

愛知県医療法人 協会報

No. 238

平成29年11月30日発行



〈千秋病院〉

会員紹介 P. 53掲載

CONTENTS

巻頭言	新聞記事から思うこと 木村 衛	1
寄稿	医療法人制度改革の行方 伊藤伸一	3
寄稿	旅行記 子に連れられて、教えられての城巡り 中澤 信	4
寄稿	法人保育所開設に向けて 白井映芳	6
寄稿	医療経営職育成プログラム 伊藤順七蔵	7
寄稿	生まれ育った街と文化 木俣孝章	9
寄稿	介護キャリア段位制度の導入 飯島眞弓	10
報告	病院機能評価受審支援セミナー 川本一男	11
報告	平成29年度マネジメント塾基本コース 水野英明	13
報告	第1回事務部会研修会 水野英明	15
報告	第2回事務部会研修会 加藤誌宏	17
報告	第3回事務部会研修会 白井映芳	19
報告	第2回看護管理育成研修会 水野寿美子	20
報告	第3回看護管理育成研修会 目野千束	22
報告	第1回介護職リーダー研修会 木俣孝章	24
報告	医療政策策定委員会／社会保険部会 医事業務研究会（9月） 後藤宏平	26
報告	医療政策策定委員会／社会保険部会 医事業務研究会（10月） 増田好美	27
お知らせ	『愛知県広域災害救急医療情報システム（EMIS）入力訓練のご案内』	29
連絡事項		30
会員紹介	千秋病院	53
編集後記		54

A new clean in a new era.

What's linen supply

リネンサプライとは | linen supply

お客様に代わり、ニーズに合わせたリネン類をリースします。その上で、使用した製品を定期的に回収し、クリーニングを行い再び納品します。

お客様は購入からクリーニング、在庫管理、納品までを一括して委託することで、これらの業務に関わる負担を軽減し、業務の重要な資金運用も可能となります。そして、いつでも清潔なリネンをご利用いただけます。



事業紹介 | Overview

寝具リース	タオルリース
白衣リース	私物洗濯
白衣・ユニフォームリース	レンタルおむつ
各種物品販売	その他

What's clean maintenance division

クリーンメンテナンスとは | clean maintenance

清掃業務 日常清掃から環境改善清掃までトータルサポートいたします

日常清掃
毎日1回以上行う清掃です。

定期清掃
週1回・月1回など定期的に行う清掃です。

トイレ特殊洗浄
特別な方法による不定期での清掃業務です。

浴室環境改善清掃
浴室の壁や天井の定期的な環境維持清掃です。

管理業務 劣化や汚染を未然に防ぐ為のメンテナンスシステムを提供します

給排水衛生設備管理

給水設備
水質汚染を未然に防ぎ安全な飲料水を提供する為の業務です。

排水設備
悪臭の原因となる汚水を取り除き、排水管の劣化を予防します。

消防設備点検
各設備の点検や修繕、報告書の作成、提出などの代行を行います。

昇降機保守点検
フルメンテナンス
計画的な総合メンテナンスを実施いたします。

POG契約 (点検契約)
点検仕様書にのった適切なサービス対応を行います。

新しい時代に新しいクリーンを。



新聞記事から思うこと

協会 副会長

医療法人桂名会 木村病院

理事長 木村 衛

平成 29 年 10 月 22 日に行われた第 48 回衆院選では自民、公明両党が憲法改正の国会発議に必要な 3 分の 2 (310 議席) を再び上回り圧勝した。安倍晋三首相が 23 日午前、首相官邸で「ここからが新たなスタートだ。政策を実行し、結果を出していきたい」と記者団に語った。今後安倍首相の意向で政治は進むというのが実感である。医療政策は、官邸、財務省、厚生労働省の 3 つの勢力の綱引きで決まるが、今回の選挙で、官邸の力がますます強くなる。財務省、厚生労働省も、首相、官邸の意向を一旦は受け入れざるを得ないと思われる。

その後の新聞記事では、「診療報酬は医療サービスの公定価格で、2 年に 1 度見直す。医師の技術料にあたる『本体』と薬価相当分で構成され、全体がマイナスになるのは 16 年度改定から 2 回連続となる。政府は 18 年度予算で、何もしなければ 6,300 億円増と見込む社会保障費の伸びを 5,000 億円増に抑える方針。年金や介護で大きな抑制策は予定していないため、1,300 億円のうちの多くを薬価下げによる診療報酬の引き下げでまかなう」とマイナス改定は決まった様な内容が出ており、それどころか、「最近の改定は市場の実勢価格に合わせて薬価を大きく引き下げる分、医師の人件費が守られるという構図は変わっていない。90 年代後半以降、賃金や物価水準はデフレで上昇してこなかったが、医師の人件費は診療報酬改定により上がり続けてきた。高齢化に伴って患者は増えている。医師の人件費も含めて診療報酬を大きく見直さなければ、医療費の伸びを制御できない。」と我々の人件費削減まで踏み込んで主張してきている。無論今はまだ財務省の主張が強く出ているが、安倍政権の力を考慮すると、この方向で進むのではないかと考えてしまう。

その一方、病院及び介護事業者の利益率も低下してきており、経営環境は厳しくなっている。この状況で予定通り消費税が増税されれば、経営に及ぼす影響は甚大なものになる。

新聞記事では、医療費を削減すれば国民負担（自己負担）も減るという内容が書いてあるが、強い違和感を覚える。社会保障費が上昇しているのは、医療技術の進歩に伴う薬剤費の増加もあるが、圧倒的に高齢化に伴うものが主たる要因である。医療費の国際比較でも、日本の医療費は以前より高くなったという記事があるが、高齢化率を考慮すると以前と変わらないという報告もある。新聞等のマスコミももっと高所から超高齢化社会における医療費をどうしていくかを国民に投げかける記事を書いて、国民にもっと日本の医療の実態を知らせる必要があるのではないだろうか。医療に関しては、医療提供側と国民の間には情報の非対称性が存在するのは事実である。だからこそ社会保障の使い方、財源に関しては、もっと国民に知ってもらう必要があると思う。

今回の衆議院議員選挙で、首相は財政再建の当面の目標時期を、遅らせる方針を表明した。2020 年度までに基礎的財政収支（プライマリーバランス）を達成させることも国際公約にしていたが、この目標もあきらめてしまった。日銀も、「財政規律を保つのは当然」としながらも、「達成すべき目標は、政府がその時点で適切に決める」と記事に書いてあり、ここでも首相のリーダーシップが発揮された形となっている。

国の借金がGDPの2倍以上になっている現在、「日本はいずれ財政破たんする」、「いやギリシャとは違い、財政破たんは日本はしない」という意見もある。今後高齢化の進展に伴い医療・介護など社会保障費の増加は間違いないので財政の見通しは明るくないのは間違いがない。その一方で首相はアベノミクスの成長戦略で日本経済が復活すれば財政状況は好転すると説明している。

我々は、国の社会保障制度の元で、毎日の医療・介護を担っている。それは自助努力だけではどうしようもない事も意味する。よく言われるのが、新規事業に投資をしても「はしごを外される」ことがあり、そもそも国が財政破綻したら、その時我々はどうなるのだろうか？とも考えてしまう。安倍政権は圧勝したが、我々の未来の不確実性はより増したのかも知れない。

医療法人制度改革の行方

協会 理事

社会医療法人大雄会

理事長 伊藤伸一

平成 29 年 10 月から新たな認定医療法人制度が動き出した。平成 26 年に始まった認定医療法人制度は要件が厳格であると同時に、持ち分放棄に際して法人に対するみなし贈与課税制度の取り扱いが不明瞭で、実際にはほとんど活用されない制度であった。この制度上の不備に対して日本医療法人協会ははじめ各病院団体が改善を強く訴え続けてきたところ、愛知県医師会並びに今枝宗一郎衆議院議員のご尽力もあり今回の制度改革に至ったことは諸団体の活動による大いなる成果である。

昭和 26 年に創設以来、日本医療法人協会の最大の課題は事業承継の際の相続税問題と事業発展のための法人税であった。いずれの課題も昭和 39 年の特定医療法人制度の創設で一部の医療法人の相続税問題は一応の解決を見たが、その認可権限は当初大蔵省主税局、のちに国税庁長官にあり、なおかつ租税特別措置法に基づく制度ゆえの継続性の不安定さが課題であった。さらに昭和 62 年の税制一課長通知による運営基準の厳格化によって時代の変化に則さない一面もあることは否めない。一方で特定医療法人の運営に関してはさらに厳格な運営基準の適用を求める声もあり今後の対応に注目している。

また平成 19 年から始まった社会医療法人制度は、持ち分放棄と社会保険診療に係る法人税非課税の両面で課題を解消しうる画期的な制度であった。しかし、いずれも要件の基準がかなり高いために両制度を活用して持ち分放棄ができた社会医療法人は 279、特定医療法人は 362（平成 29 年 3 月 31 日現在）であり、医療法人総数から見ると一部だけが利用できる制度でしかなかった。

この度の新認定医療法人制度は、これまで病院団体が強く求めていた要件の緩和とみなし贈与課税適応除外が明記されている点で画期的である。これによって平成 18 年の医療法改正に明記された「医療法人は原則持ち分なし」とした法と現実との整合性が合致することになる。

今回の新認定医療法人制度を活用してどれくらいの法人が持ち分なしに移行するかは厚生労働省のみならず国税庁、財務省も注目しているところである。3 年の期間限定である新制度をさらに延長してもらうように要望していきたいと考えているが、この 3 年で少なくとも 1000 法人くらいの移行がなければ制度の延長を希望することは難しくなると推察する。今後の事業継続の安定性強化を考慮して持ち分の放棄を考えている法人にとって、3 年間の時限措置である新制度はまさに千載一遇の好機である。認定要件の緩和もこれまで病院団体が求めてきたもの以上に緩やかに設定されており、まさにこの制度を利用しない手はないと考える。

平成 22 年に実施されたアンケートでは持ち分有り法人の約 60%が持ち分放棄の予定はないと答えていたが、その多くはみなし贈与税の問題が解決すれば移行を考えてもよいと考えており、この新制度を利用することで事業の承継が無理なく行える可能性が高くなることを絶好の機会ととらえて、少なくとも本件に関する情報に興味を持っていただきたいと願うものである。

旅行記 子に連れられて、教えられての城巡り

協会 理事

医療法人仁医会

あいちりハビリテーション病院

理事長 中澤 信

10月の三連休、家族5人で旅行に出掛けることができた。夏休みが無かったので、常夏の島などともいきたいところだったが、10月になっての夏休み。沖縄バカンスとはいかなかった。

小学3年の長男に希望を聞いたら城がいいと言う。最近、歴史漫画の武将シリーズや大河ドラマ直虎に食らいついていることも多く、武将ブームの真っ只中にいる。どこの城かと尋ねると、かの世界遺産、姫路城がいいと言い出した。車に弱く、私とは全く違いドライブが大の苦手。1時間と持たないのだが。兵庫姫路までどれだけかかるか知らないのであろう。子供の為と、城めぐりツアーとなったのだが、嫁も地理が全くダメ。大河ドラマ真田丸で有名な長野上田城と姫路城がプランに入りかかっていたのには苦笑。どう行くつもりだったのか・・・？

予定ルートを修正し、まず向かったのは、滋賀県彦根城となった。彦根城は小さいながら、木造の造形物がそのまま残っており渋い城だ。但し三男が眠りっぱなしで、終始、抱っこ状態での観覧で、天守閣に上がる階段の角度は何と日本一か二とのこと。階段というより梯子を昇って汗だくになり、危険かつ格好の運動不足解消になった。

季節はずれの夏日（海も十分楽しめた）の彦根城において印象的だったのは、城そのものより高低差の多い城裏の石垣だった。日陰に深く苔が生しており、直ぐには創ることのできない時間の長さ深さを感じた。そこで隣の長男が放った言葉が、“この石垣どこかで見たことがあるんだけどな～。”であった。次には“映画の関ヶ原で見た風景だ！”と嫁に叫んだ。最近上映された司馬遼太郎原作の映画、「関ヶ原」に出てくる石垣だと言うのだ。私は見ておらず、本当かと疑ったが、後々ツアーガイドの方がロケ地で使われたと説明され、息子の観察力の凄さに驚いた。息子は興奮して喜んでいて、私ではただのデジャブで終わってしまっていただろう。



翌日は休み休み車を走らせ、第一の目的地である兵庫姫路にやっとたどり着いた。姫路の街を歩くのは初めてだったが、駅から参道など全てにおいて城を中心に成り立っていた。地域全体が城を大切にしている雰囲気があった。これが世界遺産の街なのだろう。さすが白鷺城として有名で、晴

天の中で白く光る城は圧巻であり、長い行列にも関わらず多くの外国人観光客も興味深く見入っていた。あれだけ大きい城であるが、先ほどの平成の大修理で、時間と手間を掛けて修復されたであろう細部にも感心した。瓦の修復ひとつとっても大切に一つ一つ継ぎ合わせていることが明らかに伝わり、ここでも古き物が大切にされていることを感じさせた。



正直私は、これまで戦国時代の城と言うものにはあまり興味がなかった。もともと理系人間で、学生時代から考えても答えが出ない歴史は大の苦手。当時暗記が主であった日本史の試験はいつも赤点ギリギリだった。すでに戦国時代の知識においては息子に遥かおいていかれてしまっていることは明白だった。また狭間（さま）の種類や石落とし、隠し部屋などの城の戦略上の構造や隠れ窓の存在など息子に丁寧に解説をして頂き改めて興味がわいた。

後日、好きな城を息子に問うと、松本城、犬山城、彦根城、姫路城が出てきた。残念ながら、ご当地徳川家康出生の岡崎城は出てこなかった。長い歴史を本当に乗り越えてきたものが好みとの息子の城の選択は、なかなか渋く、悪くないものだと感じた。選択はすべて国宝のようだ。

多くの先人たちが残した、苦勞を重ねた結果の古き本物。その価値はこれからも、大切にしないではいけなと感じた。何も機械が無かった時代に、ようもまああんな太い木柱をどう持ち上げて、どう組み立てたのか、尊敬に値する。埃・傷だらけの柱からは何とも言えない風格と臭いが感じられ、観覧を終えると手はまっ黒けになり、爪と皮膚の間に黒炭がこもったりする。そこにも肌に歴史の凄みを刻み込んでくれた。

今回の夏休み。息子の提案を受け入れて、これまで気づけなかった楽しみを得た。息子に大切な事を改めて教えられた。一方、日常の仕事に戻ってみると、小生医療経営者としては駆け出しであるが、若いスタッフに対して、自分の価値観を、無意識に押し付けている既に中年の自分に気づく。もっともっと若いスタッフの声に耳を傾けなくてはと反省し、改めて古きものをもっと大切にしたいと思った遅れた夏休みであった。



法人保育所開設に向けて

協会 事務部会 副部会長
医療法人生寿会 法人本部
事務局次長 白井映芳

法人として初の保育所開設の助成決定連絡が10月末にありました。看護部より職員の確保・定着・子育て支援の観点から院内保育所の必要性を言われ続けておりましたが、運営・費用面など多くの問題もあり手つかずとなっておりました。しかし、企業主導型保育であれば実現可能ではないかと検討を始め、他法人保育所の意見を参考にさせていただき、業務委託業者、設計業者との打ち合わせを重ね、本部員が何度も申請書類のやり取りをしてもらい、やっとここまで辿りつきました。今回の申請に関しては、申請開始から約半年の審査期間がかかりましたが、どうも森友学園問題により、昨年度の審査より厳しくなったからではないかとの話です。思わぬところで時間がかかり当初計画より遅れた開園時期になってしまいました。

企業主導型保育事業とは、2016年度より内閣府による「仕事・子育て両立支援事業」の重要なテーマの待機児童問題解決策として、2016 - 2017年度の2年間で5万人の受け皿整備を推進している事業であり、助成を受ける企業として多くのメリットが有る制度です。

企業主導型保育を一言で表すなら、「企業がつくる保育園」。認可外保育施設に位置づけられる保育園であり、企業のニーズに応じた柔軟な設置・運営を助成する制度で、認可外保育施設ですが、国から運営費・整備費の助成金が出ます。

特徴としては

- ① 自治体を通さなくても補助金が出る。
- ② 子どもを預ける親の多様な働き方に対応できる。
- ③ 複数の企業の共同設置や地域の子どもの受け入れもOK。
- ④ 利用者と施設の直接契約。

などがあげられます。

名称は法人看護部長の強い押しで「ストロベリーキッズ」、開設は平成30年1月中旬、場所は法人内職員の利用を考えて、かわな・ごきそ・新栄地区の施設に勤務する職員を対象にし、中間地点の御器所駅付近としました。定員は12名で主に0歳から2歳児を対象とし、開園時間は7時～19時です。保育士の確保は難しいため、運営は外部委託としました。法人職員の福利厚生を主目的としていますが、地域枠も設定しており状況に応じて募集する予定です。これから設備や内装、備品などの購入検討など細かい打ち合わせを行い、1月開園に向け準備を進めていきます。また先日、現在育児休業中職員への内部説明会を行った結果、内心利用希望がどのくらいあるのか心配していましたが、多くの職員から入園希望の声があり、少しほっとしている状況です。

