



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 10/1

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.787 2012/10/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

神奈川県支部担当

第54回全日本病院学会を横浜で開催、2,300人が参加

一体改革と病院戦略を議論。地域一般病棟に期待。消費税原則課税で四病協・日医が合意

「第54回全日本病院学会 in 神奈川」(学会長・赤枝雄一神奈川県支部長)が9月21日、22日に横浜市みなとみらいのパシフィコ横浜で開催され、約2,300人が参加した。

開会式には原徳壽医政局長、横倉義武日本医師会会長、堺常雄日本病院会会長ほかが出席、祝辞を述べた。

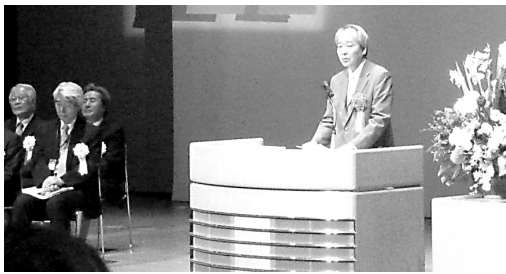
神奈川県支部が担当した第54回全日本病院学会には全国の会員病院から707もの演題がエントリーされ、参加者数とともに全日病学会史上最高規模を記録した。

「地域医療の最前線-みなとみらいから未来へ」をテーマとした神奈川学会は、主要プログラムで、「社会保障・税一体改革」に示された2025年をめどとする医療・介護の改革シナリオが取り上げられ、とくに、一般病床をもつ

病院の戦略が語られた。

中でも、民間中小病院の選択肢の1つである地域一般病棟に関心と期待が集まり、亜急性期や在宅支援といった機能に注目した意見が各所で交わされた。

また、税率引き上げが決まった消費税の医療への非課税問題についてもシンポジウムが生まれ、シンポジストとして登壇した四病協と日医の間で「原則課税を求める。そのために課税のあり方を検討する場の設置を求める」という合意が成立、より強力な連携で働きかけていくことを確認した。(神奈川学会の報告は4、5、8面に掲載)



▲就任間もない原徳壽医政局長も祝辞を述べた



▲祝辞を述べる横倉義武日本医師会会長

特定行為

実施体制めぐり、包括的指示の場合にリスク問う声が相次ぐ

チーム医療推進のための看護業務検討WG とくに在宅場面で不安。認証看護師含め、内部研修を求める意見が大勢

看護師が特定医行為(特定行為)を実施する仕組みを検討している「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」は9月24日、(1)特定行為の実施体制(主に安全管理体制)、(2)医師の包括的指示の下で実施できる看護師養成の教育内容(専門看護師・認定看護師養成課程との関係等)について議論した。

両議題ともWG構成員の意見は賛否が分かれ、両側の間で激しい応酬が繰り返された。

特定行為実施にかかわる枠組試案(親会議であるチーム医療推進会議で検討中)によると、特定行為を実施できる条件は2つあり、その1つが「厚生労働大臣が指定する研修機関で、実施しようとする特定行為に応じた研修を受けた看護師が医師の包括的な指示を受けて実施する場合」、もう1つが「看護師が、特定行為を実施しても衛生上危害を生ずるおそれのない業務実施体制の下、医師の具体的な指示を受けて実施する場合」とされている。

前者は指定教育機関で所定の課程を修了してその旨看護師籍に登録された看護師が対象で、「医師の包括的な指示」には「クリニカルパスなど一連の連続した業務体制が含まれる」(有賀座長)。

これに対して、後者は一般の看護師が対象。したがって、グレーゾーンとされてきた診療補助行為のうち、医行為分類で特定行為とされた業務について、一般の看護師が個別指示の下で実施する場合の業務体制を規定する、というのが同日の議題である。

事務局(厚労省医政局看護課)は論点として、①医療法で規定されている各医療機関でとられる安全管理体制との関係をどう考えるか、②看護師が特定行為を実施する際の実施体制をどう考えるか、の2点を提示した。

このうち①は医療法で全医療機関に義務化されている事項であるので特段議論する問題にはあたらない。これに対して、②は特定行為をめぐる議論において、正式には初めて提起された問題である。

チーム医療推進会議では、「比較的高度な医行為は研修を行なうようGLで示

すべき」「特定行為を実施する一般の看護師にも一定の研修等を義務化すべき」といった意見が示されている。これに加え事務局は、①インシデント・アクシデント報告システム、②特定行為手順書、③医師等による指導体制、④医師との連絡・連携にかかるルール、⑤患者相談窓口における報告・相談システム、⑥特定行為実施のための能力評価、⑦院内研修体制のそれぞれ整備・実施、を例示した。

これらは具体的な指示下で特定行為を実施する体制に関する提案である。しかし、構成員の関心は、例えば、医師不在の在宅現場で包括的指示による特定行為の実施がどこまで安全にできるかなど包括指示をめぐるリスクの問題に向い、「危険性はむしろ包括指示の場合にある」「事務局案は在宅にも通じる話か」と危惧する声も相次いであがった。

大滝構成員(東京医大教授)は、「試行事業で分ったことは、あの課程を修了しただけで特定行為ができるようになるのはあり得ないということだ。とくに侵襲的行為は、施設内で追加の研修を受け、行為ごとに試験で確認することが必要ではないか」と、在宅に限らず包括的指示で行なう看護師にも“卒後研修”が欠かせないと強調。

さらに、「教育研修を終えた看護師に医師が挿管をまかせた。ところが看護師は見学1回、模型練習1回、麻酔処置で1回という経験しかなかった。つまり、こういうことを知らずに包括的指示を出すということがあり得る。トレーニングを終えてもリスクはある。問題は、訴訟になった場合の個々の対応において、ここまで訓練をしてきてい

ると言えるだけの実績ではないか」と論じた。

こうした危惧に対して、神野正博構成員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)は、「病状や状態が個別である患者にどこまで包括的指示が可能かという問題がどうしても残る。最終責任を負わされる医師は個別指示に向わざるを得ない。そうなると包括的指示で特定行為を行なうメリットがどこにあるのか、議論が進むほどに分らなくなる」と、率直な疑問を述べた。

個別指示下で特定行為を行なう看護師に院内研修等が義務化されるのは必至。これに加え、指定教育機関で8ヵ月あるいは2年課程の教育研修を修めた看護師にも院内研修等が欠かせないというのがWGの大勢。

これを踏まえ、神野構成員は「内部研修が行なわれるのであれば、ますます、リスクのある包括的指示に依存する必要性が少なくなるのではないかと、包括的指示で動く看護師を制度的に生み出す仕組みに対する疑問を表明した。

専門・認定看護師優遇の教育案に強い批判

同日の2つ目の議題は、能力認証のために教育研修を受ける指定教育機関の教育内容基準について。教育内容は、能力認証のための必須部分と各教育機関の自由裁量で追加する部分からなり、この追加部分として「専門看護師・認定看護師等を養成するカリキュラム」が想定されている。

事務局が同日提案したのは、①専門・認定看護師養成カリキュラムは教育機関の指定基準対象から除外する、②専門看護師・認定看護師等が指定教育機関で能力認証のための教育を受ける場合は、すでに履修した単位について一部または全部を免除できるようにする、というもの。

②を認めると、既存の専門看護師・

特定行為実施にかかわる包括的指示と個別指示の位置づけの違いは、前者が特定行為実施能力のお墨付き(認証)を得てかなりの部分自己判断でできるのに対して、後者は行為の各段階ごとに医師の指示を仰ぐ点にある。

しかし、検討会では、両ケースとも、現場でOJTなど相当の研修を積みこなしに安全実施することは難しいという意見が大勢となっている。つまり、8ヵ月や2年課程の教育研修はともかく、医師にとっては、特定行為を実施する上で能力認証を受けた看護師も一般看護師もリスクにおいて大差がないということになる。

議論のこうした状況に、星構成員(財団法人星総合病院理事長)は、「認証看護師は何でもできるが、一般の看護師は1つ1つ指示を受けないとだめだ」と提起した。一方、神野構成員は「能力認証を得た看護師は一般の看護師に対してリーダー的な役割を担うように位置づけてはどうか」と提案した。

認定看護師等は能力認証を得るための負担が大きく軽減される。ここで「等」には何が含まれるか、事務局は明らかにしていない。

専門・認定看護師等は既履修講座をパスできるという提案は、看護系大学院の構成員などから猛反発を受けた。

カリキュラムに関しては、実施できる特定行為とカリキュラムの制約関係や当該技術を習得していない認証看護師は新技術を含む特定行為を実施できるのかなど、不明な点が多々ある。原則レベルの議論とともに実際現場に即した視点からのチェックなど、両面からの検討作業が求められている。

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

課題は多いが、医療の未来を信じて、老・壮・青スクラムを組もう

第54回全日本病院学会では病院を取り巻く数々の課題が議論された。病院のあり方委員会の企画では、一体改革の医療シナリオに対する厚労省の関心が、これまで示してきたパターン1から、「軽度急性期・亜急性期・回復期」を位置づけたパターン2へと移りつつあるとの指摘があった。

入院の機能分化を論じる場合、まず、一般病床の機能分化はどうあるべきか、高齢者が急増する救急医療はどうあるべきかを明確にする必要がある。すなわち、どういう医療が高度急性期であるのか、高齢者救急

が若人と一緒の考え方でよいのかなどが整理されなければならない。

こうした状況下で、急性期後の患者を引き受けるとともに在宅患者の急性増悪時にも対応する病床として「地域一般病棟」が欠かせない。また、慢性期病床の役割も重要となってくる。

