



全日病 ニュース

2016.8.1

No.876

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

新専門医制度は2018年度から一斉にスタート

日本専門医機構

2017年度は既存プログラムの実施を要請

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は7月20日に理事会を開き、当初予定していた2017年度からの新専門医制度の実施を1年遅らせ、2018年度から一斉にスタートする方針を決めた。また、専門医制度のあり方を根本から検討するため、引き続き議論する方針も決めた。専門医機構は、これらの方針を7月25日の社員総会に報告し、了承を得た。

立ち止まって懸念を払拭

理事会終了後の会見で吉村理事長は「ここは立ち止まって地域医療への懸念を払拭できるよう、機構と学会が連携して問題点を改善し、2018年度をめどに一斉にスタートすることを目指す」と報告した。あわせて「2017年度については、研修医や国民の混乱を回避するため、各学会が責任をもって制度を運用する。ただ機構としては既存のプログラムの実施を要望する」と述べた。

新たなプログラムで研修を開始する学会には、地域医療に十分配慮することを要請した上で、暫定的なプログラムとして研修を開始することを認める考えだ。例えば、それぞれの診療領域の募集人数を実績の1.2倍程度にするなどの対応が必要とした。

総合診療専門医については、「研修医の混乱を防ぐため新たな方策を考えたい」と述べたが、具体的な内容は示さなかった。

また、専門医のあり方を検討する方針を示した。将来の人口や疾病構造を勘案して、領域別の専門医の数やあるべき専門医の姿について、「大局的な大方針」を描くとしている。検討内容には、研修施設の認定や総合診療専門医の位置づけ、いわゆるダブルライセンス問題、専門医を取得しない選択肢も含まれ、専門医制度のあり方について基本的な方向を定めることになる。

これらの方針は、7月25日の社員総会に報告され承認された。なお、社員総会では、日本医学会連合の推薦枠で欠員となっていた1名が承認され、東京大学大学院医学系研究科教授の南学正臣氏が理事に加わった。

学会の対応に多くの懸念残る

当日は、19の基本診療領域の学会が参加する基本診療領域連絡協議会を開き、各学会の考える地域医療への配慮についてヒアリングを行った。引き続き「新たな検討の場」(専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会・仮称)を開き、各学会の対応を踏まえて協議した。検討委員会には、学会推薦の理事は参加せず、公衆衛生の専門家として、地域医療機能推進機構(JCHO)の尾身茂理事長が加わっている。

検討委員会で各学会の対応を吟味した結果、「各診療領域は地域医療に配慮しているが、いろいろな問題があることもわかった」(吉村理事長)。

最も問題とされたのは、初期臨床研修を終えた8,000~9,000人の医師に対し、新制度における研修医である「専攻医」の募集枠が2倍以上に及ぶこと。「専攻医の分捕り合戦のような状態」になっており、放置すれば都会に医師

が集中するのは明らかだ。

また、指導医の要件が厳しく研修施設になれないケースが見られる。研修施設の認定基準が厳しいプログラムについて、要件を緩める方向が示された。吉村理事長は、「指導医の基準を考慮するなどして、よりたくさんの病院が参加できるよう工夫する」と述べた。

新専門医制度をめぐる経緯

新たな専門医制度は、2013年の「専門医の在り方に関する検討会報告」以来、日本専門医機構において準備が進められてきたが、制度設計の概要が明らかになると、地域医療の現場から不安の声が高まった。日本医師会の横倉義武会長は2月17日、来年4月から開始することに懸念を表明。翌日の社会保障審議会・医療部会では、「拙速な開始は地域医療に混乱をもたらす」、「医療崩壊が再来する」など、見直しを求める意見が相次いだ。

これを受けて厚労省は医療部会の下に、「専門医の在り方に関する専門委員会」を設置。来年度の開始を延期することも含め、議論が始まった。専門委では、機構のガバナンスの問題に対する指摘も多く出された。

専門委員会での十分な議論がないまま第2回会合で、地域医療への影響を避けるため「専攻医」の募集枠に制限を



理事会終了後の会見に臨む吉村理事長(中央)と山下副理事長(左)と松原副理事長(右)

設けるなどの委員長提案が出され「試行的な運用」として制度を開始する方向で議論が進み始めたため、地域医療を代表する委員が不満を表明。委員として出席した全日病の西澤会長は、専門医機構の組織が脆弱なままでは混乱は明らかとし、「医療関係者でしっかり議論する」ことを主張した。

四病院団体協議会と日医は6月7日、機構と各学会に対する要望を発表。改めて新制度への懸念を表明するとともに、各学会のプログラムを精査するため、新たな「検討の場」を設置することを求めた。

これを受けて塩崎恭久厚生労働大臣が談話を発表した。大臣談話は、四病院協と日医の要望の趣旨を十分理解するとして、「一度立ち止まって検討の場を設け、医師の偏在が深刻化しないかどうか集中的な精査を行う」ことを求めた。この談話は重く受け止められ、その後の流れを決めることになった。

機構は6月末に役員改選期を迎え、6月27日の社員総会で新たな理事を選出し、池田康夫理事長は退任した。選出された理事24名のうち、再任は4人にとどまり、機構の執行部は刷新された。それまで四病協の理事は1名だけだったが、1名増員し、全日病の神野正博副会長と日本精神科病院協会の森隆夫常任理事が理事に就任した。

専門医機構の理事に就任した神野副会長は、7月11日の四病協・総合部会で、新専門医制度に対する基本認識を示している(表1)。病院のあり方委員会の議論を経てまとめられたもので、機構と各学会の役割分担など制度のあるべき姿について考え方を示している。神野副会長は、この基本認識に沿って専門医機構の理事会で発言。「一度立ち止まって、新専門医制度の見直しを行う」ことを主張するとともに、専門医機構の基本姿勢について議論を展開。あるべき新専門医制度の実現に向けて尽力している。

表1 新専門医制度に対する基本認識
四病院団体協議会 神野正博(全日本病院協会副会長)