今年もあとわずかとなりました。今年には日本企業の不祥事、北のミサイル発射、テロによる多くの犠牲者など暗い話ばかり思いつく一年でしたが、来年こそは明るいニュースが多いことを期待したいですね。

医療経営職育成プログラム

協会 事務部会 委員

医療法人三九会 三九朗病院

理事・法人事務局長 伊藤順七蔵

18年度医療・介護報酬改定に向けて、中医協の議論も本格化し、皆様の法人においても、改定に向けた取り組みをどのように実践していくのか、議論も活発になるタイミングではないでしょうか？

今後、医療・介護を取り巻く環境も、地域包括ケアシステムの推進に向け、一層の医介連携の促進を図らなければなりません。

医療・介護の分野において、過去には、経営管理面が脆弱であるとの認識がされていましたが、最近では、その方面の整備も進み、更なる経営基盤の確立が急がれます。

あるトップリーダー（米国大統領）の出現によって世の中での仕組みが変わっていくかもしれないと感じているのは私だけでしょうか？

賛否両論はありますが、彼は米国民に対して、「アメリカファースト」というビジョンを示しています。政権が長く続くか否かは、政権運営の要になる政策ブレン次第と言えます。いつの時代も、どの組織も、トップリーダーとリーダーを支えるブレンによって、政（まつりごと）が運営されているものです。

今まで、経営というと、経営者に任せておけば、後は、経営者の方針に従って事業運営を行なっていればそれで事が足りていました。今後、トップリーダーを支える優秀なブレンをどれだけ組織が抱えているかが、経営の要諦になるのでは？

そんな想いから、当法人は、「次世代経営職育成プログラム」を始動し始めました。

経営職って何？無論、そのような専門職種があるわけではありませんが、今後、益々その重要性が高まってくると確信しています。

次世代経営人材の育成が行われている企業は、産労総合研究所の「2012年選抜型の経営幹部育成に関する実態調査」の調査概要によれば、規模別にみると、大企業 66.7%に対して中小企業は 30.7%と大きな差があり、この制度が大企業を中心に導入されていることがわかります。中小企業は同族経営が主体であることも導入が進まない理由かも知れません。

「導入していない」企業について、その理由は、「選抜が難しい」40.7%が最も多く、続いて「育成のための適切なプログラムがない」35.2%、「他の人事制度との連携が難しい」31.5%、「選抜されなかった社員のモチベーション低下」24.1%と続きます。一方、「効果について疑問がある」、「導入の必要がない」と考えている企業はそれぞれ 11.1%、7.4%とわずかで、制度の有効性を否定する企業は少ないようです。

また、その求められる能力も「戦略・ビジョン構築力」が最も多く 79.4%、「経営管理能力」と「決断・実行力」がともに 47.6%、「組織統率力」34.9%、「問題発見・解決能力」22.2%と続きます。将来予測が難しい時代にあって、人や組織を引っ張っていくことのできるビジョンが描けるかどうかを重要視しています。

当法人も「育成のための適切なプログラムがない」という状況ではありましたが、大阪にある日本経営様の支援を頂き、次のようなプログラムにより試験的に導入してみようと試み始めました。

「三九会経営塾」

- 第 1 回：医療政策動向 医療を取り巻く環境変化は地域情勢をどう変えるか
- 第 2 回：病院の経営悪化要因について
- 第 3 回：診療報酬制度について、病棟転換の実例
- 第 4 回：介護政策動向について、医療介護連携のあり方
- 第 5 回：医療機関が行うべき営業活動
- 第 6 回：病院経営に必要な数字力
- 第 7 回：投資やコストへの考え方について
- 第 8 回：管理者としての考え方と人材マネジメント手法について
- 第 9 回：管理職のリーダーシップ
- 第 10 回：タイムマネジメントの基本
- 第 11 回：人事労務管理について
- 第 12 回：振り返りと今後に向けて

次に、「三九会経営塾」への参加募集要項を以下の通りとしました。

「三九会経営塾」参加募集要項

経営を担う職員の育成を目的とした「三九会経営塾」を開催します。

目的

経済の流れが目まぐるしく展開される昨今、政府の財政規律に基づく社会保障費の抑制の中、医療・介護業界においても、過去の経営スタイルの踏襲では、変化に対応できない時代が到来しています。将来にわたる法人の成長・発展を支える鍵は、組織力の向上とそれを支える人材の成長が不可欠です。

三九会においても、現有人材の戦力化と、次なる成長に繋げるかが重要な経営課題のひとつです。

その課題に対して、現在或いは将来を担う人材に対して、早期に育成する機会を設け、経営を担うという共通認識のもと、高い次元での経営判断が出来る職員を育成するとともに、これからの病院の中核を担っていく職員を育成することを目的としています。

形式

主にワーキング形式にて行います。

(毎月第 2 火曜日、17：30～2 時間程度)

期間

平成 29 年 10 月～平成 30 年 9 月 (12 ヶ月間)

応募方法

自薦・他薦でも構いません。(自薦の場合は、上司の推薦状が必要)

自薦の方は「志望動機書+推薦状」

*年齢 35 歳以上・勤続年数不問 (35 歳未満でも応募可)

常勤職員 331 名 (9 月 25 日現在) のうち、スタッフ 26 名の参加申込がありました。

次世代及び現役世代共々、回毎のテーマを広く浅く学ぶため、必要十分ではないものの、次年度以降も継続して運営できるよう有意義な勉強会にしていきたいと考えています。

生まれ育った街と文化

協会 看護部会 一般教育 委員
 医療法人仁医会
 あいちリハビリテーション病院
 リハケア部長 木俣孝章

人には、それぞれ生まれ育った故郷があり、進学や就職、結婚等で生まれ育った街を離れる事もあります。私は愛知県の蒲郡市で生まれ育ち今も蒲郡に住んでいます。価値観は様々ではありますが、生まれ育った街で生活をし続けている事、自分の通った小学校や中学校に自分の子供たちが通学している事を嬉しく思っています。

1. 「はい」「ありがとう」「すみません」、愛のことばで ひとづくり
2. 心と体をすこやかに、笑顔で働き いえづくり
3. 海と空を美しく、みんなの力で まちづくり

蒲郡市民憲章 三つの誓い

みなさんは自分の育った市や住んでいる市の市民憲章を御存知でしょうか？学校の校歌は忘れてしまいましたが、この三つの誓いは記憶から消えません。これが人のなかで、文化になったと言う事ではないかと思えます。

<生活の場へ。しごとの場へ。もういちど帰るために>

当院の理念・使命・運営方針

理念 私たちは地域で求められる医療・福祉サービスを実践し、さらなる向上をめざします。

使命 私たちはリハビリテーションを通じて、個人の「生きる力」の回復を支援します。

運営方針 私たちは、専門職として研鑽をつみ、チームアプローチを実践します。

理念・使命・運営方針の三つが、具体的により深い病院の文化となり、働くひとり、ひとりの文化となるようにしていきたいです。



蒲郡市の花—つつじ



蒲郡市の木—くすの木

介護キャリア段位制度の導入

協会 看護部会 管理教育 委員

医療法人珪山会 鵜飼病院

看護部長 飯島真弓

平成 24 年度から、政府の新成長戦略の国家プロジェクトの一つとして位置づけられた「実践キャリア・アップ戦略」を実現するため、「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」がスタートしました。内閣府から出されたものが平成 27 年度から厚生労働省の「介護職員資質向上促進事業」として実施されています。

老人保健施設等介護事業に携わっている施設の皆様は、すでにご承知のことと思います。この制度は、基本介護技術をはじめとした、介護実践スキルを評価するとともに、実践スキルとして「できない」ことを「できる」になるようにする OJT ツールとして活用することができます。看護界のクリニカルラダーと類似したものと捉えれば理解しやすいと思います。

老人保健施設を有する当法人も、介護職員の資質の向上を目的に、この制度を導入することにしました。その経過のおおよそをご紹介します。

平成 26・27 年に評価者（アセッサー）の資格を 2 名の介護福祉士が取得しました。

現場は多忙で安定感が感じられませんでした。介護の質を上げる必要があると考え、アセッサーの資格取得者がいることに着眼し、彼らがこの資格を活かしていくためにもと、キャリア段位制度を取り入れることにしました。彼らが中心となって「ケアワーカーの介護技術教育体制構築の取り組み」と題した会議を立ち上げ毎月開催することにしました。構成メンバーはアセッサー有資格者 2 名、看護師長、看護副部長の 4 名です。

目的・目標・育成方法・評価指標を定め、介護技術教育評価スケジュール表・被評価者用チェック項目・評価表・評価手順マニュアル等を作成、また「介護キャリア段位制度を取り入れたケアワーカーの介護技術教育体制運用マニュアル」を作成し実施に至りました。

まずは副主任・チームリーダーを「レベル 4」に到達させることからスタートしました。次はスタッフを「レベル 3」にと進行していきました。

毎日の業務を行いながら、評価者は入浴介助や食事介助などの技術チェックをチェックリストに沿って「できる」「できない」を明確に評価しなければなりません。そうしますと評価される側も頑張ろうという思いになり、「やる気」「緊張感」がでてきました。そして個人の目標が明確になってきました。

取り組みをはじめて、1 年半が経過しました。まだスタッフ全員まで評価できていませんが、職場全体が一つになって取り組んでいます。

病院機能評価受審支援セミナー

報告者：協会 常任理事

医療法人香徳会 川本一男

日時：平成29年10月10日（火）12：45～16：45

場所：愛知県医師会館 9階 大講堂

内容：機能種別版評価項目＜3rdG：Ver.2.0＞の概要、各項目体系のポイント

講師：公益財団法人日本医療機能評価機構

- ①病院機能評価と最新の動向について・・・評価事業推進部 木原範英氏
- ②機能種別版評価項目のポイント（診療）・・・診療サーベイヤー 小林利彦氏
- ③機能種別版評価項目のポイント（看護）・・・看護サーベイヤー 市川智恵子氏
- ④機能種別版評価項目のポイント（事務管理）
・・・事務管理サーベイヤー 梅里良正氏

参加人数：63名

今年も恒例となっています、病院機能評価受審支援セミナーが終了しましたので報告します。

このセミナーは、愛知県医療法人協会と公益財団法人日本医療機能評価機構の共催で開催をして、今年度で15年になります。毎年でありますがこのセミナーの参加者は、愛知県内のみならず遠方からわざわざお越しいただき、今年は兵庫県宝塚市や福井県敦賀市からもお越しいただきました。参加者数は22法人63名で、例年と比べますと参加者が少なかったのは連休明けという日程が関係しているのではないかと思います。今回の特徴として、以前は認定病院でしたが、その後、更新はしていなく再度受審を希望する病院が参加されたことは、日本医療機能評価機構にとってはいいことではないでしょうか。

公益財団法人日本医療機能評価機構においては、この病院機能評価事業は重要な事業ですから、日本医療機能評価機構自体も世界的な組織であるIAPの第三者評価を受けて、現在更新審査受審中であり、常に新しいバージョンで進化しています。その中で、来年4月から3rdG：Ver.2.0が始まります。これは、第3世代のバージョンの基本的な運用方針は変更していませんが、特定機能病院などを対象とした一般病院3というカテゴリーを新設しました。その他、理念・基本方針、質改善活動の取組実績、ガバナンスにポイントを絞り評価項目を改定しています。また、新しいバージョンの解説集の初めには、次世代医療機能評価のビジョン「医療機能評価を通じて、患者が安心して医療を享受でき、職員が働きやすく、地域に信頼される病院づくりに貢献する。」を示して、そのビジョン達成に向けて、(1) 地域医療の質向上に寄与するための「評価」、(2) 医療の質改善を促進させるための組織への「支援」、(3) 医療の質改善を促進させるための個への「教育」の3本柱として総合的に医療機能の評価等に関する事業を推進していくことにしたとあります。

セミナーは、担当の川本の挨拶に始まり、日本医療機能評価機構評価事業推進部の木原氏の機能種別版評価項目3rdG：Ver.2.0の概要と題して、病院機能評価の現状やこのバージョンの特徴など

をわかりやすく解説をいただきました。その後は、診療、看護、事務管理のベテランサーバイヤーから、受審のポイント、特に注意する内容、症例トレース型ケアプロセスの進め方を解説いただきました。質疑もあり充実したセミナーでありました。最後に愛知県医療法人協会で行っています、病院機能評価相談員派遣・講師派遣のPRをさせていただき閉会となりました。今後もこのセミナーの開催で、愛知県の多くの病院が病院機能評価を積極的に受審して、認定病院が増えることにより医療の質向上に寄与できればいいと考えています。

<講師の方々>



左から梅里良正氏、市川智恵子氏、小林利彦氏、木原範英氏

<会場風景>



平成 29 年度 マネジメント塾基本コース

報告者：協会 事務部会 委員

医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院 事務部長 水野英明

日時：第 1 回 平成 29 年 6 月 14 日（水）

第 2 回 平成 29 年 7 月 12 日（水）

第 3 回 平成 29 年 8 月 23 日（水） 各回 9：45～16：30

テーマ：第 1 回 「ヘルスケアマネジメントとは」ヘルスケアサービス発展のマネジメント

第 2 回 「ヒューマン・マネジメント」成功するマネジメント

第 3 回 「プロセス・マネジメント」実践のマネジメント

場所：第 1 回 愛知県医師会館 8 階 803～804 会議室

第 2 回 愛知県医師会館 8 階 803～804 会議室

第 3 回 愛知県医師会館 6 階 研修室

講師：株式会社シノハラ 篠原正行氏

サポート講師：香徳会 川本一男、社団喜峰会 磯村延宏、財団善常会 水野英明

参加人数：第 1 回 34 名

第 2 回 36 名

第 3 回 33 名

マネジメント塾基本コースが 3 回すべて終了しましたので報告いたします。今年度も初級管理者として必要な経営の基礎知識とその展開力・実行力を身につけてもらうことを目的に開催し、たくさんの方にご参加いただきました。

昨年同様 3 回シリーズで、第 1 回目「ヘルスケアマネジメントとは ヘルスケアサービス発展のマネジメント」、第 2 回目「ヒューマン・マネジメント 成功するマネジメント」、第 3 回目「プロセス・マネジメント 実践のマネジメント」というテーマで行いました。

第 1 回目は、香徳会の川本氏による「ヘルスケアマネジメント」「平成 30 年度診療報酬・介護報酬同時改定と地域包括ケアシステムを考える」の講義と、株式会社シノハラ篠原氏による「医療サービスの基本」の講義、経営計画 SWOT 分析手法の修得を目指したグループワークでした。講義では、ヘルスケア・マネジメントの定義やヘルスケアサービスにおける経営・組織、社会保障国民会議最終報告を踏まえた今後の医療・介護についてなどを説明し、グループワークでは、経営理念を浸透させるためにはどうすればよいか、目的・目標に貢献するにはどうすればよいか、事例を用い考えてもらいました。

第 2 回目は、財団善常会の水野が「ヒューマン・マネジメント」の講義、篠原氏によるコミュニケーションスキルを磨く教育ゲーム（ラボラトリートレーニング）、グループワークを行いました。講義では、ヒューマン・マネジメントの特徴でもある専門職と組織の関係について説明し、グルー

ブワークでは、医療現場の事例を用いリーダーシップについて、他業界の事例を用い人と組織のマネジメントについて考えてもらいました。

第3回目は、社団喜峰会の磯村氏が「非営利組織における経営成績」の講義、篠原氏が経営について考えるシミュレーションゲームを行いました。講義では、損益計算書や貸借対照表、減価償却費の考え方などについて説明し、病院経営シミュレーションゲームでは、2人1組のチームとなり協力しながら、経営計画（必要利益額）を達成するにはどうしたらよいかシミュレーションゲームを通して考えてもらいました。

今回のマネジメント塾基本コースでも、多職種の参加があり他職種とも情報交換ができ、3回とも活気ある研修でした。最後のアンケートでも多数の方々に良い評価を得ていたため、少しは会員法人の発展に貢献出来たのではないかと思います。

<会場風景>



第1回事務部会研修会

報告者：協会 事務部会 委員

医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院 事務部長 水野英明

日時：平成29年7月26日（水）14：00～16：30

場所：愛知県医師会館 9階 大講堂

テーマ：平成30年4月同時改定へむけて中医協の進捗状況を解説

講師：株式会社スズケン お得意さまサポート部 コンサルティング課 梶村孝夫氏

参加人数：142名

平成30年4月の同時改定まで約8ヶ月となり現在中医協の議論が活発に進んでいる。その進捗状況を分かりやすく解説して頂いた。

中医協での検討状況、論点、意見

① 中医協の検討スケジュール

- ・例年からすると診療報酬改定率確定日は12月20日頃、答申月日は2月10日頃となる。

② 一般病棟

- ・平成28年8月～10月に行った調査では、一般病棟（7対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合の平均は28.8%、1年前と比較し9.6ポイント平均値が上昇。重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関分布だと該当患者割合が30%を超える医療機関が全体の30%弱存在する。
- ・7対1の在宅復帰率80%の基準に対し全体の平均が92.5%（分布でも90%超えの医療機関が7割5分）もある。在宅復帰には居住系介護施設も含まれており、在宅の定義に対する意見や別指標の意見あり。

