



全日病 NEWS 10/1

21世紀の医療を考える全日病 2014

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.833 2014/10/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

福岡学会 過去最高の2,789人。改革の主要課題が俎上に

第56回全日本病院学会in福岡 「地域の病院」による「機能分化・連携」研究集会の様相

「第56回全日本病院学会 in 福岡」(学会長・陣内重三福岡県支部長)が、福岡県支部の担当で、9月20日、21日に福岡市のヒルトン福岡シーホークで開かれ、全国から過去最高の2,789人が参加した。

医療介護総合確保方針の告示(9月12日)を受け一方、10月1日の病床機能報告制度施行を控えた福岡学会は、同報告制度、地域医療構想(ビジョン)、新たな基金そして地域包括ケアと、2025年一体改革のカギとなる改革を冷静に受け止め、各病院の行き方を探る、まさに「機能分化・連携」の研究集会となった。

他方で、一体改革の下で地域医療とプライマリ・ケアを再興するために、病院はどうあるべきかと見定める「地域の病院」による研究集会となった。(4・5面に関連記事)

2,555人という昨年の埼玉学会を上回る参加者を集めた「第56回全日本病院学会 in 福岡」は、一般演題も557題にのぼり、首都圏以外で開催された全日病学会としては異例の規模となった。

福岡学会は、また、佐賀県支部の協力を得て開催を成功させるという新たなモデルをつくった。

その開会式で実行委員会(津留英智委員長)は参加者に能楽を献じた。

壇上に地謡、笛、小鼓がたたずむ中、登場した観世流シテ方楽師の梅若六郎玄祥(梅若家56世当主・人間国宝)は、約15分にわたって、歌舞伎「勸進帳」の基となった能「安宅」から終盤のハイライトである「延年の舞」を舞った。

主君の義経を案じる弁慶の舞は、厳かな中に力強さが秘められ、全日病学会「延年の隆盛」の祈念がこめられた斬新な演出となった。

来賓として、二川一男厚生労働省医政局長(代理・佐々木医師確保等地域医

療対策室長)、横倉義武日本医師会会長、小川洋福岡県知事、松田峻一良福岡県医師会会長、山崎学日本精神科病院協会会長(四病協代表、代理・林道彦常務理事)、日野頌三日本医療法人協会会長が列席した。

陣内重三学会長は、開会の挨拶で、テーマに「病院医療をプライマリ・ケアの現場から考えるー地域の未来を診療所と共に」を掲げた福岡学会の問題意識を、「高齢化、少子化したがつて人口減少の社会がおとずれる中、地域には質の高いプライマリケアの機能が求められる。地域における病院医療も、この観点から見直す必要がある」と説明した。

「改革は進められつつある」と注意を喚起した西澤寛俊会長は、「本学会は、改革に向けて病院とその現場がすでに動き出していることを証するものだ」と、医療法改正を正面から取り上げた福岡学会のプログラムを評した。

佐々木室長 「新たな基金は地域医療構想を実現する手段」

厚生労働省医師確保等地域医療対策室の佐々木昌弘室長は、「動き出した改正医療法」と題した特別講演で、第6次医療

法改正の主要項目を分かりやすく解説。その中で、地域医療構想が医療計画の実効性を高める新たなツールであるこ



福岡学会の点描



陣内学会長の開会挨拶 (要旨)



世界のどの国も経験していない、少子高齢化したがつて人口減少の社会に備え、わが国の医療と社会保障は大きな変容を余儀なくされている。

高齢者の増加は、すなわち、多疾病・多死社会の到来であるが、すべてを専門医に委ねることは難しい。したがって、地域には質の高いプライマリ・ケアの機能が求められる。病院医療も、この観点から見直す必要があり、

診療所に対するバックアップ機能を提供することも重要である。

高齢者は地域で医療を受けざるを得ない。地域の病院は存続して医療を提供しなければならない。地域は、生・老・病・死に対応できる機能をも

つべきである。そうして初めて未来への展望が開かれる。

福岡県支部はこうした問題意識の下、今学会のテーマを「病院医療をプライマリ・ケアの現場から考えるー地域の未来を診療所と共に」とした。

ガイドラインや「協議の場」運営方針などの1月まとめを確認

地域医療構想策定GL検討会 地域医療構想の15年4月施行に向け、標準化とルールを検討

厚生労働省は「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」を立ち上げ、9月18日に初会合を開き、座長に遠藤久夫学習院大学経済学部長を選出した。全日病から西澤寛俊会長が構成員として出席した。

2次医療圏単位につくられる地域医

療構想(ビジョン)の2015年4月施行を控え、構想の内容とその実現プロセスなどを標準化し、必要なルール化を定めるのが検討会の目的。

事務局(厚生労働省医政局地域医療計画課)は、検討テーマに、(1)地域医療構想ガイドライン、(2)「協議の場」の設

置・運営方針、(3)病床機能報告の公表方法、(4)地域医療構想の策定・達成の推進に必要なその他事項の4点をあげるとともに、1月に案をまとめる日程を提示。検討会はこれを確認した。

2月、3月を周知期間にあてて、4月からの施行に備える。

事務局は、また、ガイドラインに盛り込む事項に、①今後の地域の医療提供体制の方向性、②構想区域の設定、③2025年の医療需要の推計方法、④2025年の各医療機能の必要量の推計方法、⑤あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策、⑥地域医療構想を策定するプロセスの6点をあげ、検討を求めた。(3面に関連資料等)

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

医療費抑制策は慎重に!! 消費税は本来あるべき姿に!!

戦後、国の財政難の為、民間資本を病院に導入させ、皆保険と相まって、世界一の長寿国となった。現在の80%を占める民間医療機関の努力の賜物ともいえる。幸か不幸か65才以上の人口は総人口の25%を超えるに至り、高齢者の医療費の伸びが大であることから、25年度の医療費39.3兆円となった。

団塊の世代が75才以上となる2025年の医療費は54兆円と試算されている。医療費抑制策はスピードを増して、流れは止まりそうもない。かつてイギリスでサッチャー政権の時、

医療費抑制策は癌と診断されて治療は6ヶ月待ちになった事は教訓にすべきである。

今までの診療報酬改定は2025年度を見つめながらも枝葉の改定で、その度、民間病院は右往左往しながらも何とか持ち耐えてきた。今回の改定は3%増の消費税を補填していながら、結果はマイナス改定で幹を削ることとなった。

我々は医療費増大に対し、無駄をはぶき、効率良くすることにはやぶさかではない。医療の質を考慮に入らず、7対1看護病院の減少、ひいて

は全体の底上げを目的に病院機能区別化のもと、民間病院不要論が見え隠れし、財務省主導の財政再建が主となっている。

1,000兆円を超える財政赤字。納税者は総人口の40%台。消費税を社会保障費への合言葉に8%へ。そもそも医療は統制経済の中にあり、最近特に「医療は地域のもの」個人のものではないと公共性が叫ばれている中、保険税という公費に消費税をかけること自体不思議な現象で、二重課税ともみえる。これは老人医療費無料という時期があり、医療費負担は軽

くなければならないという概念を国民に浸透させた政府、我々医師会に原因がある。

消費税10%に上昇する前に反省を踏まえ基本的には最終消費者即ち患者にお願いするしかない。税と医療は別物であることを政府は認識すべきである。

人命の面を考えれば、医療は社会保障と安全保障の両面を持つ。財政赤字解消はもっと他に手を打つべきものがある。民間病院は厳しい環境下に適応・進化してきたが、人工的氷河期には生き残れない。(HS)

地域活性化が今期テーマの1つ。「創生本部」と連携

規制改革会議 重点的フォローアップの1つに「新たな保険外併用の仕組みの創設」

政府の規制改革会議は9月16日に第3期の初会合を開き、来年6月をめどとする答申に向けた検討作業の進め方について話し合った。

その結果、第3期に審議する事項の大枠を、(1)内閣重要施策の実現に貢献する課題、(2)既決定事項の重点的フォローアップ、(3)規制レビューの実施、の3点とすることを決めた。

このうち(1)については、「多様な働き方を実現する規制改革」と「地域活性化に寄与する規制改革」の2テーマからなることを確認した。

「地域活性化に寄与する規制改革」は、2013年1月に設置され、6月を区切りとする3期目に入った規制改革会議として初めて取り上げるテーマである。

具体的には、安倍内閣が9月12日に立ち上げた「まち・ひと・しごと創生本部」(本部長・安倍首相)が掲げる「魅力あふれる地方を創生し、地方への人の流れをつくる」という目標に沿って、「規制改革を通じて地域の活性化を実現していく」ことが課題となる。

地方活性化は長年の政治課題であるが、「地方から大都市への人口流出が現在のペースで続けば、2040年には全国の半数の896市区町村が消滅する可

能性がある」—民間有識者による日本創成会議(座長・増田寛也元総務大臣)の人口減少問題検討分科会が5月に公表した予測と提言が契機となり、地方の創生と人口減少克服というテーマが結びついた地方活性化の施策が安倍政権の最重要課題に浮上した。

安倍首相は9月3日の内閣改造で担当大臣を新設して石破茂氏を起用。さらに、関係閣僚による「まち・ひと・しごと創生本部」を設け、その下に関係大臣と有識者からなる「まち・ひと・しごと創生会議」を設置した。