在宅についても、厚労省が描く地域包括ケアを下支えするものは、急性期の患者を診ることができ、在宅患者の急変時にも対応し、必要あれば入院させることができる「地域に密着した病床」としての地域一般病棟にはかならない。終末期を過ごす

場所として想定されている高齢者住宅も、こうした医療サポートなくしては成り立たない。

一方、医療供給体制の制約として、地域間格差の存在、絶対的人材不足を背景にして多職種協働でマンパワーを評価しなければ立ち行かなくなる事態が予測されること、地代の高い大都市部で改築・建替えを行うためには公有地の定期借地や建築規制の緩和が必要なことなど、考えなければならない課題が数多くある。

診療報酬に係る消費税非課税の不公平さを訴える裁判の判決が出ようとしているが、全日本病院学会のシ

ンポジウムで、日本医師会と四病院団体協議会の間に原則課税を目指す合意ができた。

本学会では、病院医療の未来を担う若手経営者によるフォーラムが開かれた。彼らは自院が置かれた状況や住民のニーズを的確に捉えて、日々、地域医療を育んでいる。

彼らが、夢と勇気と情熱と智慧をもって医療と介護の街づくりに取り組んでいけるよう、全日病は、壮年・老年・青年を問わず、理念と気概を共有して前に進んで行こうではないか。(A)

法的根拠を付して医療課税のあり方について検討を求める

消費税 厚労省が2013年度税制改正を要望。13年措置予定の医療法人事業税軽減の存続を要望

厚生労働省は2013年度税制改正要望をまとめ9月10日に発表した。

今年度の税制改正大綱で13年度税制改正の中で検討すると記された社会保険診療報酬の所得計算特例(個人・医療法人)と社会保険診療以外にかかる事業税軽減措置(医療法人)の取り扱いについて、同省はあらためて存続を求めた。

「医療に係る消費税の課税のあり方」は08年度税制改正要望から取り上げられ続けてきたが、13年度税制改正要望では初めて法的根拠を付して、その検討を求めている。

厚生労働省 2013年度税制改正要望(医療・介護分野の主な項目)

- 社会保険診療報酬の所得計算特例の存続(所得税、法人税)
- 社会保険診療報酬に係る事業税非課税措置の存続(事業税)
- 医療法人の社会保険診療以外部分に係る事業税軽減措置の存続(事業税)
- 医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等特例措置の創設(相続税、贈与税)
- 社会医療法人認定取消時一括課税の見直し(法人税、法人住民税、事業税)
- 社会医療法人に対する寄附に係る寄附金控除等の創設(所得税、法人税、

- 相続税、法人住民税、事業税)
 - 医療安全に資する医療機器等導入に係る特別償却制度(取得価格の16%)の2年間延長(所得税、法人税)
 - 取得価格500万円以上の医療用機器に関する特別償却制度(取得価格の12%)の2年間延長(所得税、法人税)
 - グリーン投資減税の見直し(所得税、法人税)
- 病院等が、高効率な省エネ・低炭素設備等に投資をした場合に特別償却または税額控除を可能とするグリーン投

- 資減税について所要の見直しを行う。(経済産業省とりまとめ)
 - 医療に係る消費税の課税のあり方の検討(消費税)
- 社会保障・税一体改革大綱(2012年2月17日閣議決定)及び消費税法一部改正等の法律の規定等を踏まえ、医療に係る消費税の課税のあり方について、引き続き検討する
- サービス付き高齢者向け住宅供給促進税制の2年間延長(所得税・法人税・固定資産税・不動産取得税)

政府の予算執行抑制で都道府県に影響。補助事業の見直しも?!

第180回通常国会は9月8日に幕を閉じた。社会保障・税一体改革関連法が成立したものの、赤字国債を発行するための特例公債法案が廃案となったほか、マイナンバー法案は継続審議となった。

特例公債法案の廃案を前に、安住財務大臣は8月31日に、自治体への地方交付税交付金の一部支払いを分割払いにするなど予算執行を抑制する方針を表明した。基本的に全経費が抑制の対象で、影響は自治体だけでなく、国立大学法人や独立行政法人等にも及ぶ。

同大臣は記者会見で、社会保障分野は「例外分野の1つに位置づける」と説明。小宮山厚生労働大臣も、執行抑制の除外対象の1つに「医療、介護、生活保護などの地方公共団体向けの負担金」をあげたほか、諸々のやりくりによって厚労省関連は「当面12月までは特段の支障がない」と説明した(9月4日の会見)。

政府が9月7日に閣議決定した「9月以降の一般会計予算の執行方針」によると、「医療・介護・生活保護等の地方公共団体向け負担金」は執行抑制の対象外とされた。

一方、独立行政法人運営費交付金と国立大学法人運営費交付金等は「原則として、3ヵ月毎に、予算額を4で除し

た額の50%に相当する額以上の交付を留保する」とされた。

地方交付税のほとんどを占める普通交付税は毎年4月、6月、9月、11月に分けて地方公共団体に交付されるが、執行抑制方針によって、当面、9月交付分以降は9~11月まで月割りの交付となった上(市町村は3ヵ月分を全額交付)、人件費などの基礎的経費を除く裁量的補助金は「原則として新たな交付決定

は行なわない。交付決定が済んでいるものも補助事業の内容を精査し、可能な限り執行を留保する」とされた。

地方交付税は国が徴収する地方税ともいべきもの。都道府県の歳入には月を追うごとに影響が避けられず、医療・介護関連の補助事業見直しにつながる可能性も否定できない。

執行方針は「特例公債法案の成立が見込めない限り、早晩、一般会計の財源

は枯渇する」とし、「今後の状況に応じて、予算執行抑制のための法的措置も含め、更なる対応を検討」するとしている。

臨時国会で11月までに特例公債法案が成立しない場合、12月に国債の利払いなど10兆円規模の支払を控える国は聖域なき予算執行抑制に追い込まれる。状況によっては、地方における医療・介護事業の執行に影響が生じる可能性もあるなど、状況は予断を許さない。

民間事業者の参入を促進して医療・介護等高齢者市場を活性化 政府の「高齢社会対策大綱」。「人生90年時代」の仕組みを提起

政府は9月7日に「高齢社会対策大綱」を閣議決定した。「高齢社会対策大綱」は、高齢社会対策基本法にもとづいて、政府の高齢社会対策の中長期的指針として策定される。5年ごとに見直されることになっているが、今回は2001年以来12年ぶりの改訂となった。

「大綱」は、その策定目的で、「高齢期に向けた備え等を“人生90年時代”を前提とした仕組みに転換させる必要がある」と提起。

その上で、「支えが必要な人」という高齢者像の固定観念を変え、意欲と

能力のある65歳以上の者には支える側に回ってもらうよう、国民の意識改革を図る」とした。

健康・介護・医療等分野に係る基本的施策では、「地域包括ケアシステムの確立を目指す」とともに「人口構造の変化に対応できる持続可能な医療保険制度を構築する」ことを目標に掲げた。

「高齢者向け市場の開拓と活性化」の中では、「医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置づける」としつつ、①民間事業者等の新たなサービス主体の参入を促進す

る、②医療・介護機関と民間サービス事業者等の連携を通じて、サービスの有効性や安全性、持続可能性等を担保する仕組みを構築する、③異業種の連携等によって新たに医療・介護周辺のサービスを立ち上げる医療機関・事業者等を支援するなど、高齢者市場を拡大する方策を提示した。

「大綱」は初めて数値目標を導入したが、医療・介護については「社会保障・税一体改革」のシミュレーション値を流用している。

清話抄

近年、終末期医療について、医療界でもメディアでも論点となることが多くなった。10年程前には、人工的栄養補給を行なわなかったことが「消極的安楽死」と新聞で批判されたことがあった。しかし、ここに来て『行かないことも選択肢』との記事も散見するようになり、論調に変化が見られる。

記者達が身内に要介護高齢者を抱える年になり、実情が見えて来たのだろうか。現在は、施設にいる高齢者の自立を促して家に帰すべきであると説くのに夢中である。

生あるものには全て死があることは誰もが承知している。しかし、心のどこかで自分は不死であると思っており、いや、人は自分の死について考えないことにしようと思いついた。それにもかかわらず終末はやってくる。その時、

考えないことにしたツケが回ってくるのである。

欧米、特にキリスト教圏では古くから国民的合意が成立しており、『食べられなくなった時がさよならの時』と本人も家族も思い、better Landの天国への旅立ちを静かに迎えることになる。人工的水分・栄養補給は虐待と見なされ医師達は決して手を出さない。

翻って、我国では自分の終末をどう迎えたら良いのか。それには予めエン

ディングノート(遺言書)、Living Will、尊厳死協会入会等で自分の意志をはっきり伝えるべきである。決して医療者の信念、或いは家族の愛という名の支配、又はエゴで決めるべきではない。

“ピンピンコロリ”は誰も望むところであるが、望み通りにならないことが多いのであるから、上記の方法で伝えておくことが“ハッピー・エンディング”には肝要であると考えられる。(比)

14年改定に向けた入院調査の項目が決定

中医協総会 亜急性期等の調査項目に「手術の実施状況」「医療区分・ADL」を採用

9月19日の中医協総会は、診療報酬調査専門組織の「入院医療等の調査・評価分科会」から示された入院医療等に関する調査の具体的項目案(2012年度実施分)を了承した。調査票は10月いっぱい送付、12月に回収、来年3月には集計結果がまとまる予定だ。(7面に調査項目の概要)