③ 地域包括ケア病棟

- ・地域包括ケア病棟への転換は、中小病院が施設基準を取りやすくするとともに急性期の大病院が取ることに制約を設けるべきとの意見や地域包括ケア病棟入院料1届出割合で「国立」「公立」「公的・組合」が3割を占めており、大病院の対策になっているのではという意見あり。

④ 回復期リハビリテーション病棟

- ・入院料3であってもアウトカム評価の導入を検討すべきとの意見や、早期かつ集中的なリハを実施したことによりADL改善の達成度合いを評価してはとの意見あり。

⑤ 療養病棟

- ・一般病床が過半数の病院より、療養病床が過半数の病院の方が、医業収入は低いが経常利益は高い。
- ・介護療養が介護医療院に転換する中で医療療養の25対1の存在感はどうか、療養病棟2の経過措置は30年3月末で終了し介護医療院へ転換を促すべきという意見や30年度以降も認めるか否か賛否両論。

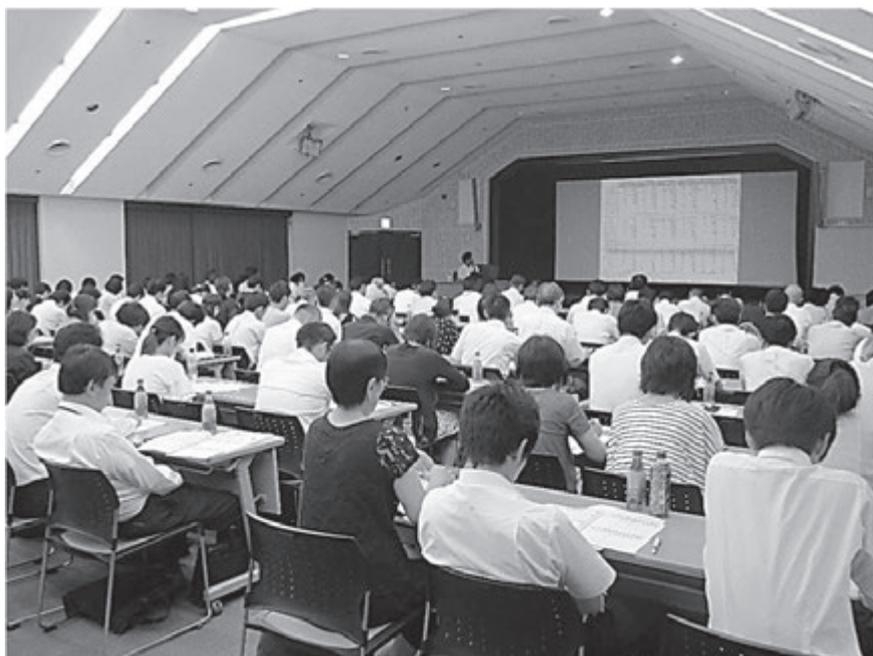
⑥ 入退院支援

- 日程調整が難しく時間外に面会することもあり、時間外の面会の評価をする仕組みが必要。
- 患者・家族と面会日を調整するのが難しいという調査回答が多いため、ICT の活用も検討。
- 効率的・効果的な入退院支援を行うためには、入院中だけでなく、入院前・入院時と入院後の外来・在宅時での働きかけや支援も重要であるとの指摘。

所感

3月に行った第6回事務部会研修会「平成30年4月診療報酬・介護報酬同時改定を大胆予測」でも参加者多数であったが、今研修も多数応募があり早期に満員となったため、関心の高さを改めて感じた。今研修では診療報酬を決めるための厚生労働省の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）に提出された資料、課題、論点や意見等を分かりやすく解説して頂いた。改定までに残された準備期間はあと8ヶ月となったため、進むべき方向を決め、改善出来ることや出来る対策を進めていかなければならない。

<会場風景>



第2回事務部会研修会

<講師 梶村孝夫氏>

報告者：協会 事務部会 委員

医療法人衆済会 増子記念病院 医事課 主任 加藤誌宏

日時：平成29年9月21日（木）14：00～16：30

場所：今池ガスビル 9階 ガスホール

テーマ：平成30年4月同時改定へむけて中医協の進捗状況を解説2

講師：株式会社スズケン お得意さまサポート部

コンサルティング課 梶村孝夫氏



参加人数：120名

平成30年度診療報酬改定は、6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて「地域包括ケアシステム」を構築するための重要な節目となり、医療・介護の役割分担と連携が重要なテーマとなります。これまでの経緯を踏まえ、中医協で検討されている内容について解説をして頂きました。

★ 今後の入院医療についての議論

- 一般病棟・・・看護配置等の要件で段階的に設定されており、入院医療については患者の状態や診療の効率性等の要素も考慮する必要があるのではないか。重症度、医療、看護必要度の測定項目と診療報酬請求区分の項目は関連しているが、詳細にみると定義や該当期間等が異なる部分もあり一定の条件を設定した上で、評価の妥当性や基準値の相関等について検証する必要があるのではないか等。
- 地域包括ケア病棟・・・急性期病棟等と連携して患者を受け入れる機能と、自宅等から患者を受け入れ在宅療養を支援する機能に着目しつつ、患者の状態や医療の内容に応じた評価の検討が必要ではないか。急性期大規模病院の地域包括ケア病棟届出に更なる制約を求める意見やアウトカム評価を施設基準に入れるべきと言う意見など等。
- 療養病棟・・・1回あたりのリハビリテーションの提供量よりは、提供頻度が高い方が在宅復帰率が高い傾向があることについてどのように分析するのか。

★ 入院給食の患者負担引上げ

- 一般所得者・・・負担額（1食）360円 → 460円（H30.4.1～）

★ 入退院支援について

- 入退院支援に係る診療報酬上の評価と算定状況や、退院困難な要因に係る分析を踏まえ、入院前あるいは入院早期からの効果的な支援の取組みや地域連携診療計画に係る評価について、どのように考えるのか。

★ 疾患別リハビリテーションについて

- 医療保険のリハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを同時に行う場合も双方の施設基準を満たす従事者の配置が必要なため、どちらか一方のみを実施している場合よりも加配が必要になる場合がある等の課題がある。

◆ 同時改定ということもあり、多数の参加者がお見えになり、各病院が情報を得て自院の今後をどのような方向性をもって進めていくかが非常に大事になっていくと感じました。今後も動向を注視しながら平成 30 年 4 月に向けて各病院がどのような動きをしていくかが重要となり、各々が準備をして行く時期だと思えます。

<会場風景>



第3回事務部会研修会

<講師 太田 成氏>



報告者：協会 事務部会 副部会長

医療法人生寿会 法人本部 事務局次長 白井映芳

日時：平成29年9月22日（金）14：30～16：30

場所：愛知県医師会館 地階 健康教育講堂

テーマ：医療職・医療関連職にかかわる医療事故の現状

—転倒・転落事案を中心に—

講師：弁護士法人後藤・太田・立岡法律事務所 弁護士 太田 成氏

参加人数：95名

事務部会研修会にて太田先生の講演は今回で3回目であり、今回のテーマは医療・介護現場にて一番多く発生している転倒・転落事案の内容であったため、医療・介護施設、精神、訪問看護など幅広く多くの方が参加していただけた。

医療訴訟事件の診療科目別件数は内科、外科、整形外科などが多い。医療・介護の事故における法的責任には民事、刑事、行政責任があり、民事責任として業務上注意を怠ったなど故意または過失の存在や、死亡・後遺障害・症状の悪化など悪しき結果により患者側からの損害賠償請求がある。医師以外の医療従事者が主となる医療事故には、転倒転落、採血、投薬、患者取り違えなど様々である。

本テーマの転倒・転落の場面としてベッドからの転落、窓やベランダからの転落、生活中における転倒、送迎時または屋内における転倒などがあり、転倒・転落事故に対する対応としてこれをすれば転倒・転落に対する責任は認められないという方法はない。転倒・転落に対する責任追及を回避するためには、患者・利用者の個別事情により対応・対策も異なるため、リスク管理をするとともに、そのリスクに応じた対応・対策が必要であり、リスク評価を適切に実施する必要がある。

具体的には転倒転落アセスメントシートによる患者危険度の認知、患者観察・評価による危険度の把握、施設設備や環境等の確認・整備・点検、カルテ・記録等による病態・状態による危険度・対策等の正確な申し送り、職員への教育や指導などが必要である。

医療訴訟（転倒・転落）に関する裁判所の考え方としては、特に転倒・転落事例は抽象的な危険だけで、容易に請求が認められる傾向がある。医療機関や施設が適切な管理・体制を実施していれば請求は認められない方向へ働く。そのためにはカルテ記載が重要な判断材料となるため、詳細に事実を記載することが必要である。また何より患者・家族との良好なコミュニケーションが大事である。

所感）太田先生より具体的な患者側からの主張に対する事例が数例報告された。どの事例も起こりうることであり、その経緯や結果について大変参考になった。また講演後の個別相談に多くの方が相談されていた。当院においても近年、患者・家族・遺族から、施設への主張や家族間でのトラブルにおける開示要求が増えており、今回の講習にて再度カルテ記載の重要性を認識した。カルテ記載してある事実は主張できるが、記載のない事実は主張できない！

第2回看護管理育成研修会

<講師 津村俊充氏>

報告者：協会 看護部会 管理教育 副委員長

医療法人財団愛泉会 愛知国際病院 看護部長 水野寿美子

日時：平成29年8月2日（水）10：00～16：30

場所：愛知県医師会館 9階 大講堂

テーマ：人間関係論

講師：南山大学 名誉教授 津村俊充氏

参加人数：54名



<ねらい>

1. グループの中で起こるプロセス（自分や他者の動き、コミュニケーション、意思決定、リーダーシップなど）に気づき、チームワークを発揮するためのより効果的な関わり方を体験的に学ぶ
2. 体験から学ぶことを学ぶ
3. お互いの成長のために効果的なフィードバックを行うことを実践し、チームや個人の成長に取り組む

<内容>

1. 体験から学ぶとは

私の人との関わり方を観る視点：コンテンツプロセス

コンテンツ＝行動／プロセス＝思考・感情

行動は自身の思考と感情が影響する。

私・相手の中、私と相手との関係の中、グループ・組織の中で感情や思考が行き来する体験をし、それを振り返ることが今ここで起こっていることに気づき、成長につながる。

2. チーム活動におけるプロセスに気づく

問題解決実習「ナースを探せ」

課題は、配布されたカードを使い課題を見つけナースを探し出すことである。

各自が与えられたカードを基に情報発信をし、メンバーで情報を統合して進め回答を導き出す。実習後に、自身とグループ内の問題解決プロセスを共有した。

振り返りでは、自身の情報発信方法やメンバーの意見を聞く姿勢、グループ全体の様子について気づいたことを共有した。

講義では、知らない自分を発見する「ジョハリの窓」の解放領域をいかに広げることが大切であると学んだ。また、グループで課題達成するためには2つのリーダーシップが必要になる。1つ目は、問題解決のために情報発信する。2つ目は人間関係作りのためのリーダーシップであることを学んだ。

3. コミュニケーションとは

実習「流れ星」

発信者と受信者は同じではない。互いに確認しなければ、全く違った内容になってしまうこと

を学んだ。

確認は、フィードバックの働きとなりその人の行動とその人の意図が一致するようになるのを助けるものである。

4. プロセスに気づき、働きかける

コンセンサス実習「ボランティア」

老人ホームで活動するボランティアを応募した6名から2名選出するという内容であった。各自の決定をグループ内でコンセンサス（全員の合意）による集団決定に導く内容である。留意点について講義を受け進めた。正解はないが、ある程度の合意を示し得る決定をつくりあげること目指した。

5. まとめ

人間関係とは人と人の関わりが生み出すものである。関わり合い始まる出会い、関わり合いの継続の繰り返しが人間成長の場や人間共育の場になる。それは「私」と「相手」が共に育ち合う場になり、人の存在を大切にすることにつながる。それが無ければ空しいものになる。

<感想>

看護は人を対象とする。信頼関係をつくり良い看護をする。それを実践するスタッフと良いチームをつくるために、基本となる人間関係論を学んだ。体験を通して課題解決するプロセスのなかで、自分自身について新たな気づきがあったのではないか。

人は一人では生きていけない。助け合い、思いやりの気持ちを持ち日々遭遇する課題を解決していかなければならない。管理者以前に個人として、人間関係の中でどのような傾向があるのかに気づき、他者との関わりにおいて妥協ではなく、他者の意見に意味を傾けて共有やフィードバックを行い、合意形成するには何が必要かを考えるヒントになった。体験学習での学びが、自施設での事象を想起し課題解決に生かされることを期待する。

<会場風景>



第3回看護管理育成研修会

<講師 高田 誠氏>

報告者：協会 看護部会 管理教育 委員

医療法人社団喜峰会 東海記念病院 看護部長 目野千束

日時：平成29年8月30日（水）10：00～16：30

場所：愛知県医師会館 8階 801～804 会議室

テーマ：問題解決力とリーダーシップ力

講師：株式会社オーセンティックス 代表取締役 高田 誠氏

参加人数：54名



研修のねらい：

- ① 論理的思考を身に付ける
- ② 組織の課題を考え、分析・問題解決する力を身に付ける

研修内容：

1. 本日の講義のねらい

- ・「学ぶ」ではなく「できるようにする」
- ・「聞く」ではなく、「考える」そして「参加する」
- ・「いつか役に立つ」ではなく、「現状に役立てる」

2. 問題解決力

- 1) 典型的な問題解決のプロセスは、「問題点の明確化（状況）」→「原因の特定」→「解決方法」→「結果（目標）」である。しかし、このプロセスでは、通常の改善にしかならず、優れた成果は生み出せない。そのため、以下のプロセスを踏むことを学んだ。

(1) 問題の定義。問題とは何か？問題を明確にすることの重要性

- ① 問題とは、現実と理想のギャップのことである。そのギャップをなくすことが、問題解決である。

② 何が問題か？

人は価値観・経験・立場等の違いによって、問題点のとらえ方が違う。また、直感的に何が問題かを決めると、先入観や価値観に左右されてしまう。さらに、私たちの多くは、「なぜ？」という原因の特定を始めてしまう。

しかし、問題をどうとらえるかで行動が違ってくる。そのため、問題解決の取りかかりは、その事象の「問題はなにか？」「何をよくしたいのか？」「何が大切か？」「どうあるべきか？」を明確にすることである。

③ 問題の洗い出し

顧客・財務・仕組み・人財の4つの視点で出せば、抜けがない。もれなく全部出すことが重要である。

(2) 目標を描く

- ① 典型的な問題解決のプロセス（問題点を明確にし、その原因の特定をし、問題解決方法を考

える)では、「できること」を対策にしてしまう危険性がある。そのため、問題点を明確にした後は、あるべき姿＝理想を決めることである。

② 目標は、「やることを目標にしない」、あくまでも「達成したいこと(高い目標)」にすることである。それによって、優れた結果を生み出すことができる。

(3) 原因の分析

・すべての可能性をもれなく出す。整理しまとめる。重要な部分を見極める。

(4) 問題を解決する

問題解決には新しいアプローチが必要である。それは、今までのやり方で問題が解決できなかったのだから、同じやり方では解決ができないからである。

① アイディアを出す力

- ・自分で決めている「枠組み」をとる。「あの人ならどう考えるか？」など、出来るかできないかは別としてなんでもありでアイディアを全部出す。
- ・出したアイディアから現実的なことはなにか？と整理する。
- ・ブレインストーミングで数多くアイディアを出していくことで、最良のアイディアが出てくる。
- ・アイディアを出しあう文化を作ること。

② アイディアを出すポイント

- ・最初から正解を求めない、実現不可能なアイディアを無意味と思わない、いろいろ出してみることである。
- ・できないと決めるとそこで終わりである。
- ・重要なのは、「解決するための情熱」「なんとかする気持ち」である。

3. リーダーシップとは

- ・リーダーシップをとる人とは、言われてないことを「やらねば」「やりたい」と思う人。
- ・情報を集め考え、人に働きかける、率先し、メンバーをまとめ引っ張る人。
- ・率先力は自己への挑戦であり、「自ら踏み出す決意」と「やりたい・やらねばと思う気持ち」と、「論理的な思考」の3つの歯車がかみ合うこと。
- ・人は「快適ゾーン」にいる方が快適である。リーダーはそこから踏み出す勇気が必要である。

感想：

高田先生は、世界最大のグローバル企業であるP&Gに23年間勤務された。P&Gで人材育成・組織づくりを体得され、それを活かして、現在は株式会社オーセンティックスの代表取締役をされている。高田先生は、難しいこと、ややこしいことはせず、できるだけ簡単に「できるようになること」「明日から実務に活かすこと」を目指し講義された。

高田先生から学んだ問題解決のプロセスは、「問題点の明確化(状況)」→「目標(結果)」の順である。まず、議論する場合は、問題を明確にしないと、目指す方向がバラバラになり、問題解決ができないと学んだ。話し合いには、ホワイトボードが必需品であると言われた。今後は、ホワイトボードを準備し、問題や目標などを「書き出し」、視覚化することで、皆の合意を得る。そして、既成概念にとらわれず、アイディアを出せるだけ出しながら解決策を見つけ、実践していったほしい。