「創生本部」を法定化するべく、秋の臨時国会には「まち・ひと・しごと創生法」が提出される。

創生本部はこれまで国が手がけてきた地域活性化策や少子化対策を検証する一方、「基本政策検討チーム」の手で新たな政策体系の検討に入るとともに、創生会議が10月にまとめる論点を踏まえて、今後5年間の総合戦略と50年後を見据えた長期ビジョンを12月に決定する予定だ。

その創生会議の議員である増田寛也(東京大学公共政策大学院客員教授(元総務大臣))は、9月の講演で「地方の人口減少に歯止めをかけるために、医療

機関や介護施設を核としたまちづくりでUターンを促すべきである」と、医療・介護が「ストップ少子化、地方元気戦略」構想の一端を担っているという認識を明らかにしている。

この発想はいわゆるホールディングカンパニー型新型法人の構想につながる面があるが、健康・医療・福祉というインフラを因子としたまちづくりの発想は社会保障制度改革国民会議で示されたほか、今年3月の財政制度等審議会財政制度分科会で検討課題に取り上げられ、国交省では「健康・医療・福祉のまちづくりの推進GL」がつけられている。

規制改革会議は地域活性化に寄与する規制改革を議論する上で、まち・ひと・しごと創生本部、国家戦略特区さらには産業競争力会議と適宜連携を図るとしており、医療施設や介護施設の配置にかかわる現行規制をも視野に入れた見直し議論になる可能性がある。

同会議は、また、既に規制改革の方針を打ち出した事項の仕上げを後押しする重点的フォローアップとして、「制度検討の内容をフォローする」15項目を含む20項目を決めた。

「制度検討の内容をフォローする」15

項目には、医療・介護の領域から、①新たな保険外併用の仕組みの創設、②介護・保育事業等の経営管理の強化とイコールフットینگ確立、③革新的な医薬品・医療機器の価格に関する制度の改善、④医療用検査薬から一般用検査薬への転用の仕組みの早期構築、⑤保険者が診療報酬明細書の点検を可能とする仕組みの導入が取り上げられた。

これらはこれから法案化の内容や措置に向けた方針が検討される事項だが、その議論行方を強くプッシュするというものだ。

社会福祉法人制度の見直しを含む②については、制度改正済のものは「運用状況をフォローする」として、両面でダブル計上された。

この日の規制改革会議は、第3期として、健康・医療、雇用、農業、投資促進等、地域活性化という5つのWGを設置することを決め、それぞれの座長と座長代理を決定した。

健康・医療WGは、日本総研副理事長の翁百合氏が1期2期に続いて座長に就いた。

同会議は月1回開催をベースに議論を重ね、必要があれば答申前にも中間まとめを出すことを確認した。

厚労省 持分なしへの移行計画認定制度の手引書を作成

厚生労働省は9月25日に「持分なし医療法人への移行に関する手引書」を公表した。

「手引書」は持分なし医療法人への移行計画認定制度を周知・普及させるためのガイドブックで、認定制度の仕組みや手続き内容を簡潔に解説している。

移行計画認定制度は2014年度税制改正で実現した。

持分あり医療法人の持分を相続または贈与されると多額の税が課せられるが、その医療法人が移行計画の認定を受けていれば、相続税の納税は移行計画の期間満了まで猶予され、期間満了までに持分をすべて放棄すれば猶予税額が免除されるというもの。

相続が発生した場合は、相続後、相続税の申告期限(10ヵ月)までに移行計画の認定を受けて納税猶予の手続きを

行なえば、税制措置の対象となる。

この仕組みは、出資者が持分を放棄したことによって他の出資者の持分が増加した場合に、贈与を受けたものとみなして贈与税が課される場合にも適用される。

ただし、この認定制度が実施されるのは、2014年10月1日から2017年9月30日までの3年間に限られる。したがって、持分なしへの移行を検討する医療

法人は、この期間内に移行計画を厚生労働省へ申請し、認定を受けなければならない。

そして、認定を受けた医療法人は、認定の日から3年以内に持分なしに移行しなければならない。

認定を受けて移行を進める医療法人が、出資持分の払い戻しで資金が必要となった場合には、福祉医療機構による新たな経営安定化資金の融資を受けることができるという「特典」もついている。

清話抄

「渡り医師」

現在、病院では医師不足が深刻な問題になっている。医師不足となった病院は配置基準を満たすため医師獲得に躍起になり、医療機関に医師を紹介する医師紹介業者が台頭しており、問題となっている。

病院が医師を紹介されると、紹介会社に常勤医の場合年収の2割~3割を紹

介料(手数料)として支払うことになる。この問題については、全日病でも、医療従事者委員会を中心に調査・検討を行っている。

皆さんは「渡り医師」という言葉を聞いたことがあるだろうか? 数ヶ月単位で病院を渡り歩く医師のことを指す。これらの医師の大半は医師紹介会社と深い関係があり、医療機関からの紹介料が満額確定した時点(通常着任後3ヶ月)できっぱりと退職する。

これは、紹介した医師が1ヶ月以内で辞めた場合には紹介手数料は0%、1

~3ヶ月の場合50%、3ヶ月以降であれば100%と会社が規定しているからだ。

これを根拠に業者は医師と結託し、何が何でも3ヶ月以上勤めてもらい、それ以降は新たな「獲物(医療機関)」の物色に乗せられ活動再開する。これが「渡り医師」の実態である。

医師の本分を忘れ去った医師とは呼べないような、臨床経験も極めて乏しく実践では使い物にならない「腐った商品」が世の中に昨今は散見されるようだ。

これらの医師が職場に入り込むこと

によって、診療面の質の低下、ご家族とのトラブルの増加、現場職員のモチベーション低下、築き上げてきた医療安全体系の崩壊が引き起こされる。

「渡り医師」対策としては、これまでの詳細な勤務実態が記載された履歴書をしっかりと読み込み、特に月単位で転職を繰り返している医師には十分な注意が必要である。

皆さんの病院もこのような落とし穴に遭わないように、医師の採用には充分な見極めを願いたい。(雅)

総合確保方針を告示。基金交付要綱等を発出

14年度配分は基礎的・政策的要因を勘案。計画に公民の配分額とその理由を記載

厚生労働省は「医療介護総合確保方針」をまとめ、9月12日付で大臣告示、官報に掲載した(「確保方針」は9月15日号を参照)。

併せて、同日付で新たな財政支援(地域医療介護総合確保基金)に関する交付要綱と管理運営要領、都道府県計画と基金に関する留意事項の各通知を各都道府県知事宛に発出した。以下に各通知の概要を示す。

□「平成26年度医療介護提供体制改革推進交付金及び地域医療対策支援臨時特例交付金交付要綱」から

●交付金は、法第4条第1項の規定により都道府県が作成した計画に定める事業を支援するため、都道府県が行う基金の造成に必要な経費を交付することを目的とする。

●交付金は、別に定める「管理運営要領」に基づいて、都道府県が行う基金造成事業に必要な経費を交付の対象とする。

●交付額は、基金造成事業に必要な経費(事業を実施するための総事業費から基金を活用して行われる事業の実施主体が負担する額及び寄付金その他の収入額を控除した額)に3分の2を乗じて得た額と基準額(厚生労働大臣が必要と認める額)を比較して少ない方の額を交付額とする。

●交付の申請は平成26年10月31日までに厚生労働大臣に提出する。

●厚生労働大臣は、交付申請書が到達した日から起算して原則として1か月以内に交付決定を行う。

□「地域医療介護総合確保基金管理運営要領」から

●都道府県は、各年度の都道府県計画を実施するに当たり、当該年度毎に決定された交付額(都道府県の負担を含む)の範囲内で各基金事業に充当する。なお、

当該年度の交付額の一部を翌年度以降に執行することを妨げる趣旨ではなく、その場合は、当該都道府県計画を必要に応じて変更することにより執行は可能である。

●基金事業は都道府県計画に定める事業を対象とする。
●基金事業の実施主体は事業者または都道府県とする。都道府県は外部の団体等へ基金事業の一部を委託することができる。

●都道府県が、事業者が実施する基金事業に、この基金を財源の全部又は一部として助成する場合には、事業者に対し次の条件が付される。

・事業者が基金事業を実施するために必要な調達を行う場合は、原則として一般競争入札によるものとする。

・基金事業の内容を変更(軽微な変更を除く)する場合は、都道府県知事の承認を受けなければならない。
・基金事業を中止し、又は廃止する場合は、都道府県知事の承認を受けなければならない。

●都道府県は、都道府県計画を変更(軽微な変更を除く)する場合は、あらかじめ、市町村長、医療又は介護を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体(医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体等)、学識経験を有する者その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講じるよう努める。

●事業者は、毎年度、基金事業の実績報告を都道府県知事が定める様式により、都道府県知事に提出しなければならない。

●都道府県知事は、毎年度、基金事業に係る決算終了後速やかに、当該基金事業に係る目標の達成状況を評価し、実績報告を作成するとともに、基金に係

る保管実績等とあわせて別紙様式により厚生労働大臣に提出しなければならない。

□「医療介護総合確保法に基づく都道府県計画及び地域医療介護総合確保基金の平成26年度の取扱いに関する留意事項について」から

●基金を充てて実施する事業は、(a)地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備、(b)居宅等における医療の提供、(c)医療従事者の確保一を対象とし、(a)については、平成26年度を含め、地域医療構想策定前は「その地域での整備が必要であることが地域医療構想策定前でも明らかとして都道府県計画に定めたもの」を対象とする。

●都道府県計画の計画期間は原則1年間とするが、個別の事業の内容に応じて複数年とすることも可能。

●都道府県計画の策定にあたっては、あらかじめ幅広い地域の関係者(市町村長、医療・介護を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療・調剤に関する学識経験者の団体など)の意見を反映させるために必要な措置を講じるよう努め、事業主体間の公平性を確保し、地域にとって必要性・公益性の高い事業に対し、適切かつ公正に配分されるようにする。

●都道府県計画には、公民の基金の配分額を記載し、配分に関する経緯や理由、都道府県の見解を付す。

●事業者負担は、とくに「特定の事業者の資産の形成につながる事業」については必ず求める。

●交付金の配分に関しては、平成26年度は人口や高齢者の状況などの基礎的・政策的要因とともに、都道府県計画の評価等の政策的要因を勘案、平成27年度以降は病床の機能分化・連携の取組状況に重点化することを考えている。

専門調査会の「医療需要、機能別必要量推計方法」がGLに反映!?

