



全日病 NEWS 12/1

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 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.837 2014/12/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「協議の場」の設置・運営で合意。病院団体も構成要員

地域医療構想策定GL検討会 都道府県知事は開設・増床や「過剰機能への転換」に協議への参加を要請できる

11月21日の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」は、GLに盛り込む、地域医療構想の「協議の場」の設置・運営に関する内容を検討した結果、基本的に、事務局(厚労省医政局地域医療計画課)が示した案で臨むことで一致した。「策定プロセス」は4面、事務局案の詳細は5面に掲載

分化・連携推進に必要な事業への基金活用も協議事項

「協議の場」は、医療関係者等が集まって地域医療構想の実現に必要な手段等を話し合う場として、都道府県が2次医療圏と概ね重なる構想区域ごとに開催する。その名称については、事務局案から「地域医療構想調整会議」を採用することで合意した。

基金の都道府県計画策定に合わせて定期的に開かれる場合もあるが、結論を要する問題が生じた場合は随時開催される。広域的な課題について複数の「協議の場」が合同開催するケースもあるなど、基本的に、柔軟な運用を図る考えで検討会は一致した。

参加者の構成は「医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者を基本とする」が、「都道府県は、議事等に応じ、参加を求める病院・有床診療所を柔軟に選定できるようにすることが適当」とも記された。

通常開催の場合は前出の基本メンバーで臨むが、テーマによって、参加者は、個別医療機関や各種の関連団体に及ぶということで、その裁量は都道府県に委ねられる。また、開設・増床等の許可申請や過剰な機能への転換に関する協議が行われる場合は、「その当事者及び利害関係者等に限って参加することが考えられる」ともされた。

「協議の場」は公開を基本的にとするが、

患者情報や医療機関の経営情報が扱われるケースは非公開にできる。ただし、その結果は、原則として公表かつ周知されることになる。

また、「協議の場」に専門部会やWG等を設置して当該議題の関係者が具体的な話し合いを行なうことや、「協議の場」への参加が求められていない病院・有床診療所からも意見提出を求める(表記上は「望ましい」といった取り組みも、「協議の場」の裁量となる。

調整会議の議事テーマは、①病床機能と病床数に関する協議、②病床機能報告制度による情報等の共有、③(地域医療介護総合確保基金)都道府県計画に関する協議、④その他地域医療構想の達成に関する協議(地域包括ケア、人材の確保、診療科ごとの連携など)と、整理された。

③の「(基金)都道府県計画に関する協議」とは、例えば、不足している機能を各病院に担ってもらおうという合意ができた場合に、その実現に基金を活用する必要がある、当該都道府県を含めて基金の都道府県計画に盛り込む方針を決めるなど、基金を活用した機能分化・連携を話し合うためだ。

前出の①～⑤は「協議の場」における通常の議事テーマであり、開設・増床の許可申請や「過剰な機能への転換」がな

された場合は、別途、当該申請や転換に関する協議が行なわれることになる。

この場合に、「過剰な機能への転換」というのは、医療法における病床種別変更の許可申請をいう。したがって、一般病床から療養病床への、また、その逆の変更が構想区域の各機能の病床必要量を超えているケースは(都道府県知事の判断によって)協議の対象となるということになるわけだ。

これに関連して、構成員である全日病の西澤会長は、「協議の対象となる

のは(過剰機能への)転換を行なう場合であり、既存の機能にとどまる限り、医療機関は何ら協議の対象にはならないという理解でいいか」と確認を求めた。

北波課長は「(協議の対象は)法律が定める通りであり、(指摘されたケースは)対象とはならない」と答えたが、仮に、現状の機能が必要量を大きく超えたときに、その機能にとどまるのがどこまで可能か、一抹の不安は残るところだ。

協議への参加拒否と合意事項不履行に知事権限を行使

そのほか、事務局案には、「協議への参加の求めに応じない関係者」に対して都道府県がとる措置や「合意された方法と履行の担保」のしかたに関する考えが整理されている。

「協議への参加の求めに応じない」というのは、1つには、開設・増床等の許可申請をした医療機関は、都道府県知事から協議への参加を求められたときは、これに応ずる努力義務が改正医療法で課せられたが、これに応じない医療機関を指す。

このケースに、事務局案は「正当な理由なく協議に参加しない場合に、都道府県知事は当該許可に条件を付することが考えられる」とした。

もう1つは、過剰な医療機能に転換しようとする医療機関に、都道府県知事から協議への参加が求められたときはこれに応ずる努力義務があるという改正医療法の規定で、正当な理由なく参加を拒む医療機関について、事務局案は「『協議の場』における協議が調わ

ないときと同様の措置を講ずることができるようになることが考えられる」と記した。

「協議が調わないときの措置」とは、「協議が調わないとき、その他厚生労働省令で定めるとき」に、都道府県知事は、都道府県医療審議会への出席・説明を求め、さらには、都道府県医療審議会の意見をきいて転換中止の命令・要請を出せることをいう。

この場合に、私的医療機関については、転換中止の「要請」ということになる。

協議の結果は関係者による合意書等にまとめられ、その履行が求められる。事務局案は、「関係者が正当な理由なく合意事項を履行しない場合には、『協議の場』における協議が調わないときと同様の措置を講ずることができるようになることが考えられる」と、最終的には「転換中止の命令・要請」にいたる都道府県知事の権限行使を担保とする旨を記した。



介護報酬改定の議論終わる。次回に「審議報告」

2015年度介護報酬改定 居宅サービス基準案を承認。配置・運営弾力化が目白押し

介護給付費分科会は2015年度介護報酬改定の議論を終え、改定方針のとりまとめに入った。11月26日の分科会は居宅サービスの基準案をまとめた(3面に関連記事)。

施設サービスのうち、介護老人保健施設については、①在宅強化型の基本施設サービス費と在宅復帰・在宅療養支援機能加算の点数(単位数)を引き上げる、②入所前後訪問指導加算の要件を追加した上で点数を上げる、方針が示された。

介護療養型医療施設に関しては、①身体合併症をもつ認知症患者、医療処置を受けている患者、ターミナルケアの患者がそれぞれ一定割合入院している、②生活機能を維持改善するリハを行なっている、③地域に貢献する活動

を行なっているという要件をすべて満たす施設を「療養機能強化型介護療養型医療施設(仮称)」として、それ以外の介護療養型医療施設よりも高い点数とする、考えが示された。

併せて、介護保険3施設における、(1)口腔機能維持加算は口腔衛生管理加算に、口腔機能維持管理体制加算は口腔衛生管理体制加算にそれぞれ改称、かつ、多職種による取組のプロセスや栄養管理に加えて咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持管理を評価するものへと、その内容を見直す。

また、(2)経口移行加算を経口移行訓練加算と改称した上で、栄養管理とともに咀嚼能力等口腔機能を含む摂食・嚥下機能の強化と回復の取り組みを評価するものへとあらためる。

さらに、療養食加算と経口移行加算・経口維持加算の併算を可能とし、かつ、評価内容の見直しを行なう、という提案が事務局(厚労省老健局老人保健課)によって行なわれた。

改定方針は、次回(12月19日)に審議報告としてまとめられる見通しだ。

一方、11月26日の介護給付費分科会は、居宅サービスに関する基準案を了承した。

地方分権法等によって、指定居宅サービスの運営基準は市町村の条例に委任されているが、15年度に施行されるためには年度内に各議会で条例改正を成立させなければならない。

各市町村は年明け議会での審議が見込まれているため、改定審議のとりまとめと改定の答申に先立って基準案を

固める必要があった。

一方で、15年4月に統一地方選を控え、各市町村の議会は例年より短期間の議会を迫られており、15年度改定を踏まえた予算案の作成・成立等の作業にも追われている。

この日の分科会で、全国市長会の委員は「15年度に間に合わない恐れがある」と警告したが、パブコメの時間を含め、基準案の確定は「ギリギリの日程」(事務局)であった。

事務局が示した基準案は、各サービスの人的配置・運営要件を緩和・弾力化する方針がざらりと並ぶ、効率化重視のものとなった。

委員からは「報酬削減を前提とした見直しではないか」などの不満も出たが、田中滋分科会長(慶大名誉教授)は「地方にとっては時間がない。概ね了解とさせていただきたい」と押し切り、事務局は「パブコメ後に、再度、確認の時間をとりたい」とりなした。

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

高度急性期病棟とは何か？ 地域包括ケア病棟の機能区分は？ 「協議」で病床削減は可能か？ 尽きぬ疑問の報告制度と地域医療構想

いよいよ、病床機能報告制度が開始となった。全日病会員の皆様は、迷わず報告できたのであろうか。

多くの委員会等から、高度急性期とはどのような病棟なのか、大規模病院に限られるのか、というような質問が聞こえてくる。確かに、ICU、CCU、SCU、HCU等は高度急性期病棟(ユニット)であろう。しかし、7:1一般病棟はすべてが高度急性期ではない。また、病棟機能であるので、病院の大小は関係ないはずである。しかし、高度急性期という、特定機能病院やDPC I群・II群を思い浮

かべてしまうのは私だけであろうか。

次に、2014年度改定で創設された地域包括病棟(病室)は、急性期なのか、回復期なのか、という疑問も耳にする。これは同病棟(病室)の使い方によって変わるであろう。自院および転院の急性期後の利用者が大勢を占めれば回復期であるし、軽～中等度の急性期患者の方が主体であれば急性期と考えるべきである。