管理者は、絶えず問題解決をしなければならない。問題解決力を身に付けるには、「自分の頭で考え書き出すこと」「柔軟な頭でアイディアを出せるだけ出すこと」を絶えず行うこと、「快適ゾーンから抜け出すこと」「根性を出してしぶとくやりぬく」とメッセージをいただいた。この講義で学んだ問題解決技法やリーダーの在り方を明日からの実務に活かし、組織が理想の姿に成長できることを願っている。

第1回介護職リーダー研修会

<講師 後藤美香氏>

報告者：協会 看護部会 一般教育 委員

医療法人仁医会 あいちリハビリテーション病院
リハケア部長 木俣孝章

日時：平成29年8月4日（金）9：50～15：00

場所：愛知県医師会館 9階 大講堂

テーマ：コーチング

講師：株式会社アライブ・ワン 代表取締役 後藤美香氏

参加人数：55名



<研修内容>

1. コーチング概要説明、事例など
2. 自分のリーダーシップスタイルを知る
3. 普段の関わりに活かすスキルのコツ

コーチング：ある人が最大限の結果を出すために潜在能力を解放すること

コーチが提案するリーダーの役割

1. 部下を守り安心させる
上司に求める能力 1位「コミュニケーション力」
上司としてやってはいけない 1位「責任逃れ」
2. 褒め上手、叱り上手になる
「褒める」と「認める」、「叱る」と「怒る」を使い分ける
3. 自発的な行動を促す
自発的に動ける環境、動きたくなる働きかけをする
コミュニケーションには癖がある ※私達は学習のしやすさを持っている
 - ・全体志向と詳細志向
 - ・体感志向と情報志向
 - ・結果志向とプロセス志向
 - ・人志向と事志向
 - ・ポジティブ志向とネガティブ志向
 - ・五感の優位感覚
などなど

コーチングでしている5つのこと ※前に向う「軽さ」を創るコミュニケーション

- ・話しやすい場の提供（安心感を高める） 環境設定
- ・相手に話させる 積極的傾聴
- ・大丈夫感覚を高める 承認
- ・視点を変える、引き出す 質問
- ・支援する、応援する 支持

<感想>

研修の導入として自己紹介に「私達〇〇です」を加え、その後に行程度の短文を加える。当初は席を立ち自己紹介する方・座ったまま自己紹介する方と様々であったが、講師の導きですぐに談笑する雰囲気となった。前述のようにコミュニケーションには癖があり、特徴があるから組織が動くとの一言が印象的で説得力があった。コミュニケーション方法の演習をして2人1組で目を閉じて目的地まで相手を連れて行く演習を行ったが、単方向・双方向のコミュニケーションの違いを体感する事が出来、イメージ化されたようであった。共通項目を探す際に障害となった事、心の中のブレーキを外す事によって行動力を多めに上げる事が出来る。制限をかけているのは自分である事。「質問力」・「質問」は相手が動く為に、気づくために、自己納得感が増すために、相手の中から情報量を増やしていく効果的な方法である。個々の経験によって形成されたパーソナリティに存在する内面の特徴や、そもそもの人間特性が講義や演習を通して、体得できたのではないかと考える。

4回シリーズで企画した介護職リーダー研修の1回目としてコーチング研修を組み入れた事が、受講者の繋がりを高める事が出来たようであった。今後、3回の研修に有効的となる事を今回の研修を終えて、受講者の様子から確信出来た。

<会場風景>



医療政策策定委員会／社会保険部会 医事業務研究会（9月）

報告者：医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院 後藤宏平

日時：平成29年9月21日（木）14：00～

場所：愛知県医師会館 6階 研修室

参加人数：32名（複数出席施設 5施設）

◆ 報告者雑感

医療・介護の同時改定に向けて、徐々に情報が出てきています。各団体から調査を依頼されている医療機関は、調査内容から今後の見通しを想像できる部分があると思いますので、可能な限り協力しましょう。十分な準備が出来れば次年度をスムーズに迎えることができます。情報収集を怠らず共有できるように努めましょう。

◆ 次回開催日：平成29年10月19日（木）17:00～ 今池ガスビル 会議室

◆ 返戻・増減点情報等

- ・10月、解散総選挙が行われる見通しなので、本来であれば10・11月で改定の情報が上がってくるが、情報量が少なくなる可能性あり
- ・次期改定は、事務系職員以外のコメディカルが内容を把握していないと算定が難しい項目が多くなると予想されるので、前もって説明するなど準備が必要となる
- ・骨吸収マーカー（NTx、TRACP）と骨形成マーカー（BAP、TP1NP）は、同じ算定基準（検査間隔）で良いか → 骨粗鬆症診断時は6ヶ月以内に再検査を行う（その後は検査しない）。治療方針を変更する時は6ヶ月以内に再検査を行う（その後は検査しない）
- ・厚労省から『透析医療に関わる調査』の依頼があった → 今回の調査は、厚労省が透析病院データ収集目的で全国1000医療機関に依頼している。東京・大阪で説明会があり、細かいデータ提出が求められている。調査を協力するかは医療機関側の判断となる
- ・調剤薬局より、薬の提供とともに患者に処方箋を返却してしまったので、再発行を依頼された。どのような対応をするべきか → 今後同様なケースが起こる可能性があるため安易な対応は控えるべき。どのような経緯でエラーが起きたのか明文化し、院長宛で依頼を受けると良い。その際の再発行処方箋料金は、調剤薬局から自費で徴収する
- ・糖尿病医師がCPRを全員に行なっていて、過剰請求となり査定。3ヶ月に1回が妥当
- ・国保 セレコックス錠 変形性腰椎症の病名で1日4錠処方したところ、過剰投与で査定
- ・デルソムラ眠剤 20mmで査定 → 成人は1日1回20mm 高齢者は1日1回15mmまで
- ・アミオダロン塩酸塩錠 心不全で査定 → 心不全又は肥大性心筋症を伴う心不全ならOK
- ・近隣に開業した接骨院より、施術をスムーズに行うために自費で良いのでレントゲン撮影に協力して欲しいという依頼があった → 医師の診断のもと、医学的に必要であれば自費ではなく医療保険で行えば良い。接骨院の施術者が医学的判断を行うことができない

医療政策策定委員会／社会保険部会 医事業務研究会（10月）

報告者：社会医療法人名古屋記念財団 新生会第一病院 増田好美

日時：平成29年10月19日（木）17：00～

場所：今池ガスビル 7階 プラチナルーム

参加人数：27名（複数出席施設 3施設）

◆ 報告者雑感

衆議院解散、総選挙により中医協での議論が滞っているようですが、前回の改定の検証を踏まえつつ、地域包括ケアシステムを実現するための改定となるようです。急性期病床の評価も人員配置のみの点数ではなく、質の評価に対しての点数となっていくことを念頭に、自院がどの医療を提供することが出来るか、中医協での議論を注視していきたいと思います。

◆ 次回開催日：平成29年11月16日（木）14:00～ 愛知県医師会館 6階 研修室

◆ 本日「平成30年4月同時改定へむけて中医協の進捗状況を解説3」が開催され、その後に本研究会において講師である梶村様にご参加いただき、質疑応答をしていただきました

- ・中医協では7対1と10対1を急性期入院機能としてひとくくりで考えていると見受けられるとのことだが、いずれは一つの入院基本料として、重症度、医療・看護必要度の割合で加算において差をつけるようにしていくのか？ → 方向性としてはそうなると思われる。患者層で評価をして、病院はそれに見合った看護師を配置することになるだろう

- ・入院リハビリについては未だ検討が全くされていないので現状通り

- ・回復期リハ入院料については、病院団体からさらに上の基準を作り、下の基準を無くすという要望が出てきている

- ・療養病棟は2の100分の95算定と介護療養病床を議論していく。医療区分・ADL区分は基本の考え方が長く変わっていないので見直される可能性は高いが、今回の改定では間に合わないと思う

- ・データ提出加算は回復期リハでも要件となるのか？ → そうさせたいと思っているが、もしなかったとしても1年の経過措置がつくと思われる。療養病棟等では包括部分を入力していない病院が多いが、データ提出では出来高内容を入力する必要がある

- ・入院前や入院早期の退院支援を評価するとしているが、どのように評価するのか？ → 人員要件は変えずに、〇日以内に行うという要件にするとか。連携パス加算を2でも条件付きで算定できるようにするか。退院後の訪問看護の検証も必要となる

- ・外来リハビリの受け皿でデイケアの1時間までのサービスも出てくるか

- ・地域包括ケア病床の重症度、医療・看護必要度の加算化はあるかもしれない。サブアキュートの評価が優先。包救初加算の算定要件や点数の検討はあるか？ 患者も病床も急性期病床から地域包括ケア病床に移行させたい。病棟群の制度がうまく活用されないので、移行してもらえるように制度を決めていく

◆ 返戻・増減点情報等

- ・ヒアルロン酸の検査が数件査定、慢性肝炎あるが肝硬変もあるため
- ・透析患者のシャントエコーが超音波ドブラ法の 20 点に査定
- ・内視鏡検査前の感染症検査が査定、再審査に解釈本のコピーを付けて出したら査定が無くなった
- ・リハビリの加算を介護保険認定前との理由で査定、介護保険の情報が付け合せ出来るようになっている
- ・健保より装具の採型が重複していないかと返戻
- ・婦人科の卵巣 MRI を卵巣癌疑いで実施が、卵巣腫瘍がないのに癌を疑った理由を、と返戻。ガイドラインを確認した方が良い
- ・10 月から療養病棟の居住費 200 円ができたが、医事システムでは食事療養費がないと居住費があがらなかった。現在システム改修中
- ・入院時の感染症検査が 3 ヶ月後の再入院時で査定
- ・H29 年 8 月の悪性腫瘍特異物質治療管理料の初回加算が査定、H28 年 10 月のレセで算定済み、縦覧点検による査定
- ・レセ電算のデータは直近 2 年間の縦覧ができるようになっている。レセプトチェックソフトも使用していくので、病院側もシステム対応が必要

<お知らせ>

『愛知県広域災害救急医療情報システム(EMIS)入力訓練のご案内』

愛知県医療法人協会では、災害対策委員会が担当し、愛知県広域災害救急医療情報システム(EMIS)入力訓練を行うこととなりました。

今年度は手始めに、会員施設のうち、病院を抽出し、ご協力いただきたいと存じます。対象施設の会員の皆様には、平成30年1月初旬に、ご案内を郵送いたします。詳細はお送りする文書でご確認ください。

ぜひ、ご協力いただきますよう、お願いいたします。

—訓練日時—

平成30年1月31日(水) 9:00~15:00

目 次

— 連 絡 事 項 —

【厚生労働省・愛知県から】

- 31 ・身体障害者福祉法施行細則の一部改正について（通知）
- 31 ・「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」の一部改正について（通知）
- 32 ・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第2条第15項に規定する指定薬物及び同法第76条の4に規定する医療等の用途を定める省令の一部改正について（通知）
- 33 ・情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等の取扱いについて（通知）
- 40 ・新医薬品の再審査期間の延長について（通知）
- 40 ・予防接種法施行規則の一部を改正する省令の公布について（通知）
- 40 ・新たに薬事・食品衛生審議会において公知申請に関する事前評価を受けた医薬品の適応外使用について（通知）
- 41 ・「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」の一部改正について（通知）
- 44 ・「医療法等の一部を改正する法律」の一部の施行について（通知）
- 47 ・血液製剤の安全性の向上及び安定供給の確保を図るための基本的な方針（基本方針）第八に定める血液製剤代替医薬品について（通知）
- 48 ・グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル製剤の製造販売後調査及び適正使用について（通知）
- 49 ・舌下投与用スギ花粉エキス原末錠の使用に当たっての留意事項について
- 50 ・ベズロトクスマブ（遺伝子組換え）の使用に当たっての留意事項について（通知）
- 51 ・地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について

この記事は、一般社団法人愛知県病院協会のご協力をいただき編集しています。

関係行政機関からの
連絡事項

【厚生労働省・愛知県から】

身体障害者福祉法施行細則の一部改正について（通知）

・ 29障福第1060号 平成29年8月25日 愛知県健康福祉部長（担当 障害福祉課医療・給付グループ 052-954-6291）

・ 障発0331第18号 平成29年3月31日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」（平成21年12月24日付け障発1224第3号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の一部改正に伴い、身体障害者福祉法施行細則の一部を下記のとおり改正しましたので周知をお願いします。

記

1 改正の内容

身体障害者診断書・意見書（総括表）（様式第2号）のうち、「原因となった疾病・外傷名」欄の選択肢に「自然災害」を追加する。

2 施行期日

平成29年8月25日

「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」の一部改正について（通知）

・ 29障福第1109号 平成29年8月31日 愛知県健康福祉部長（担当 障害福祉課医療・給付グループ 052-954-6291）

・ 障企発0721第1号 平成29年7月21日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長

今般、「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」（平成15年2月27日障企発0227001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）の一部を改正し、本日から適用することとしたので、留意の上、関係機関への周知をお願いします。

なお、改正内容につき、平成29年7月20日までに身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断書及び同条第3項に規定する意見書が作成された場合については、従前の取扱いのとおりとする。

○ 「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」（平成15年2月27日障企発0227001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）（抄）

（変更点は下線部）

新	旧
別紙	別紙
身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について [総括事項] ～ [じん臓機能障害]（略） [呼吸器機能障害] 1～6（略）	身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について [総括事項] ～ [じん臓機能障害]（略） [呼吸器機能障害] 1～6（略）

(質疑)	
7. 肺移植後、抗免疫療法を必要とする者について、手帳の申請があった場合はどのように取り扱うべきか。	
(回答)	
肺移植後、抗免疫療法を必要とする期間中は、肺移植によって日常生活活動の制限が大幅に改善された場合であっても1級として取り扱う。	
なお、抗免疫療法を要しなくなった後、改めて認定基準に該当する等級で再認定することは適当と考えられる。	
[ぼうこう又は直腸機能障害]～[肝臓機能障害] (略)	[ぼうこう又は直腸機能障害]～[肝臓機能障害] (略)

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第2条第15項に規定する指定薬物及び同法第76条の4に規定する医療等の用途を定める省令の一部改正について（通知）

- ・29医安第787号 平成29年9月8日 愛知県健康福祉部保健医療局長（担当 医薬安全課監視グループ 052-954-6344）
- ・薬生発0829第1号 平成29年8月29日 厚生労働省医薬・生活衛生局長

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号。以下「法」という。）第2条第15項に規定する指定薬物等については、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第2条第15項に規定する指定薬物及び同法第76条の4に規定する医療等の用途を定める省令（平成19年厚生労働省令第14号）において定めています。

本日、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第2条第15項に規定する指定薬物及び同法第76条の4に規定する医療等の用途を定める省令の一部を改正する省令（平成29年厚生労働省令第91号）が公布されましたので、下記について御了知の上、関係各方面に対する周知と適切な指導をお願い申し上げます。

記

1. 指定薬物の指定

(1) 新たに指定された物質

次に掲げる3物質について、中枢神経系の興奮若しくは抑制又は幻覚の作用（当該作用の維持又は強化の作用を含む。）を有する蓋然性が高く、かつ、人の身体に使用された場合に保健衛生上の危害が発生する恐れがあると認められたことから、法第2条第15項に規定する指定薬物として指定した。

- ①3-エチル-2-（3-フルオロフェニル）モルフォリン及びその塩類
- ②2-（2-フルオロフェニル）-2-（メチルアミノ）シクロヘキサノン及びその塩類
- ③1-（5-フルオロペンチル）-N-フェニル-1H-インドール-3-カルボキサミド及びその塩類

(2) 指定された物質を含む物

(1) に掲げる物質のいずれかを含有する物（ただし、元来これらの物質を含有する植物を除く。）は、指定薬物であり、規制の対象となる。

2. 施行期日

公布の日（平成29年8月29日）から起算して10日を経過した日（平成29年9月8日）から施行する。

情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等の取扱いについて（通知）

・29医務第1026号 平成29年9月20日 愛知県健康福祉部保健医療局長（担当 医務課医務グループ 052-954-6274）

・医政発0912第1号 平成29年9月12日 厚生労働省医政局長

「規制改革実施計画」（平成28年6月2日閣議決定）において、在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため、受診後24時間を経過していても、医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できるよう、早急に具体的な運用を検討し、規制を見直すこととされた。

これを受け、平成28年度厚生労働科学研究「ICTを利用した死亡診断に関するガイドライン策定に向けた研究」において、情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」を策定し、ICTを利用した死亡診断等を行うことができる条件について明らかにしたので周知をお願いします。