日本の医療提供体制の視点、国民的視点に立って、専門医の確保と質の担保は必須である。専門医は専門性を発揮すべきことは言うまでもない。しかし、非専門医を排除するものであってはならないし、決して専門医が上に立つものではない。専門医は、コンサルテーション時に専門的な知識・技術のもとで専門性を発揮すべきものとする。
1. 新専門医制度は、一度立ち止まり、新理事のもとで、見直しが必要である。
2. 本質的に機構の仕事は、これまで学会が進めてきた制度(ここでいう、制度には研修プログラムとともに指導医、研修施設の基準を含む)の認証を主とすべきであり、機構が主体的、直接的に専門医を認証すべきではない。ただし、これまでの学会とは別に機構内で作業を進めてきた新たな総合診療専門医のみは、現時点で機構の所管とすべきである。
3. 各領域の専門医基幹研修施設の認定は、外形標準を明確にした上で、基準を満たしたのに対しては、理由なく排除してはならない。
4. 医師の引き上げなど地域医療の崩壊論議と専門医制度を関連付けるべきではない。医師の需給問題、(診療科と地域)偏在問題が先であり、その中で、専門医制度を議論すべきである。
5. 医師の生涯時間の中で専門医の重複、いわゆるダブルライセンス取得は、排除するべきではない。
6. 専門医を取得しない選択も明確にすべきである。(当然のことながら、全医師が専門医になることはナンセンスである)

●日本専門医機構の新執行部

理事長	
吉村博邦	北里大学名誉教授
副理事長	
山下英俊	山形大学医学部長
松原謙二	日本医師会副会長
理事	
市川智彦	千葉大学大学院医学研究院泌尿器科学教授
稲垣暢也	京都大医学部附属病院院長
岩本幸英	労働者健康安全機構九州労災病院病院長
木村壯介	日本医療安全調査機構常務理事
桐野高明	東京大学名誉教授
國土典宏	東京大学肝胆膵外科人工臓器移植外科学教授
神野正博	全日本病院協会副会長
羽鳥裕	日本医師会常任理事
森隆夫	日本精神科病院協会常務理事
井戸敏三	兵庫県知事
遠藤久夫	学習院大学経済学部教授
花井十伍	中央社会保険医療協議会委員
寺野彰	日本私立医科大学協会会長
小林誠一郎	岩手医科大学副学長
神庭重信	九州大学大学院医学研究院精神病態医学教授
渡辺毅	福島労災病院病院長
豊田郁子	新葛飾病院セーフティマネージャー
北川昌伸	東京医科歯科大学包括病理学分野教授
本田浩	日本医学放射線学会理事長
柳田素子	京都大学大学院医学研究科腎臓内科学教授
邊見公雄	全国自治体病院協議会会長
南学正臣	東京大学大学院医学系研究科教授

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

今後の医療費抑制策への心構え

2018年度には、第7次医療計画、第7期介護保険事業計画が開始され、更に診療報酬・介護報酬の同時改定が行われる。消費税率10%への引上げが延期されたことにより、財源確保の目途が立たないとして、次期改定への影響は避けられないであろう。

今年中に、厚生労働省の検討会において医療計画基本方針が定められる。それに基づいて都道府県単位で医療計画が作成されるのであるが、地域医療構想を踏まえて、これまでの医療計画よ

り実効性の高いものとして位置付けされているので、かなり厳しい対応を迫られることが予想される。

その地域医療構想であるが、私の県では高度急性期、急性期は、医療機関所在地ベースで、回復期、慢性期は患者住所地ベースで計算されている。県全体で約1,380床(23.7%)の減少となる。内訳は高度急性期、急性期の病床約1,700床(44%)の減、回復期の病床約720床(119%)の増、慢性期約390床(29%)の減である。

一般的には回復期が少ないと言われている。地域包括ケア病床は回復期といわれているが、問題は緩和ケア病床や、地域包括ケア病棟をどのジャンルに入れるか報告者の裁量に委ねている点である。このあいまいさを是正しなければ、正しい数字は出てこない。急性期の病床稼働率は70%台であり、病床数の22~26%は空床となっているので、すでに減少しているとみなす方がよい。診療報酬改定と人口減少により、自然に必要病床数へ近づくものと思われる。

在院日数を短縮すればする程、空床ができる。公的病院もしかりで、空床のベッドを地域包括ケア病棟に転換するのは公的病院のあり方の問題でもあ

り、モラルの問題でもある。地域医療構想を考える時、官と民の競争の形態が浮き彫りにされ、本来ならば、連携推進の姿が望ましいのだが、この状況では対処のしようがない。

療養病床のあり方についても、すべての改革は人口減少と共に少子高齢化社会がベースにあり、医療費抑制策という糸ですべてが繋がっていることを認識すべきだ。

2016年度診療報酬改定で7対1入院基本料を減らすための策が講じられているが、目標を下回れば、2018年度の改定ではさらにハードルが高くなり、厳しさを増すだろう。

(SH)

厚労省が「回復期への転換を妨げない診療報酬が必要」と表明

「経済・財政一体改革推進委員会」社会保障WG

経済財政諮問会議の「経済・財政一体改革推進委員会」の下に置かれている社会保障ワーキンググループ(榊原定征主査)は7月11日、2017年度予算における社会保障関係費の考え方を確認した。来年度予算概算要求の時点では自然増を計上するが、12月の予算案決定時には医療・介護の制度改正で抑制を図り、社会保障関係費を圧縮するとして、2016年度と同様に、5,000億円程度の伸びに抑制する方針と考えられる。

費用を抑制するための制度改正は、「経済・財政再生計画」の改革工程表で示されている。特に、今年度中に必

要な措置を講じる施策として、①高額療養費(月額負担上限)の見直し②高額介護サービス費(月額負担上限)の見直し③軽度者に対する福祉用具貸与・住宅改修に係る給付の適正化一があがっている。

今年中に検討し結論を得るが、来年に必要な措置を講じるものとしては、①入院時の光熱水費負担の見直し②かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入③介護保険の利用者負担の在り方④介護納付金の総報酬割導入などが工程表に記載されている。

