療料の届出をしている診療所であり、点数は同診療料よりも高い。小児医療の無料化をしている地域では、患者負担増を考慮せずに済む点も、成人とは異なるため、この辺りは丁寧な検証が必要です。

——成人の場合、内科的な疾患でも複数罹患していたり、眼科や耳鼻咽喉科などに受診するケースもあり得ます。「かかりつけ医は1人」と限定するのは、難しいのでは。

その通りです。成人の場合、「かかりつけ医は1人」という施設基準が入らないよう、注視していきます。

——これらの点数を算定しない場合でも、「かかりつけ医」として機能し得るという理解でいいですか。

はい、「かかりつけ医」機能を担っていることと、診療報酬は全く関係ありません。地域包括診療料などの要件を満たさなくても、「かかりつけ医」の役割を担っている医師はたくさんいます。「かかりつけ医」の評価の在り方は、まだ試行段階です。今改定で完了したわけではなく、まだ道半ばでしょう。

——外来では、特定機能病院と、一般病床500床以上の地域医療支援病院について、紹介状のない初診は最低5000円、逆紹介したにもかかわらず継続して受診した場合には最低2500円の定額負担の徴収が義務化されました（『初再診料は据え置き、2016年度改定を答申』を参照）。これにより、外来の機能分化は進むのでしょうか。「初診では最低1万円にすべき」といった議論はなかったのでしょうか。

7. 参考資料

それはありましたが、大都市と地方では、患者の平均所得に開きがあり、「最低金額」を定めることで落ち着きました。地域によって影響は異なり、大都市では既に「選定療養」で5000円以上を徴収している病院も少なくなく、外来の機能分化にはさほど有効ではないと思います。ただ、今回の定額負担の義務化は、金額の多寡が問題ではなく、「大病院を受診するには、紹介状が必要」というメッセージを、患者さんに伝えることが一番重要なのです。大学病院や大病院の勤務医の疲弊が問題になっており、定額負担の義務化は、患者減少を通じて、その負担を減らす狙いもあります。ただ病院経営者にとっては、外来患者が減ると、経営的に問題が生じ得ます。この辺りは、難しい問題と言えます。

<https://www.m3.com/news/iryoishin/406745>

シリーズ：**地域医療構想 地域包括ケア病棟、「急性期」から「慢性期」まで**

厚労省検討会、病床機能報告制度の改善案を了承

2016年3月10日（木）配信橋本佳子（m3.com編集部）

厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）は、3月10日の第14回会議で、2016年度の病床機能報告制度の改善案と、地域医療構想調整会議における議論の進め方を了承した（資料は、厚労省のホームページ）。いずれも前回の第13回会議で議論をほぼ終えており、異論は出なかった（『4つの医療機能別、入院料の算定状況提示へ』を参照）。

病床機能報告制度の改善案は、各医療機関が提供している医療の実態に見合った確かな医療機能を報告するのが狙い。

(1) 病床機能報告制度の病床数と必要病床数についての基本的な考え方の整理、(2) 救命救急入院料や地域包括ケア病棟入院料などの特定入院料等を算定する病棟と、病床機能報告制度の4つの医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の対応関係を整理——という二つの資料を、「病床機能報告 報告マニュアル」に追加する。病床機能報告制度は毎年10月に実施するため、今夏までにマニュアルの見直しを行う予定。

(2) では、救命救急入院料や特定集中治療室管理料などは「高度急性期」に、回復期リハビリテーション病棟入院料は「回復期」、療養病棟入院基本料は「慢性期」にそれぞれ該当するなど、一対一対応が基本だ。ただし、地域包括ケア病棟入院料だけは、「急性期」「回復期」「慢性期」のいずれにも該当する。

地域医療構想調整会議における議論の進め方は、各地域の会議において、地域医療構想の内容を実現するために参考にする。

「調整会議で議論すべき内容は、地域医療構想策定ガイドラインに書かれている。そのオペレーションの部分を示したのが、『議論の進め方』だ」（厚労省医政局地域医療計画課長の迫井正深氏）。