（別紙）

情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン

第1章 ICTを利用した死亡診断等の基本的考え方

（1）死亡診断等を取りまく課題

- 我が国において、埋葬又は火葬を行おうとする者は、市町村長に死亡届を提出し埋葬又は火葬許可を得る必要がある（墓地、埋葬等に関する法律（昭和23年法律第48号）第5条第1項及び第2項）。この際、死亡届に死亡診断書収は死体検案書）を添付しなければならない（戸籍法（昭和22年法律第224号）第86条第2項）。
- 医師は自ら診察しないで診断書を交付することが禁止されており、死亡診断書を交付する場合においても、医師は自ら診察することが義務付けられている（医師法（昭和23年法律第201号）第20条）。この趣旨は、死亡診断書に記載する内容（氏名、死亡時刻、死亡の原因等）の正確性を保障することにある。
- また、医師が死亡に立ち会えなかった場合においては、生前に診療にあっていた医師が死亡後改めて診察を行い、生前に診療していた傷病に関連する死亡であると判定できる場合には、死亡診断書を交付することが認められる（「医師法第20条ただし書の適切な運用について（通知）」（平成24年8月31日付け医政医発0831第1号厚生労働省医政局医事課長通知））。
- しかし、死亡時に、これまで診療にあっていた医師が遠方にいるなどして、死亡後改めて診察を行うこと（以下「死後診察」という。）が困難な場合には、円滑に死亡診断書を交付し、埋葬火葬をおこなうことができない。このため、住み慣れた場所を離れ医療施設に入院したり、死亡後に遺体を長時間保存・長距離搬送したりしているとの指摘がある。

（2）本ガイドラインにおける用語の定義

- 「死後診察」
死亡後改めて診察を行うことを指す。
- 「死亡診断等」
死後診察、死亡診断及び死亡診断書の交付を指す。
- 「医師」
第2章以降において、ICTを利用した死亡診断等を行う医師を指す。
- 「看護師」
法医学等に関する一定の教育を受けた看護師であり、医師が行う遠隔からの死亡診断等に必要
な情報を、ICTを利用して報告する看護師を指す。

（3）法的整理

- 医師法第20条等における「診察」とは、問診、視診、触診、聴診その他の手段の如何を問わず、現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものをいう。情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）については、直接の対面診療による場合と同等ではないにしてもこれに代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合には、遠隔診療

を行うことは直ちに医師法第20条等に抵触するものではない（平成9年12月24日付け健政発第1075号厚生省健康政策局長通知）。

- このことは、死亡診断書を交付する場合にも適用される。すなわち、医師が死亡に立ち会えず、生前に診療にあっていた医師が死後診察を行う場合であっても、直接対面による死後診察に代替し得る程度の情報が得られる場合には、ICTを用いて遠隔から死亡診断を行うことは法令上可能である。
 - しかし、通常の生体に対する診察と異なり、死後診察においては「どのような条件下であれば、直接対面による死後診察に代替し得る程度の情報が得られるか」が必ずしも明らかでなく、実質的に死後診察を遠隔で行うことができない状況にある。
 - このような状況を踏まえ、今般「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」を策定し、ICTを利用した死亡診断等を行うことができる条件について明らかにした。
- (4) ICTを利用した死亡診断等を行うにあたっての留意点
- 遺族にとっては、死後診察は、医師から死亡の事実のみならず、これまでの経過等に関する医学的説明を受ける機会であり、極めて重要な意義をもつ。また、死亡診断書は法律上、社会上の重要性が高く、その記載内容が正確でなかった場合、死因統計が不正確になる等社会に大きな影響を及ぼすことが懸念される。したがって、医師は、礼意と細心の注意をもって死後診察を行い、死亡診断書を交付しなければならない。
 - また、たとえ、早晚死亡することが予想され、積極的な治療を行わないとの方針の下で終末期の療養を行ってきた患者であっても、ベッドから転落した際の頭部打撲が原因で死亡したり、病気を苦しむ姿を見かねた家族が殺害したりと、診療継続中の傷病以外の原因で死亡する例も存在する。医師法が、自ら診察することなく死亡診断書を交付することを禁じているのも、このような例を見逃すことを防ぐ趣旨である。
 - したがって、ICTを利用した死亡診断等を行う場合においても、直接対面での死後診察と同程度に死亡診断書の内容の正確性が保障され、遺族と円滑にコミュニケーションを図ることができる等の条件が満たされていなければならない。
 - なお、ICTを利用した死亡診断等を試みたものの、直接対面での診察に代替しうる程度の診察を行うことが困難と認める場合には、ICTを利用した死亡診断等を中止し、直接対面による死後診察を行わなければならない。その上で、生前に診療していた傷病に関連する死亡であると判定できない場合等には、死体の検案がなされなければならない。さらに、異状があると認められる場合には、所轄警察署に届け出なければならない。
- (5) 本ガイドラインの見直しについて
- ICTを利用した死亡診断等については、厚生労働省において、原則として全例を把握し、適切に実施されているかを検証することとする。
 - 上記の検証結果等を踏まえ、平成31年3月を目途に、本ガイドラインについて再検証し、必要に応じて見直すこととする。

第2章 ICTを利用した死亡診断等を行う際の要件

- ICTを利用した死亡診断等を行うためには、次に示す（a） - （e）すべての要件を満たすことを要する（「規制改革施計画」平成28年6月2日閣議決定）。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">(a) 医師による直接対面での診療の経過から早晚死亡することが予測されていること(b) 終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師と十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること(c) 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること(d) 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること(e) 看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等の ICT を活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること |
|---|

- 以下に (a) - (e) の要件の詳細について解説する。

(a) 要件

医師による直接対面での診療の経過から早晩死亡することが予測されていること

- ICTを利用した死亡診断等を行うためには、医師が、対象となる患者に対し「生前に直接対面での診療」を行っていないなければならない。
- ここにいう「生前の直接対面での診療」は、死亡前14日以内に行われていることを要する。これは、死亡14日以内に直接対面での診療を行っていないならば、一般に、早晩死亡することを予測することが困難であると考えられるためである。
- (a) 要件にいう「早晩死亡することが予測される」とは、以下の①～④全ての要件を満たすことをいう。
 - ① 死亡の原因となりうる疾患に罹患していること
 - ② その疾患ないしその疾患に続発する合併症により死亡が予測されていること
 - ③ 突然死（発症後24時間以内の病死）ではないこと
 - ④ 生前の最終診察時に、医師が早晩死亡する可能性が高いと判断し、その事実を看護師、患者及び家族に説明していること
- 「①死亡の原因となりうる疾患」の例としては、進行した悪性腫瘍、肝硬変、重症肺炎、慢性閉塞性肺疾患（COPD）等があげられる。罹患している疾患が、一般に、死亡の原因となりえない場合は、ICTを利用した死亡診断等の対象とはならない。
- また、たとえ「①死亡の原因となりうる疾患に罹患している」場合であっても、「②その疾患ないしその疾患に続発する合併症により死亡が予測されている」とはいえない場合は、ICTを利用した死亡診断等の対象とはならない。
- (例A-1) 前立腺生検で偶発的に発見された被膜内に限局する前立腺がん
 - * 前立腺がんは進行すれば死亡の原因となる疾患であるが、被膜内に限局するような場合は、一般に死亡の原因となる状態とは考えられずICTを利用した死亡診断等の対象とはならない。
- 上記①及び②の要件を満たす場合であっても、死亡にいたる経過が「③突然死」である場合は、一般に、ICTを利用した死亡診断等の対象とはならない。これは、突然死の場合は、診療継続中の疾患と異なる疾患により死亡している可能性があり、直接対面での死亡診断等を行う必要があるためである。
- (例A-2) 重度のCOPDで早晩呼吸不全で死亡することが予測される患者が、頭痛を訴え突然死した場合。
 - * 重度のCOPDは「①死亡の原因となりうる疾患」であり、かつ重度な場合は「②死亡が予測される」といえるが、本例においては頭痛の発症から死亡までが24時間以内の「突然死」であるため、ICTを利用した死亡診断等の対象とはならない。

(b) 要件

終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師と十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること

- (b) 要件にいう「終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れている」とは、次の①②の両方の要件を満たすことを指す。
 - ① 終末期の際に積極的な治療・延命措置を行わないこと等について、ICTを利用した死亡診断等に関する同意書（様式1）（略）を用いて医師一看護師一患者及び家族間で共通の認識が得られていること。
 - ② 常時看護師から医師に電話連絡できる体制が整っていること。
- ICTを利用した死亡診断等を行う趣旨は、看取りに際して、住み慣れた場所を離れ医療施設に

入院したり、死亡後に遺体を長時間保存・長距離搬送したりすることを回避することにあるため、「①終末期の際に積極的な治療・延命措置を行わないこと」について確認されていることが必要である。

- 具体的には、積極的な治療・延命措置（蘇生術の実施、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与及び輸血等）を希望しないことに関して、様式1を用いて書面で患者及び家族の同意を得なければならない。ただし、患者の意識レベルや認知機能が著しく低下していること等により、患者本人の同意を得ることが困難な場合には、家族の同意のみでも差し支えない。患者又は家族が積極的な治療・延命措置を希望している場合には、ICTを利用した死亡診断等の対象とはならない。
- (b) 要件にいう「患者や家族の同意がある」とは、医師が、報告を行う看護師の同席の下、ICTを利用した死亡診断等に関する同意書（様式1）を用いて、患者及び家族に対して ICTを利用して死亡診断等を行うことについて説明し、その同意を得ることを指す。

(例B-1) 患者と家族が、死亡時に ICTを利用した死亡診断等を行うことについて同意したものの、死亡後に家族が医師による直接対面での死後診察等を希望する場合。

* 家族によりICTを利用した死亡診断等に関する同意が取り消されたものと考えられるため、ICT を利用した死亡診断等の対象とはならない。

(c) 要件

医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること

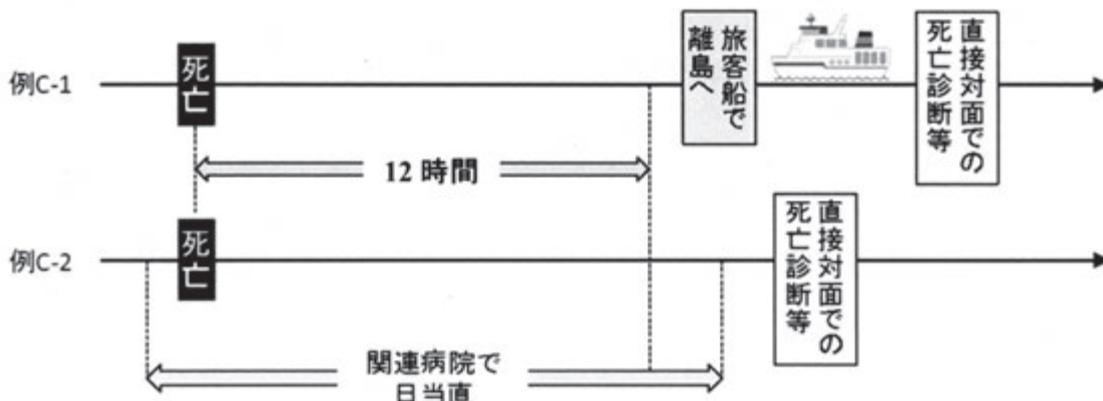
- ④要件にいう「医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況」とは、正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況をさす。
- 死亡後12時間を超えても死亡診断等がなされず埋火葬手続を行うことができない状態は望ましくないため、「正当な理由のために、直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況」を要件とした。

(例C-1) 旅客船が週2便（月曜日・水曜日に離島Iに接岸）しか航行していない離島Iにおいて、医師Aが訪問して診療している患者Bが木曜日に死亡した場合。

* 医師Aが患者B宅を訪問し死亡診断等を行うのは、最速でも翌週の月曜日であり、直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる。このため、ICTを利用した死亡診断等の対象となる。

(例C-2) 訪問診療クリニックに勤務する医師Aは、週末に関連病院の救急部で日当直勤務（土曜朝8時～日曜朝10時）に就いている。医師Aが訪問して診療する患者Bは、老人ホームにて最期を迎えることを希望している。このような状況下で、患者Bが土曜朝9時に死亡した場合。

* 医師Aが、患者Bが入居する老人ホームを訪問し、直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる。したがって、ICTを利用した死亡診断等の対象となる。



- なお、ICTを利用した死亡診断等を行う医師は、直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる理由を、ICTを利用した死亡診断等の記録（様式2）（略）に記載しなければならない。

(d) 要件

法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること

- (d) 要件にいう「法医学等に関する一定の教育」は、次に示す①～③のプログラムより構成されるものとする。必要に応じて①～③は単位制とし、分割して履修することを認める。
 - ①法医学等に関する講義
 - ②法医学に関する実地研修
 - ③看護に関する講義・演習
- 「①法医学等に関する講義」の内容は、法医学に関する一般的事項（死因究明・死因統計制度、死因論、内因性急死、外因死（損傷・中毒・窒息論、異常環境死、虐待死））を含むものとする。
- 「②法医学に関する実地研修」の主な目的は、死体検案や解剖に参加することを通じ、死の三兆候や死後硬直をはじめとした、「①法医学等に関する講義」で学ぶ内容を、実際に観察することにある。指導にあたる医師は、本ガイドラインの記載内容を十分に理解した上で、指導にあたるものとする。実地研修においては、2体以上の死体検案又は解剖（※）に立会い、様式2第6及び第7に記載する所見を遠隔にいる医師に報告できるよう修練を行うものとする。

※ ここでいう「解剖」とは、死体解剖保存法（昭和24年法律第204号）、警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律（平成24年法律第34号）、刑事訴訟法（昭和23年法律第131号）の規定に基づき行われる解剖を指す。ただし、死体解剖保存法の規定に基づき行われる解剖のうち、ホルマリン固定された遺体については、生体と状況が異なるため、ここでいう解剖から除外する。
- 「③看護に関する講義・演習」の内容は、ICTを利用した死亡診断等を行うにあたり理解することが必要な関係法令及び制度、実際に利用する機器を用いたシミュレーション、死亡前から死亡後に至る患者・家族との接し方（患者の意向を尊重した意思決定支援を含む。）を含むものとする。
- なお、(d) 要件にいう「法医学等に関する一定の教育」については、一定の看護実務経験を有する看護師を対象に行うものとする。具体的には、看護師としての実務経験5年以上を有し、その間に患者の死亡に立ち会った経験3例以上があり、かつ、看護師としての実務経験のうち、訪問看護または介護保険施設等において3年以上の実務経験を有し、その間に患者5名に対しターミナルケアを行った（※）看護師とする。

※ ここでいう「ターミナルケアを行った」とは、訪問看護においては、患者の死亡日及び死亡前14日以内に、2回以上の訪問看護を実施し、ターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合をいう。また、介護保険施設等においては、当該施設の看取りに関する指針等に基づき、看護師が対象となる入居者に対するターミナルケアに関する計画の立案に関与し、当該計画に基づいてターミナルケアを行った場合をいう。
- (d) 要件にいう「死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ決めた事項」とは、様式2に規定する所定の事項のほか、ICTを利用した死亡診断等を行う医師が特に死後診察を要すると判断した事項を指す。

(e) 要件

看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等の ICT を活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること

- (e) 要件にいう「テレビ電話装置等の ICT を活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握」できるとは、以下に示す「①リアルタイムの双方向コミュニケーション」及び「②文書及び

画像の送受信」が可能な体制が整備されていることを指す。

- ① リアルタイムの双方向コミュニケーション
 - ・LTE環境もしくはそれに相当する動作環境
 - ・映像と音声によるリアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末
 - ② 文書及び画像の送受信
 - ・適切なセキュリティ下で文書及び画像を送受信できる体制
 - ・文書や画像を送受信できる端末
- (e) 要件にいう「死亡の事実の確認」とは、以下の①～③の手順をリアルタイムで医師に報告しつつ、5分以上の間隔をあけて2回実施することにより、死の三兆候を確認することを指す。
- ① 心停止
 - ・聴診による心音消失の確認（看護師が聴診し、その所見を医師に報告する方法による。）
 - ・心電図による心静止の確認（看護師が心電図を伝送するか、心電図を撮影した写真データを医師に送信する方法による。）
 - ② 呼吸停止
 - ・聴診による呼吸音消失の確認（看護師が聴診し、その所見を医師に報告する方法による。）
 - 呼吸筋、呼吸補助筋の収縮の消失を肉眼的に確認（看護師が確認し、医師に報告する方法による。）
 - ③ 対光反射の消失
 - ・瞳孔の観察（看護師が瞳孔を観察し、左右瞳孔径を医師に報告する方法による。）
 - ・ペンライトによる対光反射の消失の確認（看護師が対光反射の消失を確認し、医師に報告する方法による。）
- (e) 要件にいう「異状がないと判断できる」とは、医師法第21条にいう「異状死体」に該当しないことを指す。

(参考) 医師法第21条（異状死体の届出）

医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

- (例E-1) 末期がんで療養中の患者Aが、ICTを利用した死亡診断等を行うことに同意した。その後、患者Aが首を吊った状態で発見された場合。
- * 自殺の可能性があるため、遠隔から異状がないと判断できないため、ICTを利用した死亡診断等の対象とはならない。
- (例E-2) 末期がんで療養中の患者AがICTを利用した死亡診断等を行うことに同意した。数日後、容態急変の連絡を受けた看護師が駆けつけたところ、頭部に開放性損傷を認めた。看護師が家族に頭部の損傷について質問したところ、家族が「前日に階段から転落し頭部を打撲した」と述べていた場合。
- * 死因が頭部外傷である可能性があるため、遠隔から異状がないと判断できないため、ICTを利用した死亡診断等の対象とはならない。
- (例E-3) アルツハイマー病で療養中の患者Aについて、息子BがICTを利用した死亡診断等を行うことに同意した。しかし、患者Aはるいそうを呈しており、爪が伸び、体表に大量の垢が付着した状態で死亡していた。
- * 高齢者虐待にあたる可能性も否定できず、遠隔から異状がないと判断できないため、ICTを利用した死亡診断等の対象とはならない。