12年度実施分の調査テーマは、①一般病棟入院基本料見直しの影響(その1)、②亜急性期入院医療管理料等見直しの影響(その1)、③慢性期入院医療の適切評価への見直し、④医療提供体制が十分でない地域に配慮した評価の検討、⑤特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した経過措置の実態、⑥褥瘡発生の実態、⑦診療報酬点数表簡素化の検討の7点。

調査対象となる医療機関は一般病棟が2,500、療養病棟が1,800、回復期リハ病棟が500、特殊疾患・障害者施設等に関して全数(最低800病棟)が予定され

ている。患者調査は、亜急性期を含む病床・病棟あたり40人(療養は20人)前後を無作為抽出して行なわれる。

件数が多い上に全体の項目数も膨大な数にのぼる調査となったが、入院についてこれだけ詳しく行なわれる調査はかつてない。

ただし、設問のほとんどは過去に実施された改定検証調査や横断調査(10年)を流用しており、今回新しく採用された調査項目は、「予定外再入院率」「重症度・看護必要度」など約20項目に過ぎない。

共通項目である施設調査の項目には「重症度・看護必要度」が盛り込まれ、基準を満たす患者の割合、項目ごとの患者分布、A・B平均値が調べられるほか、過去調査にはなかった「在支病・在支診届出の有無」「退院調整加算注2に係る状況」「逆紹介率」「戻し率」が新たに採用された。褥瘡では「持ち込み」の患者数が調べられ、入院後の発生と

分けて把握される。

同じく病棟調査には、「検査未実施率」「入院時尿道カテーテルが留置されている患者の抜去率」「転倒・転落発生率」「院内感染症発生頻度」が新規採用された。さらに、患者調査では、「(退院後6週間以内の)予定外再入院率」「経管栄養から経口摂取になった患者率」が新たに追加された。

注目されるのは、個別調査の「亜急性期入院医療管理料等見直しの影響調査」で、患者調査の中に、「実施リハの内容・単位数」と、「手術・侵襲性の高い検査・処置の実施状況」が加えられたことだ。これについて、事務局(厚労省保険局医療課)は「一般の病床との比較をはかるために採用した」と説明した。

同調査の項目には、さらに、「医療区分・ADLに係る調査票」が加えられた。調査日現在の状態像だけでは必ずしも患者病態の不安定性がはかれないケ-

スがあるが、これら項目の集計によっては、亜急性期入院医療管理料算定病床に「状態が安定かつリハが実施されていない患者が一定数いる」という表層的な判断が導かれまいとも限らない。

これら急性期と亜急性期の比較を試みる調査項目について、中医協に提出する調査項目案を決めた「入院医療等の調査・評価分科会」(9月5日)で、神野委員(全日病副会長)は、「急性疾患とは日々の変化が激しい疾患でもある。その変化がなくなって状態が安定した段階は慢性期となる。こうした病態の変化度合いを測る指標が必要ではないか」と提案している。

今回調査の対象は病棟が基本だが、亜急性期入院医療管理料は病室単位の届出になっている。同日の中医協で、診療側西澤委員(全日病会長)は、設問の設定や集計・分析において病棟と病室の違いが曖昧にされないよう、事務局に注意を喚起した。

医療・介護等の個人情報保護で個別法制定を提言

検討会報告書 情報活用の基盤整備へ技術課題を提起。新たな検討会に付託

厚労省の検討会は9月12日、医療・介護等における情報活用のための基盤整備とそれに対応した個人情報保護の個別法を実現すべきとした報告書を取りまとめた(公表は9月18日)。

報告書をまとめたのは「社会保障分野サブワーキンググループ」と「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」による合同開催の検討会。

4月から9回にわたる議論を整理、医療・介護等における生命・身体・健康等にかかわる情報の共有・連携を実現する基盤の整備とともに個人情報保護内容の見直しとセキュリティ強化の必要を提起する一方、その道筋が困難であることを認め、議論を先に進めるための検討課題を整理した。

事務局(政策統括官付情報政策担当参事官室)は、本報告書によって情報連携基盤の構想が明確になったとして、

残された課題を議論する場を新たに設置、基盤整備と個人情報保護を一体に規定する法案要綱をまとめ、来春の通常国会に提出する方針だ。

年金等の給付調整と手続き事務を電子的に行なうために国民に背番号を付すマイナンバー法が通常国会に提出(9月8日に会期末を迎えて継続審議となった)されたが、報告書が描く構想は、マイナンバー法の国民番号とは別に、医療・介護等分野専用の番号(医療等ID=仮称)を国民1人1人に割り振り、各医療機関等が保有する患者情報のデータベースをつなげて、①被保険者資格の確認、②自らの健診情報等の閲覧・管理、③医療の質向上に向けたデータの活用等ができるようにするというもの。

その中で、医療等IDの利用可能者として、自らの医療・介護等情報を閲覧

できる本人以外に、①医療等サービス提供者(医療機関、薬局、介護事業者など)、②医療保険者、③介護保険者、④国の行政機関、地方公共団体、⑤第3者機関または主務大臣が個別に承認する者を想定。別途、「学術研究機関、製薬企業等についてどのように考えるか」と提起している。

こうした情報ネットワークに対応するために、報告書は、個人情報を扱うルールを明確にする課題として、①目的外利用・第3者提供にかかわる規定、②医学等の研究目的利用における規定、③情報の取得・活用における目的明示・本人同意のあり方をあげている。

さらに、④匿名化措置が行なわれて

いるものは法規制の個人情報にあたることを明確にするべき、⑤小規模事業者も措置の対象とする方向で検討していく、⑥民間部門のみならず、行政機関、独立行政法人等や地方自治体を含めたルールを定める、⑦死者の情報も保護の対象に加えることなどの検討を提起している。

その上で、医療等IDを活かした情報のシームレスな連携と共有を実現する具体的(技術的)課題をあげ、新たな検討会での議論に付託した。

社会保障制度改革国民会議の政令2件を閣議決定

政府は9月7日の閣議で「社会保障制度改革国民会議令」と「社会保障制度改革推進法第13条の政令で定める日」を定める政令を決定した。

国民会議令は社会保障制度改革推進法で設置が義務づけられた社会保障制

度改革国民会議について、定足数や表決数などの運営事項を定めた政令。

「国民会議の設置期限を定める政令」は、社会保障制度改革推進法で「法施行の日から1年を超えない範囲で設置」とされたことを受け、国民会議の設置

期限を2013年8月21日と定めている。

総理の諮問会議である社会保障制度改革国民会議は、一体改革と消費税増税関連法案を成立させるために政府・民主と自公の3党協議で合意した結果、高齢者医療制度など年金・医療等の抜本改革について1年かけて議論する場として設置が決まった。

ただし、3党合意は、衆院における選

挙制度改革関連法案の強行採決と参議院における自公ほかによる野田佳彦首相問責決議案の可決によって事実上崩壊した。

近いうちに解散総選挙が見込まれる政局先行の政治状況の下、自公の協力を前提として構想された社会保障制度改革国民会議の設置は流動的になっている。

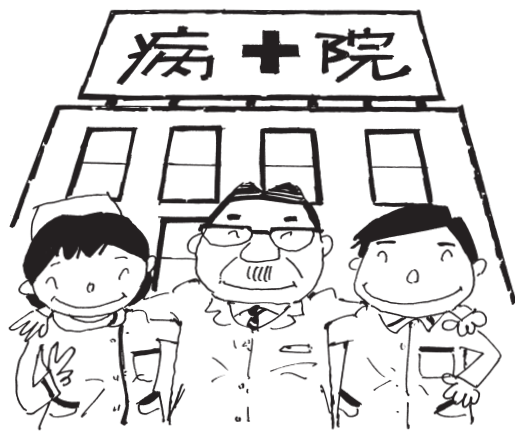
病院と従業員の絆を深めます

安心・安全・堅実な運用の病院基金にぜひご加入を!!

病院厚生年金基金は、事業主と従業員、双方にメリットがある企業年金制度です。都道府県内の病医院が協力して運営し、省コストで充実した企業年金を支給。職場への信頼と将来の不安解消をお手伝いいたします。

基金加入のメリット

- 事業主掛金は経費算入できる優遇措置。
- 従業員の負担増なしで手厚い給付。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- 労働意欲の向上と優秀な人材確保に寄与。
- 基金の福祉事業の利用で福利厚生を充実。



お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫県	☎078-230-3838
秋田県	☎018-824-5761	奈良県	☎0742-35-6777
山形県	☎023-634-8550	和歌山県	☎073-433-5730
福島県	☎024-522-1062	鳥取県	☎0857-29-6266
茨城県	☎029-227-8010	島根県	☎0852-21-6003
栃木県	☎028-610-7878	岡山県	☎086-223-5945
群馬県	☎027-232-7730	広島県	☎082-211-0575
埼玉県	☎048-833-5573	山口県	☎083-972-3656
千葉県	☎043-242-7492	徳島県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川県	☎087-823-0788
神奈川県	☎045-222-0450	愛媛県	☎089-921-1088
新潟県	☎025-222-3327	福岡県	☎092-524-9160
富山県	☎076-429-7796	長崎県	☎095-801-5081
石川県	☎076-262-5261	熊本県	☎096-381-3111
長野県	☎0263-36-4834	大分県	☎097-532-5692
静岡県	☎054-253-2831	宮崎県	☎0985-26-6880
滋賀県	☎077-527-4900	鹿児島県	☎099-227-2288
京都府	☎075-255-1312	沖縄県	☎098-869-3521
大阪府	☎06-6776-1600		