2、3か月後には、これらのデータが纏めて発表されるであろう。4分類がどのような配分として出てくるか、結果発表が楽しみである。

一方で、地域医療構想(ビジョン)作成のためのガイドラインが作られようとしている。2025年の推計による必要病床数に基づいて、4つの病床機能別必要病床数を決めようということである。病床機能報告の結果は、いずれこの必要病床数に収斂される、となっている。そして、その実現のために「協議の場」が作られる。また、所謂「非営利型ホールディングカンパニー」の議論は、それを後押しする一つの方法と捉えることが出来る。

このような政策実現の中で、当然

のように出現する余剰病床は減らさなければならない。そんなことが現実に行えるのか、実現可能なのかと疑問に思う話ではある。「協議の場で決まったことだ」「わかりました。では病院は止めます」というほど、物分りのいい経営者はそうそういないからである。

しかしながら、超少子高齢化社会のなかで、医療費適正化をしなければ国が持たない、ということも事実である。地域医療構想の実現過程では、日本中すべての地域で、深い議論が交わされなければならない。(IY)

衆議院が解散。消費税10%は17年4月に延長

衆議院は11月21日に解散、直後の臨時閣議で、12月2日公示、12月14日投票という選挙日程が決った。解散は2012年11月16日以来2年ぶりとなる。

安倍首相は解散に先立つ11月18日に記者会見を行ない、21日に衆議院を解散するとして、消費税率の10%への引き上げに言及、「法定どおりには15年10月に10%に引き上げるわけだが、それを18ヵ月延期する」と述べた。

一方、自民、公明両党は11月20日に与党税制協議会を開き、17年4月の消費税率10%への引き上げと合わせて軽減税率の導入を目指すことで一致。両党が作成する衆議院選挙の共通公約に盛り込むことで合意した。

対象品目や経理方法など詳細な制度設計の検討を選挙後に再開し、早ければ15年秋の臨時国会に関連法案を提出するとしている。

ただし、公約案は軽減税率の導入時期を「17年度から」としており、17年4月に施行すると明記していない。自民党税調には「導入は17年4月より遅れる可能性が高い」と観測する向きも



による消費税増収分の投入方法が決まられており、医療・介護においても、人員確保や機能分化等への配分額がおおまか明らかにされている。

予定された消費税増税の2%は5.6兆円と試算される。そのすべてが社会保

障の機能強化に投入されるわけではないが、その延長は、医療・介護の財源見通しを大きく狂わせることになる。だが、これを理由に、15年度介護報酬改定と16年度診療報酬改定をマイナスにすることがあってはならない。

塩崎大臣「社会保障への投入は1.8兆円から1.35兆円に」 財源確保と配分の見直しで「大事な決断」も

消費税率10%引き上げの先送りについて、塩崎厚生労働大臣は11月14日の記者会見で、「万が一そうなったときは、一般論だが、年金や子育てなどの分野で法改正の必要が出てくる。国民的議論の下で決められた社会保障の改善をどうするか色々考えなければならないことになり得る、大きな決定になるだろう」との認識を示した。

引き上げ延長が決まった11月18日には、「我々としてはこれは大変大事な問題だ。財源をどうするかを含めて、大事な決断をしていかなければいけないと思っている」と語り、社会保障財源の確保に大きな決断が迫られる可能性を示唆した。

衆議院の解散を受けた11月21日の記者会見では、10%の1年半延長による影

響について、要旨以下のとおり語った。

「2015年度予算で、子育て支援、医療・介護あるいは年金の機能強化に充てる消費税の増収分は、予定どおりいけば1.8兆円強あったわけだが、これが1.35兆円程度にとどまることになる。これを各分野にどう配分をするかについては、15年度予算編成の過程で検討を深めて、決断をしていきたい」

医療・介護情報の分析・検討WG

DPC別1日医療費から機能別病床数を推計

政府の社会保障制度改革推進本部の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」に付設された「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ」の松田晋哉主査(産業医科大学医学部教授)は、11月11日の専門調査会に、WGにおける検討状

況を報告した。

「データに基づく医療機能別病床数の推計方法の検討」と副題がついた報告は、9月、10月、11月の3回開いたWGの議論で合意された医療機能別病床数推計の方法と、今後の作業を、要旨、以下のとおり明らかにした。

医療・介護情報の分析・検討WGにおける検討状況

- 全体の流れ
- 1. DPC・NDBを活用して、医療機能別の標準的なあるべき病床数の推計を各レベル(国、都道府県、2次医療圏)で行う。
- 2. 病床機能報告制度のデータ(国、都道府県、2次医療圏)を集計する。
- 3. 1と2のデータの比較をデータブック

- で提供される各種データをもとに行ない、関係者の協議を経て、各レベルでの機能別病床の適正化の実現方法を協議する。
- 現在の検討状況
- ・医療機能別病床数について、DPC別1日あたり医療費を使う方法により推計する方法を検討中

- ・各DPCの入院期間を1日あたり医療費を用いて、高度急性期・一般急性期・回復期・慢性期に区分
- (1) DPC別1日あたり医療費の分布から基準コストを算出する。
- ①1日あたり出来高換算コストの分布(入院1日ごとに計算；入院期間の平均ではない)
- ②1日あたり平均出来高換算コストの入院後日数分布(DPCごとに作成)
- この作業をまずDPC病院について行なう。
- (2) 対象とする地域区分ごとにDPC病院における機能区分ごとの病床数を計算する。
- 全国・都道府県・2次医療圏で、各DPCについて病床機能別の必要病床数を計算。これを全DPCについて行ない、合計すると、DPC病院における、全国・都道府県・2次医療圏各レベルの病床機能別必要病床数になる。

- (3) DPC病院以外の一般病床のデータをDPCに変換して、同様の計算を行ない、DPC病院分と合算して機能別病床数を求める。
- (4) 将来推計の方法
- 各年度の年齢階級別患者(国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」)を用いて将来推計を行なう。
- 現在の状況
- ・DPC、NDBデータを活用して、同様の検討を実施している。
- DPCデータ → DPCごとの1日あたり出来高換算コストの分布を検討
- NDBデータ → 非DPC入院レセプトについてDPCでコーディングを行ない、DPCごとの1日あたりコストの分布を検討予定(現在はデータの成形作業を実施中)
- 将来推計の基本となる人口データの準備(全国・都道府県別・2次医療圏別)

清話抄

消費税を上げるなら

来年10月には消費税の再増税が行われることになっていたが、ここにきて2017年4月まで先延ばしとなり、安倍首相は解散し、その是非を総選挙で問うという。

消費税は経済学では付加価値税の一

種とされている。原材料を購入して加工し、商品として販売すると、原材料費や手間賃の支払いの後に利益が残る。人を雇ってサービスを提供するときも、人件費とサービス収入の差が利益になる。これが、事業で生み出された価値で、この価値を享受した消費者に課税するのが付加価値税とされる。

消費税では、売上に税をプラスして消費者から受け取り、この中から原材料などの分の税を業者に支払い、残り

を納税する。ところが、医療の世界では、収入の大部分は国が決める診療報酬として受け取り、非課税の扱いだ。一方、病棟建設、設備や物品・サービスの購入は課税になるので業者への消費税の支払いは必要になる。

診療報酬を消費税相当分しっかり引き上げ、その中から材料購入等に伴う消費税を払って、残りを精算できればすっきりするのだが、現実には診療報酬は削減される。医療費の削減と消費

増税が混然となって決着するので、実に分かりにくい。

消費税の引上げが、医療・介護・年金の充実のために必要なことは理解できる。そうであれば、課税方法を透明にするとともに、増収分は医療や介護などにきちんと使ってほしい。

全日病は、社会保険診療を消費税の課税対象にして課税分を透明にするよう訴えている。国は、是非ともわかりやすく納得できる仕組みにしてほしい。(毅)

短期入所療養介護(老健) リハ機能強化加算を基本サービス費に包括

通所リハに「生活行為向上リハ」の報酬体系を新設

2015年度介護報酬改定に関する介護給付費分科会の議論は11月19日に各論を終えた。

「生活行為向上リハ」の報酬体系(通所リハ)の新設、短期入所療養介護(老健)におけるリハ機能強化加算の基本

□11月13日に提示された論点

【通所リハ・訪問リハの報酬・基準】

◎リハマネジメントの再構築

①通所リハのリハマネジメント加算に新たな評価項目を追加、かつ、算定要件を見直した上で、報酬を引き上げる。

②訪問リハの基本報酬に包括されているリハマネジメントを、通所リハと同様に充実を図った上で、あらためてリハマネジメント加算として別立てで評価する。

③訪問リハにおける、訪問介護の提供責任者に対する理学療法士等の指導・助言に対する評価を、リハマネジメント加算に包括する。

◎通所リハの評価の見直し

①個別リハと短期集中リハを統合、かつ、個別リハ実施加算は基本報酬に包括する。

②認知症高齢者に対するリハは、認知症の特徴に合わせたリハとして、機能を見直す。

・認知症集中リハと短期集中リハ加算を一体にした認知症短期集中リハ(3ヵ月間を限度)を新設する。

・認知症短期集中リハ提供後の評価により、新設する「生活行為向上リハ(仮称)」(次項参照)に移行する。認知症短期集中リハ後もリハを継続できるが、引き続き、「生活行為向上リハ」への移行を促す。