その一方で、今後の医療費適正化計画やデータヘルス計画、保険者へのイ

ンセンティブ付与などについても、医療費の伸びの要因や地域差の要因などをさらに「見える化」し、来年度以降の費用抑制につなげる考えを示した。これらの中長期的な取り組みによって生じる伸び率の鈍化を「その後の年度の予算の自然増に反映」させる。中長期的に効果が生じる取り組みには、「介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換」も含まれている。

一方、厚生労働省は、改革工程表の医療・介護事項の実施・検討状況を報告。その中で、地域医療構想の取り組みの1つである「回復期の充実(急性期からの病床転換)等」について、「各

機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たり妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要」と強調した。回復期への転換には看護師などの雇用問題を含め、急激な変化を避けるために診療報酬での配慮が必要との趣旨だ。

慢性期の医療・介護サービスについては、「地域医療介護総合確保基金を有効的に活用して、在宅医療・介護施設等を着実に整備」するとして、そのため、2018年度から始まる第7次医療計画と第7期介護保険事業計画で、「必要なサービス見込み量を記載し、計画的・総合的に確保」と明記した。

骨太方針2016に基づき年内の医療保険改革を議論

厚生労働省・医療保険部会 保険者によるデータ活用を検討

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)が7月14日に開かれ、6月2日に閣議決定された骨太方針2016と規制改革実施計画を中心に、医療保険制度改革の内容を確認するとともに、高額療養費制度や高齢者の自己負担について意見交換した。

部会では厚労省が、骨太方針2016に盛り込まれた医療保険関係の内容を紹介。昨年の「経済・財政再生計画」に掲げられた社会保障分野の44項目について工程表にそって着実に実行していくことを説明した。

改革工程表は2016年末までに高額療養費制度見直しについて、2018年度末までに後期高齢者の窓口負担の在り方について結論を出すスケジュールを示している。部会では75歳以上の高齢者に2割負担を求める意見や、高額療養費制度の70歳以上の外来特例の撤廃を主張する意見があった一方、低所得者への配慮を求める意見もあった。

医療費適正化計画は、都道府県ごとに医療費の水準や医療提供に関する目

標を設定する方針が示されている。昨年の骨太方針2015では、「2015年度中に目標設定のための標準的な算定方式を示す」としていたが、骨太方針2016では、「入院医療費と入院外医療費の具体的な推計方法及び医療費適正化に係る具体的な取組み内容を本年夏頃までに示す」と記載した。

医療費の増加要因や地域差の分析について、「更なる分析を進める」とした上で、「医療・介護の総合的な対策を推進するために、双方のデータを連結した分析を進める」とし、拡充したナショナルデータベース(NDB)のサーバーの活用を進める考えを示した。

また、保険者におけるデータ活用の取組みも進める方向だ。データに基づく保健事業を意味するデータヘルスについて、「保険者によるデータの集約・分析や保健事業の共同実施等を支援する」と明記。ビッグデータを活用した新たな保険者支援サービスについて、「ICT時代にふさわしい審査支払機関の在り方の議論を踏まえて検討する」とした。



審査支払機関の在り方について規制改革実施計画は、「診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直す」として、①検討組織を設置し、②社会保険及び国保のレセプト情報の共有化と点検条件の統一化を含む審査のあり方の見直しを行い、③支払基金が担っている業務とその具体的な組織・体制等のあり方を見直すべしとし、2016年夏を目処に方針を整理し、2016年内に結論を得てすみやかに措置するよう求めている。

厚労省は検討のため、4月に「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」を立ち上げており、7月8日には①審査支払機関や

地域の審査の差異をどのように「見える化」するか②ICTを活用した審査標準の統一化をどう進めるか③支払基金と国保連レセプトデータの連結等についてどう考えるか④保険者機能の推進と地域包括ケア推進のために審査支払機関等のデータをどのように活用できるかなど、議論すべき論点を整理。年内に結論を出す予定となっている。

このように、審査支払機関の見直しは、レセプト審査の合理化・効率化だけでなく、そこに蓄積される医療と介護のビッグデータを保険者に提供し、今後のデータヘルスに活かしていくという目的でも進められている。

清話抄

地域包括ワークシステム

2014年の日本の65歳以上の高齢者の就労率は20.8%で、主要国に比較して最も高い。15歳以上の就業者総数に占める割合も年々増加し10.7%を占め

る。平均寿命が80歳以上となった現在、1億総活躍、生涯現役を実現して、労働力不足を補い尚且つ収入の適正化、社会保障の下支えを目指すために、高齢者雇用は重要である。高齢者が働く理由の31.6%は「自分の都合のよい時間に働きたい」、20.5%は「家計の補助」だという。「専門的な技能を生かせるから」は14.9%に過ぎない。雇用する側の高齢者雇用に対する意識改革と同時に、高齢者自身も定年後の就労に備えて健康管理、資格の取得、専門技術

の習得等の準備をしておくことが必要であろう。

そこで地域における病院・施設の役割の一つに、積極的に高齢者雇用、高齢者ボランティアの養成を進めること、高齢者予備軍の地域住民が介護関連の技術や資格を取るための教育研修に協力すること、介護予防だけでなく健康で働き続けることを目的とする予防・医療ケアを提供することなどが挙げられる。住み慣れた自宅の近くで雇用と生きがいを作り、できることで可

能な時間だけ働いて、経済的にも、精神的にも豊かになる、これが地域包括ワークシステムではないか。

定年退職後、認知症と診断された看護師が当法人のデイケアでボランティアとして協力してくれている。認知機能もやや改善し、何より生きがいがあり、周囲に勇気を与える存在となっている。心身に多少の不具合が起こっても何らかの技能や資格を生かし地域で役立つ暮らせるようにできればと思う。

(宮地千尋)

基準病床数制度見直しの議論始まる

厚労省・医療計画の見直し等に関する検討会

2018年度から始まる第7次医療計画の作成指針等について検討している「医療計画の見直し等に関する検討会」(遠藤久夫座長)は、7月15日の会合で、基準病床のあり方を中心に議論した。厚労省は、基準病床数算定における論点を示し、平均在院日数の設定等を課題にあげた。