「基幹病院との連携で軽装備の急性期病院が可能となる」

一体改革を踏まえた生き残り戦略を議論。「高度急性期」に全員が疑問

神奈川学会／病院のあり方委員会企画「2025年の医療提供体制－病院を続けられますか」

病院のあり方委員会は、「社会保障・税一体改革」で示された2025年に向けた改革シナリオは踏まえ、民間中小病院としてどういう経営戦略を志向するかを主要委員に語ってもらった。演者は、飯田修平常任理事、神野正博副会長、美原盤理事、木村厚常任理事、木下毅常任理事、安藤高朗副会長（発言順）の6人。

座長の徳田禎久常任理事（病院のあり方委員会委員長）は、2025年に向けた改革シナリオについて、「厚労省はこれまでもっぱらパターン1を強調してきたが、最近はパターン2も検討に値するいう発言も出てきた」と説明。「1と2の違いは、2では一般急性期の数が大きく減り、“亜急性期・回復期リハ等”は“軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等”とされた上で“長期療養（慢性期）”ともども病床が大きく増えている」ことであると指摘した。

その上で、「機能分析を踏まえた上で今後の自院経営をどうするのか、他施設との協業化や拡大・縮小なども考えに入れた、2025年に向けた取り組みを示してほしい」と各演者に要請した。

飯田委員は、公益財団法人に移行した自院の目的に「科学的管理手順の研究開発・実践」を明記、併せて「医療の質向上研究所」を設置したことを明らかにし、「与えられた環境に応じて経営を適応させていくことが大切」と述べた。

「経営理念である“関係者満足の実現”を追求し続け、永続的組織でありたいと考えている。地域に根ざした公益活動を実践していかないと存続できない」と、制度変更に対応しつつ、理念にもとづく経営を貫きたいとする姿勢を示した。ただし、「整合性を確保した制度変更でない」と困る。それがあれば対応は可能だ」と注文をつけた。

神野委員は「一体改革は資源投入を高度急性期入院に集中するとしている」とし、その過程で高度急性期以外はダウンサイジングが求められると指

摘した。また、「これからは病棟単位で医療機能を細かく分けていく流れになる」と見通し、病院単位の基準設定は機能分化の足かせになるとも指摘。病棟単位にして、人員の傾斜配分を認めるべきと提起した。

自院については、多機能の病床・施設・サービスと地域のニーズとをシステムでつなぎ、医療・介護・福祉のシームレスな連携を実現することを戦略課題として示した。その中で、「介護の居住施設化という選択肢もあり得る」とした。

脳血管疾患の専門病院を運営する美原委員は、高い志しをもってあるべき医療を追求していくことの重要性を示した。すなわち、ストラクチャ（人員と設備）を充実させて医療提供体制を強化、質の向上と効率化を実現して望ましいアウトカムを得、それが高い評価となって必要な利益の確保につながるというサイクルである。こうした戦略はDPCの機能評価係数Ⅱで高い係数を獲得するという成果をもたらした。

一体改革に関しては、「どのような制度や枠組がつくられても、中身をつくっていくのは現場である。求められる医療をしっかりと提供していくことが大切ではないか」と述べた。

木村委員は自院を都会型の地域一般病棟になぞらえつつ、病院の建て替えに直面する中での戦略を語った。

同委員は「基幹病院との連携によって地域に密着した軽装備の急性期病院が可能となる」と断言。それを保障するものは訪問看護ステーションや介護施設との連携であり、それによって「地域に自施設に相当するベッドをもつことが可能となる」と論じた。

その上で地域格差に言及。診療報酬だけでなく、建築基準、廊下幅等の構造基準、病床あたり面積などの各種規制も地域別対応を図っていく必要を訴えた。

木下委員は近在の病院を取得し、回復期リハの強化を図る方向で自施設の建て替えを決意したことを明らかにし



た。「回復期リハが過剰傾向の山口県で、あえて、競争に打ち勝っていく方向を選んだ。質向上のためには病床数を減らすことも考える」と、生き残りに自信をのぞかせた。

木下委員は、また、社会経済を活性化させるために、高齢者の定義を60歳から70歳へと引き上げ、併せて70歳まで就業を続ける環境づくりを提唱した。

一般病床から療養病床、精神病床と自己完結型の病院を運営する安藤委員は、「地域人口は緩やかに上昇をたどる中、急性期、亜急性と回復期リハ、老健施設の供給不足が続く」と地域のニーズを分析、「リハ機能を高めたトータルヘルスケアを提供していきたい」と、リハのグランドデザインおよびグループ戦略を紹介した。

さらに、「2025年のシナリオに従うと増収が見込まれるが、コストの面をよく検証しなければならない」と、自院の収支予測を披露。そのための課題として、①急慢連携の取り組み、②グループ内連携の強化、③医療・介護の街づくり、④認知症への取り組みをあげた。

演者6人による経営戦略例示を踏まえ、議論に入った。

その冒頭、長谷川友紀東邦大学医学部教授は、今後の病院経営戦略を模索する上で、①2次圏の将来予測データが活用可能になっていること、②一体改革のシナリオから自院の位置を把握すること、③一体改革シナリオに地域一般病棟をどう位置づけるかの議論を深めること、④将来的に単体でいかか、協調・グループ化を志向するかが重要な論点となること、を指摘した。

その最後の論点について徳田座長がたずねたところ、演者の回答は、「単体でいく」4人、「協調・グループ化・協業・連携を指向する」2人（関心ありを含む）であった。

続いて開設主体の問題に移り、社会医療法人や公益財団法人など公益性が認定された法人格であることの経営戦略上の意味が議論された。その中で、持分ある医療法人の演者3人のうち2人から、社会医療法人への移行を志向しているとの発言があった。

高度急性期について、池上直己慶應大学大学院教授は、「この考え方は50年前から基幹病院中心の病院体系論の中で使われてきた。当時は高齢者が少なく、専門医による臓器別治療が軸となっていた。老人の急性期医療が医療費の2/3になろうとしている現在、病院の使命は入退院を繰り返す老人をどうケアしていくかであり、高度急性期がどういう役割を果たすかは疑問だ」という見解を披露した。

この高度急性期に関しては演者全員が明確な定義を類推することができず、曖昧なままにカテゴリーが一人歩きしていることへ懸念を示した。

池上教授は、また、サービス付高齢者住宅を病院戦略にどう組み入れるべきかと問題提起した。これには3人が関心を示し、1人は検討に前向きな姿勢を示した。

議論を締め括るにあたって、徳田座長は、病院のあり方委員会として、今後も民間中小病院が成り立っていくにはどうしたらよいかというテーマを追求していく意向を表明した。

高度急性期は施設絞って集中投入。亜急性期・長期療養も充実が必要

改定・制度改正によっても地域包括ケアシステム構築という方向は不変

神奈川学会／特別講演「地域包括ケアシステムと医療・介護の連携」(要旨) 厚生労働省保険局医療課長 宇都宮 啓

若年層が減って高齢者が増えるという人口構成の変化によって、患者も65歳以上あるいは75歳以上が大部分を占めるようになる。それによって医療の中身が変わり、生活の場である地域の意味合い、地域医療の重要性が増している。

その一方、高齢化社会に、どうすれば高齢者を支える社会、財政を維持していけるのかということが大きな課題になっている。給付の拡大は国民の負担増となり、増税につながっていく。少しでも負担を軽く、質のいい医療・介護を提供しなければならないという難題に、今我々は臨んでいる。

そこで地域包括ケアシステムについてお話ししたい。内閣府の調査では国民の4割弱が現在の住まいで、2割弱が介護付きの高齢者住宅等で介護を受けたいと言っている。しかし、この在宅という部分の供給が足りないというのが現実である。

こういった背景の中、在宅療養を行なう高齢者を医療・介護・予防・生活支

援・住まいという5つの視点から支援する地域包括ケアが提唱され、それぞれのサービスが包括的かつ切れ目なく提供される地域包括ケアシステムを構築するということで介護保険法が改正され、医療と介護の機能分化と連携を重要課題に診療報酬・介護報酬の同時改定が行なわれた。

診療報酬改定は、これまで課題となっていた救急・産科や勤務医等の負担軽減に加え、地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への移行あるいは地域生活への復帰に向けた取り組みの推進などに重点的に配分するという方針で、0.004%のプラスとなった。

一方、1.2%のプラス改定となった介護報酬は1%が在宅、0.2%が施設という配分で、施設から在宅介護への移行を図る、24時間定期巡回といった在宅サービスあるいはリハビリテーションなど自立支援型サービスの強化を図るという方針にもとづいて行なわれた。

この地域包括ケアの推進は社会保障と税の一体改革にも明記された。つま



り、地域包括ケアシステムの構築は政府として取り組む方針であり、これまで制度改正や改定の度に色々変わるといった批判を受けてきたが、今後は、2025年を目標年として地域包括ケアシステムを構築していくという方向性で臨む、その第一歩が今回の同時改定ということである。

したがって、2年後に診療報酬、3年後に介護報酬の改定があり、その間に制度改正もあると思うが、目指す方向が地域包括ケアシステムの構築ということは変わらない。

今後、高齢者がふえるに従って地域がますます重要になってくる。若者の医療ももちろん大事であるが、高齢者

の医療を本当に考えないといけないというときに現状の病床配分でいいのか。ここは一体改革の中で指摘されたように、もっと高度急性期は施設を絞って、そこに資源を集中的に投入して、さらにその受け皿を広げていく、そして財源のほうも充実していくということである。