③訪問と通所を組み合わせた、ADL、

サービス費への包括、介護職員処遇改善加算の維持とさらなる評価区分の新設、などが提案された。

居宅関係にかかわる11月13日、19日の議論から、事務局(厚労省老健局老人保健課)が提案した主な論点をまとめた。

IADL、社会参加など生活行為の向上をめざすリハを評価する新たな体系(生活行為向上リハ=仮称)を導入する。

・最初の3ヵ月間を通所訓練期とし、次の3ヵ月間を社会適応訓練期とし、計6ヵ月間を限度に提供、次のサービス(通所リハ以外の通所系サービスや地域支援事業等)に移る。

・実施頻度、回数、時間は実施計画で決定。月1回の包括評価とする。

◎訪問リハの評価の見直し

①短期集中リハは、実施期間を3月とするなど、頻度や時間などの機能を見直す。

◎通所・訪問リハ終了後の各種地域サービス等への移行の評価

・通所リハから通所介護等、訪問リハから通所リハ・通所介護等へ、利用者が一定期間以内に他の通所系サービスや地域支援事業等に移った場合の実績を評価する。

◎通所リハにおける重度者対応機能評価の見直し

・要介護3以上を一定割合受け入れ、かつ、看護職員を提供時間を通じて専従で1以上配置している要件を満たし、介護職員または看護職員を基準より常勤換算で複数以上加配している事業所を加算で評価する。

・重度療養管理加算の対象者を現行の要介護4・5以上から3以上に拡大する。

◎訪問看護によるリハと訪問リハの一体的見直し

①訪問看護の理学療法士等の訪問と訪問リハの基本的な報酬評価を合わせる。

②訪問看護の理学療法士等の訪問に対しても、訪問リハと同様、リハマネジメント加算を新設する。

◎同一事業所が訪問リハと通所リハを提供する場合の運営の効率化

同一事業所が訪問リハと通所リハを提供する場合、以下内容の一体的作成

□11月19日に提示された論点

【短期入所療養介護の報酬・基準】

◎リハの実施に応じた評価への見直し

短期入所療養介護(介護老人保健施設)において、算定率が90%に達しているリハ機能強化加算を基本サービス費に包括化する。ただし、当該加算の要件のうち、個別リハ計画の策定は個別リハ実施加算の要件に位置づける。

【介護職員の処遇改善】

◎介護職員処遇改善加算を維持し、さらに、上乘せ評価する区分を新設する。

(1)加算取得のキャリアパス要件として、①職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系の整備、②資質向上計画の策定と研修実施または研修機会の確保のいずれかを満たすことを求めているが、新たな区分の要件では①と②の両方の整備を求めるとともに、現行のキャリアパス要件としてはどうか。

(2)また、キャリアパス要件では、『定量的要件』として、賃金改善以外の処遇改善への取組の実施を求めているが、新設区分では、近年に新たに実施した取組の記載を求める。

◎サービス提供体制強化加算の要件を

を可能とする。

- ①通所リハ計画と訪問リハ計画の作成
- ②計画書に対する利用者の同意書
- ③計画のサービス実施状況の診療記録への記載

【療養通所介護の報酬・基準】

◎重度要介護者への対応体制の評価

・重度要介護者の送迎を評価する「個別送迎体制強化加算(仮称)」を設ける。

・重度要介護者の入浴を評価する「入浴介助体制強化加算(仮称)」を設ける。

見直す。

- (1)介護福祉士の配置割合がより高い状況を評価するための区分を新設する。
- (2)日常生活継続支援加算をサービス提供体制強化加算に置き換える

介護老人福祉施設における「介護福祉士の手厚い配置」と「重度の入所者の受入れ」を同時に評価している日常生活継続支援加算は、サービス提供体制強化加算を創設することで、一元的に評価する。

【地域区分について】

◎地方公務員の地域手当の支給地域の設定の準用

・地域区分の設定に当たっては、公務員(国家公務員または地方公務員)地域手当の設定がある地域については、地域手当の設定に準拠するように見直す。

・公務員地域手当の設定がない地域は、隣接する地域の実情を踏まえた設定が可能となるよう、一定の配慮の上で区分を設定する。

・見直しにあたっては、すべての地域について、自治体からの意見を聴取したうえで必要な経過措置を講じる。

「予期しない」の解釈、「管理」を対象とするかで意見分かれる

医療事故調査制度の施行に係る検討会 省令等に盛り込む事項で検討会。省令事項の範疇超え、GL議論の様相

厚労省に「医療事故調査制度の施行に係る検討会」が設置され、11月14日に初会合が開かれた。

2015年10月1日の施行に向け、15年度早々に省令、告示、通知事項等が公表される。したがって、年度内にそれらの考え方をまとめる必要があることから、関係者の意見を反映させるために設置されたもの。

構成員は医師・歯科医師11人(1人は弁護士兼職)、医師以外の医療職3人、弁護士3人、法学者4人、文化人1人、患者代表2人の計24人。このうちの14人は、厚労科研「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・全日病西澤会長)のメンバーである。

事務局を務める厚労省医政局総務課医療安全推進室の大坪室長は、冒頭に「省令、告示案等のパブコメをできれば15年3月に出したい」と発言、2月頃の報告取りまとめを要請した。

第1回目の検討会は、まず、前出の研究班として10月23日に中間報告を行った西澤構成員が、その骨子を以下のとおり報告した。

(1)医療の安全確保を目的に、医療事故の再発防止に繋げることがこの制度の意義であり、そのために、医療者の自律的な取り組みとして医療事故の調査・分析を行なう。したがって、事故発生当該病院等が主体的に院内事故調査を適切に実施することが重要である。

(2)この制度は紛争処理とは切り離し、原因の調査と再発防止につなげることが目的である。

(3)医療事故の定義として、「医療中の管理」は対象となるが、「医療を伴わ

ない管理」は対象としない。

(4)「予期しないもの」の定義は今後の検討課題である。

(5)報告者の非懲罰性の確保が重要。

(6)「報告書」とは、最終的に外部(医療事故調査・支援センター、遺族)に提出するものを指し、個人の責任追及につながらないように、記載事項を検討する。

(7)「報告書」への再発防止策の記載は必須としない。

続いて、小田原構成員(医法協常務理事)が、以下のとおり同協会の「医療事故調査ガイドライン」を説明した。

(1)非懲罰性・秘匿性の遵守が報告システムが成功する必須条件である。

調査対象に「過誤」を含めるべきか

2回目の検討会は11月26日に開かれ、事務局は、改正医療法に書き込まれた医療事故調査制度の規定にもとづいて、省令に明記すべき事項を中心とする「検

討事項」を19件提示した(別掲)。

この日の議論は、主に、①事故の範囲、②「予期しない」の解釈、③事故発生後のセンター報告の内容と時期、④調査

(2)センターは、謙抑的に補助的な役割を担わせるべきである。

(3)報告書は遺族に開示しない。

(4)本制度の対象は範囲をごく限られたケースに限定し、マンパワーと費用をかけるべき事案に絞り込んで行なうべきである。

(5)「過誤」類型および「単純な管理」に起因する死亡は調査対象から外れる。

以上の報告を受け、議論は、概ね、①「予期しない死」の解釈、②「管理」の概念とその報告対象の有無めぐり、主に、医法協GL案の考え方を主張する小田原構成員とそれに疑問を呈する構成員との間で交わされた。

□医療事故調査制度の検討事項

- 1. 医療事故の定義について
 - 基本的考え方
 - 死産について
 - 医療に起因し、又は起因すると疑われるもの
 - 当該死亡又は死産を予期しなかったもの(省令事項)
 - 医療事故の判断のプロセス
- 2. 医療機関からセンターへの事故の報告
 - 医療機関からセンターへの報告の方法(省令事項)
 - 医療機関からセンターへの報告の事項(省令事項)
- 3. 医療事故の遺族への説明事項等
 - 遺族の範囲(省令事項)
 - 遺族への説明事項(省令事項)
- 4. 医療機関が行なう医療事故調査
 - 医療機関が行なう医療事故調査の方法等(省令事項)
 - 5. 支援団体のあり方
 - 支援団体(大臣告示)
 - 支援内容
 - 支援団体(案)
 - 6. 医療機関からセンターへの調査結果報告
 - センターへの報告事項・報告方法(省令事項)
 - 7. 医療機関が行った調査結果の遺族への説明
 - 遺族への説明事項・説明方法(省令事項)
 - 8. 医療事故調査・支援センターの指定
 - 9. センター業務①
 - センターが行なう、院内事故調査結果の整理・分析
 - センターが行なう、医療機関への分析結果の報告
 - 10. センター業務②
 - センターが行う調査
 - 11. センター業務③
 - センターが行なった調査の医療機関と遺族への報告
 - 12. センター調査に伴う遺族及び医療機関の費用負担
 - 13. センター業務④
 - センターが行なう研修
 - 14. センター業務⑤
 - センターが行なう普及啓発
 - 15. センターが備えるべき規定(省令事項)
 - 16. センターの事業計画等の認可(省令事項)
 - 17. センターの事業報告書等の提出(省令事項)
 - 18. センターの業務の休廃止の許可
 - 19. センターが備える帳簿(省令事項)

報告書の遺族への開示(提供)、⑤センター調査と院内調査との関係をめぐり、前回と同様、医法協GL案を支持する構成員とそれに異論を唱える構成員との間で意見の応酬が繰り返された。