第3章 ICTを利用した死亡診断等の流れ

Step1 患者死亡前に準備すべきこと

- ICTを利用した死亡診断等を行うにあたっては、本人及び家族にその意義を説明し、本人及び家族の理解を得た上で、死亡前にICTを利用した死亡診断等に関する同意書（様式1）（略）によ

る同意を得ておかなければならない。

- ICTを利用して報告する看護師は、法医学等に関する一定の教育を受けるとともに、ICTを利用した死亡診断等を行うのに必要な機器・物品を、遠隔から死亡診断等を行う予定の医師と相談し準備しておく必要がある。以下に、ICTを利用した死亡診断等を行うのに必要な機器・物品の一覧を示す。

(参考) ICTを利用した死亡診断等に必要な機器・物品

- ・手袋
 - ・聴診器
 - ・携帯型を含む心電図
 - ・体温計（アルコール温度計が望ましい）
 - ・ペンライト
 - ・無鉤ピンセット
 - ・スケール（写真撮影をした際に所見の大きさを明らかにするための定規等）
 - ・デジタルカメラ等の写真撮影機器
 - ・リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な環境
 - ・文書及び画の送受信が可能な体制
- ※必要に応じて、照明器具（電気スタンド等）を利用すること。

Step2 遺族とのコミュニケーション

- ICTを利用した死亡診断等を行うに際しては、患者の生前の死生観・宗教観のほか、ご遺体への礼意、家族の心情等に配慮する必要がある。
- 死亡診断等は、単に医学的に死亡の事実を確認し死因等を判定することのみならず、医師から患者の最期の状況について医学的に説明することも含まれる。このプロセスは遺された家族が死を受け止める上で、きわめて重要な意義をもつ。このため、医師は、ICTを利用した死亡診断等を行う場合であっても、直接対面での死亡診断等を行う場合と同様に医師一遺族間のコミュニケーションを図ることが必要となる。
- また、看護師は、たとえばご遺体の観察や撮影に際しては、必要に応じて家族に別室で待機してもらおう等、家族の心情等に十分な配慮をするとともに、医師と家族が円滑にコミュニケーションを図ることができるよう努める。

Step3 所見記録と死亡診断等を行う医師への報告

- 看護師は、リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用いて、遠隔からの医師のリアルタイムの指示の下、遺体の観察や写真撮影を行い、様式2（略）の全項目を記載する。
- 次に、医師が死亡診断を行うにあたり必要な情報（様式2及び写真）を、電子メール等で医師に報告する。電子メール等の送受信は、適切なセキュリティ環境下で送受信する。
- 医師は、看護師からの報告を踏まえ、遠隔において死亡診断を行う。その際、医師が死亡の事実の確認や異状がないと判断できない場合には、ICTを利用した死亡診断等を中止しなければならない。

Step4 医師の指示を受けての死亡診断書作成の補助

- 看護師は、医師から死亡診断書に記載すべき内容についての説明を受け、死亡診断書を代筆する方法により、医師による死亡診断書作成を補助することができる。この際、ICTを利用した死亡診断等を行った旨及び代筆した看護師の氏名を、死亡診断書の「その他特に付言すべきことがら」の欄に記載する。
- 死亡診断書最下部の死亡診断を行った医師に関する記載欄については、医師の氏名を看護師が記入する。その上で、看護師が医師から予め預かっていた印鑑（死亡診断等を行う医師の印鑑）を押印する（記名押印）。
- 死亡診断書の内容を代筆するにあたっては、リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用いて、医師が遠隔から指示を与える。看護師が代筆した死亡診断書については、看護

師が医師に電子メール等で送付することにより、その記載内容に誤りがないことを医師が確認しなければならない。

Step5 遺族への説明と死亡診断書の交付

- リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用い、医師から患者の死亡についてご遺族に説明後、看護師からご遺族に死亡診断書を手交する。
- 死亡診断書については、正本をご家族に交付するとともに、写し3部以上を作成し、このうち1通をご遺族の控え、1通を診断した医師の控え（診療録に添付）、1通を看護師の控えとする。

新医薬品の再審査期間の延長について（通知）

- ・29医安第788号 平成29年9月19日 愛知県健康福祉部保健医療局長（担当 医薬安全課生産グループ 052-954-6304、監視グループ 052-954-6344）
- ・薬生薬審発0830第2号 平成29年8月30日 厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長
医薬品及び医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号。）第14条の4第2項に規定に基づき、下記のとおり新医薬品の再審査期間が延長されたので、関係機関への周知をお願いします。

記

1. 小児に対する用法・用量設定及び小児集団における有効性・安全性を把握する目的で治験を実施する必要があると認められたもの
サインバルタカプセル20mg及び同カプセル30mg（塩野義製薬株式会社）
2. 延長された再審査期間：平成32年1月19日

予防接種法施行規則の一部を改正する省令の公布について（通知）

- ・29健対第1159号 平成29年9月28日 愛知県健康福祉部保健医療局長（担当 健康対策課感染症グループ 052-954-6272）
- ・健発0925第1号 平成29年9月25日 厚生労働省健康局長
予防接種法施行規則の一部を改正する省令（平成29年厚生労働省令第95号）が本日、公布され施行することとしている。この改正の概要等は下記のとおりであるので、関係機関への周知をお願いします。

記

第一 概要

肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）の予防接種を受けたことによるものと疑われる症状の報告の基準に関する事項として、以下を追加すること。（予防接種法施行規則第5条関係）

症 状	予防接種後症状が確認されるまでの期間
注射部位壊死又は注射部位潰瘍	28日

第二 施行期日

この改正は、平成29年9月25日から施行すること。

新たに薬事・食品衛生審議会において公知申請に関する事前評価を受けた医薬品の適応外使用について（通知）

- ・29医安第799号 平成29年10月2日 愛知県健康福祉部保健医療局長（担当 医薬安全課生産グループ 052-954-6304、監視グループ 052-954-6344）
- ・薬生薬審発0908第1号、薬生安発第0908第1号 平成29年9月8日 厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長、医薬安全対策課長
薬事・食品衛生審議会において公知申請に関する事前評価を受けた医薬品については、平成22年8月

30日付け薬食審査発0830第9号・薬食安発0830第1号厚生労働省医薬食品局審査管理課長及び安全対策課長連名通知「薬事・食品衛生審議会において公知申請に関する事前評価を受けた医薬品の適応外使用について」（以下「連名通知」という。）にて各都道府県衛生主管部（局）長宛て通知しましたが、平成29年9月8日開催の薬事・食品衛生審議会医薬品第二部会において、別添の医薬品について、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議報告書に基づき、公知申請についての事前評価が行われ、公知申請を行っても差し支えないとされました。

つきましては、別添の医薬品について、連名通知における取扱いと同様の取扱いを行っていただきますよう、貴管下関係医療機関及び関係製造販売業者に対する周知徹底及び御指導方よろしくお願いたします。

(別添)

1. 一般名：ボルテゾミブ

販売名：ベルケイド注射用3mg

会社名：ヤンセンファーマ株式会社

追記される予定の効能・効果：

原発性マクログロブリン血症及びリンパ形質細胞リンパ腫

追記される予定の用法・用量：

4. 原発性マクログロブリン血症及びリンパ形質細胞リンパ腫

通常、成人に1日1回、ボルテゾミブとして1.3mg/m²が（体表面積）を1、4、8、11日目に静脈内投与又は皮下投与した後、10日間休薬（12～21日目）する。この3週間を1サイクルとし、投与を繰り返す。本剤は最低72時間空けて投与すること。

2. 一般名：フルデオキシグルコース（18F）

販売名：FDGスキャン注

会社名：日本メジフィジックス株式会社

追記される予定の効能・効果：

大型血管炎の診断における炎症部位の可視化

追記される予定の用法・用量：

通常、成人には本剤1バイアル（検定日時において185MBq）を静脈内に投与し撮像する。投与量（放射能）は、年齢、体重により適宜増減するが、最小74MBq、最大370MBqまでとする。

「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」の一部改正について（通知）

・29健対第1175号、29医安第835号 平成29年10月3日 愛知県健康福祉部保健医療局長（担当 健康対策課感染症グループ 052-954-6272、医薬安全課監視グループ 052-954-6344）

(改正後全文)

平成25年3月30日

健発0330第3号

薬食発0330第1号

各都道府県知事 殿

厚生労働省健康局長

厚生労働省医薬食品局長

定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて

予防接種法の一部を改正する法律（平成25年法律8号）が本日公布され、4月1日より、病院若しくは診療所の開設者又は医師（以下「医師等」という。）は、定期の予防接種又は臨時の予防接種（以

下「定期の予防接種等」という。)を受けた者が、厚生労働大臣が定める症状を呈していることを知ったときは、厚生労働大臣に報告することが義務付けられたところである。また、併せて、予防接種法施行規則の一部を改正する省令(平成25年厚生労働省令第50号)も本日公布され、報告すべき症状等を定めたところである。

その後、薬事法等の一部を改正する法律(平成25年法律第84号)による予防接種法の改正により、平成26年11月25日から、医師等は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(以下「機構」という。)に氏名及び生年月日を含む副反応疑い報告を行うこととされた。

については、予防接種法(昭和23年法律第68号)第12条第1項の規定による報告(以下「副反応疑い報告」という。)及び予防接種に係る医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第68条の10第2項の規定による報告について、下記のとおり取り扱うこととしたので、貴管内市町村及び関係機関等に対する周知を図るとともに、その実施に遺漏なきを期されたい。

なお、公益社団法人日本医師会等に対し、本件に係る協力を依頼していることを申し添える。

記

1 副反応疑い報告について

- (1) 市町村(特別区を含む。以下同じ。)は、あらかじめ別紙様式1(略)を管内の医療機関に配布し、医師等が予防接種法施行規則(昭和23年厚生省令第36号)第5条に規定する症状(別紙様式1の報告基準参照)を診断した場合には、速やかに機構へFAX(FAX番号:0120-176-146)にて報告するよう周知すること。この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うものとする。またこの報告は、別紙様式1もしくは国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告書入力アプリにて作成した別紙様式2(略)を使用し報告するものとする。
- (2) 機構は、医師等から(1)の報告を受理した後、速やかに厚生労働省へ報告すること。
- (3) 厚生労働省は、機構から(1)の報告を受理した後、速やかに都道府県に当該報告を情報提供するので、当該報告を受け取った都道府県は、速やかに予防接種を実施した市町村に情報提供すること。
- (4) (1)の報告は、厚生労働省において、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定による報告としても取り扱うこととするため、当該報告を行った医師等は、重ねて医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定による報告をする必要はないこと。
- (5) 患者に対して予防接種を行った医師等以外が、(1)の報告をする場合においては、記載が困難な事項については、記載する必要はないこと。
- (6) 厚生労働省、国立感染症研究所又は機構が(1)の報告に関する調査を行うことがあるので、医療機関の関係者等は、予防接種法第13条第4項の規定に基づき、厚生労働省等から副反応疑い報告に関する情報収集等の協力依頼がなされた際には、これに協力すること。
- (7) (1)の報告の内容については、厚生労働省、国立感染症研究所又は機構において調査等を実施した後、個人情報に十分配慮した上で、公開の場で検討することとするものであること。
- (8) 厚生労働大臣が(1)の報告に関して検討を加えた結果については、都道府県を通じて市町村に通知することがあるので、その際には、都道府県は、市町村に対して、速やかに管内の関係機関へ周知するよう依頼すること。
- (9) 市町村が被接種者又は保護者(以下「保護者等」という。)からの定期の予防接種後に発生した健康被害に関し相談を受けた場合等には、必要に応じて、別紙様式3(略)に必要事項を記入するよう促すとともに、それを都道府県を通じて、厚生労働省健康局健康課へFAX(FAX番号:0120-510-355)にて報告すること。

この場合において、市町村は当該健康被害を診断した医師等に対し、(1)の報告の提出を促すとともに、医師等が報告基準に該当せず因果関係もないと判断しているなどの理由により、報告をしない場合には、その理由も添えて厚生労働省へ報告すること。

2 任意接種における健康被害の報告

都道府県及び市町村は、定期的予防接種以外の予防接種（以下「任意接種」という。）のみを行う医療機関に対しても、別紙様式1を配布及び別紙様式2を周知し、当該報告への協力を求めること。任意接種における健康被害については、「医療機関等からの医薬品又は医療機器についての副作用、感染症及び不具合報告の実施要領の改訂について」（平成22年7月29日付け薬食発0729第2号厚生労働省医薬食品局長通知）の別添「医薬品・医療機器等安全性情報報告制度」実施要領の「(2) 報告対象となる情報」に該当する疾病、障害若しくは死亡の発生又は感染症の発生であり、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他医薬関係者は、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるとき（別記①～⑨参照）は、1（1）と同様に、別紙様式1及び2を用い、速やかに機構へFAX（FAX番号：0120-176-146）にて報告すること。この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うものとする。

3 製造販売業者等への情報提供及び製造販売業者等による情報収集への協力

厚生労働省において安全対策のため、1及び2により行われた報告の内容について患者氏名（イニシャルを除く。）及び生年月日を除いた情報を当該予防接種ワクチンの製造販売業者等に対し情報提供することがあるので、医師等は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の2第2項に基づき、製造販売業者等から副反応疑い報告に関する情報収集等の協力依頼がなされた際には、これに協力すること。

また、1（9）の場合についても、ワクチンの製造販売業者等に対し同様に情報提供することがあるので、市町村は、その旨あらかじめ保護者等に説明を行うこと。

4 ヒトパピローマウイルス感染症の定期的予防接種又は任意接種に係る対応

- (1) 広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、医師はヒトパピローマウイルス感染症の定期的予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認すること。
- (2) ヒトパピローマウイルス感染症の定期的予防接種にあつては、接種後に広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合があるため、医師がこれらの症状と接種との関連性を認めた場合、医師等は厚生労働大臣に対して1（1）の規定による報告を行うこと。
- (3) ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあつては、接種後に広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、2の規定による報告を行うこと。
- (4) (2) 及び (3) については、患者に接種を行った医師等以外の医師等においても行うべきものであること。
- (5) 過去にヒトパピローマウイルス感染症の定期的予防接種又は任意接種の接種後に広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した患者であつて、既に当該症状については治療を受けていないものについても、(2) 又は (3) と同様に取り扱うこと。

(改正) 平成26年10月1日 一部改正
平成26年11月25日 一部改正
平成28年10月1日 一部改正
平成29年9月25日 一部改正

(別記)

任意接種における報告対象となる情報は、予防接種ワクチンの使用による副作用、感染症の発生について、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報（症例）であり、具体的には以下の事項（症例）を参考とすること。なお、ワクチンとの因果関係が必ずしも明確でない場合であっても報告の対象となり得ること。

- ① 死亡
- ② 障害
- ③ 死亡につながるおそれのある症例

- ④ 障害につながるおそれのある症例
- ⑤ 治療のために病院又は診療所への入院又は入院期間の延長が必要とされる症状（③及④に掲げる症例を除く。）
- ⑥ ①から⑤までに掲げる症例に準じて重篤である症例
- ⑦ 後世代における先天性の疾病又は異常
- ⑧ 当該医薬品の使用によるものと疑われる感染症による症例等の発生
- ⑨ ①から⑧までに示す症例以外で、軽微ではなく、かつ、添付文書等から予測できない未知の症例等の発生

「医療法等の一部を改正する法律」の一部の施行について（通知）

・29医務第1128号 平成29年10月4日 愛知県健康福祉部保健医療局長（担当 医務課医療指導グループ 052-954-6275）

・医政発0929第15号 平成29年9月29日 厚生労働省医政局長

「医療法等の一部を改正する法律（平成29年法律第57号。以下「改正法」という。）」のうち、医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）の一部改正（妊婦又は産婦の異常に対応する医療機関の確保等に関する事項）及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年法律第84号）の一部改正が本年10月1日に施行されることとされています。

これに伴い、本年9月27日付けで、「医療法施行規則の一部を改正する省令（平成29年厚生労働省令第101号。以下「改正省令」という。）」が公布され、また、同月29日付けで、「医療法施行規則第五十七条の二第一項第二号イの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種（平成29年厚生労働省告示第314号。以下「告示」という。）」が告示されました。

この省令及び告示の内容は下記のとおりですので、貴職におかれてはこれを十分御了知の上、管内市町村（特別区を含む。）を始め、関係者、関係団体等に周知をお願いいたします。

記

第1 妊婦又は産婦の異常に対応する医療機関の確保等に関する事項について

1 妊婦又は産婦への説明義務について（改正省令の規定による改正後の医療法施行規則（以下「新規則」という。）第1条の8の2から第1条の8の4まで関係）

(1) 妊婦又は産婦（以下「妊婦等」という。）の助産を担当する助産師は、法第6条の4の2第1項の規定により、助産所の管理者（出張のみによってその業務に従事する助産師にあっては当該助産師。以下同じ。）が当該妊婦等の助産を行うことを約したときに、当該妊婦等又はその家族に対し同項に規定する書面を交付して適切な説明を行わなければならないこと。なお、書面を作成する際には、公益社団法人日本助産師会が示している記載例等を参考とされたい。