今の7対1や13対1の配分というものが、本当に、今後の高齢化の中でふさわしい形なのか。もう少し亜急性期や長期療養を充実する必要があるのかもしれない。さらに介護という要素も含めてどう整えていくか、そういうものをこれから考え、配置を進めていかなければならないという課題がある。

消費税「原則課税」と税制議論の場設置を求める

医療非課税矛盾の解決策で日医と四病協のシンポジストが完全合意

神奈川学会／シンポジウム「病院経営における消費税について」

社会保険診療に消費税が課税されないために医療機関に負担(控除対象外消費税)が生じている問題を取り上げたシンポジウムでは、四病協と日医の担当役員がそれぞれの立場から現行制度の矛盾を明らかにし、その矛盾を解消する方策を論じた。

その結果、抜本的な解決は原則課税とすることであり、そのために税のあり方を議論する場を設けるべきであるという点で認識が一致、四病協と日医の間で合意が成立したことを確認した。

登壇したのは、日本医師会の今村聡副会長、四病協を代表して日本医療法人協会の伊藤伸一副会長、全日病の猪口雄二副会長。これに専門家の立場から石井孝宜公認会計士が加わり、西澤寛俊全日病会長が座長を務めた。

このうち今村氏、伊藤氏、西澤会長の3人は、8%への消費税引き上げに伴って措置される診療報酬等による補填策を検討している中医協分科会の委員であり、一方、猪口副会長は四病協傘下の病院を対象に消費税負担の実態調査を進める責任者を務めている。

冒頭、シンポジストはそれぞれの立場から消費税非課税問題の背景と構造を説明、あわせて解決策を提示した。

今村氏は、消費税は最終消費者(国民)が負担するものであり、そこにいたる過程の企業は販売で預かった消費税額と仕入で支払った消費税額の差額を国に納める仕組みになっていると、消費税徴収の仕組みを説明。

しかし、非課税である医療は最終消費者となるべき患者から徴収できないために医療機関が最終消費者の立場に置かれ、仕入で支払った消費税額の転嫁(控除)ができないでいると、医療非

課税の矛盾を指摘した。

伊藤氏は、非課税によって生じる医療機関の負担は診療報酬に1.53%上乗せて補填されているという厚労省の説明を取り上げた。

そして、補填された診療報酬項目がごく一部にすぎないことやその後の改定で減点や当該項目の修正・廃止が実施されるなど、「補填の内容が不透明である上に複雑すぎて検証不可能な状態にある」と指摘。「この方法を今後も維持できるとは思えない」と述べ、「こうした方式を止め、原則課税とすることを求めたい」と訴えた。

非課税の矛盾を解消する方法としては、原則課税以外に、輸出企業と同様の、過分に負担した消費税が還付される免税方式というものも考えられる。一方、EU諸国では、仕入に課された消費税を控除できるインボイス方式を採用している。

両氏の説明を踏まえて猪口副会長は、こうした還付や税控除ができる仕組みに変えるべきではないか、すなわち医療を課税事業とすべきではないかと論じた。さらに、診療報酬の一部分に上乗せする現行補填方式ではなく、消費税率に合わせて1点単価を変える方法が分かりやすいと提案した。

公認会計士の石井氏は「診療報酬で手当てする方法は確かに難題である」とした上で、選択肢として、①診療報酬単価(あるいは点数)×税率、②現行方式の踏襲、③消費税対応加算、④各病院の税負担実額を申告させて還付させる方法を紹介。④について、「この方法は実務的に大変で、対応できる場所とできない場所に分かれるので、選択制にすることも考えられる」

と補足した。

その上で、医療を課税事業にする消費税法の改正議論ができないのであればと断って、「前出各案がどういかがしっかりと議論されてしかるべきである」という所感を表わした。

石井氏は、医療に消費税を課税することに国民的合意が得られるか、議会がどう対応するか、と率直な疑問を呈した。さらに、「この問題には、税制改正で大きな影響が生じる13のステークホルダーがいる。このすべてが非課税でよしとしたらそれを阻止することは難しい」と述べ、「そういう意味で課税にするという問題は難題である」との認識を明らかにした。

その一方で、「税制についてきちんと議論する場が設置されるべきである」という見解を示した。

同時に、医業経営によって課税と非課税の項目がいろいろ入り組んでいること、償却や損金計上ができない公的病院があることなど、消費税非課税の背景と構造に複雑な現実があることをも指摘。「控除対象外消費税をどのように補填していくかの議論をきちんとしないと、これまでの曖昧な状態が続くことになる。どう対応するかをじっくり検討していただきたい」と結んだ。

シンポジストの意見表明を終え、会場からは「税の欠陥を診療報酬に転嫁させることはおかしい。欠陥税制であることをもっと国民に分らせるべきではないか」「還付方式が一番分かりやすい。なぜできないのか」など、現行制度への疑問と批判の声が相次いだ。

還付方式については、シンポジスト



から「医療を課税事業とした上でゼロ税率にしなければ還付はできない」と、消費税法の改正が前提となるという説明が行なわれた。石井氏は「(法改正をするのであれば)ゼロ税率が一番現実的ではないか」との認識を示した。

その上で石井氏は、消費税法改正法に医療等における税率引き上げに対する措置の検討が書き込まれたことに言及。「これは政府が公に医療非課税の矛盾を認めたという点で、絶好の、しかしファイナルのチャンスかもしれない」と述べ、医療側が一致団結して対応に当たるべきであるとサジェストした。

シンポジウムをまとめるにあたって、座長の西澤会長は、日医と四病協の3人に「原則課税という点は合意可能か」と確認したところ、3人のシンポジストは諾とする意見を表明した。

これを踏まえ、西澤会長は、①診療報酬で補填する現行方法には無理がある、②解決策は原則課税である、③消費税課税のあり方を議論する場を中医協とは別に設置すべきであるという3点で3人の意見は完全に一致していると整理。「これは日医と四病協の合意である。このために我々は動かなければならない。ステークホルダーが多いことは事実だ。拙速は慎むが、しかし、これを確実にしとげるといふ決意をここで確認したい」と締め括った。

人口減で急性期の需要が減少。75歳は2025年から減り始める

高齢化は地域固有の問題。人口動態と医療資源分布の特性を把握すべし

神奈川学会／特別講演「医療提供体制の再編の方向性」(要旨) 国際医療福祉大学大学院教授 高橋 泰

日本の人口はどう変わるか。高齢者人口は2010年から15年に最も増えるが、20年以降は増えない。高齢化率とは総人口に占める65歳以上の割合であるから、65歳以上が増えれば上がるが、増えなくても、64歳以下が減れば上がる。したがって、今後、日本の人口は増えないが高齢化率は上がり続ける。

75歳の人口は2025年ぐらいにピークを迎える。65歳は2015年過ぎから減り始めるが、ここで65歳を超えた団塊の世代が10年たつと75歳を超えていく。つまり、2025年以降、75歳は減少傾向に向うわけである。したがって、ここを目安にインフラを整備していけばその後はうまくいくのではないかとこの考え方は間違っていない。

現在も、多くの経営者や自治体がさらなる高齢者施設の建設をしようとしている。しかし、高齢化率は上がり続けるが、高齢者が増えるのはあと5年。後期高齢者が増えるのはあと10年強ということであれば、施設の新規建設を思いとどまる地域もあることだろう。

高齢化は過疎地の問題というのは20世紀では当たっていた。ところが、21世紀に入って都市の高齢化が急激に進み、過疎地でも高齢者が増えない時代に突入している。ただし、今後15年間における65歳以上あるいは後期高齢者の増減には地域差が大きい。高齢化は

地域固有の問題として考える必要がある。

こういうようなことを考えて2次医療圏データベースを作成した。地理データと医療提供のデータを組み合わせただけだ。

それで見ると、例えば、医師が少なく後期高齢者が激増、医療提供が不足し、大変な事態になりそうなエリアは、春日部、行田、さいたま、熊谷、東松山、立川、木更津、厚木、横浜北部、藤沢など、東京周辺に固まっている。逆に、過疎で医師不足が顕著なところは、南会津、奥能登、木曾、雲南、太田である。

この2次医療圏データベースを使うと、地域ごとの医療資源のばらつきがよく分かる。首都圏で医師が圧倒的に足りないのは埼玉県であるが、中でも人口483万のこのエリアは医学部もなく、日本で一番医師が少ない。ここで、今、何が起きているか。有病率が低かった団塊の世代はもっぱら東京の病院に通っていたが、リタイアをして、病気がちにもなって、地元志向になってきている。かくて、埼玉では今、病院不足や診療所が混雑するという現象が起きている。同じことが千葉県、東京都、東京都、北部、印旛で起きている。

医師と看護師の数を人口密度を対数軸にしてみると、人口が増えると医者

は逆に人口が上がると減る傾向がある。都市は看護師不足に、地方は医師不足になるという傾向が分る。グラフから、医者は都市部と医学部の方に動くが、看護師は地元志向が強く、意外に地方に多いというように動向がまったく違うことがわかる。

今後どうすればいいか。将来の需要が減少して、現在非常に豊富なところは削らないといけない。逆に、将来の需要が増加して、現在足りないところは積極的につくらないといけないというのが基本的な考え方になる。