基準病床数制度は、病床の地域的偏在を是正するために病床種別ごとに基準病床数を設定している。一般病床と療養病床は、2次医療圏ごとに全国一律の算定式によって基準病床数が算定される。算定式は以下のとおりだ。

- ①一般病床 (性別・年齢階級別人口×性別・年齢階級別一般病床退院率×平均在院日数+流入入院患者数-流出院患者数)÷病床利用率
 - ②療養病床 (性別・年齢階級別人口×性別・年齢階級別長期療養入院・入所需要率-介護施設対応可能数+流入入院患者数-流出院患者数)÷病床利用率
 - ③流出超過加算 都道府県における流出超過分の1/3を限度に加算
- ※上記算定式以外に「病床数の算定に関する特例措置」および「特定の病床等に係る特例」がある。基準病床数は、一般病床と療養病床

のそれぞれで算定されるが、既存病床数が一般病床と療養病床の基準病床を合わせた病床数を超える病床過剰地域では「公的医療機関等の開設・増床を許可しないことができる」とする量的規制が実施されている。

一般病床の基準病床数算定に用いる平均在院日数は、医療計画作成時の直近の統計調査を基に、その1割短縮を見込んで0.9を乗じた日数で9つの地方ブロックごとに算定されている。現行の第6次計画(2013～17年度)では、2010年の病院報告を基に平均在院日数が1割短縮すると見込んで設定した。

一方、厚労省がこの日の検討会に示した資料によると、過去4年間の推移から予測される2015年の平均在院日数と現行計画の平均在院日数の見込みを比べた結果、9ブロックのうち6ブロックにおいて、計画上の見込みほどには平均在院日数の短縮が見込めないことが推測された。ただし、この傾向はブロックごとに異なる。

基準病床数制度に関して厚労省が提示した論点は表1のとおりだが、「1割短縮を見込んだ平均在院日数」の設定に関して、短縮見込率を全国一律としていることの可否を論点にあげている。また厚労省は、基準病床数制度(医

療計画)と必要病床数(地域医療構想)の関係について、①基準病床数は現時点で必要とされる病床数であるのに対して必要病床数は医療需要の変化に応じた将来(2025年)の病床の必要量であること②今後都市部では急速な医療需要の高まりが見込まれること③各医療機関の自主的な取組みを前提とした上で「都道府県知事の権限行使の具体的な要件等について整理が必要なことを踏まえつつ、その関係性の整理が必要ではないか」と提起した。

その上で、5月の会合で設置が決まった「地域医療構想に関するワーキンググループ(WG)」で考え方を整理することを提案した。

これに対して、全日病会長の西澤寛俊構成員は、「地域医療構想では病床を4つの医療機能に区分した上で医療需要に基づいて必要病床数を推計している。毎年度の病床機能報告の結果を受けて各医療機関の病床機能も毎年変化していく。この変化を基準病床数が妨げる可能性もあり、地域医療構想が推進される中で基準病床数制度が不要になることも考えられる。その関係性を不問にして議論を進めても意味がない。WGの議論がある程度進んだ段階であらためて議論してはどうか」と発言、慎重な議論を求めた。

他の構成員からも「検討会における

表1 基準病床数制度に関する論点

- 基準病床数を算定する計画の期間はこれまで5年間を基本としていたが、医療計画の期間が5年から6年になったことを踏まえ、どのように考えるか。
- 一般病床の算定における平均在院日数の経年変化見込みについて、現在は全国一律としているが、今後どのように考えるか。
- 病床利用率は直近の率を用いることになっているが、今後、どのように考えるか。
- 流出超過加算について、現行の医療提供体制等も踏まえ、今後、どのように考えるか。

議論とWGの議論の枠割分担をどうするのか」などの疑問が示されたが、厚労省は「必要病床数と基準病床制度との関係性はWGで議論していただく」と述べるにとどまった。

このほかに「医療機器の配置のあり方」と「医療計画における医師の確保」についても論点が示された。医療機器については、CT、MRIの設置台数が国際比較でみて多いことを示す資料が提出されたが、構成員からはCT、MRIの台数が多いことによるメリットも検証すべきとの意見があった。

なお、厚労省はこの日の検討会に「地域医療構想に関するWG」と「在宅医療及び医療・介護連携に関するWG」の構成員を発表した。地域医療構想WGには、全日病から織田正道副会長が構成員に加わった。

がん診療連携拠点病院に医療安全の要件設定

厚労省・がん提供体制検討会

地域拠点病院には一定の配慮も必要

厚生労働省の「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」(北島正樹座長)は7月7日、特定機能病院に医療安全対策強化に関する承認要件を設けることに伴い、がん診療連携拠点病院の要件も変更することを大筋で合意した。ただ2次医療圏ごとに設置している地域がん診療連携拠点病院などでは、配慮が必要との意見も相次いだ。

群馬大学医学部附属病院や東京女子医科大学病院などで起きた重大な医療事故を踏まえ、現在、特定機能病院の承認要件の見直しが段階的に進められている。具体的には、副院長を想定した医療安全管理責任者の設定、医療安全部門の専従の医師・看護師・薬剤師の配置、高難度新規医療技術の導入プロセスの明確化などを義務化する。

都道府県がん診療連携拠点病院に特定機能病院が占める割合は63%。「がん診療連携拠点病院等の整備に関する

指針」に医療安全に関する具体的な要件がないことから、がん診療連携拠点病院に医療安全対策強化に関する要件を設けることで概ね合意を得た。

一方、がん診療連携拠点病院の中には、2次医療圏ごとのがん医療の均てん化を図るための地域がん診療連携拠点病院や、それに準じる地域がん診療病院、特定領域がん診療連携拠点病院がある。地域がん診療連携拠点病院に特定機能病院が占める割合は13%にとどまる。このため、一定の配慮が必要との意見が相次いだ。