第14回会議では、病床機能報告制度や地域医療構想に関連して、委員から幾つかの意見が出た。日本病院会副会長の相沢孝夫氏は、「病床機能報告制度は、各病院が自らが担う機能を改めて見直すとともに、将来の在り方を検討する機会になる」とし、厚労省から医療機関への通知にはそうしたメッセージ性を持たせるよう求めるとともに、毎年10月の病床機能報告に先立ち、各病院が検討する時間的なゆとりを持つため、病床機能報告制度に関する通知は早めに出すよう求めた。

日本医師会副会長の中川俊男氏は、内閣府の社会保障制度改革推進本部の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」が2015年6月に公表した第1次報告を問題視、「病床機能報告制度や地域医療構想が、病床削減のための制度として誤解されないようにしてもらいたい」と釘を刺した。第1次報告で

は、全国ベースおよび都道府県ベースで、4つの医療機能別に、2014年の病床機能報告制度と2025年の必要病床数などを対比したデータを提示している。「地域医療構想は、構想区域ごとに病床を整備していくのが目的。全国ベース、あるいは都道府県単位で、必要病床数などを比較するのは意味がない」（中川氏）。

「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」は10日の会議で終了。今春からは、新たに「医療計画の見直し等に関する検討会」を新設する。医療計画は2018年度から第7次医療計画がスタートする。それに先立ち、2017年度に各都道府県で医療計画の策定が行われる。その基本指針を検討するのが目的で、2016年

末までに取りまとめを行い、2016年度末までに基本指針を策定する。(1) 医療計画における地域医療構想の位置付け、

(2) 医療と介護の連携、(3) 2次医療圏、基準病床数、対象疾病・対象事業——などが検討課題だ（文末を参照）。

「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」は3月10日で終了。「医療計画の見直し等に関する検討会」に議論をつなげる。

必要病床数、病床機能報告制度と一致せず

前述の(1)、「病床機能報告制度の病床数と必要病床数についての基本的な考え方の整理」では、まず病床機能報告制度には、「地域医療構想の策定・進捗状況の評価」と、「患者・住民・他の医療機関に、各医療機関が有する機能を明らかにする」という役割があると明記。一方で、地域医療構想で推計する2025年の構想区

域ごとの必要病床数は、NDBのレセプトデータやDPCデータ、2025年の推計人口を用いて算出したものであり、「個々の医療機関内での病棟の構成や病棟単位での患者割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも病床機能報告制度の病床数と数値として一致する性質のものではない」ため、留意が必要だとした。

また(2)で、特定入院料と病床機能報告制度の4つの医療機能の関係性を示した理由について、迫井課長は次のように説明した。

「病床機能報告制度は、各医療機関が現に提供している医療に則して機能を報告するのが大前提。ただし、分かりにくいという声があったため、算定要件がきちんと決められている特定入院料については、一般的に、報告する機能として考えられるものを提示した」。

2015年度の病床機能報告制度の速報値も公表

10日の会議では、2015年度の病床機能報告制度における機能別病床数の速報値も公表された。2015年7月時点で、「高度急性期」13.6%（2014年度比1.9ポイント減）、「急性期」47.6%（同0.5ポイント増）、「回復期」10.4%（同1.6ポ

イント増)、「慢性期」28.4% (同0.2ポイント減)という構成比。

6年後の2012年7月1日に予定する機能別病床数は、「高度急性期」14.2% (2014年度比1.9ポイント減)、「急性期」45.9% (同1.2ポイント増)、「回復期」12.7% (同1.3ポイント増)、「慢性期」27.3% (同0.5ポイント減)だった。

第7次医療計画の改定に係る対応において整理が必要と考えられる事項

1. 2次医療圏について
 - ・5疾病5事業ごとの医療圏の設定
 - ・介護における圏域と2次医療圏の考え方
2. 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護との連携について
 - ・地域包括ケアシステムの構築に向けた医療計画の在り方
 - ・在宅医療等の充実に向けた取り組み
 - ・介護保険事業(支援)計画との関係について
3. 5疾病5事業について
 - ・対象となる疾病や事業
 - ・各疾病・事業ごとの指標
4. 基準病床数について
 - ・基準病床数の考え方(算定式を含む)等について
5. 医療従事者の養成・確保について
6. 健康増進計画等他の計画との関係について

http://www.yomiuri.co.jp/hokkaido/feature/C0021911/20160302OYTAT50011.html?from=yartcl_popin