地域医療構想策定GL検討会 地域医療構想施行前に「協議の場」設置が可能。早期に動き出す可能性

「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」は9月18日に初会合を開き、来年1月にガイドライン等をまとめることを確認した。(1面記事を参照)

医療介護総合確保推進法の改正医療法は、病床機能報告制度を創設するとともに、そのデータ等を踏まえ、圏域ごとに2025年にあるべき医療提供体制を明らかにする地域医療構想(ビジョン)の策定を各都道府県に課した。

報告制度によって医療機能ごとの病床分布を把握、それを2025年の機能別病床量に収斂させていくために、データを踏まえて、関係者が圏域ごとに話し合う。改正医療法は、規制的手法によらずに、地域単位の実情を踏まえた自律的な機能分化・連携を推進するという、かつてない行政手法の枠組みを描いた。

検討会は、その粗々な枠組みを現実のプロセスとするために必要な、地域医療構想の内容やその実現策を話し合う「協議の場」の運営方法などを定め、各都道府県に標準的手法として提示する役割を担う。

初会合のこの日、事務局(厚生労働省医政局地域医療計画課)は議論事項(別掲)、ガイドラインに盛り込まれる「今後の地域の医療提供体制の方向性」をまとめる視点、地域医療構想の対象となる圏域の考え方を提示し、検討を求めた。

1日目とあって総論的な意見表明に終始したが、構成員からはガイドラインの位置づけを確認する声があり、北波地域医療計画課長が「ガイドラインに従ってもらうよう都道府県に周知徹底する」と答弁したところ、「ガイドラインはあくまで参考に過ぎず、従ってもらうものではない」という異議を唱える向きもあった。

2025年の医療需要推計について、北

波課長は「現在あるデータを活用する」と述べ、「次回以降の会議にデータを示す」ことを明らかにした。

この医療需要推計については、8月16日の全日病経営セミナーで、政府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」委員である松田晋哉産業医科大学医学部教授が、「(専門調査会で)あるべき提供体制に関して将来推計を加えた資料集をつくる。(その中で)データから病床の医療機能別の適切な配分を推計するなどの方法論をつくる」と説明している(9月1日号を参照)。

また、第56回全日本病院学会の病床機能報告制度に関するシンポジウム(9月20日)で、厚労省の武田俊彦審議官は、前出の専門調査会で策定される「今後の医療ニーズの推計値を計算する方法の検討結果が(地域医療構想に)反映する可能性がある」としている。

専門調査会の「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ」の主査をつとめる松田教授はこの検討会の構成員でもあり、医療需要と医療機能必要量の推計方法に何らかの提言を行なう可能性がある。

この日の検討会で、構成員である中川日医副会長は、「協議の場」を地域医療構想の策定前に前倒し設置できる可能性をたずねたところ、事務局は否定しなかった。

14年度改定 経過措置終了に伴う届出で地方厚生局に事務連絡

厚生労働省保険局医療課は9月5日付で事務連絡(「平成26年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて」)を各地方厚生(支)局宛に送付した。

事務連絡には、経過措置が9月30日で

この件について、第56回全日本病院学会の特別講演(9月20日)で、医師確保等地域医療対策室の佐々木昌弘室長は、「法律上は来年4月1日の施行になるが、これは極めて重要なものである

という点で私ども同じ認識。むしろ、ぜひお願いしたい」との見解を示した。したがって、各地で、「協議の場」づくりが早期に始まる可能性もある。

□本検討会で議論する事項 *は議論日程

<p>1.地域医療構想策定ガイドラインに盛り込む事項</p> <p>(1)あるべき将来の医療提供体制の姿 *9月～10月に議論</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後の地域の医療提供体制の方向性 ・構想区域の設定の考え方 <p>(2)2025年の医療需要の推計方法 *10月～12月に議論</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2025年時点の医療需要(入院・外来、疾病別)の推計方法(在宅医療を含む。推計は、原則として都道府県及び二次医療圏を単位として行なう) <p>(3)2025年の各医療機能の必要量の推計方法 *10月～12月に議論</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2025年時点の各医療機能の必要量の推計方法(在宅医療を含む。推計は、原則として、都道府県及び2次医療圏を単位として行なう) <p>(4)あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等 *11月以降に議論</p> <p>(構想策定後の具体的な方策の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床の機能の転換等医療機能の分化・連携の推進 ・急性期経過後の受け皿となる病床の整備・在宅医療の推進 ・医療従事者の確保・養成等 ・都道府県の役割の適切な発揮 <p>(5)都道府県が地域医療構想を策定するプロセス *11月以降に議論</p> <ul style="list-style-type: none"> ・幅広い関係者との協議や住民の意見の聴取等 <p>2.「協議の場」の設置・運営に係る方針 *11月以降に議論</p> <p>3.病床機能報告制度で報告される情報の公表のあり方等 *11月以降に議論</p> <p>4.その他、地域医療構想の策定及び実現に必要な事項</p> <p>*2015年1月(めど)に「とりまとめ案」を議論</p>

終わる診療報酬項目の対象施設基準等が一覧として示され、「その点数を10月1日以降も引き続き算定する場合に届出が必要とされている」として、地方厚生(支)局に「届出漏れ等が生じないように」対応を要請。

併せて、「10月6日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え、届出の受理が行われたものは、同月1日に遡って算定することができる」と説明、誤りのない対応を求めた。

第56回全日本病院学会in福岡

西澤会長「本学会は改革に向けて病院が動き出していることを証するもの」



西澤寛俊会長の挨拶(要旨)

医療介護総合確保推進法が成立、色々な改革が進められつつある。本学会はこれらを積極的に取り上げている。これらのプログラムを通して改革への対応を考えていただきたい。

プログラムには地域包括ケアに関するものも多い。昨年8月に四病協は日医との共同提言を出した。11月にも提言している。その中で、「質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築に向け、我々提供側が積極的、自律

的、自主的に取り組む」と宣言した。本学会は、この宣言の通り、改革に向けて病院がすでに動き出していることを証するものである。宣言は、また、本学会のテーマにもつながる。

改革への対応は我々病院のトップのみではできない。職員一人一人の理解と実践が必要である。本学会の成果を持ち帰って、地域と現場で活かしていただきたい。

医療介護総合確保方針が告示された。その中に「行政、医療・介護提供者、サービス利用者が一体となって取り組むことが重要」とある。本学会には厚生省とともに患者代表も参加している。本学会が、3者が一体となって取り組む機会となっていただきたい。

横倉義武日医会長の特別講演「地域医療の再興に向けて」(要旨)

日医と四病協は、昨年8月の共同提

言でかかりつけ医の定義を明確にした。2025年までには全国すべての地域にかかりつけ医を配し、かかりつけ医を中心に、医療・介護の切れ目のない提供体制をすべての地域で作上げていきたい。

少子化によって、地方の町村が消滅する危機が到来しようとしている。医療機関を中心としたまちづくりをしていかなければならない。医療機関にはまちづくりへの参画が求められる。それが地域包括ケアシステムから生じてくるテーマである。



地域医療ビジョンを作成するには各地の現状をよく把握する必要がある。日医はJMAP(地域医療情報システム)をHPに立ち上げ、地域医師会が独自に地域の政策を立案する支援ツールとして提供している。

地域包括ケアシステムを構築するには、国からのトップダウンであってはならない。それぞれの地域がデータと関係者協議を活用して実情に合ったものをつくっていく必要がある。

日医では、各役員の政策判断を統一するために、①国民の安全な医療に資するか、②公的医療保険による国民皆保険の堅持に寄与するか、という2点をその判断の基準にしている。

2025年までに、同時改定が2018年と2024年の2回ある。とくに2018年の同時改定が今後の方向性を相当程度決める。地域医療が崩壊しないよう対応していきたい。

ビジョンの基礎となる地域包括ケアの構築が最優先課題

そのため、今年度は地域包括ケアを底上げる基金活用を都道府県に求めている

特別講演「動き出した改正医療法」(要旨) 厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長 佐々木昌弘