また、当該書面に記載すべき事項を母子保健法（昭和40年法律第141号）第16条第1項の規定により当該妊婦等に対し交付された母子健康手帳に記載する方法により提供することができることとする。

(2) 法第6条の4の2第1項の書面に記載する事項は、次のとおりとすること。

ア 妊婦等の氏名及び生年月日

イ 当該妊婦等の助産を担当する助産師の氏名

ウ 当該妊婦等の助産及び保健指導に関する方針

エ 当該助産所の名称、住所及び連絡先

オ 当該妊婦等の異常に対応する病院又は診療所の名称、住所及び連絡先

カ 緊急時の電話番号その他の連絡先

キ 助産所の管理者が妊婦等への適切な助産及び保健指導のために必要と判断する事項

ウの当該妊婦等の助産及び保健指導に関する方針については、例えば、次の事項を記載することが考えられること。

① 助産所において助産及び保健指導を行うことができる妊婦等の状態

- ② 妊娠中に妊婦等に起こり得る異常や合併症
- ③ 妊婦健診の時期及び回数
- ④ 妊婦等の異常の際の具体的な対応方法

また、オの当該妊婦等の異常に対応する病院又は診療所については、法第19条の規定に基づき定めた嘱託する病院又は診療所（出張のみによってその業務に従事する助産師にあっては、法第19条第2項の規定に基づき定めた妊婦等の異常に対応する病院又は診療所。以下「嘱託医療機関等」という。）を記載すること。なお、記載し妊婦等に説明を行うに当たり、あらかじめ、嘱託医療機関等から承諾を得ること。

- (3) 助産所の管理者は、妊婦等又はその家族の承諾を得て、法第6条の4の2第1項の書面の交付に代えて、当該書面に記載すべき事項を次の方法により提供することができるものであること。ただし、この場合には、妊婦等又はその家族がファイルへの記録を出力することにより書面を作成することができるものでなければならないこと。なお、妊婦等又はその家族から当該方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該方法による提供を行ってはならないこと。ただし、当該妊婦等又はその家族が再び承諾をした場合は、この限りでないこと。

ア 電子メールにより送信し、受信者の使用するパソコン等に備えられたファイルに記録する方法

イ インターネットにより患者又はその家族の閲覧に供し、患者又はその家族の使用するパソコン等に備えられたファイルに記録する方法

ウ DVD-ROM等に(2)の記載事項を記録し、それを交付する方法

2 妊婦等の異常に対応する医療機関の確保について（新規則第15条の3関係）

- (1) 出張のみによってその業務に従事する助産師は、妊婦等の助産を行うことを約するときは、法第19条第2項の規定により、診療科名中に産科又は産婦人科及び小児科を有し、かつ、新生児への診療を行うことができる病院又は診療所（患者を入院させるための施設を有するものに限る。）を当該妊婦等の異常に対応する病院又は診療所として定めておかなければならないものとしたこと。

- (2) 第3の2(1)にあるとおり、平成30年3月31日までの間は、妊婦等の異常に対応する病院又は診療所として、診療科名中に産科又は産婦人科を有する病院又は診療所を定めておくことで差し支えないこととすること。また、平成30年3月31日以降についても、当分の間、診療科名中に産科又は産婦人科及び小児科を有する病院又は診療所は、それぞれ別の病院又は診療所で差し支えないこととし、さらにいずれかの病院又は診療所に、妊婦等又は新生児を入院されるための施設があれば足りることとすること。

3 留意事項

- (1) 法第19条第1項及び第2項の規定により、嘱託医師、嘱託医療機関等を定めておかなければならないとされているが、これらの規定は緊急時等、他の病院又は診療所に搬送する必要がある際にも、必ず嘱託医師、嘱託医療機関等を経由しなければならないという趣旨ではないこと。

実際の分娩時等の異常の際には、妊婦等及び新生児の安全を第一義に、各都道府県に設置されている周産期医療協議会により整備された緊急搬送の連携体制を活用する等により、適宜適切な病院又は診療所への搬送及び受入れが行われるべきものであるため、関係者においては、この考え方に基づいて適切に対応されたい。

- (2) 助産所から嘱託医療機関等に対して、妊婦の分娩予定日や既往等今後予定されている分娩についての情報共有に努めること。

第2 持分の定めのない医療法人への移行計画に関する事項について

1 改正省令について

- (1) 移行計画の認定要件の追加について（新規則第57条の2関係）

ア 持分の定めのある医療法人から持分の定めのない医療法人へ移行しようとする医療法人の移行に関する計画に対する厚生労働大臣による認定（以下「移行計画の認定」という。）の要件のうち、改正法による改正後の良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部

を改正する法律（以下「新18年改正法」という。）附則第10条の3第4項第4号の厚生労働省令で定める要件は、以下のとおりとすること。

（ア）医療法人の運営に関する要件

- ①社員や理事等の当該医療法人の関係者に対し特別の利益を与えないものであること。
- ②理事及び監事に対する報酬等について、民間事業者の役員の報酬等及び従業員の給与、当該医療法人の経理の状況その他の事情を考慮して、不当に高額なものとならないような支給の基準を定めているものであること。
- ③営利事業を営む者等に対し、寄附等の特別の利益を与える行為を行わないものであること。
- ④当該医療法人の毎会計年度の末日における遊休財産額は、直近に終了した会計年度の損益計算書に計上する事業に係る費用の額を超えてはならないこと。
- ⑤当該医療法人について、法令に違反する事実、その帳簿書類に取引の全部若しくは一部を隠蔽し、又は仮装して記録若しくは記載をしている事実その他公益に反する事実がないこと。

（イ）医療法人の事業に関する要件

- ①社会保険診療に係る収入金額、健康増進事業（健康診査に係るものに限る）に係る収入金額、予防接種に係る収入金額、助産に係る収入金額及び介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額の合計額が、全収入金額の8割を超えること。
- ②自費患者に対し請求する金額が、社会保険診療報と同一の基準により計算されること。
- ③医療診療により収入する金額が、医師、看護師等の給与、医療の提供に要する費用（投薬費を含む。）等患者のために直接必要な経費の額の1.5倍の額の範囲内であること。

イ ア（ア）④における遊休財産額は、当該医療法人の業務のために現に使用されておらず、かつ、引き続き使用されることが見込まれない財産の価額の合計額として、直近に終了した会計年度の貸借対照表に計上する当該医療法人の保有する資産の総額から次に掲げる資産のうち保有する資産の明細表に記載されたものの帳簿価格の合計額を控除した額に、純資産の額の資産の総額に対する割合を乗じて得た額とすること。

- ①当該医療法人が開設する病院、診療所又は介護老人保健施設の業務の用に供する財産
- ②法第42条各号に規定する業務の用に供する財産
- ③①及び②の業務を行うために保有する財産（①及び②に掲げる財産を除く。）
- ④①及び②に定める業務を行うための財産の取得又は改良に充てるために保有する資金
- ⑤将来の特定の事業（定款に定められた事業に限る。）の実施のために特別に支出する費用に係る支出に充てるために保有する資金

(2) 移行計画の変更について（新規則第58条第2項関係）

新18年改正法附則第10条の4第1項に規定する移行計画の変更の認定を受けようとする医療法人が、移行計画変更認定申請書に添付しなければならない書類として、1の（1）に掲げる要件に該当する旨を説明する書類を新たに追加すること。

(3) 移行計画の認定の取消しについて（新規則第59条関係）

新18年改正法附則第10条の4第2項の規定により、移行計画の認定を取り消すことができるときに、医療法人が1の（1）に掲げる要件を欠くに至ったときを新たに追加すること。

(4) 厚生労働大臣への報告について（新規則第60条関係、附則様式第8関係）

ア 新18年改正法附則第10条の8の規定により、認定計画の実施状況及び当該認定医療法人の運営の状況について報告する場合において、厚生労働大臣に提出しなければならない報告書として、認定医療法人の営の状況に関する報告を新たに追加するとともに、当該報告書の様式を新規則附則様式第8として定めること。

イ 認定を受けた医療法人が、持分なし医療法人へ移行する旨の定款変更について、法第54条の9第3項の認可を受け、その旨を厚生労働大臣に報告する場合に提出しなければならない報告書として、附則様式第8による認定医療法人の運営の状況に関する報告を新たに追加すること。

ウ 持分の定めのない医療法人に移行した認定医療法人は、持分の定めのない医療法人へ移行す

る旨の定款の変更について法第54条の9第3項の認可を受けた日から6年間、次の①及び②に掲げる期間に係る附則様式第8による認定医療法人の運営の状況に関する報告書を、当該①及び②に定める日までに厚生労働大臣に提出しなければならないこと。

① 認可を受けた日から5年間、認可の日から起算して1年を経過するごとの日までの期間各1年を経過する日の翌日から起算して3月を経過する日

② 認可を受けた日から起算して5年を経過する日から6年を経過する日までの期間当該認可を受けた日から起算して5年10月を経過する日

(5) その他

その他所要の規定の整備を行うこと。

2 告示について

新規則第57条の2第1項第2号イの規定において、移行計画の認定における要件の1つとして、社会保険診療等による収入が全収入の80%を超えることの要件が定められたところ（第2の1（1）（イ）①参照）、当該社会保険診療等に含まれる予防接種の範囲のうち、その他厚生労働大臣が定めることとされている予防接種を次に掲げる予防接種とすること。

① 麻しんに係る予防接種（予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第6項に規定する定期の予防接種等（以下「定期の予防接種等」という。）を除く。）

② 風しんに係る予防接種（定期の予防接種等を除く。）

③ インフルエンザに係る予防接種（定期の予防接種等を除く。）

④ おたふくかぜに係る予防接種

⑤ ロタウイルス感染症に係る予防接種

第3 施行期日等

1 施行期日

改正省令は、平成29年10月1日から施行すること。また、告示についても平成29年10月1日から適用すること。

2 経過措置

(1) 第1の2（1）について、平成30年3月31日までの間は、妊婦等の異常に対応する病院又は診療所として、診療科名中に産科又は産婦人科を有する病院又は診療所を定めておくことで差し支えないこととする。こと。（改正省令附則第2項関係）

(2) 平成29年10月1日より前に移行計画の認定を受けた医療法人については、新規則第57条から第60条までの規定は適用せず、この省令による改正前の医療法施行規則第57条から第60条までの規定は、なおその効力を有するものとする。こと。ただし、平成29年10月1日より前に認定を受けた医療法人であって、改正法附則第8条第2項に規定する特例認定を受けようとするものについては、新規則第57条から第60条までの規定が適用されること。（改正省令附則第3項及び第4項関係）

血液製剤の安全性の向上及び安定供給の確保を図るための基本的な方針（基本方針）第八に定める血液製剤代替医薬品について（通知）

・29医安第832号 平成29年10月4日 愛知県健康福祉部保健医療局長（担当 医薬安全課毒劇物・麻薬・血液グループ 052-954-6305）

・薬生発0927第1号 平成29年9月27日 厚生労働省医薬・生活衛生局長

血液製剤代替医薬品の安全対策については、「血液製剤の安全性の向上及び安定供給の確保を図るための基本的な方針」（平成25年厚生労働省告示第247号。以下「基本方針」という。）第八の一において、基本方針第六に示した医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）に基づく規制を適用することとされており、当該血液製剤代替医薬品の取扱いについては、「血液製剤の安全性の向上及び安定供給の確保を図るための基本的な方針（基本方針）第八に定める血液製剤代替医薬品について」（平成28年9月28日付け薬生発0928第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）において定められているところです。

今般、新薬（遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤（ロノクトコグ アルファ（遺伝子組換え））が承認されたことを踏まえ、基本方針第八に定める血液製剤代替医薬品の安全対策に関する取扱いについては、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づくもののほか、下記のとおりとしますので、御承知おき下さい。

記

1 基本方針第八に定める血液製剤代替医薬品の安全対策に関する取扱い

(1) 遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤（エプタコグ アルファ（活性型）（遺伝子組換え））、遺伝子組換え血液凝固第Ⅷ因子製剤（ルリオクトコグ アルファ（遺伝子組換え）（人血清アルブミンを含有するものを除く。）、ツロクトコグ アルファ（遺伝子組換え）、エフラロクトコグ アルファ（遺伝子組換え）、ルリオクトコグ アルファ ペゴル（遺伝子組換え）、オクトコグ ベータ（遺伝子組換え）、ロノクトコグ アルファ（遺伝子組換え））、遺伝子組換え血液凝固第Ⅸ因子製剤（ノナコグ アルファ（遺伝子組換え）、エフトレノナコグ アルファ（遺伝子組換え）、ノナコグ ガンマ（遺伝子組換え）、アルブトレベノナコグ アルファ（遺伝子組換え））、遺伝子組換え血液凝固第ⅩⅢ因子製剤（カトリデカコグ（遺伝子組換え））、遺伝子組換え人アンチトロンビン製剤（アンチトロンビン ガンマ（遺伝子組換え））については、用法、効能及び効果について代替性のある特定生物由来製品（血液製剤D が存在するため、医療現場における混乱を避ける観点から、以下のように取り扱うことが求められる。

ア 基本方針第六に定める血液製剤の安全性の向上に関する事項について、特定生物由来製品と同様に以下の通り取り扱うこと

- ・ 製造販売業者等及び医療関係者は、必要な事項について記録を作成し、保存すること
- ・ 医療関係者は、その有効性及び安全性その他当該製品の適正な使用のために必要な事項について、患者又はその家族に対し、適切かつ十分な説明を行い、その理解と同意を得よう努めること

イ 医療関係者が適切かつ十分な説明を行うことができるよう、当該製剤の添付文書は、特定生物由来製品の添付文書の記載に準じたものとする

(2) 遺伝子組換え型人血清アルブミン製剤については、製造販売の承認に当たり、当該製剤のピキア酵母に対するアレルギー様症状発現の懸念が完全には否定できないことを患者に対して説明し、理解を得よう努めることとされていること。

2 通知の廃止

平成28年9月28日付け薬生発0928第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知「血液製剤の安全性の向上及び安定供給の確保を図るための基本的な方針（基本方針）第八に定める血液製剤代替医薬品について」は廃止する。

3 施行時期

本通知は、発出日から適用すること。

グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル製剤の製造販売後調査及び適正使用について（通知）

・ 29医安第825号、29健対第1177号 平成29年10月18日 愛知県健康福祉部保健医療局長（担当 医薬安全課監視グループ 052-954-6344 生産グループ 052-954-6304、健康対策課結核・肝炎グループ 052-954-6626）

・ 薬生薬審発0927第11号 平成29年9月27日 厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長
グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル製剤（販売名：マヴィレット配合錠、以下「本剤」という。）については、本日、「C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善」を効能・効果として、製造販売承認（以下「本承認」という。）を行ったところです。

本承認に際して、国内のジェノタイプ3のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変患者におけるグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル製剤の使用経験が極めて限られており、またジェノタイプ4～6のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変患者に対するグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル製剤の使用

経験はないことから、製造販売後にこれらの患者におけるグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル製剤の有効性及び安全性に関する情報を可能な限り早期に収集し、医療現場に適切に情報提供することが重要と考えます。

一方、国内のジェノタイプ 3～6のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変の患者数は極めて限られていることから、これらの患者の情報を可能な限り収集できるよう、製造販売業者が実施する製造販売後調査に対しご協力いただきたく、貴管下の医療機関等（特に都道府県が指定する肝疾患診療連携拠点病院及び肝炎治療特別促進事業実施要綱に定める対象医療を適切に行うことができるものとして都道府県が指定する保険医療機関、並びに都道府県が選定するエイズ治療拠点病院及び中核拠点病院）に対する周知をお願いします。

また、本剤が添付文書等の情報に基づき適正に使用されるよう、併せて周知をお願いします。

舌下投与用スギ花粉エキス原末錠の使用に当たっての留意事項について

・29医安第826号 平成29年10月19日 愛知県健康福祉部保健医療局長（担当 医薬安全課監視グループ 052-954-6344、薬事グループ 052-954-6303、生産グループ 052-954-6304）

・薬生薬審発0927第7号 平成29年9月27日 厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長

舌下投与用標準化スギ花粉エキス原液製剤（販売名：シダトレンスギ花粉舌下液 200JAU/mLボトル、同 2,000 JAU/mLボトル、同 2,000 JAU/mLパック）（以下「シダトレン」という。）は、「スギ花粉症（減感作療法）」を効能又は効果として平成26年1月17日に承認され、その使用に当たっては、ショックを含むアナフィラキシーなど、重篤な副作用が発現するリスクがあること等から、平成26年1月17日付け薬食審査発0117第5号厚生労働省医薬食品局審査管理課長通知「舌下投与用標準化スギ花粉エキス原液製剤の使用に当たっての留意事項について」において、留意事項の周知を行ってきました。

今般、舌下投与用スギ花粉エキス原末錠（販売名：シダキュアスギ花粉舌下錠2,000 JAU及び同スギ花粉舌下錠5,000 JAU）（以下「本剤」という。）については、本日、「スギ花粉症（減感作療法）」を効能又は効果として承認したところですが、本剤については、シダトレンと同様にショックを含むアナフィラキシーなど、重篤な副作用が発現するリスクがあること等から、その使用に当たっては、引き続き下記の点について留意されるよう、貴管下の医療機関及び薬局に対する周知をお願いします。