夕張は今 10年目の春〈中〉 専門医不在の診療所

2016年03月02日 読売新聞 北海道 他都市へ通院 苦労

「集団検診で引かなかったんだけど、市立診療所のコンピューター断層撮影装置(CT)が壊れちゃってて、岩見沢の病院に行くと初期のがんと分かったのよ」

夕張市・南部地区の集会施設で2月24日に開かれたお茶会。女性のお年寄りばかり7人がテーブルを囲んだ。地域の催しの反省会をしていたが、76歳のおばあちゃんが診療所の一件を口にするると話は脱線し、病院や体調の話題に変わった。

84歳のおばあちゃんは、「診療所には専門医がいないから、主人は体調が悪くなると、自分で車を運転して札幌に行くんだよね」。お茶をすすって続けた。「主人の容体のことで医者に呼ばれても、運転ができないから、バスと地下鉄、タクシーを乗り継いで2時間半くらいかかる。お金も大変」

南部地区から札幌への直通バスは、新札幌行きが1日に数本あるだけだ。

■訪問診療も

夕張の地域医療を担っていた市立総合病院は、財政破綻後に市立診療所になり、171床あった病床は19床に減った。地上3階地下1階の建物を引き継いだけど、使っているのは1階と2階のみだ。診療科目は、総合診療科、整形外科、循環器内科、歯科など6科。婦人科は週1日の診察で、産科はない。

病床が少なくなったのを機に、診療所は訪問診療を始めた。担当医師2人が月に2回、自宅で療養する慢性患者を中心に訪れて診察する。「自宅が病院のベッドの代わり。道路が廊下のイメージです」。診療所の指定管理者の医療法人財団「夕張希望の杜もり」の八田政浩理事長は、訪問診療をそう説明する。

交通費もかかるため割高だが、利用者は意外と多くいた。当初は月に5、6人だったのが、今は月に80~90人を抱える。利用者の100%がお年寄りだ。外来も含め、診療所で異変が見つければ、専門医のいる札幌などの大きな病院を紹介している。

ネックは、やはり交通手段だ。診療所の佐藤秀悌事務長も「夕張は地の利がある。(車なら)札幌や千歳に1時間で行ける」としながら、「問題は公共交通が不便なことだ」と指摘する。

■若者を切望

南部地区のお茶会は、家に閉じこもりがちな高齢者の仲間づくりを目的に、毎週1回開かれている。「買い物に清水沢まで行くのに、破綻してからバスの本数が減った」「買い物なら、(隣の)栗山町のスーパーが、月に4回、巡回バスで連れて行ってくれるよ」「みんな(買いために)リュックサックしよって乗ってるよね」……話題は尽きない。

「やっぱり、若い人に来てほしいよね。このままだと、南部地区はなくなっちゃうよ」。1人のおばあちゃんが漏らした。

南部地区に暮らすのは500人足らず。高齢化率は50%を超え、市内で最も高い。

お年寄りの嘆きは、夕張市全体の声に聞こえた。

<http://www.medwatch.jp/?p=7980>

医療効率化後進国が日本の実態—高齢化先進国ニッポンを考える(1)

2016年3月11日 | 医療・介護行政をウォッチ MediWatch

「日本の医療の実態は自由放任主義」「質とコストの評価が欠如している」—。経済財政諮問会議の専門調査会「政策コメントーター委員会」の井伊雅子氏(一橋大学国際・公共政策大学院教授)は、日本の医療の現状をこのように批判します(関連記事『医療費適正化は「質担保する仕組み」の導入が前提、諮問会議に有識者が提言』)。その上で井伊氏が提唱するのが、医療の質とコストを評価し管理するシステムづくりです。日本の医療に必要なシステムとはどのようなものなのでしょうか。井伊氏にご見解を伺いました。

財政健全化の特効薬は費用対効果の評価に基づく医療の標準化

世界に例を見ない少子高齢時代を前に、日本の医療は大きな曲がり角に差し掛かっている。高齢化によって医療のニーズ

7. 参考資料

は大きく様変わりし、少子化によって国力が衰える中、医療費が国の財政を圧迫する。日本の医療はこうした時代に対応していかなければならない。

医療や介護など社会保障関連の費用は国の予算の既に3分の1程度を占めており、医療費の増加をどう抑制していくかは、医療の存続を左右する大きな課題と言えるだろう。とはいえ、医療費の一律な削減は、国民に痛みをもたらす結果を招きかねない。そこで、医療の財源に限られる中でわれわれに求められるのは、費用対効果の評価に基づき医療の標準化を進め、財源を有効活用することだ。