地域医療介護総合確保推進法を整理すると、(1)医療計画の実行性が高まる、(2)医療の現場が変わっていく、(3)介護保険制度が持続可能なものになる、ということになる。

医療計画の実行性を高めるというのは、①病床機能報告制度をつくり、②そのデータをもとに地域医療構想を定め、③その実現のために必要な手段に基金を活用するとともに、④2次医療圏ごとの協議の場で話し合っていたが、⑤そこでの結論に従わないケースには知事が権限を行使することもある、という流れになる。

いきなり知事の権限が行使されるわ



けでもなく、また協議の場での決め事は新しい基金と密接につながってくる。そういった相互関係になっている。

地域医療構想(ビジョン)は、一般病床と療養病床のサブカテゴリーである

高度急性期、急性期、回復期、慢性期の将来必要量を推計する。

法律ではここまでだが、地域の医療の将来像を描くための詳しい内容は省令で定められる。そのガイドラインを1月までにまとめ、その後、都道府県と医療機関に周知する期間を2ヵ月置きたいと考えている。

各都道府県は新たに設けられた基金を活用した事業の計画を策定する。その公正性・透明性を保つ意味からも病院団体や医師会から意見を聞き、聞いた以上はそういう内容に仕上げていく。そういう考え方で、半年前から都道府県とやりとりを重ねてきている。

基金は地域医療ビジョンという視点を獲得して活用される。本年度は、地域医療ビジョンを達成していく上で、そのベースとなる地域包括ケアシステムの構築が最優先課題となる。そのため、今年度は地域包括ケアの底上げに資する基金の使い方を都道府県に求めている。

基金は毎年度交付されるので、将来にわたって計画的に活用していく必要がある。したがって、医療現場の皆さんと一緒に、考えかつメニューを決めていく作業が必要になる。このシステムが来年度以降、それぞれの地域に定着していくことを期待している。我々もバックアップしていきたい。

「今後の医療経営を考える上で、わが町の人口構成の推移に注意」

自治体によって高齢者は増加・減少。前期・後期で高齢者人口の推移も異なる

シンポジウム 「病院医療をプライマリ・ケア現場から考える—突きつけられた喫緊の課題から」(概要)

プライマリ・ケアを取り上げた本シンポジウムは西澤会長と丸山泉常任理事(プライマリ・ケア検討委員会委員長)がともに座長を務めた。

西澤座長は「本日は、喫緊の課題として、人口問題に絞って基調講演をしていただく」と述べ、本シンポジウムのテーマが、地域で異なる人口構成の将来推移とその医療への影響を論じるものであることを明らかにした。

まず、樋口美雄慶應義塾大学教授が、今後続く人口減少から導かれる、地域によって異なる医療の課題を論じた。

樋口氏は、民間有識者でつくる「日本創成会議」人口減少問題検討分科会のメンバー。同分科会は、この5月に、今後の人口減少によって全国の自治体の半分が消滅する可能性があるという衝撃的な推計を発表。その中心である樋口氏は、安倍政権がこのほど設置した「まち・ひと・しごと創生会議」の議員に就いている。

樋口氏の論を要約すると、「人口問題は日本全体で論じられてきたが、地域の問題として考えなければ解決しない。それは、高齢者が増加する地域がある一方で、減少するが高齢化率は高まる地域があるなど、少子高齢化が地域によって違う動きをしているからだ。そこで医療はどう成り立つのか。医療の将来を考えると、地域単位で人



口構成の変化などをみていかないとならない」というものだ。

「少子高齢化は2010~40年まで、2040~60年まで、その先と3つに分けてみなければならない。若年層が減少していくのは全国的な傾向であるが、65歳以上は40年にかけて増え、40年以後はほぼ横ばいか微減をたどる。さらに、60年を過ぎるとこの年代は減少に転じると予測される。したがって、どの時期に焦点を合わせて医療の供給を考えていくのか」着眼点が問われる、と樋口氏は論点の枠組みを説明する。

次に、高齢化率を取り上げ、「2010年以降2割の自治体で高齢者は減少しており、2040年にかけて半数の自治体で減っていく。ただし、それを上回って若年層も減るため高齢化率自体は高くなる」と述べた。

さらに、高齢者も、65~74歳と医療ニーズがとくに大きい75歳以上では異なる推移をたどると指摘。高齢化率の変化には、若年人口の変化や前期と後

期各高齢者の推移によって各地域で異なる意味を表わすと述べ、留意を求めた。

では人口は何で決まるのか。それは、①出生率と死亡率の差(自然増減)、②人口の流出入(社会増減)で決まるが、「後者には結婚と出産の機会の変動、その背景には雇用機会の変動がある。それは、各地域とも時代に応じて変化する。その結果、社会増減は地域によって様々な変化をたどる」と説明した。

雇用機会は大都市に偏在しているため、「現在に至るも大都市への流入は続いており、中都市、地方都市では流出が続いている」という。しかも、東京は圧倒的に入超が続いている。

「この傾向はドイツも同じだが、東京の一極集中である日本に対して、ドイツは州都への流出、したがって多極化

が生じている点で異なる。英国は、逆に大都市から流出し、小都市に流入している。これはアメリカも同様で、大都市から近郊の小都市や地方都市へと農業回帰がみられる。つまり、やり方ひとつで人口の分散は可能で、その鍵を握るのが雇用だ」と樋口氏は論じた。

しかし、「人口問題はどんな有効な対策も効果が出るまで20~30年かかる」と指摘。「今後の医療経営を考える上で、人口構成の推移に注意していただきたい。人口の将来推計は政府の統計から調べられる。ぜひ、わが町の将来を読んで、医療経営に役立ててほしい」と結んだ。

シンポジウムで、丸山座長は、今後の人口減少にしたがって医療ニーズの縮小に対して、経営のダウンサイズや「無駄な医療行為を減らしていく」あるいは「医療と介護の領域の固定を見直す」などの可能性をシンポジストに質し、「我々の方から、(医療の細分化を追求してきたことに)統合化していくという働きかけはあり得ないか」と発言するなど、医療の側から選択・集中・統合していくという選択肢もあるとする考え方を示唆した。

「第56回全日本病院学会 福岡」については、次号(10月15日)に、病院のあり方委員会の企画(地域包括ケアシステムと医療介護連携)と医療経営・税制委員会の企画(非営利ホールディングカンパニーについて)を報告します。

第56回全日本病院学会in福岡 シンポジウム「病床機能報告制度から病院の明日を探る」

武田審議官「急性期の概念には、高度、通常、軽度急性期がある」

高齢者救急・在宅医療支援を行なう病院、一定の急性期を担う病院は地域に必要



一体改革と病院の機能分化(要旨)

厚生労働省大臣官房審議官(医療保険担当) 武田俊彦

本論に入る前に、先ほど拝見した非営利ホールディングカンパニーのセッション(医療制度・税制委員会企画)について、一言感想を申し上げる。非営利ホールディングというのは、それぞれの病院のために今どういうスキームが用意できるか、こうしたほうが地域医療のためになるのではないかとこの観点から議論されてきたもので、「この制度をどう活用するか」という観点で考えていただければありがたい。

わが国の人口は、2010年から40年までは総人口は減るが、老年人口も増え、40年から60年には老年人口が減り始め、60年以降は本格的に減少する、という3つの段階に分かれる。3つの段階で医療ニーズが異なるので、それに沿った戦略を立てなければいけない。

第1、第2、第3の段階は地域ごとに時差がありながら起こっていくものであり、全国一律の対策ではなく、地域ごとに考えていかなければならない。

地域包括ケアの進展度を図る1つに在宅看取り率がある。これをみると、隣同士の町が正反対というところがたくさんあり、市町村ごとで状況が異なっていることが分かる。このように、地域ごとに医療政策を立てる必要がある。

地域医療計画は病床規制という規制

色が強い制度であるが、地域ごとに医療政策をつくっていくという必要性にかんがみ、今般の改革は、基本的に、地域ごとに必要な資料を明示し、その中で医療提供団体や関係者に自主的に考えていただくというスキームになっている。これが報告制度であり、地域医療ビジョンということになる。

一体改革では、高度急性期、一般急性期、亜急性期、長期療養、介護施設という区分でニーズを算出して医療費を推計した。そのため、報告制度の議論の過程で、高度急性期、一般急性期、亜急性期、長期療養という区分ごとに報告をさせるのが当然ではないかという形で、少し議論が錯綜した。

しかし、そこには「地域に密着した病床」があり、急性期から亜急性期までの複数の機能を持った病院があると書かれている。そして、亜急性期の議論の中で、急性期が過ぎたポストアキュートの患者と長期療養つまり慢性期の患者が両方ここに入っているというところで、そこは回復期と急性期に分けたらどうだろうか、こんな議論で推移をしてきている。

そういう中、日医と四病協の提言(2013年8月)が示された。これは非常

に大きな意味を持っていると私は思っている。そこでかかりつけ医の機能が初めて定義されたが、同時に、病床の種類だけでなく病院のタイプでみなければならぬということが提起された。