北海道では函館、室蘭、旭川で高機能病床のダウンサイジングが必要になると思われる。つまり、今は充実しているが、今後の人口減が激しいと見込まれる地域である。東北は秋田と弘前は現在かなりレベルが高いが、今後の人口減が激しいエリアだ。周辺部が足りないので、そちらを補うことを考えていかないといけないだろう。関東は北関東と埼玉、千葉が圧倒的に足りない。千葉県の山武、香取という辺りは今も決定的に医師が不足している。逆に安房の方は亀田総合もあって今は高いレベルにあるが、人口が3割ぐらい減るのでダウンサイジングがいるだろうと思われる。

こうして全国をみていくと地域ごとの供給需要のアンバランスが分る。今後



の高齢者人口の動向も地域によって異なる。知っておいていただきたいことはただ1点、自分の地域が今どうなのか、今後どうなるかということである。

近々、日医から400頁を超えるワーキングペーパーが出るが、そういう情報には目を通してほしい。それが出た後にもこういう情報を発信していくが、できれば、自院で2次医療圏データベースを使って計算をしていただくのが一番よい。

今後の人口減で、0~64歳の急性期医療を利用していた層が全国平均で3割、多いところは5割以上減る。一方75歳以上はものすごく増える。したがって、ほとんどの地域が、急性期病床の一部を亜急性期や療養病床にシフトしないと行けない。

つまり、急性期病床を亜急性・回復期の方に持っていく展開をしていかないと行けない。これは徐々に進むものだが確実に来る。こういう地域特性を意識して、今後の進むべき方向性を考えていただきたい。

神奈川学会 松田伸哉産業医科大学教授の講演記録は10月15日号に掲載します。

「地域包括型医療連携拠点」として地域で生き残りたい

急性期と在宅機能だけでは在宅化が進まない。地域に連携型在宅診療を勧奨



福井県支部長
医療法人池慶会池端病院 理事長・院長 池端幸彦

当院は、全国トップクラスの長寿県である福井県の片田舎である越前市に、昭和34年父が医院を開業、昭和49年に30床の小病院を新築、平成元年に私が継承した。

その後は地域医療計画による病床規制で増床はかなわず、現在も全床準完全型の療養病床(医療型19床、介護型11床)を県内唯一の単独型強化型在宅療養支援病院として運営しており、在宅・通所部門の展開により、現在の職員数は常勤120名を超える。

平成23年度の実績は、新入院患者の71.5%が在宅からの入院、在宅復帰率76.7%、平均在院日数72.0日であったが、この4月から8月までの在宅部門実績は、昨年度平均に比して、保険収入ベースで訪問診療27%、訪問看護20%、訪問介護11%の増収、指示書の厳格化のあおりで訪問リハビリは4%の減収だったが、在宅部門全体としては12%の増収となっている(入院は微増、外来・通所部門は若干減収)。

現在、訪問診療実人数は月平均約70名程度であるが、うち在総管、特医総管の算定患者は20名(約3割)に過ぎない。これら管理料の収入は魅力だが、一方で利用者にはかなりの自己負担を強いることになるため、当院では2週毎の気管カニューレや胃瘻チューブ交換患者、癌末期、神経難病等でどうしても月2回以上の訪問診療と24時間体制が必要な患者に限って算定しているのが現状だ。

ただ、それ以外の患者も訪問看護はほとんど24時間体制であり、結果的に在総管等算定の有無に関わらず連絡が来てしまい、もう少し柔軟な算定基準があればと感じる。

また、当地域はまだ積極的に往診機

能を発揮する医療機関が少なく、ここ数年は年平均で月10名程度の訪問患者実数増(訪問件数では月20件増)があり、今後は周囲の診療所の先生方へ連携型在宅療養支援診療所を働きかけが重要と考え、現在、展開中である。

さて、在宅療養支援病院と(無床)在宅療養支援診療所との大きな違いを考えると、やはり、いざという時に入院できる病床を有しながら在宅を支援できるという点であろう。

今回の診療報酬改定(在宅部門)では、機能強化型で有床の場合は診療報酬上もさらに高く評価され、在宅患者緊急入院診療加算や救急・在宅等支援療養病床初期加算も倍増された。厚労省もようやく、急性期病院と在宅機能だけでは在宅がスムーズに進まないことに気が始めたようだ。

だからこそ在宅療養支援病院は、(無床)診療所にはない「充実した入院機能」が求められる。その入院機能の中身については、地域の实情に合わせて各医療提供機関が判断すべきもので、極論を言えば、ICU管理や手術加療、初期の抗癌剤治療等といった高度急性期医療以外であれば、重急性期から肺炎や術後のリハビリテー

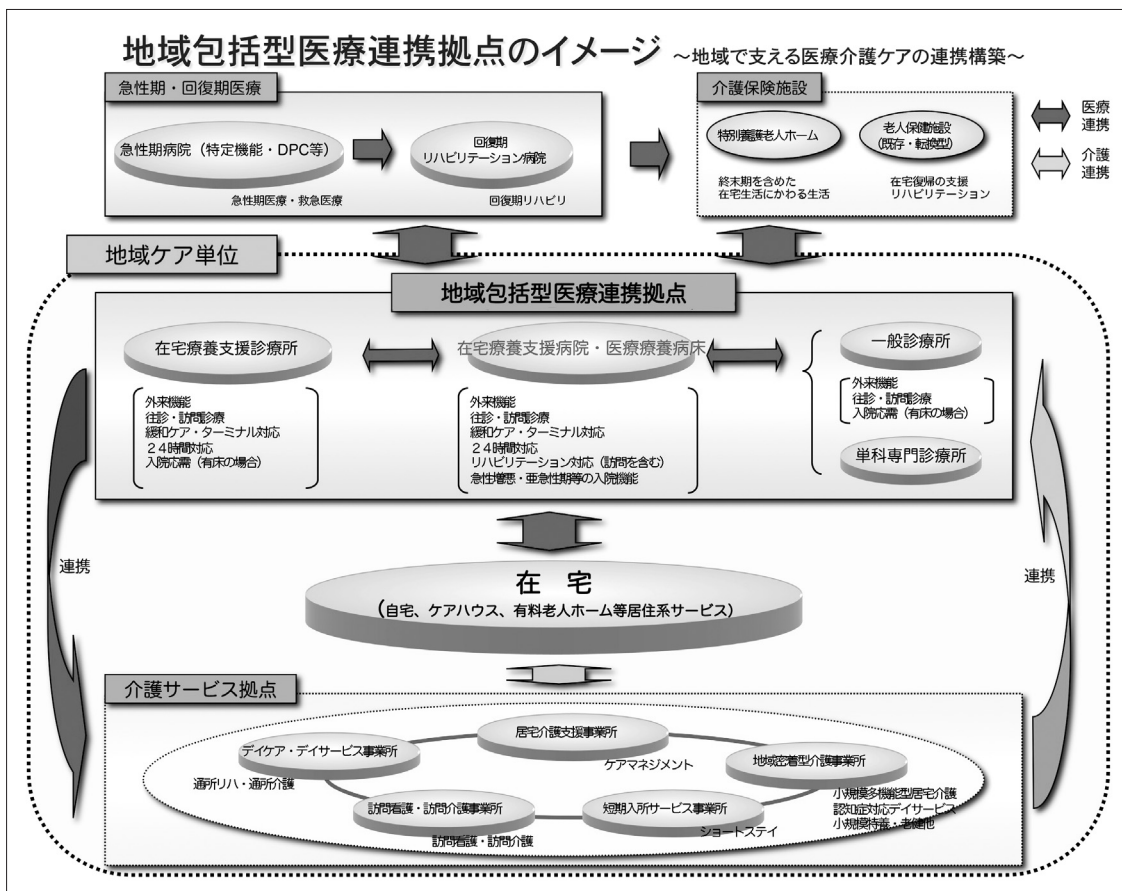
ションを要する回復期、慢性期の急性増悪から認知症の身体疾患合併、さらには神経難病や癌末期のレスパイト入院に至るまで、必要性に応じてすべて対象となりうるのではないだろうか。

現在の我が国の社会保障の現状や人口推計から考えれば、病院から在宅へ、施設から居住系へと言う流れは止めようもなく、そんな中で大事なことはその地域をよく見回して医療サービスの隙間を見つけること、つまり自院がやりたい医療ではなくその地域で求められる医療を如何に等身大で提供してい

くかではないだろうか。

そして、一人勝ちを狙うのではなく、24時間連携やバックベッド機能等を生かし、高度急性期病院からの在宅までの道筋も含めた受け皿機能や、在宅療養支援診療所や一般診療所の支援機能を有する『地域包括型医療連携拠点』(図参照)ともいべき在宅療養支援病院こそが求められている。

これは全日病の地域一般病棟の概念にも通じ、また、それを展開できる医療機関こそが地域で生き残っていくような気がしてならない。



医療機関債の強引な勧誘で苦情が急増

厚労省と消費者庁が都道府県等に対応要請の通知。ガイドライン見直しも検討

厚生労働省は9月6日付で医政局指導課長通知を2件発出、各都道府県と地方厚生(支)局のそれぞれに「医療機関債に関する消費者委員会の提言を踏まえた対応」を要請した。

「消費者委員会の提言」とは、医療機関債の強引な勧誘に関する消費者からの相談が各地の消費生活センターに寄せられているため、内閣府消費者委員会として、厚労省に医療機関債発行等