こうした概念は先進国だけでなく中進国の医療にも広く取り入れられている。しかし、高齢化が最も進んでいるはずの日本は大きく立ち遅れている。高齢化先進国の日本が、皮肉なことに医療の効率化の観点では後進国に甘んじているのだ。

大手誌も高額薬剤を喧伝の現実

中でもプライマリ・ケアの状況は深刻だ。医療提供側では、地域の医療機関同士の競争が加熱して、患者を1人でも多く囲い込もうと、新たな需要を生み出す構図に陥っている。需要側に関しては、1つにはメディアの責任が大きい。大手メディアが発行している雑誌を見て驚かされたことがある。糖尿病や高血圧症などを毎月取り上げており、例えば糖尿病の特集号では、最近の新薬として「DPP阻害薬」や「SGLT2阻害薬」などの一覧を掲載している。これらの中には非常に高額な薬剤も含まれる。

糖尿病の治療では、軽症なら食生活や運動をはじめとした生活習慣の改善をまず指導した上で、必要に応じて投薬治療を組み合わせるのがグローバルスタンダードだが、日本では、治療の初期の段階から高額な薬剤の投与を選択する傾向が強い。そこには医療の費用対効果を評価する視点は全くない。

大手メディアが新薬の有効性を殊更に強調すれば、後発医薬品の使用推進を国がいくら謳ってもかすんでしまう。患者による医療情報へのアクセスはもともと限られているだけに、「より高額な薬剤をたくさん使うほど万全だ」という誤った認識を広げかねない。

診療側にメリットある健康管理の仕組みを

患者による賢い選択を促そうという米国の「Choosing Wisely」キャンペーンの影響もあってか、日本でも患者側の意識改革の必要性が叫ばれている。しかし、日本の医療は提供側主導の色彩が極めて強く、情報に乏しい患者側が賢くなるだけでは効率化を進めるにも限界がある。まずは提供側に改革をもたらすような制度づくりが不可欠だろう。

実際にそうした動きも出始めている。多様な医療サービスに応える総合診療専門医の養成がその1つだ。専門医制度が新たな枠組みに切り替わるのに伴って17年から養成が始まる。現在は、外来での標準的な診療内容を示す診療ガイドラインは普及していないが、総合診療専門医の養成に合わせて統一的なガイドラインを普及させ、プライマリ・ケアを標準化できれば、変革への足掛かりになるはずだ。

プライマリ・ケアをカバーする開業医への報酬の支払い方法にも工夫の余地があるだろう。例えば開業医が地域住民の健康管理や疾病予防を担当し、こうしたリスク管理への定額報酬を住民が毎年支払うような仕組みをつくれまいだろうか。仮に開業医が地域住民の健康管理を受け持つことで、一人当たり年に定額が支払われるなら、開業医にはある程度の収入が毎年保証される。英国やデンマークなどでいわゆる「人頭払い」に近い仕組みだ。こうした仕組みには日本の医療関係者らのアレルギー反応が強いが、ブレア政権が進めた英国の医療改革では、過小診療に陥るのを防ぐため、人頭払いに「出来高払い」や「P4P」（成果払い制度：英国ではQOFと呼ばれる）を組み合わせる仕組みを普及させた。これなら出来高報酬を確保するため、不必要な検査や薬の処方を経済できるはずだ。

本連載では5回に分けて、日本における医療の質とコストを評価し管理するための論点について考えていきたい（談）

<http://www.medwatch.jp/?p=7976>

「手術件数2000件未満はすべて地域包括ケア病院に」、厚生省から病院へのメッセージ20選

—武久・日慢協会長 2016年3月11日|2016診療報酬改定ウオッチ Medi Watch

日本慢性期医療協会の武久洋三会長は10日、4日に告示された2016年度診療報酬改定に対する見解を発表しました。改定と一連の医療行政を通じ、厚生労働省から病院へ向けたメッセージが20ありと整理。手術件数が年間2000～3000件に満たない急性期病院は、「地域急性期病院」として「すべて地域包括ケア病院に移行させるつもりだ」などと指摘しました。