その後、四病協の追加提言(13年11月)は、亜急性期の概念には前述2つの機能があると論じ、病院としての機能を考えるとこういう機能があるのではないかと提起した。

この急性期の議論を救急の面からみると、また、医療提供体制が違って見える。救急の現場で、一番の問題は引き受け手がない高齢者の救急である。

では、高齢者の救急は、この病床区分のどこに該当するか。恐らく、急性期といわれるのに2つあるのではないかと。つまり、専門スタッフのそろった病院と地域の急性期病院のそれぞれが急性期を持っている。

したがって、急性期という概念の中には、実は高度なもの、それから通常の急性期、そして、地域で受けとめるべき軽度の急性期とあるのではないかと。これ(軽度急性期)が今進んでいない。したがって、これを、きちんと患者が流れるようにしていこうということではないかと思う。

地域で考えていくと、全体として医

療のあり方が変わっていく。そして、関係者が競争ではなく協調へという観点から議論するということが求められている。

新しい制度が動き始めている。そういうときに、病院にどうのことを考えていただきたいか、一言だけ申し上げたい。

報告について、病床の機能区分は各病院の判断で構わない。それから、各病院のデータを集めて地域の実態を正確に把握をし、最終的には、地域に必要な機能、必要な病床を皆さんで考えていただくことになる。

そのときに、地域にどういった病院が必要であるか、一定程度の急性期医療をもつ病院が(地域に)残るような形で、ぜひ、考えていただきたい。

大きな病院が急性期病床を減らしていく必要は出てくると思うが、と、特に今後激増する高齢者救急・在宅医療のバックアップを行なう病院が減っていいということでは決してない。そういう、最適配置を考えていただきたい。

地域における協議だけでは進まないケースもあるかと思う。その場合は、今議論されている非営利ホールディングというものも、ぜひ活用していただけたらどうかと思っている。

「地域には軽度急性期や高齢者救急・在宅医療支援を担う病院が必要」

■シンポジウムから(敬称略)

神野座長(全日病副会長) 病床機能報告制度は誰がジャッジするのか。

武田審議官 各地域で現状と将来のあるべき量を試算し、そこにギャップがあればどのようにすべきか地域で考えてもらう。なお、内閣官房で医療費支出目標の議論が始まったが、今後の医療ニーズの推計値を計算する方法に反映する可能性がある。

星北斗(星総合病院) 医療費適正化計画と関連づけて考えると今おっしゃった。この制度が医療費適正化計画のために機能することは避けなければならない。

池上直己(慶應義塾大学) ジャッジの基となる4区分の定義が実質的にないので、ジャッジのしようがないのではないかと。

武田 国が基準を押し付けて強圧的にやることはない。何らかの推計でお示しするが、その結果何もしない方がいいということになれば、医療費も保険料負担も高止まりし、それぞれの病院が衰退していくのではないかと懸念

を持たざるを得ない。

しかし、そもそも、ビジョンがなくても人口減は避けられず、放っておくと共倒れになる。そうなる前にビジョンを立てて地域で話し合ったらどうかという話だ。しかし、病院同士話し合っても結論は出ないということもあるだろう。そのために意思決定の仕組みとしてホールディングのような法人制度が創設されれば、希望する人は活用してもいいのではないかと。

基金については、慶応の権丈先生が「色々な団体が集まったところに基金で支援をしてください」と書いている。

公の方にばかり資金が行っているという指摘があるが、一つ一つの民間に補助するのは行政としてやりにくい。しかし、このように(民間として)まとまったということになると補助もしやすくなる。

神野 軽度急性、サブアキュートとはいったい何か。それは今度の区分では急性期ということではないか。

武田 急性期の定義は結局何に落ち着いたのか。日医・四病協の提言には急

性期の定義が詳しく書いてある。それに対して(機能区分に)厚生労働省は1行しか書いてない。だが、回復期のところには「急性期の後で」と記してある。

亜急性期の議論があり、その後日医と四病協の提言が出て、その報告書が検討会に出されて、あの4区分に落ち着いた。経緯からいくと、日医と四病協の提言を踏まえて今回の4区分ができている。しかし、公的には急性期の定義は1行しか書いてない。私は、基本的には軽度急性を含めて急性期と考えるのが素直な考え方だと思う。

その上で、高齢者救急のことだが、高齢者施設からの救急搬送がすべて高度急性期の病院にいったら、日本の医療はもたない。在宅療養と入院がうまくつながる仕組みができれば、結果的に救急搬送の崩壊を防ぐことにも

「第57回全日本病院学会 in 北海道」のご案内

「第57回全日本病院学会 in 北海道」(学会長・徳田禎久北海道支部長)は、「イノベーション—医の原点を見つめつつ」というテーマで、2015年9月12日、13日に、札幌市内で開催されます。



なり、地域の急性期病院の役割を明確化することにもなるのではないかと。

猪口雄二(全日病副会長) となると、地域包括ケア病棟入院料の加算150点は不十分ではないか。せっかくできた制度を生かすためには、その病棟で急性期をある程度診れて、地域に密着して在宅医療を支援していくかたちをつくっていかないとならないと思う。

神野 (地域に密着した)病院がなくなるような制度は制度として成り立たない。我々がやるべきことをきちんとやって、地域のニーズのために何ができるのかということを中心にやっていくことが基本であり、それを堂々とアピールしていくことも必要かと思う。

一般社団法人 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 一般社団法人 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) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

医療保険制度改革の部会意見は11月末がめど

医療保険部会 来春の法改正へ、二巡目の議論を開始

社会保障審議会の医療保険部会が9月19日に2ヵ月ぶりに開かれ、来春の通常国会で法改正を予定している医療保険制度改革について、二巡目の議論を開始した。

事務局(厚労省保険局総務課)は、4月から行ってきた一巡目の議論を整理した「医療保険制度改革の主な論点」を提示した上で、10月に3回ほど、11月には3~4回ほど部会を開き、11月下旬をめどに部会の意見をとりまとめるよう求めた。

このスケジュールに、委員からは「議論の時間が少ない。はたして十分な議論ができるだろうか」との懸念が示された。

これに対して、事務局は、改正法案の準備と来年度予算案を確定する必要もあり、「遅くとも12月の早い時期に

は取りまとめていただきたい」と、精力的な意見集約を促した。

「主な論点」は、大きく、(1)医療保険制度の財政基盤の安定化(国保改革、協会けんぽに対する国庫補助)、(2)国民の負担に関する公平の確保、(3)保険給付の対象となる療養範囲適正化等、(4)医療費適正化と保険者機能の発揮(予防・健康づくり、データヘルス、後発医薬品の使用促進、医療費適正化の推進)の4点に分けて、一巡目の議論を整理している。

求められている制度改革テーマは(2)がもっとも多く、①高齢者医療の費用負担全体のあり方、②後期高齢者支援金の全面総報酬割、③前期高齢者医療の財政調整のあり方、④高齢者の保険料特例軽減措置等の見直し、⑤国民健康保険組合に対する国庫補助のあ

り方、⑥国民健康保険の保険料(税)の賦課(課税)限度額および被用者保険における標準報酬月額上限の見直し、という課題からなっている。

(3)については、①紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担のあり方、②入院時食事療養費および生活療養費の見直し、③現金給付の見直し等、からなる。

この(3)について、「主な論点」は、①②とも、負担引き上げの方向性を支持する意見と慎重論とを並記している。

この日は、「医療保険制度をめぐる最近の動向」など部会に提出された資料が多く、事務局の説明に時間を要したこともあり、議論は「主な論点」全体に対する意見表明に終始、次回から各論の議論に入ることを確認した。

その中で、「特定健診の実施率向上

や重症化の予防が重要」「重症化や認知症の予防に貢献していきたい」など、複数の医療関係委員が重症化予防を重視すべきとの見解を表わした。

紹介なしの大病院受診における患者負担に関しては、単に負担を増やすだけでなく、患者の受診行動に影響を与える効果的な広報活動を強めるべきとの声も医療側からあがった。

一方、支払・事業主側からは、現行の医療費適正化計画は十分な実効性が担保されていないとして、医療保険部会における検討を求める意見(日本経団連)が出たほか、パートの労働者を国保に加入させる必要性を指摘し、議論の俎上に上げるよう求める意見(健保連)も示され、事務局は検討の必要性を認めた。

「保険給付の対象となる療養範囲適正化等」に関する「主な論点」

●紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担のあり方

・外来の機能分化を推進するため、患者に定額負担を求めていく方向性はよいのではないか。

初診は救急搬送患者を除き、再診は病状が安定した後の再診について定額負担を求めてはどうか。初再診料相当額のみでは少ないのではないかと。定額負担を高療養費の対象としないことにすべきではないかと。

・現在保険給付されている療養を縮小することになる案は慎重に議論すべきではないかと。

・大病院の医療費収入を増やすのではなく、保険給付の範囲内で、一部負担金相当額に加えて新たな定額負担を求める案が1つの方法ではないかと。

・大病院の範囲をどうするかは、病床数、機能、病床数プラス機能が考えられ、導入する際には、試行的に実施した上で進めることが必要はないかと。

・地域の医師をどのように確保・育成していくかが課題であり、医師の研修や患者への情報提供を行う必要があるのではないかと。

●入院時食事療養費・生活療養費の見直し

・入院中の食事は治療一環であり、基本的にこれ以上自己負担を増やすべきではないのではないかと。今後、議論を進めていく場合には、治療食が必要とされる患者と低所得への配慮