調査対象となる事故の範囲に関しては、「過誤を含めるべきか」「過誤による死は予期しない死とみなすべきか」「医療における管理と医療の外の管理をどう分けるか」など、概念が重なったり、連繋する論点が多い。

そのため、検討会の議論はいりくんだものとなり、一見すると、意見集約が難しく思えるものとなっている。

しかし、「医学的に予期されていなかった死の原因」を究明して「再発防止」につなげることを旨とする制度である。しかも、この制度の最終目的は患者の安全を確保し、患者との信頼関係をより強固にすることにあり、それが、医療人が自信をもって医療に臨む糧となる。

したがって、真摯な議論を重ねる中から、自ずと結論はみえてくると言える。検討会に臨む医療関係者の声は、意見集約に楽観的である。

厚労省「法人も一般の医療法人社団の社員になることを可能とすべき」

非営利新型法人 非営利新型法人 新たな考え方を追加した論点を再提示。次回から取りまとめの議論

11月27日の「医療法人の事業展開等に関する検討会」に事務局(医政局医療経営支援課)は、非営利新型法人(地域連携型医療法人=仮称)について、前回(10月10日)提示したものに追加の考え方を加筆した論点を示した(別掲)。

新たな論点で、参加対象は「医療事業を実施する法人」とされたが、この医療事業(医療施設)は病院、診療所、助産所、老健施設で、訪問看護ステーションは入らないと事務局は説明した。

「二以上の事業地域範囲で病院等を開設している法人・自治体病院等も当該地域の病院に限って参加を認める」という事務局案には、田中座長(慶大名誉教授)から、「経営方針を貫く組織に、

別組織の1事業部(当該地域の病院)が参加するという考え方は理解できない」と強い疑問が示されたが、事務局は「そうしたことが可能か否かを含めて検討中である」と答えるにとどまった。また、社会福祉法人の傘下に関しては、あらためて、社福系の委員から強い疑問が表明された。

関連事業を行なう株式会社への出資には強い反対意見が出る一方、「(剰余金の流出を防ぐために)100%の出資でないと認めがたい」とする意見もあった。理事長については医師を要件とすることで概ね一致した。

新型法人については、政府から年内の結論を求められている。事務局は、

次回合会で報告とりまとめの議論に入りたいと、意見の集約を要請した。

この新たな論点には、「一般の医療法人社団について、法人も社員になることが可能であることを明確化してはどうか」と加筆された。

医療法人として位置づける新型法人(社団)に法人が参加することを踏まえ、従来の社団医療法人も足並みを揃えさせようということだが、この考え方は、そもそも新型法人とは別に政府の方針でもあった。それを、一気に実現する意向をここで表明したものと見えよう。

その医療法人社団を含む医療法人に関して、事務局は、①医療法人会計基準の適用と公認会計士等による外部監



査を義務づける、②一定規模以上に計算書類の公告を義務づける、③メディカルサービス法人との関係を事業報告に記載させる、④理事長・理事の忠実義務、損害賠償責任等を医療法に規定する、ことを提案した。

さらに、複数法人の持分なし医療法人(社会医療法人・特定医療法人は除く)による事業分割について、分割して移転する資産に係る法人税が課税繰延べ、不動産取得税が非課税となる適格分割の要件を、詳しく説明した。

地域連携型医療法人制度(仮称)のポイントと論点(要旨) *前回の論点に加筆

◎新型法人の事業地域範囲

地域医療構想区域を基本として、地域の医療事業を実施するのに適当な範囲を新型法人が定め、都道府県知事が認可する範囲とする。(前回どおり)

◎新型法人の対象範囲

・参加法人は事業地域で医療事業(病院、診療所等)を実施する法人としてはどうか。社会福祉法人の取り扱いは引き続き検討してはどうか。(前回は「法人・個人を問わず対象とする」)

・二以上の事業地域範囲で病院等を開設している法人・自治体病院等については、新型法人と当該法人の方針が異なる場合の調整規定を設けた上で、対象を当該地域の病院に限って参加を認めてはどうか。(前回どおり)

・地域内の介護事業を実施する者の参加は引き続き議論。(前回は「どう考えるか」)

◎新型法人の業務内容

・統一的な事業実施方針の決定を主な業務としてはどうか。(前回どおり)

・その内容として、医療機能の分化・各医療機関等の連携に関する事項は必須とし、その他の共通業務・管理業務等は法人の自治に委ねてはどうか。(今回加筆)

・法人全体におけるキャリアパスの構

築、医薬品等の共同購入、参加法人等への資金貸付等を実施できることにしてはどうか。(前回どおり)

・そのうちの資金貸付等(貸付、債務保証、出資、贈与)については引き続き議論が必要。なお、上記貸付等は社会福祉法人は対象としないこととしてはどうか。(今回加筆)

・関連事業を行なう株式会社への出資については引き続き議論。(前回は「どう考えるか」)

・一般社団法人等への出資について、基金への出資のように贈与とならない範囲で認めてはどうか。当該出資は、毎年度、都道府県に報告することにしてはどうか。(今回加筆)

・新型法人自身による病院等の経営については引き続き議論。(前回は「どう考えるか」)

◎新型法人のガバナンスの仕組み

・社団の場合の議決権の取扱いは引き続き議論。(前回は「各社員1議決権とする」)

・財団の場合、理事は評議員会が選んだ者が、評議員は寄附行為で定める方法により選んだ者が就任してはどうか。(前回どおり)

・参加法人を統括する新型法人は、参加法人の事業計画や予算等に対して、

①新型法人に対して意見聴取・勧告を行なうという一定の関与、②協議・承認(不承認の場合の修正指示)を行なうという強い関与、のどちらかを選択できることにしてはどうか。(前回どおり)

・新型法人の意見聴取・勧告又は協議・承認の対象となる事項は、参加法人の該当事業予算、借入金、重要資産の処分、事業計画、定款(寄附行為)変更、合併・解散に関する事項とするが、これらに加え、各新型法人の決定で役員選任等対象事項を追加できるようにしてはどうか。(今回加筆)

・理事要件については引き続き議論が必要。(前回は「どう考えるか」)

・新型法人が社団の場合、地域の関係者で構成する地域協議会(仮称)を開催し、新型法人に意見具申できるようにしてはどうか。財団の場合は、地域関係者を評議員の一定割合以上に任命することにしてはどうか。(前回どおり)

・地域協議会は、地域医療に関して設定された目標・貢献度等を基に、新型法人設立の目的が達成されているかを

評価してはどうか。財団の場合は評議員会が同様の役割を担うことにしてはどうか。(今回加筆)

・社団、財団とも地域関係者を理事に任命することにしてはどうか。(前回どおり)

◎新型法人の非営利性の確保等

・新型法人における剰余金の配当は禁止してはどうか。(前回どおり)

・解散時残余財産の帰属先は国や地方公共団体等に限定してはどうか。(前回どおり)

・新型法人の設立認可など都道府県知事の認可が必要な案件は、都道府県計画、市町村計画等関連計画との整合性を確保、かつ、都道府県医療審議会の意見を聴くことにしてはどうか。(今回加筆)

◎新型法人の透明性の確保

・参加法人の病院等は新型法人に参加している旨を表記することにしてはどうか。(今回加筆)

・新型法人には、公認会計士等による外部監査や財務諸表の公告を義務づけてはどうか。(前回どおり)

・新型法人と参加法人全体の財務諸表の作成について、会計基準が異なることに伴う技術的な課題を整理しつつ、検討してはどうか。(今回加筆)

地域医療構想の策定プロセスは事務局案で基本的に一致

医療団体、保険者、市町村、患者住民、医療機関等から意見聴取。医療審で決定

地域医療構想は医療計画の記載事項の1つであるため、構想の策定には現行医療計画(第6期)を変更する手続きが必要で、そのために、都道府県医療審議会の諮問・答申を経ることになる(1面・5面に関連記事)。

ただし、構想案をつくる過程では、改正医療法と総合確保方針に明記された留意事項(手続き)を踏まえる必要があるという点で、作成指針にもとづく医療計画(本体)と趣きを異にする。

その手続きとしては、①病床機能報告の内容、人口構造の変化等医療需要の動向、医療従事者と医療施設の配置状況の見通し、その他の事情を勘案すること、②基金の都道府県計画と都道府県介護保険事業支援計画と整合性を確保すること、③保険者協議会の意見聴取をすること、がある(以上改正医療法)。

さらに、④患者・介護サービス利用者・その家族他の関係者の参画を得ながら計画を作成するプロセスとすること、⑤在宅医療については市町村介護保険事業計画との整合性に留意するこ

との遵守が求められている(以上総合確保方針)。

このうち、①は2025年における医療機能別の需要と病床数の推計にかかわる事項だが、②と⑤は関連計画との整合性確保を担保する措置で、③と④は、供給側と受給側ともに、関係者からの意見聴取を踏まえた策定となることを求めるものだ。

概ね合意された地域医療構想策定プロセス案は、この③と④に象徴されるように、住民を含む関係者の理解と合意を得るために「意見聴取」を重視するという点に、特徴がある。

保険者協議会の意見聴取は地域医療構想策定にかかわる法定事項だが、元々、医療計画については、「診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見聴取」を行なうことが医療法に書き込まれている。

だが、地域医療構想策定における医療関係者からの意見聴取は、こうした団体に限られるものではない。

事務局は、「構想区域を意識した単位での現場の医療機関等の関係者の意見

を聴取することが望ましい」と、「作成段階からの現場の医療関係者等の関与」を歓迎する見解を策定プロセス案に「補足」したが、それは、意見聴取が個別医療機関にまで及ぶ必要を認識しているからだ。