図表1:日慢協が促した16年度改定と一連の医療改革に込めた厚生労働省のメッセージ

1 本当の高度急性期病院は、さらに高く評価	11 20対1以上の慢性期治療病院しか認めず
2 高度急性期病院は、年間手術件数5000件以上	12 急性期転院患者を在宅復帰させる慢性期病院を評価
3 急性期病院は、年間手術件数2000～3000件以上	13 安易に終末期として不適切な治療する病院は評価せず
4 年間手術件数2000件未満の地域急性期病院は、すべて地域包括ケア病院に移行させたい	14 後発医薬品使用促進など薬剤費は今後も切り込む
5 10対1に分割する7対1の病院は急性期と認めず、復帰もさせず	15 認知症患者は軽視しない
6 DPCの期間IIIまでの長期入院させる病院は評価せず	16 在宅医療促進に努力する医療機関を評価
7 10対1や地域包括ケア病棟、療養病床もDPCデータ提出。診療状況が見える化するシステムへ	17 慢性期リハの介護保険への移行を促進
8 リハは成果主義に移行し、厳しき選別へ	18 診療所のかかりつけ医を評価
9 回リハ病院は短期間で優れた成果を評価	19 急性期の最適化で移行する患者を引き受け、在宅医療を支援する慢性期病院を評価
10 地域包括ケア病棟が地域医療を担う	20 空床化した病床、施設や住居に転換させる

※2016年3月10日発表資料より編集部が作成

今改定のまとめ～主なプラスポイント①～

1. 医師事務作業補助体制加算
 - a. 50対1,75対1,100対1で療養および精神でも算定可能(年間緊急入院患者要件あり)
2. 栄養食事指導の対象の拡充
 - a. 外来・入院・在宅栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養の患者が追加
3. 退院支援に関する評価の充実
 - a. 退院支援加算1の新設
 - I. 一般病棟入院基本料等の場合 600点(退院時1回)
 - II. 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点(退院時1回)
4. 退院支援に向けた評価の充実
 - a. 介護支援連携指導料 300点 ⇒ 400点
 - b. 退院時共同指導料1
 - 1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点 ⇒ 1,500点
 - 2 1以外の場合 600点 ⇒ 900点
 - c. 退院時共同指導料2 300点 ⇒ 400点

今改定のまとめ～主なプラスポイント②～

5. 回復期リハ病棟における体制強化加算2の新設
 - a. 体制強化加算2 120点(新)
6. 運動リハビリテーション料(1)増点 180点 ⇒ 185点(↑)
7. 認知症ケア加算の新設
 - a. 対象患者は「認知症高齢者の日常生活自立度基準判定」のランクⅢ以上

認知症ケア加算1	認知症ケア加算2
14日まで 150点	14日まで 30点
15日以降 30点	15日以降 10点
8. 多剤投与と患者の減薬を伴う指導の評価
 - a. 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時に1回)
9. 他科受診時における減算規程の緩和
 - a. 出来高病棟、包括病棟(包括行為無し) 30%⇒10%
 - b. 包括病棟(包括行為有り) 70%⇒40%
10. 地域加算(1日につき)の見直し

今改定のまとめ～主なマイナスポイント～

1. 療養病棟における医療区分の評価方法の見直し
 - a. 酸素療法を実施している状態⇒酸素投与量3L未満等(医療区分3⇒2)
 - b. 1日3回以上の血糖検査 ⇒インスリン及びソマトメジンC製剤使用中の患者に限る(医療区分2⇒1)
 - c. うつ症状に対する治療を実施⇒精神保健指定医からの処方に限る
2. 障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価
 - a. 重度の意識障害者(脳卒中の後遺症に限る)について、医療区分1,2に相当する場合は医療区分で算定
3. 食事療養費の見直し
 - a. 経腸栄養製品のみを使用した栄養管理の見直し 1食640円⇒1食575円(特食算定不可)
4. 救急搬送患者地域連携受入加算の廃止
 - a. 入院初日(2,000点) ⇒ 廃止
5. 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等
 - a. 維持期リハを受ける患者が要介護被保険者等である場合 100分の90⇒100分の60
 - b. 介護保険のリハビリテーションの実績がない場合 100分の90⇒100分の80
6. リハビリテーションの初期加算、早期加算の対象者見直し
 - a. 疾患別リハ算定患者(入院中)⇒急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る