記

1. 本剤の適正使用について

- (1) 本剤の効能又は効果は、「スギ花粉症（減感作療法）」であることから、投与開始に際し、スギ花粉症の確定診断を行うこと。
- (2) 本剤については、舌下投与による減感作療法に関する十分な知識・経験をもつ医師によるみ処方・使用されるとともに、本剤のリスク等について十分に管理・説明できる医師・医療機関のもとでのみ用いられ、薬局においては調剤前に当該医師・医療機関を確認した上で調剤がなされるよう、今回の承認に当たり、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第79条に基づき、製造販売業者に適正な流通管理の実施を義務付けたこと。
- (3) 本剤の使用に当たっては、あらかじめ、最新の添付文書の内容を理解し、その注意を遵守すること。
- (4) 本剤の流通管理の基本は別添鳥居薬品舌下免疫療法薬適正使用管理体制全体図のとおりであり、その概要は以下のとおりであること。

本剤の処方・使用に当たっては、

- ①医師は減感作療法及び本剤の適正使用に関する講習を受講
- ②製造販売業者は講習を修了した医師をデータベースに登録
- ③薬剤師は処方医が講習を修了した医師であることを確認した上で調剤

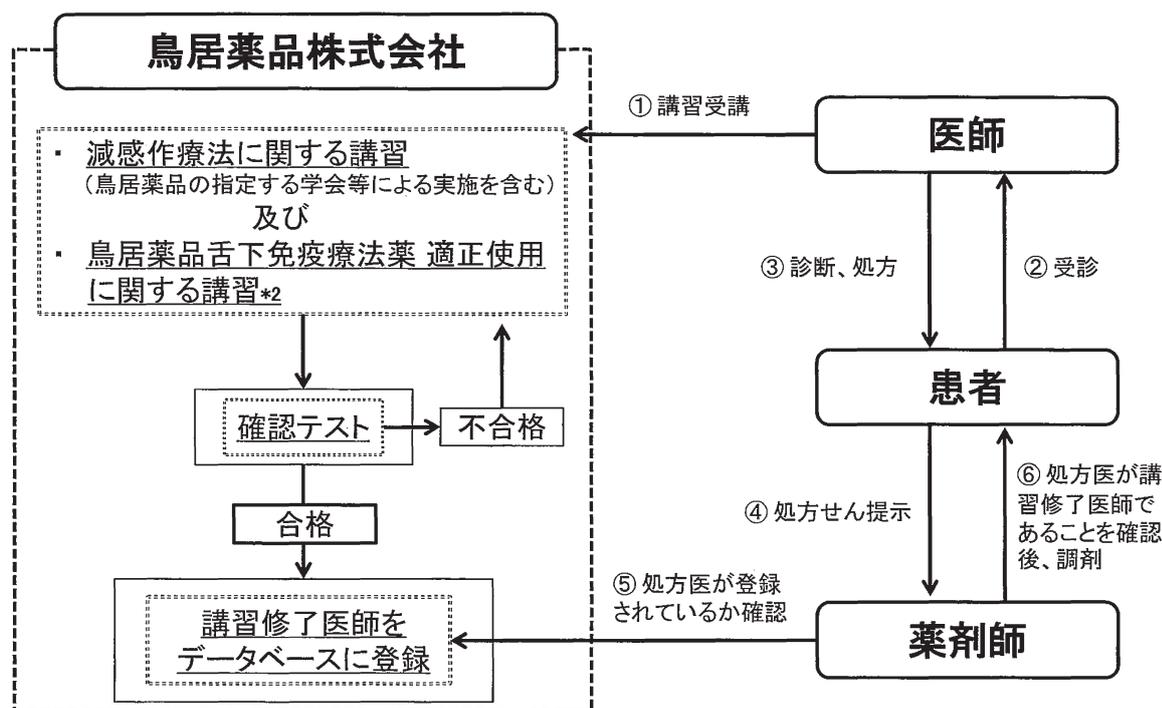
2. 本剤の流通管理に関する周知事項について

- (1) 本剤については、上記1 (4) の流通管理がなされること。

- (2) 上記1 (4) ①の講習の受講を希望する医師については、製造販売業者への問合せ等をお願いしたいこと。
- (3) 薬剤師は本剤の調剤前に、処方医が上記1 (4) ①の講習を修了した医師であることを確認すること。また、その確認ができない場合には、調剤することを拒むこと。
- (4) 上記 (3) に基づく理由により調剤を拒むことについては、薬剤師法（昭和 35年法律第 146号）第21条（調剤の求めに応じる義務）の「正当な理由」に当たるものと解されること。

(別添)

【鳥居薬品舌下免疫療法薬*1 適正使用管理体制全体図】



*1 鳥居薬品舌下免疫療法薬とは、シダキキュア、シダトレン、ミティキュアを指す。

*2 新たな製品の講習修了医師として登録する場合、「鳥居薬品舌下免疫療法薬 適正使用に関する講習」の受講を行うこと。
なお、「鳥居薬品舌下免疫療法 適正使用に関する講習」を受講し講習修了医師として登録された場合、上記3剤全て処方可能とする。

ベズロトクスマブ（遺伝子組換え）の使用に当たっての留意事項について（通知）

・29医安第827号 平成29年10月20日 愛知県健康福祉部保健医療局長（担当 医薬安全課監視グループ 052-954-6344 生産グループ 052-954-6304）

・薬生薬審発0927第4号、薬生安発0927第1号 平成29年9月27日 厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長、医薬安全対策課長

ベズロトクスマブ（遺伝子組換え）（販売名：ジーンプラバ点滴静注625mg。以下「本剤」という。）については、本日、「クロストリジウム・ディフィシル感染症の再発抑制」を効能又は効果として承認したところです。

「クロストリジウム・ディフィシル感染症（クロストリジウム・ディフィシルによる偽膜性大腸炎を含む。以下「本疾患」という。）」は、抗菌薬の投与により正常腸内細菌叢が破壊され、菌交代現象により異常増殖したクロストリジウム・ディフィシルが産生する毒素が腸管粘膜を傷害することにより生じるものであり、本疾患の予防には安易な抗菌薬使用を慎むことが最も重要であるとされています。

また近年、不適正な抗菌薬の使用による薬剤耐性菌及びそれに伴う感染症の増加が国際的な問題となっており、抗菌薬のよりいっそうの適正使用が求められています。

つきましては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル偽膜性大腸炎」（平成20年3月 厚生労働省）及び「抗微生物薬適正使用の手引き」（平成29年6月1日付け健感発0601第2号厚生労働省健康局結核感染

症課長通知)等の情報に留意し、引き続き抗菌薬を適正に使用していただくとともに、本剤については、添付文書に記載された【臨床成績】の項も十分に理解した上で、本疾患の既往がある等、再発リスクが高いと判断した患者を対象として適切に使用していただくよう、貴管下の医療機関に対する周知をお願いします。

地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について

・事務連絡 平成29年9月29日 厚生労働省医政局地域医療計画課

地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を出しているのに対し、病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能1つを選択して報告する仕組みである。例えば回復期機能は、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」を指すものであり、当該機能を主として担う病棟が報告されるものであるから、単に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している病棟のみを指すものではない。

しかしながら、この点の理解が不十分であるために、これまでの病床機能報告では、主として「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」を有する病棟であっても、急性期機能や慢性期機能と報告されている病棟が一定数存在することが想定される。

また、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして回復期機能以外の機能が報告された病棟においても、急性期を経過した患者が一定数入院し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが提供されていたり、在宅医療の支援のため急性期医療が提供されていたりする場合があると考えられる。また、回復期機能が報告された病棟においても、急性期医療が行われている場合がある。

これらを踏まえると、現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えているが、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じていると想定される。

このため、今後は、各医療機関に、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能を報告していただくこと、また、高齢化の進展により、将来に向けて回復期の医療需要の増加が見込まれる地域では、地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った上で、機能分化・連携を進めていただくことが重要と考えており、地域医療構想の達成に向けた取組等を進める上で、ご留意いただきたい。

なお、これに関連して、回復期機能に関してこれまで頂いた質問へのQAを別紙のとおり取りまとめたので、地域医療構想の達成に向けた取組等の参考としていただきたい。

(別紙)

(問1) 病床機能報告において、回復期機能を選択する場合の基準はあるか。

(答)

回復期機能については、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」と定義している。このため、リハビリテーション等を提供していない場合であっても、病棟の患者に対し、主として「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している病棟については、回復期機能を選択することが適当と考えられる。

こうした考え方は、平成29年度病床機能報告の報告マニュアルにおいてもお示ししている。

(問2) 病床機能報告において回復期機能を選択した病棟では、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料しか算定できず、急性期の入院料や加算等を算定できないのか。

(答)

病床機能報告は、医療機関の各病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることを目的として実施しているものであり、いずれの医療機能

を選択した場合であっても、診療報酬の選択に影響を与えるものではない。

この点については、平成29年度病床機能報告の報告マニュアルにおいてもお示ししている。

(問3)「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等2025プラン」策定について（依頼）」（平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知）に添付された2025プランの記載例の中に、「地域に不足する回復期機能を提供する」との文言があるが、2025プランの策定対象となる公的医療機関等は必ず回復期機能を担わなければならないこととなるのか。

(答)

本記載はあくまで記載例としてお示ししたものにすぎず、公的医療機関等が、今後、必ず回復期を担わなければならないという趣旨ではない。

実際の各医療機関の役割については、まずは各医療機関において、診療実績や地域の実情等を踏まえていずれの医療機能をどの程度担うかについて検討いただいた後、地域医療構想調整会議で協議・合意形成をいただいた上で決定することが重要である。

<表紙掲載会員紹介>

医療法人尾張健友会

表紙の施設名	千秋病院
理事長	朝井哲二
病院長	北島勝仁
所在地	〒491-0815 一宮市千秋町塩尻字山王 1
HP アドレス	http://www.chiaki.com/
電話番号	0586-77-0012
FAX 番号	0586-76-8017
診療科目	内、外、整、眼、皮、泌、脳、肛、リハ、リウ、歯、放、小
その他の法人施設名	介護老人保健施設ちあき、訪問看護ステーション・ちあき、千秋病院介護保険サービスセンター、ヘルパーステーション・ちあき、デイケアセンター・ちあき
ひと言 PR	千秋病院は地域に密着した病院であり「地域とともに歩む、みんなの病院」「なんでも相談できる病院」をモットーに急性期から回復期・慢性期、在宅に至るまで、患者さんに寄り添い継続した医療と介護を展開しています。一般（急性期）病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟、在宅部門（訪問看護ステーション等）を運営し、そして必要な介護サービスへとシームレスな活動を進めています。また、地域の皆さんによる「健康友の会」を中心に健康講座・サークル活動・ボランティア講座・助け合い活動を行っています。

＜編集後記＞

11月を迎え東京オリンピック開幕まであと1000日を切った。東京都および東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会では、これまで新国立競技場計画問題、エンブレム問題等様々な困難を乗り越え目標に向っている。オリンピック誘致を決めたのは東京都である。ところが都知事はコロコロ変わり、現首長の野望はもっと大きかったようだ。先に行われた衆議院選挙では与党の圧勝に終わり、野党再編成らず責任の押し付け合いにウンザリしている。国政もさることながら都政は大丈夫だろうか？他県民ながら心配になる。選挙に勝利した与党は、やたら謙虚な姿勢をみせるが空虚に思えて仕方ない。やがて消費税が10%に上がり、医療介護の社会保障に充てがわれる予定が教育無償化に回ることになりそうだ。この先どうなることだろうか？先のことより、われわれにとっては眼前の診療報酬改定が気になるところである。

閑話休題、千日にちなんで千日回峰行を調べてみた。その概要は、比叡山で行われる天台宗の修験道の修行。九世紀の相應和尚に始まる。彼の住んだ無動寺を起点とし、一日山中を歩き巡る。順次その距離を増して、千日目に京都御所に及んで終了する。それは7年間に渡って行い、1～3年目は年に100日、4～5年目は年に200日行う無動寺で勤行のあと、真言を唱えながら東塔、西塔、横川、日吉大社と260箇所を礼拝しながら、約30 km を平均6時間で巡拝する。途中で行を続けられなくなったときは自害する。そのための「死出紐」と、短剣、埋葬料10万円を常時携行する。以上想像を絶する行を遂行してゆくわけである。凡人に出来る事ではない。私の場合、毎朝20分程度の散歩がせいぜいである。自害を勧めるわけではない。しかし、今の政治家に治世という行を遂行する、それだけの気概はあるのであろうか。また、話が戻ってしまった。2020年、東京で無事にオリンピックが開催されるように願うばかりである。

(T.T)

[編集発行所] **一般社団法人 愛知県医療法人協会**
〒460-0008
名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館内
TEL052-242-4350 FAX052-242-4353
E-mail : kyokai@a-iho.or.jp
URL <http://www.a-iho.or.jp/>
年間購読料 / 6,300円 (消費税8%含)
(会員は会費の中に含まれています、送料共)
料金1部 / 1,050円 (消費税8%含)

[発行人] 井手 宏
[制作] 小田印刷合資会社

皆様のおかげで15周年(2018年)

介護保険ソフト

Quickけあ2

グループウェア(掲示板やメール等)を標準装備

職員間の伝達漏れを防ぎ
介護の質の向上に貢献します！



ケアマネ



メール



掲示板



スケジュール



文書管理

観察記録 介護日誌



看護職員

介護職員

ケア記録が各種帳票へ自動転送！

ケア記録が自動転送されるので事務作業の
時間を大幅短縮！ 書類作成の2度手間
3度手間から解放されます！

記録の入力はandroidタブレット、iPad、iPadminiにも対応！

初期費用のお支払い後はずっと 保守費用のみでご使用頂けます！

お見積りのご依頼を頂ければ初期費用と
10年分の保守費用をお見積り致します。
現行ソフトと比べてみてください！



Quickけあ は永久使用権です！

Phatima

株式会社ファティマ

営業窓口 長崎本社

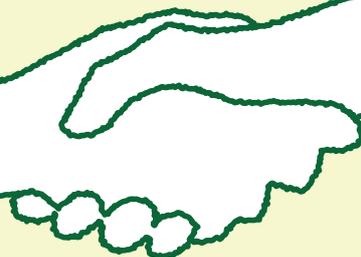
〒852-8022 長崎市富士見町11番28号

TEL095-808-5253 FAX095-808-5259

福岡営業所 〒812-0013 福岡市博多区博多駅東2-4-16

鹿児島営業所 〒892-0844 鹿児島県鹿児島市山之口町1-10

エフケイは、
医療法人のサポート企業です。
コストとパフォーマンスを
複数の情報から同時にご判断いただく
お手伝いを業務としてしています。



取扱保険会社・協力会社

【生命保険】

アクサ生命 大同生命 エヌエヌ生命 メットライフ生命 オリックス生命 日本生命 ソニー生命 東京海上日動あんしん生命 損保ジャパン
日本興亜ひまわり生命 三井住友海上あいおい生命 アメリカンファミリー生命 マスミューチュアル生命 明治安田生命 FWD 富士生命
SBI生命 マニユライフ生命 チューリッヒ生命 ジブラルタ生命 楽天生命 朝日生命 第一生命 富国生命

【損害保険】

損害保険 ジャパン日本興亜 三井住友海上火災 あいおいニッセイ同和損保 東京海上日動火災 セコム損保 AIU ゼネラル朝日火災海上
そんぽ24 富士火災海上 エイチ・エス損保 ニューインディア アイベット損保 Chubb スター保険 ソニー損保 イーデザイン損保
ロイズ・ジャパン 共栄火災海上

【確定拠出年金 運営管理機関】

SBI ベネフィット・システムズ

【リース】

オリックスグループ SMFL キャピタル(旧日本GE)

【自動車リース・自動車燃料・駐車場管理運営】

イチネンホールディングス

【福祉車両レンタル・販売・修理】

イフ・オートサービス ファブリカ

【コンサルティング】

中小企業経営支援協議会 財務工房 エイチ&リレーションズジャパン トライリンク 日本M&Aセンター

【会計・税務・相続・事業承継・M&A】

公認会計士・税理士 山田美典事務所 辻・本郷税理士法人 税理士法人山田&パートナーズ しんせい総合税理士法人 シンワ税理士
法人 野田公認会計士事務所 野村会計事務所 税理士法人津田明人税理士事務所 雑賀公認会計士事務所 税理士法人江崎総合会計 税理
士法人 Bricks&UK 税理士法人 T&L 朝日税理士法人

【労務】

オリンピア法律事務所 名古屋中央法律事務所 宇都木法律事務所

【Web サイト制作・グラフィックデザイン・会議運営・イベント】

スタックス

総合保険代理店



株式会社エフケイ www.efu-kei.co.jp

名古屋市中区丸の内 2-2-15 Tel 052-232-8484 医療法人担当：大須賀

愛知県医療法人協会
集団扱割引
ご相談・お問合せください。

医療法人の
コストパフォーマンス
向上をお手伝いします。



総合保険代理店
株式会社エフケイ