その理由に、事務局は、「地域医療構想策定後には、構想区域ごとに、医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設けることになるが、その際、現場の医療関係者である当事者が議論の主体となる」ことをあげた。

地域医療構想の本質は病床数の機能別管理であり、そこに明記される必要量は、開設・増床や機能転換を企図する病院には死活問題となる。「協議の場」における調整議論も、まさに、そうした病院が主役となる。それだけに、事務局には、構想策定過程に個別病院の意見を聞く機会を設けるべきとの判断が働いたものと思われる。

こうした意見聴取の場としては2次医療圏単位で設置されている圏域連携会議があげられている。圏域連携会議は、医政局長通知で、保健所が主催者

となって設置が進められているもので、設置は義務ではなく、これまで医療連携体制を推進する上で十分活用されてきたとは言い難い。

事務局案に市町村の意見聴取も圏域連携会議を活用して行なうとの考えが示されたが、厚労省は、概ね構想区域と重なる圏域連携会議に、地域医療構想を策定する上で、医療審議会を補完する役割の発揮を期待している。

このほか、患者・住民に対しては、案作成後のパブコメにとどまらず、「作成段階から、タウンミーティングやヒアリング、アンケート調査等を実施」して意見を聞くことを提案している。

こうした取り組みは、医療計画を策定する中で一部の県で実施されているが、その数は少ない上、形骸化しているとの声もある。構成員からは「かたちだけの聞き取りではなく、例えば患者会や病院ボランティアといった医療に関心の高い層からの意見聴取を重視してほしい」などの注文がついた。

地域医療計画課の北波課長は「案をつくる過程で多様な場を活用して意見を聞くということだ。(意見を聞く場には)色々なバリエーションがあってよい」という認識を表わしたが、個別病院を含め、都道府県が関係者の意見聴取をどこまで重視するか、GLの影響力が問われるところだ。

「地域医療構想を策定するプロセス案」(概要) 11月21日「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」 *1面記事を参照

1. 策定プロセスの基本的考え方

○地域医療構想は医療計画の記載事項の一つであることから、地域医療構想を定めることは医療計画の変更にあたる。よって、医療計画の策定と変更の手続きを経る必要がある。

○また、改正医療法と総合確保方針に設けられた手続きを踏まえる必要がある。

○策定のプロセスは、上記に加え、医療計画作成指針や都道府県で実際にとられている策定の手続き、本検討会に出された意見等も踏まえて検討する必要がある。

2. 地域医療構想策定プロセス(案)

現行の医療計画策定の手続き等を踏まえ、地域医療構想策定のプロセスは、以下のように考えられる。

●作成準備(体制の整備)

・都道府県医療審議会の下に専門部会やWG等の設置が考えられる。

●構想(案)の作成段階

(1)以下の事項について検討

- ・目的、地域の医療提供体制の目指すべき姿、基本骨子
- ・病床機能報告制度の報告等により、地域医療の現状分析
- ・人口構造変化の見通し他の医療需要動向、医療従事者と医療施設の配置状況の見通し
- ・構想区域の設定
- ・構想区域ごとの2025年の医療需要と各機能の病床の必要量(在宅を含む)の推計

・(基金)都道府県計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合性

・地域医療構想の実現のための施策

(2)意見聴取と連絡調整

- ・都道府県の境界周辺について、必要がある場合は関係都道府県と連絡調整を行う。
- ・構想区域単位で圏域連携会議等を活用し、医療関係者から意見を聞くことが考えられる。

- ・在宅医療や目指すべき姿は介護保険事業計画と整合性を図って定める必要があるため、圏域連携会議等を活用して市町村の意見を聴取することが考えられる。
- ・診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見聴取。
- ・患者・住民の意見を反映させるため、タウンミーティングやヒアリング、アンケート調査等を実施することが考えられる。

●構想(案)の作成後

- ・都道府県医療審議会、市町村、保険者協議会の意見聴取 → 医療審会への諮問・答申
- ・住民の意見聴取のため、パブリックコメント等を実施することが考えられる。

●地域医療構想の決定

- ・厚生労働大臣への提出及び公示
- ・県報及びホームページ等で公表することが考えられる。

「協議の場」の設置・運営(案) 11月21日「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」 *1面記事を参照

2. 議事と開催時期

(1) 議事について

「協議の場」として以下が考えられる(通常の開催)。

- ①各病院・有床診療所が担うべき病床機能及びその病床数に関する協議(後出「イメージ」を参照)
- ②病床機能報告制度による情報等の共有
- ③都道府県計画(基金)に関する協議
- ④その他構想の達成に関する協議(地域包括ケア、人材の確保、診療科ごとの連携など)

※上記のほか、医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合又は過剰な医療機能に転換しようとする場合に、都道府県知事は当該医療機関に、「協議の場」の協議に参加するよう求めることができ、その際は当該許可申請の内容又は転換に関する協議が行われる。

(2) 開催時期について(通常の開催)

「協議の場」は、病床の機能分化・連携等に関する協議が行われる場合は、都道府県が随時開催することが基本となるが、病床機能報告制度による情報等の共有や都道府県計画(基金)に関する協議が行われる場合には、通年の日程がある程度定まっているため、定期的に開催することが考えられる。

(参考) 通年の日程イメージ

- 3月/病床機能報告制度による情報の取りまとめ
- 6月/都道府県計画の提出(7~8月 内示・交付決定)
- 9月/地域医療介護総合確保基金の積み増し

※上記のほか、医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合又は過剰な医療機能に転換しようとする場合にも、随時開催する。

3. 設置区域について

・「協議の場」は地域医療構想を策定する区域ごとに設置することを原則とする。一方で、地域によっては構想区域での設置・運営が困難な場合も想定されるため、都道府県知事が適当と認める区域で設置することも可能とする。

・例えば、以下のような柔軟な運用を可能とする。

- ①広域的な病床の機能分化・連携が求められる場合の複数「協議の場」の合同開催
- ②議事等に応じ、設置される区域から更に地域・参加者を限定した形での開催
- ③圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催 等

※大都市圏における「協議の場」については、関係自治体と相談し、別途検討する。

4. 参加者の範囲・選定、参加の担保について

(1)参加者の範囲・選定について

・「協議の場」の参加者は医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者を基本とする。

・患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱うなど、特段の事情がある場合を除き、会議は公開とする。協議の内容・結果は原則として周知・広報する。

・都道府県は、議事等に応じ、参加を求める病院・有床診療を柔軟に選定できるようにすることが適当。例えば、通常開催の場合は医師会、歯科医師会、医療保険者、病院団体等の参加が考えられるが、開設・増床等の許可申請の内容や過剰な医療機能への転換に関する協議の場合は、その当事者と利害関係者等に限って参加することが考えられる。

・急性期病床の機能分化・連携や地域包括ケアの推進など、特定議題の協議を継続的に実施する場合には、「協議の場」の下に専門部会やWG等を設置する方法も考えられる。

・「協議の場」の参加を求めなかった病院・有床診療所に対しても、書面やメールでの意見提出など、幅広く意見表明の機会を設けることが望ましい。

(2)協議への参加に応じない関係者への対応

・医療法上、開設・増床等の許可申請をした医療機関は、都道府県知事から「協議の場」の協議に参加するよう求められたときは応ずる努力義務が課せられている。また、都道府県知事は、開設・増床等の許可に、不足している病床機能の医療を担うという条件を付することができる。参加の求めがあったにもかかわらず、当該医療機関が正当な理由なく協議に参加しない場合は当該許可に条件を付することが考えられる。

・過剰な機能に転換しようとする医療機関には、都道府県知事から協議への参加を求められたときは応ずる努力義務が課せられており、また、都道府県知

事は、「『協議の場』における協議が調わないとき、その他厚生労働省令で定めるとき」は、都道府県医療審議会への出席・説明を求め、さらに、都道府県医療審議会の意見を聴いて転換中止の要請・命令をすることができる。参加の求めがあったにもかかわらず、当該医療機関が正当な理由なく協議に参加しない場合には、「協議が調わない」ときと同様の措置を講ずることができるようにすることが考えられる。

5. 合意の方法・履行担保について

(1)合意の方法について

・協議が調った事項には医療機関の経営を左右する事項が含まれている場合が想定されることから、合意に当たっては、都道府県と関係者との間で丁寧かつ十分な協議が行われることが求められる。

・また、特に各病院・有床診療が担うべき病床機能及び病床数等の合意に当たっては、議事録作成に加え、参加した病院・有床診療による合意書等の形で取りまとめることが適当。

(2)合意事項の履行担保について

関係者は協議が調った事項の実施に協力する努力義務が課されているが、履行されない場合には、地域医療構想の達成の推進に支障が生じる恐れがある。

このため関係者の合意事項の履行を担保する必要があるが、医療法上、都道府県知事は、「『協議の場』における協議が調わないとき、その他厚生労働省令で定めるとき」は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している病床機能に係る医療の提供等を要請・指示することができることとされている。