病床は病院の都合に左右されない
武久会長が整理した厚労省からのメッセージのうち、急性期病院に大きく関連する項目は7つ。高度急性期病院と急性期病院の判断軸を年間手術件数に置き、それぞれ5000件以上、2000～3000件を想定し、「その他の急性期といわれる病院は、『地域急性期病院』としました。

「地域急性期病院」について、武久会長は「近くの地域からしか患者が来ず、手術や処置の特殊性が少ない」と説明した上で、地域急性期は地域包括ケア病棟に移行すべきと指摘。「地域包括ケア病棟の手術は出来高になったので、平均すると1日当たり3万円以上になるのは確実。手術によっては、7対1入院基本料や10対1入院基本料より収入が大きくなるかもしれない」(武久会長)と見通しました。

さらに、仮に「7対1から地域包括ケア病棟になっても患者に言う必要はない。何に一体こだわるのか。病床は患者の状況で日々変化するもの、病院の都合に左右されるものではない」(同)とした上で、「これからの病院は、疾病の治療だけではなく、患者が日常に速やかに帰れるような『リハビリ力』と『ケア力』が重要」とし、今後、「地域急性期病院」に求められる機能を強調しました。

DPCに関しては、10対1や地域包括ケア病棟、療養病床にもデータ提出を求めていることから、「病院の診療状況がすべて明らかになる」と予測。リハビリは成果主義に移行し、厳しく選別されることに言及しました。

プラスは10項目、マイナスは6項目
同会が考える16年度改定のメリットとデメリットも整理(図表2、3、4参照)。「退院支援に関する評価の充実」や「認知症加算の新設」など10項目をプラスポイントとし、「療養病棟における医療区分の評価方法見直し」など6項目はマイナスポイントとしました。

寝たきりになるより「座りきり」
リハビリに関しては、1日24時間のうち8時間をリハビリに充てる

「3分の1ルールを守ろう」(同)と提唱。
4時間を個別リハビリ、2時間をチームリハビリ(POCリハ)、2時間を自主リハビリに充てるという内訳で、「重症の人でもせめてベッド上で座位に近いギャッジアップを」と提唱し、座ることにより心肺機能に負荷がかかり、身体機能の回復につながるとしました。