全日病副会長の神野正博委員は、「都道府県拠点病院と地域拠点病院では規模感が違う。医療安全管理責任者の設定などはともかく、医師・看護師・薬剤師の専従要件などは一定の配慮を考える必要がある」と発言した。他の委員からも「特定機能病院と他の病院との大きな違いの一つは人員体制」との

意見が出た。

がん診療連携拠点病院の要件に関しては、その他の課題についても議論した。具体的には、①手術件数などの実績と地域内でどれだけ患者をカバーしているかの割合の要件が同時に満たせない場合の調整の明確化②2次医療圏に2か所以上拠点病院を指定する場合の条件③本院と分院に分かれたために当初の要件が満たせなくなった場合の対応一が論点となった。厚労省が示した論点に特段の異論はなかったが、引き続き議論を続けることになった。

同検討会は現在、来年6月の閣議決定を予定する第3期がん対策基本推進計画に向けた議論を進めている。多くのがん診療連携拠点病院の次回の更新は計画見直し後の2018年4月以降であり、実際に要件の見直し案を決めるのは2018年1月頃となる予定だ。

要件の見直しは、「がん診療連携拠



点病院等の指定に関する検討会」で別途議論している。同日の検討会では、静岡がんセンター総長の山口建座長が出席し、指定要件の見直し案を説明した。

それによると、見直し項目は多岐にわたる。◇緩和ケア実施件数の要件化◇相談支援センター活動件数の要件化一など新要件の追加のほか、副作用・合併症・後遺症の経験豊富な医師の配置やがんゲノム医療などの記載を追加することなどが提案されている。

一般社団法人 全日病厚生会の

全日病ベネフィット

病院で働く皆様の毎日を応援！
約50万のサービスを優待価格で使い放題

多岐にわたるジャンルのサービス(専門ステーション)を数多く揃えております。宿泊施設、レジャー、スポーツといった分野はもちろん、グルメ、ショッピング、育児、健康、介護まで会員特典サービスをご用意しております。

- 1 約500,000の福利厚生優待
- 2 年間400%を超える利用率！

●サービスの詳細はホームページをご参照ください。

ベネフィット・ステーション

※ 入会申し込みは随時受け付けています。

福利厚生サービス導入のメリット！！

職員の
定着率向上

採用活動
強化

損金算入
可能

育児・介護
支援制度

福利厚生サービス「全日病ベネフィット」特別価格

項目	職員数	通常料金	特別価格
入会金	人数を問わず無料		
月会費	1～10名	4,500円/社	300円/名 (ガイドブック料金を除く)
	11～100名	400円/名	
	101～1,000名	390円/名	
	1,001～	380円/名	

●問合せ (一社)全日病厚生会 〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

厚労省が生活援助など“軽度者”への給付見直しを提起

厚労省・介護保険部会 福祉用具・住宅改修でも利用者負担のあり方が論点に

2017年通常国会に提出する介護保険法改正について審議している社会保障審議会・介護保険部会(遠藤久夫部会長)は7月20日、介護給付見直しの具体的議論に着手した。厚生労働省は、(1)軽度者への支援のあり方(2)福祉用具・住宅改修の2点を提起した。

厚労省が示した論点によると、(1)については「訪問介護における生活援助に対する給付について、『給付の見直しや地域支援事業への移行、負担のあり方』を含め検討を行うとされていることをどう考えるか。(2)については、「福祉用具や住宅改修の利用者負担のあり方についてどう考えるか」とし、いずれも給付の縮減を図る方向で問題提起している。

軽度者に対する給付の縮減に対し、委員の多くは反対もしくは慎重な考えを示したが、経済界の委員は賛同した。福祉用具や住宅改修に関しては、価格実態の捕捉などで「外れ値」を排除する仕組みを検討することに反対する意見はなかった。中には「公定価格を導入すべき」との声もあった。ただし、利用者負担を見直すことには、日本医師会常任理事の鈴木邦彦委員など一部の委員が反対を表明した。

この日示された論点はいずれも「骨太の方針2015」で提起され、「経済・財政再生アクション・プログラム」

(2015年12月)で「2016年末までに結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずる」とされたもので、改革工程表に盛り込まれている。

この見直しについては、①給付上の制約(サービス提供者の限定等)②保険給付率の引き下げ(利用者負担率の引き上げ)③保険給付の中止(原則自費)④地域支援事業への移行などが考えられるが、厚労省は、論点で「要支援・要介護度に応じて支援のあり方に違いを設ける」、「介護人材の専門性に応じた有効活用の観点」、「その他の給付についても検討を行う」などと示唆するにとどめ、具体案を示さなかった。

厚労省はこれまで福祉用具貸与の取り扱いにおいて、「要支援1・2および要介護1」を「軽度者」としてきた。しかし財務省や経済財政諮問会議の議論で、「要支援1～要介護2」が「軽度者」とされ、もっぱら要介護2までを「軽度者」とみなす論調が台頭する中、厚労省はその定義を明確にしている。

このように曖昧さを残した議論となったが、冒頭で、鈴木委員は議論の対象を要介護1までとした上で訪問介護について「仮に身体介護を介護福祉士に限定するとサービスの供給に不足が生じると思う」と発言し、給付に制約を課す考え方に反対した。

軽度者への支援のあり方の論点

○要支援者と要介護者においては給付を別にするなど支援のあり方に違いを設けているが、この他に、要支援・要介護度に応じて支援のあり方に違いを設けることについて、どのように考えるか。

○訪問介護における生活援助に対する給付について、「給付の見直しや地域支援事業への移行、負担のあり方」を含め検討を行うとされていることをどのように考えるか。その際、自立支援や重度化防止といった介護保険の理念、人材確保に制約がある中での介護人材の専門性に応じた有効活用の観点や制度の持続可能性の観点を踏まえた対応について、どのように考えるか。

○その他の給付(※)について、「給付の見直しや地域支援事業への移行、負担のあり方」を含め検討を行うとされていることを前回改正時の議論も踏まえつつ、どのように考えるか。