関係者が正当な理由なく合意事項を履行しない場合には、「協議の場」における協議が調わないときと同様の措置を講ずることができるようにすることが考えられる。

「協議の場」における病床の機能分化・連携に関する議論の進め方(イメージ) 11月21日

STEP1/地域の医療提供体制の現状と将来の目指すべき姿の認識共有

病床機能報告や統計調査等で明らかとなる地域の医療提供体制の現状と、地域医療構想で示される将来の医療需要と各医療機能の必要量について認識を共有。

STEP2/構想を実現するための課題の抽出

現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上の課題について議論。

STEP3/具体的な機能分化・連携について議論

○例えば、ある構想区域で回復期の病床が不足してい

る場合、それをどのように充足するかについて議論。

○現在、急性期や回復期を担っている病院関係者等、都道府県が選定したメンバーによって、回復期機能の充足のため、各病院がどのように役割分担を行うか等について議論。

STEP4/基金を活用した具体的な事業の議論

○STEP3で議論して合意した内容を実現するために必要な具体的事業について議論。

○基金を活用する場合には、当該事業を都道府県計画にどう盛り込むか議論し、必要な手続を進める。

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、約40年にわたり、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 6,700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 7,200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】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 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 8,300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

●試験の詳細な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。

一般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923
TEL 03(3294)6624 <http://www.jme.or.jp>

プライマリ・ケアと総合診療専門医に関する議論に思う

総合診療専門医 家庭医療学を核にプライマリ・ケアの専門性を確立すべき



既存専門医延長の議論に懸念。わが国プライマリ・ケアの現状を十分踏まえて議論を期待

プライマリ・ケア検討委員会委員長(常任理事) 丸山 泉

日本の医療に文脈性を持ち込むことは容易なことではない。右肩上がりの経済状況を経験した医師群が世代交代するまでは難しいのではないだろうか。一方で、急激にニーズが高まるのが明確な入院施設の運営の厳しさについては言うまでもなく、現実と現場を知らない作家が書く文脈となつてはならない。

トーマ・ピケティが「21世紀の資本論」で述べているように、経済成長が緩やかな先進国は格差社会の道を歩んでいる。日本も例外ではなく、一部の経済学者によると、総中流化から少数の富める者と大多数の貧しき者との二極分化になりつつあると考えられている。

すべての現象は有機的に連関しており、人口減、一時的な高齢者増の後に来る高齢者減、少子化、労働人口の不足は、格差においても是正のベクトルではない。このようなことから、プライマリ・ケア(以下PC)の強化が日本に突き付けられている喫緊の課題であるのだ。

このことは、11月に出されたOECDの2014年医療の質レビュー(日本)の提言にも書かれている。患者側の構造変化や格差問題は経済発展の阻害因子となる。そのために医療における変革も必要であると言っている。

人口構成の変化と、それによる経済的な問題、特に税収減の問題、加えて格差の問題、それは貧困格差ばかりでなく、世代間負担の格差、地域間格差など、PCが包み込むべきものは厚く高い壁である。

PCの強化を唱える時には、どのようなものが対象であるのかがきわめて重

要である。

病院医療の世界にそれを当てはめてみると、人口減は患者減につながり、一時的な高齢者の増加は認知症や多疾病罹患患者の増加を意味するので、病棟、外来に関わらず、従来の方法では対応できない。ひいては病院経営の大きな決定因子となる。

もっと大事なことは格差の顕在化である。富の再分配としての社会保障が、再分配すべき対象があまりにも巨大になることによって立ち行かなくなる可能性が高い。

患者層の変化はもっと深刻なものとなるだろう。毎日外来に100人来るとして、その内の90%がある程度潤沢な生活レベルの人である場合と、10%がそうである場合は様相がまったく異なってくる。つまり、医療も格差社会を念頭においたシステム構築を求められている。

このようなことから、時代に即応した文脈性のあるPCの強化を必要としているのであるが、PC領域のドラスティックな改革が可能であるかと問われれば、私はそれはないし、してはならないと答える。

理由は、通津浦々で行われている診療の一つ一つは継続性を担保されなくてはならないし、例え、医療界でよしと思う道理にかなった改革であっても、国民に混乱を引き起こすことはいからである。

今日の正午、日本のPCは誰が担っているのだろうか。言うまでもなく、診療所と病院の両輪である。とすると、PC強化の文脈は一点に帰着する。名称

的にはただの現象であるが、現実至今PCを担っている「かかりつけ医」の対応能力をどう高めるかである。

分かりやすく説明すると、将来的に50万弱の人の看取りの場が確保できないと推計されているが、内科を主標榜とする診療所はおおよそ6万超のはずであり、これに病院外来も加わるので、乱暴に計算すると一施設あたり6~7件の在宅看取りをプラスしていただければよい。解決可能な課題となる。

問題は受療側である。独居老人世帯が増えており格差が広がる中で、問題になるのは実はこちら側のことである。福祉的な手当や介入がこれまで以上に可能なのか、圧倒的な多数の前に人手と財源はどのようにするのか、そちらの方が余程深刻である。

話が横道にそれたので元に戻すが、かかりつけ医の対応能力をどう高めるかには、日本医師会や病院団体の総力戦が求められている。では、どのような方向に高めればいいのかであろうか。そこに19番目の基本領域の総合診療専門医の役割があると考えている。

PC領域の医師の仕事に専門性がある人考える人はきわめて少数であった。海外で発展している家庭医療学を、米国や英国などで学んだ一部の人が先見的にと覚えていただけていた。

日本の医学部のメインの附属病院は特定機能病院である。このことが日本の医療がいかにPCを軽視してきたかを如実に示している。講座としての家庭医療学を名称に関わらず発展させてきた大学医学部はきわめて少ない。

総合診療専門医は、日本専門医機構によって協議が進められているが、日本医師会長もそのことについては是とすると表明しており、間違いなく成立すると考えている。

総合診療専門医のはたす役割は、地域包括ケアの現場での業務独占を意味するものでは決してない。標榜は可能となるはずであるが、成立後、微修正を行いながら、国民に信頼を得る診療科となるかどうか、また臨床研修後の若い医師にとって、魅力ある領域となるかどうかにかかっている。

かかりつけ医の対応能力を高めることは、スキルの研修の積み重ねだけではない。そのために総合診療専門医はPC領域での専門性を家庭医療学をコアとして明示できるものとなり、PC領域で医療をする者にその方向性を示さなくてはならない。

専門医としての確固たる確立はこれからの日本のポリシーメイキングともなる。曖昧なものではその役目は果たさないだろう。

最後に、病院施設における関わりは、(1)総合診療専門医の育成プログラムに携わる、(2)家庭医療学を基盤とした総合診療を診療の中に位置づける、この2点がやや混乱しているようであるので整理していただきたい。

また、専門医機構の議論が日本のPCの現状を十分に認識したうえで進むことを願っている。既存の専門医育成の延長の議論になりがちな点を強く案じている。

引上分 補填率に大幅なばらつき。100%未満が6割強も

四病協・日病協 消費税8%引上分の補填率調査結果(速報値)を発表

四病院団体協議会と日本病院団体協議会が共同で実施した、消費税の8%引き上げにともなう診療報酬による補填実態を検証する「医療機関における消費税に関する調査」の結果(速報値)がまとまった。

調査は8月~9月に両協議会傘下の1,075病院に対して実施され、433件(40.3%)の回答を得た(有効回答は282件=26.2%)。

同調査は「消費税率引き上げ前の事業年度の実績を基に、税率引き上げによる経費増と診療報酬による補填分を推計して補填率を計算」する方法で実施された。

また、補填率については今回引き上げの3%についてのみを抽出、過去の

5%分は対象から除外している。

速報値として、補填率は、50%未満の病院が4.3%、50%以上100%未満が

58.5%、100%以上150%未満が22.3%、150%以上が14.9%という分布で、6割強の病院が補填率100%未満という結果

交付先は公26%に民74%!?

厚生労働省は11月19日、各都道府県に設置する地域医療介護総合確保基金の交付額を、10月17日に内示した額の通り交付決定したと発表した。

今年度の基金規模は全国で903.7億円(このうち国費は602.4億円)。

各都道府県が実施する事業(金額)の内訳は、(1)病床の機能分化・連携事業が174億円、(2)在宅医療の推進事業が206億円、(3)医療従事者の確保・養成

15年度実調は期限を1月前倒し

11月19日の中医協・調査実施小委員会では2016年度診療報酬改定の基礎資料にするために、15年5月~7月に実施する医療経済実態調査(対象は13年度・14

年度の両年)について議論。

会計基準が14年度から新しくなったために新旧の会計基準をまたぐことになる自治体病院について、事務局(厚生労働省保険局医療課)は旧基準に一本化した調査回答を提案したが、「病院の

となった。中央値も87.1%であった。

調査結果は、①課税対象の経費率が高い病院、②減価償却割合が高い病院で補填率が低いことを指摘。診療報酬の上乗せという方法は、控除対象外消費税の負担を十分補填できていない実体を明らかにした。

事業が524億円、となった。

交付先が決まっている額(国費602億円のうちの541億円)の公民比率をみると、「公的機関」25.9%に対して「民間機関」は74.1%となっている。

負担が大きすぎる」とする慎重論が相次いだため、引き続き議論となった。

事務局は、また、これまでの7月末から6月末へと回答期限を1ヵ月前倒しすることを提案、概ね了承された。

調査内容は14年度内に固める予定だ。

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

患者基礎情報
入院年月日
発症日
現病歴

個人情報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

2014年度臨床研修指導医講習会の報告

10回目の講習会に定員を超える応募。女性医師の参加も増加

2014年度臨床研修指導医講習会チーフタスクフォース
佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター 准教授 江村 正