7. 参考資料

圏域別高齢者人口調

平成27年3月31日現在

市町村名	総人口	60歳以上		65歳以上		75歳以上		60歳	65歳	70歳	75歳	80歳	85歳	在宅65歳以上高齢者	
		人口	割合%	人口	割合%	人口	割合%	～64歳	～69歳	～74歳	～79歳	～84歳	以上	ひとり暮らし数	割合%
白石市	35,883	14,024	39.1	10,905	30.4	5,887	16.4	3,119	2,761	2,257	1,999	1,874	2,014	955	8.8
角田市	30,634	12,070	39.4	9,355	30.5	5,049	16.5	2,715	2,480	1,826	1,621	1,577	1,851	1,101	11.8
蔵王町	12,700	5,210	41.0	4,034	31.8	2,210	17.4	1,176	1,042	782	737	700	773	484	12.0
七ヶ宿町	1,542	830	53.8	706	45.8	503	32.6	124	104	99	116	163	224	181	25.6
大河原町	23,723	7,549	31.8	5,889	24.8	2,948	12.4	1,660	1,631	1,310	1,118	910	920	981	16.7
村田町	11,615	4,512	38.8	3,449	29.7	1,885	16.2	1,063	872	692	620	598	667	335	9.7
柴田町	38,324	13,102	34.2	10,015	26.1	4,591	12.0	3,087	3,109	2,315	1,817	1,381	1,393	1,002	10.0
川崎町	9,373	3,868	41.3	2,910	31.0	1,585	16.9	958	769	556	533	467	585	369	12.7
丸森町	14,725	6,725	45.7	5,302	36.0	3,201	21.7	1,423	1,153	948	968	1,001	1,232	486	9.2
仙南計	178,519	67,890	38.0	52,565	29.4	27,859	15.6	15,325	13,921	10,785	9,529	8,671	9,659	5,894	11.2
仙台市	1,050,296	293,479	27.9	225,579	21.5	104,979	10.0	67,900	67,236	53,364	41,315	32,698	30,966	52,912	23.5
塩竈市	55,752	21,498	38.6	17,018	30.5	8,636	15.5	4,480	4,543	3,839	3,366	2,725	2,545	3,398	20.0
名取市	76,312	20,575	27.0	15,516	20.3	7,425	9.7	5,059	4,468	3,623	3,003	2,286	2,136	1,227	7.9
多賀城市	62,480	17,656	28.3	13,460	21.5	6,035	9.7	4,196	4,113	3,312	2,552	1,894	1,589	2,409	17.9
岩沼市	44,059	13,361	30.3	10,042	22.8	4,753	10.8	3,319	3,016	2,273	1,841	1,438	1,474	1,457	14.5
亘理町	34,108	12,143	35.6	9,268	27.2	4,428	13.0	2,875	2,810	2,030	1,629	1,340	1,459	1,030	11.1
山元町	12,750	5,764	45.2	4,556	35.7	2,299	18.0	1,208	1,264	993	819	697	783	634	13.9
松島町	14,918	6,364	42.7	5,092	34.1	2,760	18.5	1,272	1,257	1,075	1,062	841	857	739	14.5
七ヶ浜町	19,342	6,683	34.6	5,030	26.0	2,322	12.0	1,653	1,474	1,234	982	726	614	478	9.5
利府町	36,318	9,527	26.2	6,806	18.7	2,930	8.1	2,721	2,248	1,628	1,174	915	841	912	13.4
大和町	27,950	7,584	27.1	5,692	20.4	3,093	11.1	1,892	1,481	1,118	1,070	1,001	1,022	748	13.1
大郷町	8,559	3,542	41.4	2,649	30.9	1,506	17.6	893	678	465	459	506	541	286	10.8
富谷町	51,980	12,034	23.2	8,583	16.5	3,220	6.2	3,451	3,122	2,241	1,512	863	845	591	6.9
大衡村	5,791	1,956	33.8	1,469	25.4	791	13.7	487	408	270	264	240	287	132	9.0
仙台計	1,500,615	432,166	28.8	330,760	22.0	155,177	10.3	101,406	98,118	77,465	61,048	48,170	45,959	66,953	20.2
大崎市	134,292	46,335	34.5	35,443	26.4	19,351	14.4	10,892	9,246	6,846	6,824	6,314	6,213	5,270	14.9
色麻町	7,297	2,812	38.5	2,155	29.5	1,263	17.3	657	557	335	409	407	447	134	6.2
加美町	24,816	10,219	41.2	7,955	32.1	4,630	18.7	2,264	1,872	1,453	1,518	1,537	1,575	806	10.1
涌谷町	17,113	6,897	40.3	5,243	30.6	2,855	16.7	1,654	1,365	1,023	1,011	973	871	723	13.8
美里町	25,227	10,056	39.9	7,748	30.7	4,150	16.5	2,308	2,055	1,543	1,477	1,296	1,377	1,011	13.0
大崎計	208,745	76,319	36.6	58,544	28.0	32,249	15.4	17,775	15,095	11,200	11,239	10,527	10,483	7,944	13.6
栗原市	72,234	31,959	44.2	25,019	34.6	14,987	20.7	6,940	5,647	4,385	4,852	5,031	5,104	2,959	11.8
栗原計	72,234	31,959	44.2	25,019	34.6	14,987	20.7	6,940	5,647	4,385	4,852	5,031	5,104	2,959	11.8
登米市	83,321	32,611	39.1	24,938	29.9	14,659	17.6	7,673	5,843	4,436	4,902	4,761	4,996	2,433	9.8
登米計	83,321	32,611	39.1	24,938	29.9	14,659	17.6	7,673	5,843	4,436	4,902	4,761	4,996	2,433	9.8
石巻市	149,248	55,703	37.3	43,979	29.5	22,662	15.2	11,724	11,444	9,873	8,621	7,086	6,955	8,055	18.3
東松島市	40,138	13,488	33.6	10,290	25.6	4,965	12.4	3,198	2,955	2,370	1,981	1,471	1,513	1,493	14.5
女川町	7,012	3,108	44.3	2,543	36.3	1,327	18.9	565	629	587	504	417	406	536	21.1
石巻計	196,398	72,299	36.8	56,812	28.9	28,954	14.7	15,487	15,028	12,830	11,106	8,974	8,874	10,084	17.7
気仙沼市	67,268	28,527	42.4	23,000	34.2	11,928	17.7	5,527	5,859	5,213	4,527	3,721	3,680	3,938	17.1
南三陸町	14,068	5,730	40.7	4,503	32.0	2,575	18.3	1,227	1,091	837	887	810	878	504	11.2
本吉計	81,336	34,257	42.1	27,503	33.8	14,503	17.8	6,754	6,950	6,050	5,414	4,531	4,558	4,442	16.2
市部計	1,901,917	601,286	31.6	464,544	24.4	231,316	12.2	136,742	129,611	103,617	87,404	72,876	71,036	87,607	18.9
町村計	419,251	146,215	34.9	111,597	26.6	57,072	13.6	34,618	30,991	23,534	20,686	17,789	18,597	13,102	11.7
県総計	2,321,168	747,501	32.2	576,141	24.8	288,388	12.4	171,360	160,602	127,151	108,090	90,665	89,633	100,709	17.5
H26	2,322,094	736,430	31.7	557,347	24.0	283,102	12.2	179,083	147,779	126,466	109,192	89,003	84,907	94,768	17.0
H25	2,304,889	723,008	31.4	537,634	23.3	278,279	12.1	185,374	138,700	120,655	110,333	88,181	79,765	89,281	16.6
H24	2,302,706	708,027	30.7	517,925	22.5	269,706	11.7	190,102	126,930	121,289	109,565	85,081	75,060	84,226	16.3
H23	2,318,956	699,230	30.2	514,994	22.2	266,078	11.5	184,236	128,513	120,403	110,263	88,181	79,765	89,281	16.6
H22	2,329,344	683,666	29.4	516,790	22.2	260,237	11.2	166,876	136,029	120,524	109,804	82,946	67,487	77,462	15.0
H21	2,330,898	661,904	28.4	508,136	21.8	250,715	10.8	153,768	135,270	122,151	108,016	79,843	62,856	73,421	14.4
H17	2,347,970	602,631	25.7	461,871	19.7	211,670	9.0	140,760	128,086	122,115	100,372	62,712	48,586	59,706	12.9