(※)訪問介護における生活援助以外の介護給付及び予防給付

○これらの検討に当たって、予防給付の訪問介護、通所介護の総合事業への移行が、平成29年3月までを経過措置期間としており、現在、市町村においてニーズ把握や関係者の認識共有に努めていただいている状況であることをどのように考えるか。



厚労省が社会福祉法人制度改革説明会を開催

評議員数経過措置の対象に「2015年度収益4億円以下」の法人を予定

厚生労働省は7月8日に「社会福祉法人制度改革の施行に向けた全国担当者説明会」を開催、都道府県、指定都市、中核市の社会福祉法人担当者に、社会福祉法人制度改革の改正事項について説明した。

説明の中で厚労省は、会計監査人の設置が義務化される社会福祉法人の基準について、施行までの準備期間が短いことから、「収益10億円以上又は負債20億円以上」(社会保障審議会福祉部会報告書)をベースとした上で、その範囲を段階的に拡げていく考えを示した。

この3月に成立・公布された社会福祉法等一部改正法において、社会福祉法が改正され、社会福祉法人の経営組織の見直し、事業運営の透明性の向上、財務規律の強化などを図ることになった。

改正法の一部は今年4月1日に施行されたが、社会福祉法人制度にかかわる部分は来年4月に施行される。

社会福祉法人を管轄する厚労省の社会・援護局福祉基盤課は、6月20日付で「社会福祉法人制度改革の施行に向けた留意事項」ほか4件の事務連絡を発したほか、留意事項に関するFAQも示しているが、会計監査人が必置あるいは社会福祉充実計画の作成が求められる法人の各基準や控除対象財産の算定方法など、詳細が明らかになっていない事項が多い。

この日の説明会で厚労省は、6月20日付事務連絡の内容を解説する一方、社会福祉法人制度改革施行のスケジュールを示し、主要な事項に関しては10月に政省令と関係通知を予定していることを明らかにした。

説明会の最初に挨拶した田中徹社会福祉法人制度改革推進室長は、「改正法の成立が遅れたこともあって、制度改革の内容が社会福祉法人に知られて

いない。各自治体では、説明会等を開催して各法人に社会福祉法人改革の内容を分からせ、準備に努めるよう訴えてほしい」と述べた。

また、説明に当たった担当官は、全法人を対象に、11月と来年1月の2回にわたって改正事項の施行に向けた準備状況を調査する計画を示すなど、厚労省として、各法人の準備状況をウオッチする考えを明らかにした。

今回の改正によって、すべての社会福祉法人に議決機関としての評議員会の設置が義務づけられる。理事と評議員の兼務は認められなくなった。そのため、未設置の社会福祉法人は2016年度中に評議員(「理事の員数=6人

以上)を超える数)を選出しなければならないが、既に設置されている法人では、既存評議員の任期は施行日の前日(2017年3月31日)に満了することになる。

この評議員の数について、小規模な法人は施行から3年間は「4人以上」とする経過措置が認められたが、この小規模法人について、厚労省は「平成27年度収益が4億円以下の法人とする」ことを示唆した。

改正法によって、評議員、理事、監事・会計監査人について、新たな員数や資格要件、選任・解任方法、任期、兼務関係等の規定が定められた。その内容は6月の留意事項で示されているもの

の複雑だ。説明会で厚労省は、これらの関係を整理した一覧表を資料として示した。

また、一定規模(会計監査人と同基準)の社会福祉法人に義務化される「内部管理体制の整備」に関しても、留意事項に示した内容と内部管理体制整備にいたる流れを、資料で示している。

その上で6月の事務連絡で示した「定款例」について説明。「改正後の社会福祉法人の認可基準はあらためて10月に通知改正で示す。その際、租税特別措置法における公益法人等に財産を寄附した場合の譲渡所得等非課税の特例との関係や所轄庁における定款の確認方法等も示したい」とした。

●社会福祉法人改革の施行スケジュール

	28年度				29年度	
	～6月	7～9月	10～12月	1～3月	4～6月	7月～
関係法令改正等	○定款例(案)等事務連絡発出【済】		○関係政令公布 ○関係省令公布 ○関係通知発出		●施行	
評議員会関係		○定款変更の検討 ○評議員候補者の検討 ○評議員選任・解任委員候補者の検討	○定款変更(新評議員の選任方法等)の検討	○評議員選任・解任委員会の設置 ○新評議員の選任	○旧評議員任期満了 ○新評議員の任期開始	○新評議員による定時評議員会の開催(決算、新役員等)
理事会関係					○旧役員による理事会の開催(決算、新役員等)	○新役員による理事会の開催(理事長の選定等)
会計監査人関係	社会福祉法人会計監査円滑実施協議会	対象法人の基準の決定	○会計監査人候補者の選定 ⇒予備調査の実施	○予備調査の結果に基づく法人による改善	○定時評議員会による会計監査人の選任	○会計監査契約締結 ○会計監査開始
社会福祉充実計画関係 ※残額のある法人のみ		検討会等による検討		<決算見込み> ○社会福祉充実残額の試算 (残額がある場合のみ) ○社会福祉充実計画(案)の検討・作成	○公認会計士・税理士による確認 ※地域公益事業を位置付ける場合には、地域協議会等の意見聴取	○定時評議員会による承認 ○所轄庁への承認申請
所轄庁	○全国担当者説明会の開催(7/8) ○ブロック別担当者会議の開催		○定款変更認可			○充実計画承認

学術レベルの向上と組織基盤の強化を担う 10月の熊本学会に1人でも多くの参加を!