が必要ではないかと。

・長期入院の患者は自己負担を引き上げる方向で考え、食材費に加えて、調理費も自己負担をすべきではないかと。また、療養病床は医療区分によって自己負担が異なるが、医療区分2及び3は、医療区分1と同等の自己負担に引き上げるべきではないかと。

・65歳以上の療養病床の入院患者が他の患者よりも自己負担が高くなることは、説明ができないのではないかと。

非営利ホールディングカンパニー型法人

厚労省が「新型法人」に財団型を提起。自治体主導等の設立を想定

医療法人の事業展開等に関する検討会 自治体中心型や各種非営利法人など、参加法人の範囲は検討課題

9月10日の「医療法人の事業展開等に関する検討会」は、(1)非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)、(2)医療法人の透明性の確保及びガバナンスの強化、(3)社会医療法人の認定要件の見直しと、年内に結論が求められる3つのテーマを議論した(9月15日号既報)。

主に議論されたのは非営利ホールディングカンパニー型法人制度で、田中滋座長(慶應義塾大学名誉教授)は同法人を新型法人と仮称することを提案、事務局(厚労省医政局医療経営支援課)もそれを容認した。

「新型法人についてはまだよく分からないという声もある」として、事務局は「新型法人の具体的なイメージ案」(別掲)を提示。その中で、新型法人は、出資にもとづく社団だけでなく、寄付財産によって設立される財団もあり得るとして、2つの法人格を例示した。

この点について、事務局は、「例えばカリスマ的な人を中心に集まっていくケースがある。その場合は、何人かの自然人を集めて財団をつくっていくという方法も考えられる。他方、社団型の場合は社団自体を集めていくという一般的な成り行きではないか」と説明。

「財団たる新型法人が色々な事業を展開することはあり得るのか」という質問にも、「新型法人の事業範囲にもよるが、あえて、それを否定するものではない。色々なパターンがありえるのではないかと」答えた。

土生総務課長は「誰が新型法人の中心になるかということで、前回(6月27日)に、(自治体中心型、中核病院中心型、地域共同設立型からなる)3つのパターンを示した。きれいにみえるかもしれないが、例えば、自治体が主導す

る場合に、地域を代表する人々を集めて財団を設立するというパターンの考えられる。多くは社団型だろうが」と解説。財団型が医療法人以外の主導による設立を想定していることを認めた。

「新型法人をつくる上でのインセンティブはなにか」との質問に、事務局は、「法改正を含めて新たにできることが多い。税制面の優遇も(国税局と)相談している」と説明した。

「法人ではない自治体病院の位置づけは」という質問に、事務局は、「どういう形があり得るか、その他の非営利法人の範囲をどうするかも含め、今後、考えないとならない」と、含みを残した。

「一人法人はどう考えるのか」との質問には「(参加法人に)該当する」と答えた。

新型法人の話は、事務局が説明を惜しんでいるため、不明な点が多い。委員のほとんどは1社員1票の議決権を主張しているが、現時点で合意という整理はされていない。財団型も想定するという点で、社団型の出資持分は否定されるものとみられるが、その辺りの説明もないなど、全体にイメージ先行で議論が展開されているきらいがある。

新型法人の具体的なイメージ案

□新型法人に期待できる効果としてはどのようなことが考えられるか。

(以下は議論のためのたたき台)

◎期待できる効果

・医療等サービスの向上(地域包括ケアの推進)

新型法人において、参加法人を含めた運営方針を決定し、医療資源等を効率的に活用することにより、地域住民に対する医療等のサービスを向上させる。

当該患者の症状にあったグループ内医療機関の相談・紹介、グループ内医療機関の患者情報の一元的把握、退院支援・退院調整ルール策定、救急受入ルールの策定、介護事業を行なう株式会社に出資することによる介護事業の拡充、在宅医療・介護事業に未参入の医療法人が事業を新たに実施(グル

ープ内からノウハウ・資金を入手)

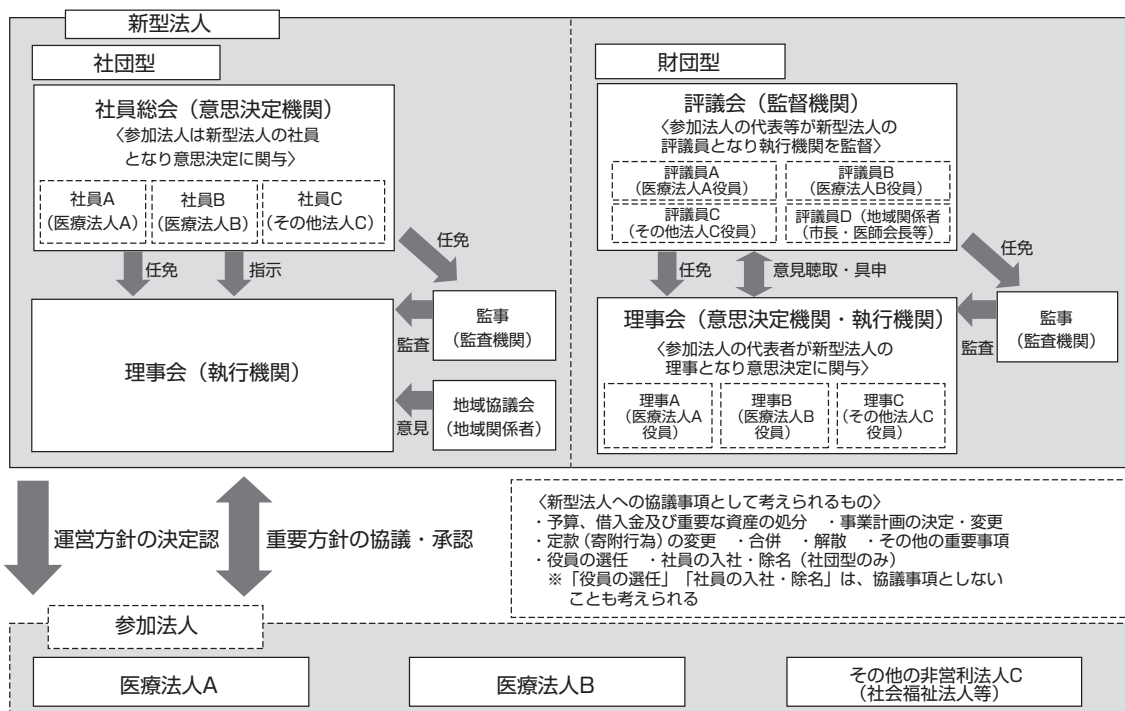
・法人の経営効率の改善等(医療計画体制の確保)

グループの一体的運営によりヒト・モノ・カネを有効活用し、各法人の経営効率を改善させることで、医療提供体制の確保を図る。

グループ全体での採用・人事異動、グループ全体での従業員のキャリアパスの構築、管理業務・共通業務の一括実施(統一システム・共同研修・共同物購入・庶務等)、グループ内の資金融通(貸付等)の実施、グループとしてのブランド力(信用力)の獲得

□新型法人制度のガバナンスとして、どのような仕組みが考えられるか(別掲の図)。

□新型法人のガバナンス(イメージ)



特定行為、研修内容、研修施設指定基準の議論を開始

護師特定行為・研修部会 来年10月施行へ、年内に結論。4月から指定開始。しかし、初回から議論が激化

医道審議会保健師助産師看護師分科会に看護師特定行為・研修部会が設置され、9月10日に初会合が開かれた。全日病から神野正博副会長が委員として出席した。

同部会の設置は、6月に成立した医療介護総合確保法で創設された「特定行為にかかわる看護師研修制度」の具体化を図ることが目的。

同制度は、医師が患者を特定した上で、看護師に手順書にもとづいて一定の診療補助行為を実施するよう指示した場合、看護師は医師の判断を待たずに手順書によって当該行為をできるといった仕組みを指し、そうした技能等を獲得した看護師を配置するために、対

象となる行為を特定するとともに、行為区分にもとづいて教育内容を標準化した研修制度を創設し、計画的に養成していくというもの。

特定行為の区分を単位に行なう特定行為研修は、指定を得た。病院を含む機関・学校が実施できる。こうした仕組みを具体的に固めるのがこの部会の役割である。

事務局(厚労省医政局看護課)は、①特定行為と特定行為区分を決める、②特定行為の研修内容を決める、③指定研修機関の指定と取消しの要件を定める、という3点を部会の審議事項にあげた。

国立病院機構理事長の桐野高明氏を

部会長に選んだ後、事務局は部会設置にいたった経緯と制度の大枠、残された課題を説明。その上で、12月までに部会をあと4回開催し、年内に結論を得るという短期の審議日程であることを明らかにした。

制度の施行日は2015年10月1日である。したがって、15年度予算に計上される予算額を確定するとともに、年度末に省令通知を制定し、関係者に周知の上、16年度前半に指定研修機関の募集と指定を終えておく必要がある。

タイトな日程ではあるが、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」で3年半にわたって議論を尽くし、枠組みに関してはコンセンサスが取れている