全日病と医法協の共同主催による「臨床研修指導医講習会」は、会員病院の医師および管理者に、今まで以上に教育に目を向けてもらうことをコンセプトにし、2007年度から開始した。

08～09年度は年2回開催し、ここ数年は年1回行っており、今年がちょうど10回目であった。医師臨床研修制度を経験した参加者も増え（14年以降に医師免許取得した人が9名）、女性の参加も39人中6人と昨年より多かった。今年度の講習内容は、「より良い研修病院になるために－問題点を挙げる」「カリキュラム作成」「より良い研修病院になるために－問題点の解決策を考える」の3つのワークショップを柱とし、その前後に、「医師臨床研修制度の概要」「臨床研修と地域医療」「今の研修医は卒前教育で何を学んでいるか」「情報交換会」「特別講演」「コー

チング」「研修医のメンタル・ヘルス」を入れ、有機的に結びつくように工夫した。

「医師臨床研修制度の概要」は、本年もこのテーマに最も詳しい厚生労働省医政局医事課の北澤潤課長をお願いをした。初期研修のを中心とし、卒前教育や専門医制度のことも含め、医師の教育に関して網羅的な話が聞けた。引き続き、「臨床研修と地域医療」と題して、比較的規模の小さい会員病院の事例を紹介した。

医学部卒前教育の紹介は、PBL、TBL、OSCE、CBTといった医学教育用語の理解を深めてもらい、既に医学生ではない、研修医に何を修得させるかということを考えてもらうヒントとしてもらう目的で、本年も取り入れた。

カリキュラム作成に関しては、本年も、目標、方略、評価作成まで作業が

一通り終わってから、「Myミニカリキュラム作成」と題して、明日から自分の職場で使える、SBO、方略、評価を作成してもらった。各グループから優秀なカリキュラムを選び、それを報告書に載せることとした。

特別講演は、「研修医が研修病院に求めること」と題し、現在の医師臨床研修制度で研修を修了した3名の若手医師より講演してもらった。様々な経歴の先生が、詳細にわかりやすく話をしてくださったので、非常に有用だったようである。

指導スキルとして、毎年コーチングのDVDを見てもらっていたが、今年は、タスク・フォースのロールプレイを含めた講演とした。「明日から使ってみます」という声が大変多く聞かれた。研修医



のうつ状態についても説明を行った。参加者は皆、非常に熱心な討論を行った。本制度で研修を行った参加者が増えたためか、問題点は非常に深く掘り下げられ、対応策も、実際に参加者のヒントになる十分練られたプロダクトであった。全日病・医法協の「臨床研修指導医講習会」は来年も11月に開催する予定である。本年はキャンセル待ちの状態であった。是非早い時期から、周りの人への参加を勧めていただくようお願いしたい。

2014年度 第6回常任理事会の抄録 9月19日 於ヒルトン福岡シーホーク (福岡市)

- 【主な協議事項】**
- 入会者の承認 (敬称略・順不同)
(正会員)
愛知県 東名古屋病院 院長 内海 眞
三重県 三重中央医療センター
院長 森本 保
(準会員)
東京都 桜十字赤坂健診クリニック
院長 平原美孝
 - 病院機能評価の審査結果 (8月1日付)
□主たる機能 (3rdG/Ver.1.0:順不同)
○一般病院1
香川県 クワヤ病院 更新
- 鹿児島県 池田病院 更新
◎一般病院2
北海道 北斗病院 更新
福島県 坪井病院 更新
新潟県 立川総合病院 更新
長野県 相澤病院 更新
岐阜県 中津川市民病院 更新
大阪府 多根総合病院 更新
奈良県 平成記念病院 更新
香川県 総合病院回生病院 更新
福岡県 田主丸中央病院 更新
◎慢性期病院
埼玉県 東所沢病院 更新
香川県 永生病院 更新

2014年度 第7回常任理事会の抄録 10月18日

- 【主な協議事項】**
- 広島県支部長の交替および事務局の変更
種村一磨氏 (医療法人社団曙会シムラ病院) が広島県支部長に就任、承認を得た。
 - 消費税改定に伴う研修会等参加費の取り扱い
消費税が内税処理されている本会事業の研修会等の参加費を2015年4月以降外税表示にするとともに、本体参加費の見直しを図る方針が承認された。
 - 入会者の承認 (敬称略・順不同)
(正会員)
茨城県 白十字総合病院 院長 鈴木善作
三重県 鈴鹿回生病院 院長 加藤 公
兵庫県 栄宏会小野病院 理事長 土井 直
(賛助会員)
東京都 三菱地所リアルエステートサービス株式会社 (代表取締役・伊藤裕慶)
東京都 株式会社学研メディカルサポート (代表取締役社長・清水 修)
 - 病院機能評価の審査結果 (9月5日付)
□主たる機能 (3rdG/Ver.1.0:順不同)
◎一般病院1
東京都 久我山病院 更新
富山県 沢田記念高岡整志会病院 更新
兵庫県 真星病院 更新
兵庫県 大久保病院 更新
兵庫県 尼崎医療協病院 更新
広島県 高陽ニュータウン病院 更新
広島県 東広島記念病院 更新
福岡県 神代病院 更新
大分県 大久保病院 更新
◎一般病院2
神奈川県 大和徳洲会病院 更新
岐阜県 木沢記念病院 更新
京都府 洛和会丸太町病院 更新
- 広島県副支部長に、大田泰正氏 (社会医療法人祥和会脳神経センター大田記念病院)、藤原恒太郎氏 (社会医療法人里仁会興生総合病院)、若林伸一氏 (医療法人翠清会翠清会梶川病院) が選任された旨の報告があった。

2014年度 第8回常任理事会の抄録 11月15日

- 【主な協議事項】**
- 「第57回全日本病院学会」の参加費
本会の研修会等の参加費を外税表示とするにあたり、2015年の北海道学会の参加費を「3万円+消費税」(会員=事前登録の場合)とすることが承認された。
 - 入会者の承認 (敬称略・順不同)
(正会員)
北海道 留萌記念病院 理事長 角 隆巨
埼玉県 小林病院 理事長 小林良樹
(準会員)
東京都 日比谷公園クリニック 理事長 大富眞吾
(賛助会員)
東京都 認定NPO法人ピープルズ・ホープ・ジャパン (理事長小田晋吾)
 - 病院機能評価の審査結果 (10月1日付)
□主たる機能 (3rdG/Ver.1.0:順不同)
◎一般病院1
宮城県 中嶋病院 更新
埼玉県 池袋病院 更新
神奈川県 宮川病院 更新
神奈川県 葉山ハートセンター 更新
大阪府 萱島生野病院 更新
広島県 翠清会梶川病院 更新
山口県 佐々木外科病院 更新
◎一般病院2
北海道 札幌徳洲会病院 更新
東京都 河北総合病院 更新
東京都 板橋中央総合病院 更新
大阪府 守口生野記念病院 更新
鹿児島県 霧島市立医師会医療センター 更新
◎慢性期病院
千葉県 新八千代病院 更新
◎精神科病院
愛知県 八事病院 更新
- ◎リハビリテーション病院
北海道 花川病院 更新
東京都 河北リハビリテーション病院 更新
- 熊本県 平成とうや病院 新規
◎慢性期病院
兵庫県 広畑センチュリー病院 更新

■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 (東京会場) (90名)	2015年 1月29日(木) 10:00~16:30 (全日病会議室)	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が、当研修会の目的です。
2014年度 保健指導士更新研修会 (60名)	2015年 1月31日(土) (全日病の会議室)	10,000円 (10,000円)	・対象者は全日病認定「保健指導士」(AJHAヘルスマネージャー)、「保健指導士」(AJHAヘルスマネージャー/食生活改善担当者) ・2011年度までに認定を受けた方は認定証の有効期限が2015年3月31日までとなっています。延長を希望される方は本研修会を受講してください。(有効期限が2020年3月31日までの認定証を発行します)

あんしんとゆとりで仕事に専念

一般社団法人 全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
医療施設機械補償保険
居宅介護事業者賠償責任保険
マネーフレンド運送保険
医療廃棄物排出事業者責任保険
個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
勤務医師賠償責任保険
看護職賠償責任保険
薬剤師賠償責任保険

一般社団法人
全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0064 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. 03-5283-8066

支部訪問／第9回 長崎県支部
全日病各支部の現状と地域医療の課題を探る

長崎県支部は、今、きわめて積極的な支部活動を進めており、その成果いかんでは、全国の支部に貴重な教訓を提供する先進的事例になる可能性がある。
井上健一郎支部長(社会医療法人春回会理事長)に長崎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)

積極果敢な活動。県医師会や日病の協力を得て、勉強会を年4回開催

県内全病院に案内、TV会議を活用。地域医療ビジョン等の独自調査と一体化

井上健一郎氏は、県医師会常任理事を務めた後、2013年に全日病長崎県支部長に就任した。

会員数は40人。全日病支部の平均会員数(50人)を下回ってはいるが、昨今の厳しい状況下でも減少することなく、現状維持ないし微増で推移してきた。そういう意味からは、全日病支部の平均像と言えなくもない。

その長崎県支部は、今、アクティブな支部政策を展開し、攻めの局面を切り開きつつある。支部の活性化を可能としたのが、井上支部長を初めとする役員企画力、メール等を駆使したコミュニケーション術、そして、県医師会や日病支部等との地縁である。