全日病には21の委員会があり、多岐にわたる活動を展開している。医療行政が複雑化するなかで、委員会活動は重要性を増しているといえるだろう。そこで、委員長にご登場いただき、日々の活動やご苦労について、シリーズでお聞きすることとした。

第1回は、学術委員会の川島周委員長。学術委員会の主な仕事は、全日本病院学会(全日病学会)の企画・運営と全日本病院協会雑誌(全日病雑誌)の編集であり、組織基盤の強化という重要な役割を担っている。

たのですが、最近はほとんどありません。

また、大きな支部であっても、小さな支部であっても、学会の規模は同じですから、会員数の少ない支部では負担が大きいかもしれません(最近の学会は3,000人の規模となっている)。

—開催地の実行委員会をどのようにサポートしていますか？

いろいろとノウハウの蓄積があります。運営マニュアルを作っていて、それを毎年バージョンアップしながら、運営しています。

ることです。支部にお願いするのは、日時の決定と特別講演の企画で、富山の研修会では、南砺市立福光美術館の片岸昭二館長に「世界のムナカタ(棟方志功)と富山」のテーマでご講演いただくほか、東京医科歯科大学大学院の川渕孝一教授から、「今後の医療行政の“風”を読む」のテーマで講義していただく予定です。

夏期研修会の目的も会員数の増強です。東京に集まるだけでなく、全国にかけていって、全日病の存在価値をアピールして全日病に入ってもらいたいことが大切。夏期研修会を通じて、本部と各支部のつながりをつくり、それをきっかけに学会の開催地を引き受けていただくという意味もあります。学会と夏期研修会の2本立てで組織を強化する役割を持っているということですね。



全日病として、義援金を集めたり、AMATを派遣して被災地を支援しています。熊本に対する3番目の支援として、学会に参加することにより、大きなインパクトが期待できると思います。ぜひ多くの方に参加をお願いしたいですね。私の病院でも、例年よりも参加者を倍増させることにしています。

全日病学会の開催地を決める

—学術委員会の仕事を説明してください。

まず、年に1回の全日病学会の場所の選定があります。これが一番大きな仕事ですね。

これまでの開催地のリストをみながら、最近開催していない地域、開催したい地域を検討します。目星がついた段階で、その支部の役員と相談しながら、決めるという手順になります。

—開催地を決めるときポイントは何ですか？

学会の目的は、情報を共有化し、全日病の業績を検証することですが、もう一つのねらいとして、加入会員の増強があります。

全日病は全国組織ではありますが、加入している医療機関が少ない地域もあります。そういう地域で学会を開催することにより、会員を増やしたいというねらいがあります。

—来年の開催地は石川県ですね。

北陸新幹線が開通してアクセスがよくなったこともあります。石川県の病院に全日病に入ってもらいたいということが第一の理由です。

開催地が決まったら、その支部の役員に学術委員会に出席していただき、開催方法について協議したり、アドバイスするなどして、学会に向けて準備を進めることになります。

—学会の準備で苦労されることはありますか？

最近苦労していることは、経済的な問題ですね。以前は学会への寄付があっ

学術レベルの向上を目指して全日病雑誌を発行

—全日病雑誌の発行も学術委員会の仕事ですね。

全日病雑誌は、年に2回、学会の時期と年度末に発行しています。学術委員会の中に雑誌編集委員会があり、作成に当たっています。

全日病雑誌は、学会の発表演題のうち、優秀なものを選んで編集しています。学会の演題は、500～600くらい集まりますが、その中から優秀な演題を座長に推薦していただき、それを中心に全日病雑誌に投稿してもらいます。投稿してもらった原稿は、学術委員会の委員を中心に他の常任理事にもご協力いただいて査読を行い、発表にふさわしい内容かどうかをチェックしています。さらにその中から、最優秀演題と優秀演題2つの3題を選び、全日病学会の懇親会の際に表彰することとしています。

以前ですと論文を投稿するのはほとんどが医師で、看護師や検査技師が投稿することはあまりなかったのですが、メディカルの人に投稿してもらうことで、その人の能力が向上しますし、ひいては会員医療機関のレベルアップになります。学術的レベルの向上の一助になることを目指して全日病雑誌を発行しています。

夏期研修会で組織基盤を強化

—夏期研修会も学術委員会のご担当です。

今年の夏期研修会は、8月28日に富山で開催します。学会との違いは、運営の大部分を本部において進めてい

熊本学会への参加を支援の柱に

—10月に開かれる熊本学会の準備状況を教えてください。

4月に大きな地震が起きたときには、正直言ってあきらめかけていたのですが、熊本支部が一丸となって学会を開催する意思表示をしていただき、開催することになって本当に感謝しています。演題数も例年と同じくらい集まっていますが、常任理事会で相談していただき、1人でも多くの人に学会に参加してもらおうことで支援の柱とすることになりました。

地震を受けて、プログラムに一部修正を加え、被災地としての経験を踏まえた発表を行う予定になっています。熊本地震の経験を次に活かし、意義のある学会にしたいと思います。

今回の地震に当たり、全日病と日本医療法人協会が共同でAMATを派遣し、医療支援を展開したことは画期的だったと思いますが、その報告も学会の特別企画として予定されています。

そのほかにも、医療政策が大きく動いているときであり、学会で議論するテーマは多くあります。地域医療構想の策定に民間病院として、どうかかわっていくかという問題があり、学会で議論を深めることになると思います。

—地震を乗り越えて開催される学会だけに成功させたいですね。

全日病雑誌の充実が課題

—学術委員会の今後の展望を聞かせてください。

学術委員会としては、全日病雑誌の充実を図りたいと考えています。外部からみて、雑誌が学術委員会のシンボルですので、これを充実させるべきだろうということです。

しかし、それは難しいことでもあります。委員会の人数や年間の開催回数は決まっていますので、その枠を広げることができれば、いろいろな企画を打ち出したり、内容を充実させることができると思うのですが、実際には大変でしょう。

委員の先生はみなさん多忙ですし、経済的なことも制約になりますね。そのためにも、会員数を増やさないとはいけません。課題はいろいろあると思いますが、全日病雑誌の拡充に向けて取り組みたいと考えています。

—お忙しいところ、ありがとうございました。

学術委員会・委員

委員長	川島 周
委員	稲波 弘彦
委員	今村 康宏
委員	大田 泰正
委員	小森 直之
委員	鶴谷 英樹
委員	成川 守彦
担当副会長	神野 正博
担当副会長	美原 盤

●保険請求・算定の基本となる点数表

保険診療の要・点数表の真の基準書! 医科点数表の解釈

平成28年4月版 発売中 定価 本体5,500円+税/B5判2色2,208頁

必要な情報を体系的に網羅し、抜群の正確さを誇る決定版です
より見やすく、より使いやすくなった2色化も大好評!