とみられただけに、委員の多くはすんなり個別議論に入るものとみていた。

しかし、初会合のこの日、前述WGでまとまった「14区分からなる41の特定行為」に対する疑問、当該看護師が事故を起こした場合の責任所在をめぐる異論、「2025年までに10万人以上の研修修了者の輩出を想定している」とした岩沢看護課長発言に対する違和感などが噴出。この日の部会はカンカンガクガクの看護業務検討WGを思い出させる意見応酬に包まれた。

その結果、「14区分からなる41の特定行為」を一部見直す方向での議論が避けられなくなった。

「防火訓練・避難訓練」を新設。年2回以上実施を点検

立入検査要綱を一部改正

厚生労働省は「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」を一部改正し、9月8日付の医政局長通知(医政発0908第21号)で各都道府県知事等に明示した。

改正点は主に「IV. 検査基準」の部分で、「2-10医療の安全管理のための体制が確保されているか」に「5. 当該病棟において発生した医療事故について再発防止策が院内に周知されるとともに遵守されていること」を追加している(下線は変更箇所を表す)。

「2-12医薬品に係る安全管理のため

の体制が確保されているか」には「4. 医薬品安全管理責任者により、前記3の業務の定期的な確認が実施されていること」(前記3は「主医薬品の安全使用のための業に関する手順書の作成及び当手順書に基づく業務の実施」)が挿入された。

大きな改正箇所は「5. 防火・防災体制」で、「5-1防火管理者及び消防計画」は、「適切な防火体制を整備するにあたり、1. 防火管理者の資格を有し、その責務を果たし得る管理的又は監督的地位にある者を防火管理者として定め

るとともに、これを所轄の消防署に届け出ていること。2. 消防法令に即して消防計画を作成するとともに、これを

14年度立入検査実施の留意事項を通知

厚生労働省は9月8日付の医政局長通知(医政発0908第20号)で、2014年度の医療法に基づく立入検査実施の留意事項を各都道府県知事等に伝えた。

14年度の立入検査通知には、(1)防火対策における消防機関および建築部局との密な連携の確保、(2)カルテ開示

所轄の消防署に届け出ていること」と改められた。

新設された「5-2 防火訓練・避難訓練」には、「消化訓練及び避難訓練をそれぞれ年2回以上実施すること」(参考欄に「避難訓練のうち1回は、夜間・休日を想定して実施するよう努める」と記載)ことが書き込まれた。

センター職員、医療機関、外部支援団体に分けて研修を実施

診療関連死調査手法研究班 センターによる研修と普及啓発活動について議論

医療事故調査制度の運用のあり方を検討している2014年度厚生労働科研「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究班」(研究者・西澤寛俊全日病会長)は9月17日、「医療事故調査・支援センター」が行なう研修活動と再発防止の普及啓発活動について議論。研究者の西澤全日病会長は、記者会見で、議論の概要を次のように述べた。一センターが行なう研修活動は、対象によって、①センター職員向け、②医療機関職員向け、③院内調査を支援す

る外部団体職員向けに分かれる、という意見が主であった。

①は院内調査を支援する上で制度全般にわたる知識や助言能力を養う必要があるが、医療機関職員向けの研修に関しては、医療事務職員を想定するなど、他の医療安全講習会ではできない研修を実施すべきではないかという意見があった。

これらを効果的に実施するためには、それぞれの目的にそって、研修内容の標準化を図る必要がある、それも

センターの役割ではないかという意見も示された。

また、ヒトだけでなく、医療機器などモノに着目した研修も重要という意見も出た。

医療事故の分析に必要なものは論理性と科学性、専門性であり、こうした認識を踏まえて専門家を育てる必要があること、また、人材の養成は短期と長期に分けて考えるべきであることなど、戦略的に取り組んでいくべきであるといった見解が示された。



普及啓発活動については、①定期的かつ繰り返し実施する、②効果と影響に関する定期的な調査と評価が必要、③センターが得た知見はメーカーにも伝える、④再発防止策を評価する仕組みを設ける、⑤医療事故の情報や医療人の取り組みなどを国民にも伝えるべき、といった考え方が提起された。

2014年度 第2回理事会・第5回常任理事会の抄録 8月30日

【主な協議事項】

●「入会のご案内」の改訂版

本会の公益法人移行に伴う「入会のご案内」改訂案が承認された。

●救急医療体制に関するアンケートの実施

全会員を対象に9月に実施する「患者の受入状況等に対するアンケート」案が承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の正会員入会(8月分)が承認された。
北海道 山の手通八木病院 理事長 八木知徳
千葉県 おゆみの中央病院 理事長 山下剛司
東京都 かつしか江戸川病院 院長 岡田尚之
岐阜県 長良医療センター 院長 山田堅一
愛知県 豊橋医療センター 院長 市原 透
愛知県 名古屋医療センター 院長 直江知樹
大阪府 杏林記念病院 理事長 小菅貴彦
高知県 野市中央病院 理事長 公文正光

別途1人の退会があり、在籍正会員は2,417人となった。

準会員として以下の入会が承認された。

福島県 渡辺クリニック 院長 半谷克行
東京都 新宿石川クリニック 理事長 石川悦久
東京都 協和メディカルクリニック 理事長 竹川勝治

賛助会員として以下の入会が承認された。

(株)グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン(東京都、代表取締役・渡辺幸子)
(株)レオパレス21(東京都、代表取締役社長・深山英世)

●人間ドック実施指定施設の承認

人間ドック実施施設として申請のあった以下施設の指定が承認された。

□日帰り人間ドック
愛知県 名古屋ステーションクリニック
福岡県 桜十字福岡病院

【主な報告事項】

●国際交流ー新たな研修視察先のアンケート結果

標記のアンケート結果が報告された。

●「平成26年度個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース」の開催

標記研修を9月25日に開催する旨の報告があった。

●「医療ITと安全・個人情報保護・機密研修

討 報

本会の中村定敏監事(医療法人真鶴会小倉第一病院)が9月27日に急逝された。享年78歳。中村監事は1993年4月に

会)の開催

標記研修を10月25日・26日に開催する旨の報告があった。

●「平成26年度第10回看護部門長研修コース」の開催

標記研修を10月・12月に開催する旨の報告があった。

●「データ提出加算のため作成・コーディング研修」の追加開催

標記研修を10月9日に追加開催する旨の報告があった。

●愛知県副支部長の交代について

愛知県支部副支部長が5月22日付で下記の通り交代した旨の報告があった。

旧副支部長 多和田英夫(光寿会リハビリテーション病院)

新副支部長 亀井克典(かわな病院)

●病院機能評価の審査結果

7月4日付で以下の14会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□主たる機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)
◎一般病院1

理事に就任後、2001年4月より11年3月まで5期にわたって常任理事を務め、11年4月以降現職として、永きにわたり全日病の発展に貢献した。

岐阜県 関中央病院 更新

兵庫県 宝塚第一病院 更新

福岡県 篠栗病院 新規

◎一般病院2

北海道 札幌厚生病院 更新

北海道 釧路孝仁会記念病院 更新

◎リハビリテーション病院

岩手県 南昌病院 更新

◎慢性期病院

北海道 白石江仁会病院 新規

静岡県 熱川温泉病院 更新

徳島県 鳴門山上病院 更新

熊本県 阿蘇温泉病院 更新

熊本県 あきた病院 新規

鹿児島県 市比野記念病院 更新

◎精神科病院

兵庫県 有馬高原病院 更新

大分県 帆秋病院 更新

7月4日現在の認定病院は合計2,319病院。そのうち本会会員は989病院と、会員病院の41.0%、全認定病院の42.6%を占めている。



社会福祉法人 財務諸表と役員報酬基準のHP公表を義務化

厚労省が提案。役員区分ごとの報酬総額も閲覧・公表の対象

9月11日の社会保障審議会福祉部会に、事務局(社会・援護局総務課)は、役員報酬基準と役員区分ごとの報酬総額を情報開示の対象に追加するとともに公表対象を国民一般とすることを法律に明記し、公表方法としてホームページを活用することを提案。福祉部会は他の項目を含めて事務局提案を基本的に了承した。

社会福祉法人については、2013年の日本再興戦略と規制改革実施計画で財務諸表の公表が求められ、今年5月の通知(社会福祉法人審査基準)改正で、現況報告書を統一様式に改めた上で貸借対照表と収支計算書ともども、自らのHPおよび所轄庁のHPを用いてネット上で公表することが義務づけられた。

その後、「社会福祉法人の在り方等に関する検討会報告書」(7月4日)は、定款、役員名簿、役員報酬規程等も公表の義務づけを検討すべきと提言。

規制改革実施計画(6月24日閣議決定)では、補助金や社会貢献活動にかかわる支出額等の状況とともに、(1)役員に対する報酬や退職金などについて、その算定方法の方針や役員区分ごとの報酬等の総額開示の義務づけ(14年度に制度的な措置を講じる)、(2)社会福祉法人と特別の利害関係を有する者との取引の開示など調達の公正性や妥当性を担保する仕組みの構築(15年度決算から措置)、が求められた。

他方で、政府税調からは、①対価を得て行なう事業は原則課税とする見地から、限定列举方式で規定している収益事業を見直し、一定の要件に該当する事業のみを非課税とする方向で見直しを検討すべきであり、②とくに、介護事業のように民間と競合しているが