高齢化順位

平成27年3月31日現在

高齢化順位	市町村名	総人口 (人)	65歳以上 人口 (人)	高齢化率 (%)	過疎指定 市町村
1	七ヶ宿町	1,542	706	45.8	※
2	女川町	7,012	2,543	36.3	
3	丸森町	14,725	5,302	36.0	※
4	山元町	12,750	4,556	35.7	
5	栗原市	72,234	25,019	34.6	※
6	気仙沼市	67,268	23,000	34.2	※
7	松島町	14,918	5,092	34.1	
8	加美町	24,816	7,955	32.1	※
9	南三陸町	14,068	4,503	32.0	※
10	蔵王町	12,700	4,034	31.8	
11	川崎町	9,373	2,910	31.0	
12	大郷町	8,559	2,649	30.9	
13	美里町	25,227	7,748	30.7	
14	涌谷町	17,113	5,243	30.6	
15	角田市	30,634	9,355	30.54	
16	塩竈市	55,752	17,018	30.52	
17	白石市	35,883	10,905	30.4	
18	登米市	83,321	24,938	29.9	※
19	村田町	11,615	3,449	29.7	
20	色麻町	7,297	2,155	29.53	
21	石巻市	149,248	43,979	29.47	※
22	亘理町	34,108	9,268	27.2	
23	大崎市	134,292	35,443	26.4	※
24	柴田町	38,324	10,015	26.1	
25	七ヶ浜町	19,342	5,030	26.0	
26	東松島市	40,138	10,290	25.6	
27	大衡村	5,791	1,469	25.4	
28	大河原町	23,723	5,889	24.8	
29	岩沼市	44,059	10,042	22.8	
30	多賀城市	62,480	13,460	21.54	
31	仙台市	1,050,296	225,579	21.48	
32	大和町	27,950	5,692	20.4	
33	名取市	76,312	15,516	20.3	
34	利府町	36,318	6,806	18.7	
35	富谷町	51,980	8,583	16.5	
	県総計	2,321,168	576,141	24.8	9市町

	総人口 (人)	65歳以上 人口(人)	高齢化率 (%)
過疎指定町村	561,514	170,845	30.4
その他市町村	1,759,654	405,296	23.0
県総計	2,321,168	576,141	24.8