のガイドラインの改正等の対応を提案しているものを指す。

国民生活センターによると、医療機関債に関する相談は2010年度以前は年間数件程であったが、11年度に386件と急増した。しかも、不特定多数の国民に広く勧誘を行なっている上、払い込みが確認できた事件の9割が100万円以上と高額になっている。

同センターは、消費者庁が注意喚起

を行なった法人については出資法に抵触している疑いが認められるなど、ガイドラインに違反していた疑いがあるとみている。このため、消費者庁には、都道府県の消費者行政部局に対して、医療機関債勧誘の動きを積極的に把握するよう求めるとともに、把握した場合は速やかに情報を当該医療法人を所管する部局に提供するよう要請すべきであると提案。

一方、厚労省に対しては、都道府県の医療法人所管部局と消費者行政所管部局を対象に、両者が緊密に連携して、長い期間経営実態がない医療法人が医療機関債を発行している場合など不適切なケースの把握に努めるとともに、その是正のため医療法に基づく措置等を迅速に行なうよう、さらに、医療機関債の発行が出資法られた場合等には警察とも積極的に連携して対応するよう要請すべきであると提起している。

その上で、厚労省に対して、①医療機関債の発行実態等の把握、②関係機関の連携の推進、③ガイドラインの見直しの検討を求めた。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> メディカル クラーク

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、35年余にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- <実技I> 患者接遇
- <学 科> 医療事務知識
- <実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

<称号> 医事業務管理士

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する、平成23年度より開始の試験です。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- <実技I> 患者接遇・院内コミュニケーション
- <学 科> 医事業務管理知識
- <実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

<称号> ドクターズクラーク 【主催】 社団法人 全日本病院協会 財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- <学 科> 医師事務作業補助基礎知識
- <実 技> 医療文書作成

●試験の詳細資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

「基本診療料のあり方」の検討開始を決める

四病協 医療法も視野。議論の場設置など具体策を次回決定

四病院団体協議会は9月26日に開いた総合部会で、中医協における「基本診療料のあり方」の議論状況を取り上げ、四病協の対応について協議した結果、四病協として独自に検討する場を設けることで各団体とも一致した。

中医協で基本診療料の議論が始まった契機は、直接には、2012年度診療報酬改定答申の附帯意見に「基本診療料のあり方について検討を行う」と書き込まれたことにある。ただし、基本診療料を検討するという課題は、08年度改定から3改定連続で答申附帯意見に書き込まれている。

12年改定後に検討が始まったのは、昨年、診療報酬調査専門組織・コスト調査分科会に、基本診療料のコスト調査方法について検討を委ねた結果、「基本診療料の定義や内容が曖昧な状態での調査は困難だが、それらが明確になれば可能」との回答を得たことが大きい。

この回答を踏まえて診療側が粘り強く求めた結果、コスト調査も視野に取めつつ、基本診療料の定義を含む、診療報酬体系見直しに向けた議論を開始することが決まった。

基本診療料をめぐる議論は、中医協の診療報酬基本問題小委員会を舞台に、この6月から始まり、議論の進め方として、まずは入院基本料を対象とすることで支払側・診療側とも合意した。

現在まで3回開かれているが、この立ち上がりの議論で「入院基本料が事実上看護基準で決まっている」ことへの疑問が支払側から示され、診療側と問題意識を共有するにいたった。

同日の四病協・総合部会は、こうした議論の経緯と論点の所在を中医協委員である西澤俊俊全日病会長にたずね、事実関係を確認。これを踏まえ、次期改定までにどこまで議論が進むのか、あるいは、病院団体としてどこまで踏み込んだ提言や要望を行なうべきかということテーマに、意見を交わした。

現行の入院基本料に関しては、看護基準したがって看護配置数を主たる算定要件としていることへの疑問だけでなく、夜勤の72時間規定や病院単位の看護基準など、色々な問題点が指摘されている。

こうした指摘に、西澤会長は「議論の基本的方向は入院基本料として評価



されているコストの内訳を明確にすること、その上で適正なコスト評価に組み替えることであり、その方向を見失わない範囲で付随する問題点の是正に努めたい」と提案した。4団体は、中医協の議論を主導する診療側を支援する立場から取り組むことを確認、提案を了承した。

その一方、「不合理な点の改善を求めるのであれば、どうすればよいか」という対案がなければ議論は進まない」という意見が示された。

その結果、あるべき基本診療料とともに次期改定に向けた見直し課題について検討する場を四病協に設けること

で4団体の意見が一致した。

現在、四病協には、主に医療提供体制を議論する医療制度委員会と診療報酬問題を扱う医療保険・診療報酬委員会がある。

「人員配置は医療法と診療報酬の両側から規制されている。両者一体に検討すべきではないか」という意見もあり、既存の委員会が担当するか、あるいは何らかのワーキングを設置するかといった点を詰める必要がある。

総合部会は、次回会合に各団体の意見を持ち寄り、入院基本料を初めとする基本診療料に関する議論の場設置の具体案を検討することを確認した。

療養病床数を止め、後発品使用促進を数値目標に採用

第2期医療費適正化計画基本方針案で意見募集

厚生労働省は2013年度から17年度までを期間とする第2期医療費適正化計画の策定に向け、その基本方針(告示)の改正案をまとめ、9月6日に意見募集を開始した。募集期間は9月21日まで。

改正案は、「住民の健康保持の推進」に関する都道府県が達成すべき数値目標に、第1期で定められた「特定健診・特定保健指導の各実施率」「メタボ該当者・予備群減少率」に加え、新たに「たばこ対策に関する目標」を追加した。

「医療の効率的な提供の推進」に関する目標においては、「療養病床の病床数

に関する数値目標」をなくし、「後発医薬品の使用促進に関する目標」を加えた。「平均在院日数の短縮」は第1期計画から継続された。

「医療の効率的な提供の推進」に関して、改正案は、「第2期計画期間では、療養病床数を機械的に削減することではなく、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化を図ること等により、入院期間の短縮を目指す」としている。

平均在院日数に関する数値目標も、第1期計画の「最も短い長野県の平均

在院日数との差の9分の3以上の日数を減じたものとする」ことを止め、「医療

特定健診・保健指導基本指針一部改正案を意見募集

厚生労働省は9月6日、特定健診・保健指導基本指針の一部改正(告示)案をパブリックコメントに付した。意見募集期間は9月21日まで。

一部改正案は、2017年度における特定健診の実施目標を、①健保組合は現行の80%を85%~90%に引き上げる一方、②協会けんぽ管掌健康保険は70%

機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等内容をとする医療提供体制の整備及び地域包括ケアシステムの構築に取り組むことを通じて平均在院日数の短縮が見込まれる」と書き改めている。

から65%へ、③市町村国保加入者は65%を60%以上へと、それぞれ引き下げている。

また、特定保健指導の実施目標を新たに設け、健保組合と市町村国保は60%、共済組合は40%、協会けんぽは30%とした。

厚生労働省 医療従事者の雇用環境改善で省横断チームを設置

厚生労働省は「医療分野の雇用の質の改善」に向けたプロジェクトチームの設置を決めた。9月25日の記者会見で小宮山厚生労働大臣が発表した。

医師、看護師など医療従事者の雇用環境改善に向けた取り組みを、縦割りを超え、関係部局一体のものとするというのがプロジェクトチーム(PT)の主旨。

メンバーは大谷厚生労働審議官を筆頭とし、原医政局長ほか5局の局長・課長からなる。10月中に初会合を開き、年

内をめどに対策案をまとめる予定だ。

PTの課題として、提唱者の小宮山大臣は、①雇用環境の改善に向けたビジネスモデルの構築、②医療経営に関して関係部局が一本化した対応を図るワンストップ相談支援体制の構築、③潜在看護職員の再就職支援のモデルを例示した。

ただし、厚生労働省の報道向け文書は「具体的な検討内容は決まっていない」としている。

「2012年度個人情報管理・担当責任者養成研修会」開催のご案内

全日病主催「2012年度個人情報管理・担当責任者養成研修会」を下記会場で開催します。ふるってご参加ください。

- ベーシックコース(富山会場)
 - 日時 ● 11月16日(金) 10:00~16:30
 - 会場 ● 富山県教育文化会館
 - 定員 ● 60名
- ベーシックコース(京都会場)
 - 日時 ● 11月29日(木) 10:00~16:30
 - 会場 ● メルパルク京都(予定)
 - 定員 ● 60名
- アドバンスコース(東京)
 - 日時 ● 11月1日(木) 10:00~16:30
 - 会場 ● 全日本病院協会6F大会議室
 - 対象者 ● 全日病主催「個人情報管理・担当責任者養成研修会」の受講修了認定証をお持ちの方
 - 定員 ● 60名

※いずれも全日病HP掲載の申込書を使ってファックスでお申し込みください。 問合せ/全日病事務局 Tel. 03-3234-5165 Fax. 03-3237-9366

高血圧 年 有・無

糖尿病 年 有・無

高脂血症 年 有・無

神経痛 年 有・無

脳卒中 年 有・無

循環器疾患 年 有・無

呼吸器疾患 年 有・無

消化器疾患 年 有・無

泌尿器疾患 年 有・無

婦人科疾患 年 有・無

骨格疾患 年 有・無

骨粗鬆症 年 有・無

内分泌疾患 年 有・無

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報管理 患者基礎情報

入院年月日

発症日

現病歴

個人情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

大成功の神奈川学会。地域医療の未来と課題を確認

2025年改革シナリオを見据えた病院の戦略を熱く語った2日間

9月21日、22日に横浜市みなとみらい（パシフィコ横浜）で開催された「第54回全日本病院学会 in 神奈川」（学会長・赤枝雄一神奈川県支部長）は、約2,300人の参加者と707題にのぼる演題発表を得る大成功を収めた。（1面、4面、5面を参照）