ら非課税とされている事業の取扱いの見直しが必要(6月27日のとりまとめ)という指摘がなされており、深刻な事態に直面している。

そのため、社会保障審議会福祉部会を7年ぶりに再開、社会福祉法人のガバナンス強化と運営の透明化をテーマに、議論を8月から始めた。

主な検討事項は、①経営組織のあり方、②業務運営・財務運営のあり方、③運営の透明性の確保のあり方、④法人の連携・協働等のあり方、⑤行政の関与のあり方、⑥他制度における社会福祉法人の位置づけで、まさに、社会福祉法人のあり方が全面的に再点検されようとしている(別表を参照)。

前回(9月4日)には「経営組織のあり方」として、①理事・理事長・理事会、評議員・評議員会、監事、会計監査人の各位置づけと権限・責任、②理事等に対する特別背任罪、贈収賄罪の適用などが議論されている。

3回目のこの日は、「運営の透明性の確保のあり方」ということで、経営書類の開示が取り上げられ、前出の提案がなされた。

社会福祉法人は、現在、事業報告、財産目録、貸借対照表、収支計算書、監査報告が備置き・閲覧の対象となっており、定款、役員等名簿、役員等報酬基準、事業計画書、現況報告書は閲覧対象から除外されている。

このうち、現況報告書とその添付書類である貸借対照表および収支計算書は5月の通知で広く公表することが義務づけられたが、法定化はされていない。前述の備置き・閲覧の書類も対象は福祉サービスの利用を希望する者その他の利害関係人に限定されている。

現在、公益財団法人は、備置きの書類は正当な理由がない限り開示が法的に義務化され、国民の閲覧請求に応じるものとされている。中でも、貸借対照表と損益計算書は、官報、日刊紙もしくは電子的手段による公告が、役員報酬支給基準も公表が法的に義務づけられている(損益計算書は大規模法人に限られている)。

今回の事務局提案は、公益性の高い事業を営み、税制優遇を受けている非営利法人の社会福祉法人も公益社団・財団並み、さらには、それ以上の透明性を確保すべきという観点からなされた。

具体的には、(1)閲覧の書類に定款、事業計画書、役員報酬基準を追加するとともに閲覧請求者を国民一般とす

る、(2)貸借対照表、収支計算書、役員報酬基準を公表対象とする、(3)すでに通知により公表を義務づけている現況報告書(役員名簿、補助金、社会貢献活動に係る支出額、役員の親族等との取引内容を含む)は、役員区分ごとの報酬総額を追加した上で閲覧・公表の対象とすることを、それぞれ法令上明記するというものだ。

公益財団法人は現況報告書と役員区分ごとの報酬総額を閲覧(請求者は国民)の対象としているが、公告・公表の義務化まではしていない。したがって、この提案は公益財団法人を上回る透明化を実現することを意味する。

公表は「公告」と事実上同義だが、事務局は、その方法はホームページを活用すると提案した。

□社会福祉法人制度の見直しに関する論点

経営組織のあり方	●理事・理事長・理事会の位置付け・権限・責任 ●評議員・評議員会の位置付け・権限・責任 ●監事の位置づけ・権限・責任 ●会計監査人による財務監査 等
業務運営・財務運営のあり方	●社会福祉法人が担う事業の範囲と位置づけ(「社会貢献活動」を含む) ●業務運営の規律 ●財務運営の規律(いわゆる内部留保の明確化と再投資の在り方を含む) ●経営力向上の方策 等
運営の透明性の確保のあり方	●財務諸表、活動状況、経理状況(役員報酬、調達等)の公表 ●都道府県、国における情報集約と公表 等
法人の連携・協働等のあり方	●法人の再編等の仕組み ●複数法人による協働の仕組み(ホールディングカンパニー型新型法人) 等
行政の関与のあり方	●適正な運営を確保するための指導監督 ●法人の育成の観点からの指導監督 ●国、都道府県、市の役割と位置づけ 等
他制度における社会福祉法人の位置づけ	●社会福祉施設職員等退職手当共済 等

支部訪問／第8回 神奈川県支部 全日病各支部の現状と地域医療の課題を探る

病院協会が林立する神奈川県で病院団体として存続し続けるのは容易ではない。その中で、神奈川県支部は全日病の松明を絶やすことなく掲げてきた。これまで県とは没交渉であったが、今回の基金では事業案を独自に出し、初めて県との単独交渉を実現した。山本登支部長(医療法人五星会菊名記念病院理事長)に神奈川県支部の現状と直面する課題をうかがった。(支部訪問は不定期に掲載します)

歴史と組織率を誇る病院協会が根を張る中、3桁の会員を目指す

「横浜市の公的偏重を変えたい」—支部増強と並行して横浜市民間病院協会を育む

神奈川県支部の会員数は88人。病院数は344(2011年度)、そのうち民間病院は292なので、県内全病院に対しては25.6%、民間病院に対しては30.1%と、組織率は決して低くないが、近年の会員増加は低迷している。

しかし、山本支部長が語る神奈川県支部が置かれている状況は、公民の確執と組織率を誇る都市部病院協会によって存在感が脅かされるという、全日病支部として、あまり例のないものだ。

「神奈川県には、県の病院協会以外に、川崎、横浜、相模原の各政令指定都市で病院協会が組織されています。それ以外も厚木市など全部で11の病院協会があり、それぞれが活発に活動している。早い話、全日病の入り込む余地がないんです(笑)」

例えば、県病院協会の組織率は85%、横浜市も80%を超えている。県と政令指定都市の間に競合意識があるように、政令指定都市の病院協会には県に自己主張するプライドがあるなど、県と政令指定都市と県西部の3層構造が医療界にはあり、県として1つにまとまりにくい特殊性があると指摘する向きもある。

県病院協会は民間病院の役員が多いが、横浜市は公的が中心。そこに救急などの補助金等がからむので、横浜市は、今、公民の関係が必ずしも円滑にっていないとの声もある。

「そういうこともあるかもしれないが、どこも歴史があって、学会などの集会も熱心です。しかも、神奈川県支部は結構公的病院が入っているし、多くの会員がそれぞれの地域の病院協会に入っているんで、全日病のありがたみがないんです(笑)。そういう意味で、民間を代表する全日病という決め台詞が通用しない。じゃあ全日病の存在意義って何なのって…」

「ただ、そうもいってられない。例えば横浜市は公的中心にお金を出している。それをええさせるには、やはり、数が大切。ということで、とりあえず100ほどを目標に会員増強をしたとは思っています」

そこでというわけでもないが、山本支部長は、今回の基金に「女性医療従事者支援」の事業案をまとめ、県に提出した。支部会員から案を募った結果だという。

「そう、おかげで県は初めて全日病支部を交渉相手として認めたわけです。日病さんと一緒にという話もあったのですが、時間が間に合わなかった」

大袈裟に言えば神奈川県支部の文化革命だ

が、山本支部長は、もう一つ隠し玉もっていた。

「実は、有志の手で横浜市民間病院協会を2011年10月に立ち上げたんです。色々な事例報告とか病院職員も参加した勉強会をしています。参加病院はまだ20弱ですけどね」

問題は、しかし、支部活動の実態だ。

「本部からの情報はこまめに全会員に回しています。講師を呼んだ勉強会も年に2~3回やっていますが、参加者は40人程度かな。そのうち院長クラスは15名程度。どうも集まりがよくない。もっとも、それは我々の責任で、天に向かって唾を吐いても仕方がないだけけどね(笑)」

会員も含む県民の関心は東京に向かう。内には行政や公的病院との葛藤がある。そして病院協会が根を張っている。そんな中、山本支部長は3桁の支



▲山本登神奈川県支部長

部を目指している。「支部長を引き受けて、100人に増やしてアドバランを上げたんですが、正直、なかなか大変だと思っています(笑)。個人的な関係で入会を訴えることはできません。しかし、組織ですから、魅力を感じて入ってきてくれる何かを模索するしかない」

そして、「求心力を本部に求めるのはおかしい。我々の力で支部を強化しないと」と結んだ。

自主自立が山本支部長の信念だ。そういえば、インタビュー中「支部に金がない」という話は一度も出なかった。

■現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病HPをご参照ください)

研修会名(定員)	日時/会場	参加費/会員(会員以外)	備考
2014年度個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコース(北海道会場)(90名)	11月27日(木) 10:00~16:30 (北海道医師会館/北海道札幌市)	12,000円 (16,000円)	・対象者は医療機関の個人情報保護管理責任者、担当者。 ・医療機関内に個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目的とします。
2014年度臨床研修指導医講習会(40名)	11月8日(土)~9日(日) (全日病会講室)	65,000円 (85,000円)	・厚生労働省の開催指針にのっとり指導医養成講習会です。 ・厚生労働省の指針により、16時間以上の受講が必要であるため、遅刻・早退した場合は「修了証書」が発行できません。 ・原則先着順ですが、できるだけ多くの病院が参加できるように、参加希望者が多い施設に調整をお願いする場合があります。
2025年に生き残るための経営セミナー第6弾 超高齢社会での介護療養病床の重要性(100名)	10月21日(火) 13:00~16:00 (全日病会講室)	8,000円 (15,000円)	・国が考える介護療養病床の今後に関する講演、現在の介護療養病床が担っている役割などについての事例発表を基に、慢性期医療及び介護療養病床のあるべき姿などを共に考えるセミナーです。