長崎県の病院数は155。そのうち民間病院は116にとどまり、国公立など公的病院の数が多。県の病院協会はなく、日精協を除くと、県医師会病院部会、全日病支部、日病支部(会員数35)のみが機能している。その中で、長崎県支部は県医師会に事務を委託するなど、長く、良好な関係を堅持してきた。

県医師会の蒔本会長は全日病の元副支部長だ。日病支部の会員は公民が半々の上、福井支部長は民間病院である。加えて、全日病も日病も、昔から県の医療審議会に委員を出してきた。

そんなことから、「県医師会病院部会、全日病、日病の間に、一緒にできることはやろうという空気があり」、例えば、全日病支部と日病支部も、10年以上前から、年1回病院部会で勉強会をともにする、ある種パートナーの関係にある。

このように長崎県の地縁は全日病に有利に思えたが、井上支部長は、就任直後にちょっとしたショックを受けたという。

「県内の全病院に入会をよびかける案内を送ったんですが、まったくのナシのつぶてだったんです。やっぱりそうかと思ひましてね…。支部の活動を強めなければということで、支部役員と話し合っ、地域医療セミナーを始めることにしたのです」

それまで年1回だった勉強会を4回に増やし、そこに、これまで以上の協力を県医師会と日病支部から得る、とい

う計画である。

1回目が今年の6月で、県医師会と共催というかたちをとった。診療報酬改定という演目で、講師に本部から猪口副会長を招き、100人ほどの参加を得ることができた。

勉強会は2回目の9月から「長崎地域医療セミナー」と銘打った。地域医療ビジョンをテーマに、県医療政策課の三田課長と東京医科歯科大の河原教授を演者に招いた。県医師会との共催も崩さず、参加者は150人に増えた。

「会員の病院長・理事長向けというより、事務職、とくに事務長の参加を目指した」のが成功した要因とみられるが、それでも1県にしては参加者が多い。詳しく聞いたところ、そこには納得のいく理由があった。

「まず、参加費は無料にしました。さらに、県内全病院に案内をかけるとともに、地域医療ビジョンに関する独自アンケートを行なったのです」

会場は共催者である県医師会の会議室を無料で借りることができた。また、講師は身内の猪口副会長と委員会の委員なので、経費は軽微で済んだという。129病院と実に多くから回答が寄せられたアンケートの結果は勉強会で発表した。

2回目はスポンサー(中外製薬)を得ることができたため、参加費無料を維持できた。だが、2回にわたる成功の裏には、もう1つ秘訣があった。

「県医師会が郡市医師会の間にテレビ会議システムを持っているので、6月はそれを使わせてもらいました。9月のときも、協賛メーカーにお願いし、テレビ会議システムをホテル会場に持ち込んでもらいました。こうして、2回とも、主会場は長崎ですが、佐世保でも視聴できるようにしました。佐世保から長崎に出るには2時間かかるなど、県内の病院が1ヵ所に集まるのは難しいものですから」

つまり、100人と150人という参加者は2会場を合わせた数だったのだ。次回セミナーは、医療事故調査制度をテーマに12月に開く。その次は来年の春を予定しているという。

それとは別に、1月には県医師会と

講演会を共催する。テーマは病床機能報告制度。長崎県支部は、県内病院の報告状況を知るために、6月のアンケートに病床機能報告の内容を追加した調査を再度実施し、講演会で報告する予定だ。

地域の実態を調査して講演会等で報告する。調査活動が講演会の案内を兼ね、その内容に対する関心を惹起する。そして、少しでも近い会場に足を運んでもらう。長崎県支部の活動は、ま

個別指導の立ち会いにも参加。活動にはITを積極活用

長崎県支部は、また、地方厚生局による個別指導の立ち会いへの参加を実現した。

「県医師会に要請し、了解を得ました。病院のときだけですが、支部役員の誰かが行くという形で、今年の春から3回立ち合っています」

支部役員は副支部長1人に幹事6人の計8人。役員負担も大きいと思えるが、「重要な問題は一堂に会しますが、普段はメールのやりとりで済ませている」とのこと。セミナー同様、広い長崎県ならではの対応だ。

今年度、事務長や医事課長クラス7人で診療報酬委員会を設置した。個別指導立ち会いで得た実務上の課題も取り上げ、会員病院に還元することが1つの目的という。

その委員会活動はメーリングリストを活用している。セミナー、役員会、委員会と、長崎県支部はITの活用にたけている。しかし、支部ホームページはまだ手がけていない。

この質問には、「やはりつくらないといけないですね。でも、立ち上げやメンテに人手がいらいます。本部で、簡易にホームページがつくれるパッケージをつくって提供してくれないでしょうか」と注文がついた。

このように、積極果敢な活動に取り組んでいる長崎県支部には、今、前向きな話が多い。しかし、話題が一体改革に触れると、井上支部長の表情は一転曇った。

「基金については、会員全病院に意見を聞いて、支部の事業案を県に出しました。厚労省のヒアリングにも出席



▲長崎県支部について語る井上支部長

さに、マーケティング戦略に沿っているといえよう。

するなど、県の事業計画は概略つかんでいますが、恐れていたとおり公的中心の内容で、我々の提案も不採用です」

だが、基金に関しては、まだ対応手段はある。

「基金は恒常的制度です。そこで、県医師会中心の会議で、基金をどういう中身にするか話し合う場を、我々現場を含めて設置するよう提案しました」

しかし、地域医療ビジョンになると、どう対応すべきか、悩みは深い。「あのまま進んでいくと、民間病院、とくに急性期は押し潰されてしまう可能性が高い。2025年の長崎県は、一般病床で50%、療養病床で20%の過剰です。つまり、一般から療養には行けないので、このままだとベッドを減らすしかない。では、民間と公的、どっちを減らすのかという話になるわけです」

「地域医療ビジョンなど、国は、医療費と病床の削減に本気なことが分かります。私個人は本当にうまくいくかどうか疑問に思うのですが、問題は、国の動きに対して、我々全日病が、対策を出せていないということではないでしょうか。本来はこういうときのために、全日病総研とかがあるはずなのですが、今のままでは、正直、残念な気がします」

そういう井上支部長は、「都市部もそうでしょうが、地方の現場も必死の思いで、地域医療を支えています。本当に、今から戦いの時期に入ると覚悟しています」と結んだ。

その言葉には、支部政策の強化と会員増強も「戦い」の1つであるという信念がうかがえた。

「HOSPEX Japan 2014」で全日病が公開セミナー

広報、人間ドック、救急・防災、プライマリ・ケア、介護保険制度の5委員会が担当

全日病は、11月13日と14日の2日間、東京お台場の東京ビッグサイトで催された「HOSPEX Japan 2014」で公開セミナーを開催した。全日病のセミナーは今年で3回目。今回は全日病の5委員会が各講座を提供、展示会場に会場した医療関係者や一般市民が大勢参加、各講師の話に耳を傾けた。



▲講演する布施明日本医科大学准教授

1日目の広報委員会企画は、国際医療福祉大学大学院の高橋泰教授が「人口減少社会に向かう日本の医療福祉の現状と将来予測」というテーマで講演。

今後の人口構成等によって、市町村によって異なる医療・介護需要と勤務医配置数など格差を抱えた供給体制に直面する可能性を具体的に説明の上、日医総研の「都道府県別・二次医療圏別データ集」やJMAP(地域医療情報システム)の使い方を紹介しつつ、自院圏域の将来予測を把握して長期戦略を構築する必要性を説いた。

人間ドック委員会のセミナーでは、東海大学医学部教授で付属八王子病院健康管理センター長の高橋英孝氏が、「あなたの健康危険度を予測します」と題して、人間ドックにおける健康危険度評価(HRA)の現状と、その将来(健康危険度予測)について、分かりやすく解説した。

2日目の救急・防災委員会企画では、全日病のAMAT(災害時医療支援活動班)の隊員養成研修を指導する日本医科大学(附属高度救命救急センター)の布施明准教授(東京都の地域医療災害コーディネーター)が登場。

AMATの目的・仕組みと特徴、東日本大震災以後に確立された現地医療支援体制の考え方、現地体制におけるAMATのポジションと役割など、AMATの背景となる状況を詳しく説明した上で、内容的にDMATに匹敵するAMAT

隊員養成研修のプログラムを紹介した。プライマリ・ケア委員会によるセミナーは、丸山泉委員長が自ら講師を務め、「プライマリ・ケアにおける喫緊の課題とこれからの変化する医療の形」について講義。

その中で、11月5日に公表されたOECDの医療のプライマリ・ケアに対する提言を詳しく紹介するとともに、プライマリ・ケアの専門医制度(総合診療医)の動きなどを解説した。

最後に、介護保険制度委員会が企画したセミナーは、本庄弘次委員が、同委員会が行なった厚労省受託研究で現地視察したオランダとイタリアの認知症ケアの実態を、わが国の認知症施策と比較しつつ、明らかにした。

四病院団体協議会 賀詞交歓会(新年の集い)開催のご案内

全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の四団体は、2015年の賀詞交歓会(新年の集い)を、下記の要領で開催します。

日 時 ● 2015年1月15日(木) 午後5時30分～午後7時30分(受付開始 午後4時30分)

会 場 ● 東京都内 ホテルオークラ東京 本館1F『平安の間』

会 費 ● 1万円(当日受付にて申し受けます)

問合先 公益社団法人日本精神科病院協会 総務課 Tel. 03-5232-3311 Fax. 03-5232-3309