開会の辞で、赤枝雄一学会長（神奈川県支部長）は「横浜は開港してから153年になる」として、幕府に門戸を開かせたペリーにまつわる故事を紹介。「神奈川の前回学会より15年が経過した」と述べ、全日本病院学会の発展を近代日本の歩みに重ねあわせて、横浜開催の意義を語った。さらに、「急速に進む少子高齢化への対応や2025年に向けた地域包括ケア構築の中で、医療・介護・福祉の連携がますます必要となっている。こうした中、本学会は“地域医療の最前線”をメインテーマとし、明るい未来への思いを込めて“み

なとみらいから未来へ”をサブテーマとした」と、神奈川学会の課題を語った。**西**澤寛俊会長は、挨拶で、「(団塊の世代が後期高齢者になる)2025年まで15年もない。政治が混乱・停滞している状況にあっても、医療の現場はさらに質の向上に努め、医療提供体制の構築を進めていかなければならない。それは何のためか。我々の子そして孫が夢と希望をもって明るい未来が開けるようにするためだ。この思いが今学会のテーマになっている。本学会で、地域医療の最前線、すなわち医療現場にいる皆様方から提言をいただき、

我々の強い意思を行動へと変えていきたい」と、神奈川学会の役割を語った。**祝**辞で、横倉義武日本医師会会長は、「少子高齢化の進展は人口構造、社会環境、疾病構造を変え、もって地域医療のあり方に重大な影響を及ぼしている。この変化は各地域の事情によって異なるため、それぞれの地域の医療のあり方には柔軟な対応が求められている。そのような中、地域住民と患者のニーズに的確に応えるには地域の連携体制の構築が不可欠である」と、地域医療の課題を説いた。**用**意した祝辞を読み上げた後に、原徳壽医政局長は、「医療は霞ヶ関で考えているだけではだめで、医療の現場が重要である。私どもがあれこれ考えすぎると現場が大変混乱すること

を感じたことがある。そういう意味で、皆様が地道に現場でされていることをしっかり受け止め、それをいいかたちに制度化できるものであれば実現したいというのが、私の役人としての考え方である。それぞれの現場でよりよい医療を実現していただけるような制度を考えていきたいと思っている」と、地域医療の現場の声に期待を寄せた。**地**域医療の現場を支える仲間が寄り集った神奈川学会は、急性期病床の機能分化、亜急性期と地域一般病棟、慢性期医療、在宅医療とその支援、医療と介護の分担と連携、地域包括ケア、そして医療の質の向上と効率化などをキーワードに、2025年に向う改革シナリオを見据えた病院の戦略について、熱く意見を交わした。

ドイツの医療制度 特徴的な専門医制度と医師会の一元管理

招待講演／ドイツと日本の医療事情—医療システムの相違と癌医療 腫瘍クリニック ハンブルグ外科内視鏡顧問 堂元又蔵

ドイツには大学、国立、州立、市立からなる公立病院と宗教団体の病院がある。公立病院が充実しているため、私立病院（個人病院）が入り込める余地がない。
ドイツの専門医制度は、まず専門医研修認定病院に就職、6年間の研修証明書を州の医師会に提出し、書類審査合格後に専門医認定試験を受ける。外科の場合は4年半で病棟実習と手術を行ない、6ヵ月間の重症病棟、6ヵ月間の臨床研修を行なう。これに新たに6ヵ月間の開業医研修が加わった。
専門医になると勤務医として就職・昇進ができ、健康保険医や個人開業が可能となる。専門医認定証がないと外科医1人での手術が許されない。したがって医師免許取得後の6年間は専門医資格の取得に専念する。学会とは無縁の、医師会管理下の専門医制度である。
ドイツの医師はすべて医師会会員であることが義務づけられ、医師会会員だけに、国内で医療活動を行なうことが許されている。
開業を希望する専門医は医師会に健

康保険医の資格を申請する。開業医の数は人口で制限されているため、自由に開業できない。空席がない場合には勤務医を続けながら待機することになる。しかも55歳までに開業しなければならない。さらに、勤務医は65歳、開業医は68歳で定年となり、保険医の資格を失う。
ドイツでは病院と勤務医がすべて医師会の管理下にある。医師会に所属しないと病院として認められず、医療保険の請求もできない。
勤務医の労働時間は週5日制の35.5時間である。ドイツ人で残業する医師はまず見当たらない。しかも、超過勤務の支払は月7.5時間までで、それ以上の超過勤務は支払われない。当直明けは帰宅することが義務づけられている。
学会に参加する費用は勤務医の税金控除の対象となっている。参加費、交通費・宿泊・食費らがすべて控除の対象になる。もちろん、医学書、学会誌、すべての保険費、通勤費、さらには通勤かばんにいたるまで控除対象である。公的医療保険の下で病院を受診する

には、ホームドクターの紹介状が必要である。民間保険であれば希望する医師を指定・予約できるが、民間保険は国民の8%に過ぎず、92%が公的保険である。救急の場合は救急車が指定する病院へ随時搬送される。夜間の救急指定病院は総合病院、全科医師の待機、当番病院に関してはすべての患者を受け入れること、たとえベッドがなく、フロアに寝かせてでも受け入れなければならない仕組みになっている。
日本とドイツの医師数を比較すると、ドイツの就業医師数は31万4,200人、日本の総医師数は28万6,999人と、日本よりもはるかに人口が少ないドイツの方が医師数が多い。したがって1人の医師が受け持つ人口は日本よりもかなり少ない。それでも近年は、当直料や超勤手当カットによる収入低下を嫌った医師が外国に向う傾向が強まるなど、医師不足が議論されている。
日本はすべてにおいてアメリカに目が向けられているが、日本の社会は、アメリカよりもドイツの医療制度を受け入れやすい環境にある。

50年前にタイムスリップ?!

市民公開講座／健康とスポーツ、そして歌と…

市民公開講座は、慶大ラグビー部を日本一に導いた上田昭夫氏と2007年極真空手北米選手権で優勝した山下悠毅氏（医師）に、健康とスポーツの魅力を語ってもらった。そこに登場したのが田辺靖雄、九重佑三子ご夫妻。1960年代に青春ポップスを唄い、アイドルになった。素敵に年を重ね、高齢者の仲間入りしたが、今も歌手・俳優として活躍中。
ハイボウラやGIブルースなどのヒットナンバーをメドレーで披露。なつかしい歌と軽妙なおしゃべりで、会場は50年前にタイムスリップした。

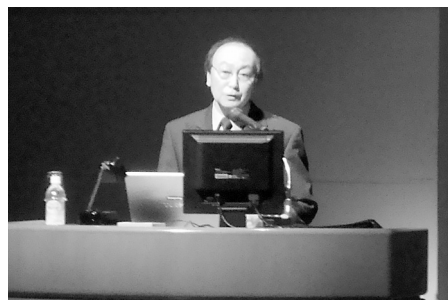
□次回学会の予定

第55回全日本病院学会（中村康彦学会長）は、2013年11月2・3日に、埼玉県支部（天草大陸支部長）の担当で、埼玉県さいたま市大宮ソニック・シティで開催されます。



▲列をなす会場受付の風景

神奈川学会の点描



▲ドイツ医療制度について講演する堂元又蔵氏



▲演題「経営管理」に耳を傾ける参加者



▲ランチョンセミナー「日本の国際医療における現状と今後のあり方」



▲閉会式にも参加者が大勢集まった



▲立ち見が出る程の盛況病院のあり方委員会企画



▲ランチョンセミナー「個人情報保護法の基本的考え方」を学ぶことから始めよう」



▲赤枝雄一学会長 ▲西澤寛俊会長

がんや難病の患者にセラピー。心の持ち方で病状に変化が

ランチョンセミナー／これからの医療を考える 横浜船員保険病院 副院長 長堀 優

外科医として多くの患者に接してきた長堀医師は、死への怖れや疼痛など身体苦痛のストレスにさいなまれる一方のがん患者でも、心の状態によって、療養生活に肯定的な変化が生じる場面を数多くみてきたと語る。
こうした経験と東洋哲学の「物心一元

論」に学ぶ中から、医師の側にセラピストを置くことによって、患者の心のあり方を視野に入れたがん治療を実施するにいたった。セラピストは、医師、患者、家族の関係性を変え、患者の視野を広げ、心のバランスを回復させるという。

長堀医師は自院にアロマセラピーを導入、病棟レベルで実施してきた。医師の中にも資格をもつ者が出てきた。今は公開講座を通して啓蒙対象を住民にまで広げ、さらには、難病患者も療法対象に加えて進めており、その中から、症状の緩和を認める患者が出現し

ていることなどを明らかにした。
長堀医師は、プラシーボ効果やがんの自然退縮に関する研究成果などから、「想念が遺伝子のオンオフを可能にする」ことを、がん細胞の生成増殖メカニズムを踏まえて分りやすく解説。
善悪を明確に分ける西洋科学に、善悪不二（善も悪も分かちがたいもので、絶対的ではなく、そのときどきによって移り変わりうる）という東洋哲学の考え方を取り入れた、よりよい医療をめざしていく必要性を説いた。