2色化が非常に使いやすいと大好評!

- 色をつけた部分には相応の意味をもたせ、視覚的に理解できるようになっています。
- 同一区分内の左欄と右欄の青色の網かけは対になっており、どこを見ればいいのか一目でわかります。

2色化だけでなく、使いやすいするための工夫は他にも。

- 目次がさらに詳細になりました。点数表部分の目次を区分番号のレベルまで表示し、検索がより便利になっています。
- 別紙様式には対応する区分番号を表示。どこに必要な様式なのかわかります。

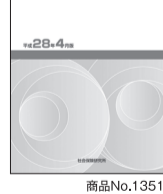
医科点数表の解釈

28.4



商品No.11024

施設基準等の事務手引



商品No.13512

診療報酬算定のための 施設基準等の事務手引

平成28年4月版 発売中
定価 本体4,600円+税/B5判約1,500頁
人員や設備・施設などの基準をまとめた施設基準と定められた疾患等を網羅しています

看護関連施設基準・ 食事療養等の実際

平成28年4月版 9月発行予定
定価 本体4,000円+税/B5判約1,100頁
看護サービスにおける診療報酬での適切な評価・取扱いの情報を集成

看護関連施設基準・ 食事療養等の実際



商品No.14214

病院のあり方に関する報告書 2015～2016年版を発刊

4年ぶりの発刊、2025年の医療介護提供体制のあり方を検討

全日病はこのほど、「病院のあり方に関する報告書 2015～2016年版」を刊行し、会員病院をはじめ、関係方面に送付した。そのポイントを紹介する。

報告書は、「高齢社会がピークに達する2025年の医療介護提供体制のあり方の検討と提言」について、西澤寛俊会長から委嘱を受け、病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)が2014年4月から2年をかけて検討してきた。

全日病は、1998年の「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会報告書」刊行以降、2000年からほぼ隔年で「病院のあり方に関する報告書」を発刊。一貫して理想的な医療提供のあり方に関して政策的な提言と病院自らが行うべき質の高い医療提供のために取り組むべき具体的事項を示してきた。「報告書」は、全日病の活動の基本と位置付けられ、各種委員会を中心に種々の取り組みが行われている。

2015～2016年版の報告書では、2025年に想定される人口減少と高齢社会の進展、疾病構造の変化という確定的な社会構造の変化を踏まえた現実的な対応を中心に検討した。

問題が複雑化し検討に時間を要す

今回の報告書は4年ぶり、7回目の発刊となる。これは、NDBなど医療に関するビッグデータの利用が始まったものの分析方法とその結果を政策に反映する方法が未だ確立していないこと、少子高齢化の対応は医療機関のみでは不十分であり、地域全体について検討する必要があることなど、問題が複雑化したことにより、検討に時間を要したためである。

2011年版報告書において必要なテーマは網羅されていたと判断され、基本的に章立ての変更はない。

報告書の構成は表1の通り。以下、章ごとに報告書のポイントを見る。

「2025年の日本」を想定し現実的対応示す

第1章では、「2025年の日本」を展望し、想定される人口構造の変化やそれに対応する疾病構造の変化、あるいは医療介護需要の変化について、記載内容を更新するとともに、これらの環境変化をもたらす影響に関して改めて会員病院に注意喚起している。同時に、現実視される従業員の不足を想定した対応を会員病院に求めている。

新たに現場の問題として浮上している認知症患者への対応と看取りの場の問題に言及した。認知症患者への対応では、自院で認知症を合併する患者に対応できるように専門知識の獲得が必要としている。

看取りの場の問題は、地域全体の問題としてとらえるべきものとしている。2025年には、年間死亡者数は150万人を超え、病院のみで受け入れることは困難となる。高齢者が望むような在宅での対応は、在宅医療・介護の担い手不足から物理的に困難になると指摘。このため、老い方や死に方に関する意識調査を行い、健康状態や集団生活の許容の可否、介護の担い手の有無などを確認するとともに、医療機関、介護系施設、在宅等の看取りに関する資源の現状分析を行って現実的な対応が望まれるとしている。

財源問題で後手を踏まない対応を

社会保障に関する財源問題を再検討し、国が進める医療費の適正化対策の内容を示した。財務省が主導する病床削減・地域差是正などによる医療費適正化政策の是非を検討し、後手を踏まないような積極的関与が必要とするともに、医療者側、患者側のそれぞれが考えなければならない問題もあることを指摘した。

社会保障費の費用分担の公平性に関して、可処分所得・資産にあわせた負担が必要であるとするともに、マイナンバー制度の適切な運用、あるいは高齢者の可処分所得の減少に対応するリバースモーゲージの普及が急がれるとしている。

地域特性を踏まえた対応を求める

第2章「医療の質と安全確保」では、会員施設が遵守すべき事項として、医療の質、安全に加えて、新しく始まった医療事故調査制度への取り組みを記載している。医療事故調査制度施行後の課題を指摘して、具体的運用体制の構築と適切な実施が必要としている。

第3章「医療費」では、医療費の現況を更新したほか、過去の主張と同様、「望ましい医療水準と医療費」の議論が必要であると指摘。医療費財源として、消費税の目的税化を是認している。

第4章「医療圏」では、地域医療構想にも関係することから、地域特性という視点で再考察している。人口減少の少ない都市部と減少が著しい地方では、異なる対応が必要であることを具体的事例にて提言した。都市部では、今後の推移を見守り短期間で見直しが必要であること、地方では、公私の区別を超えて集約的連携と、広域で対応する効率的な体制づくりが必要であることを示した。

地域包括ケアにおける病院の役割

第5章「医療提供体制」では、「地域医療構想」に関連した入院医療に関する国の方針を示し、日医や病院団体の提言との違いを示している。

前回報告書との大きな違いは、具現化しつつある地域包括ケアシステムに対して病院がどうあるべきかを示したことであり、ICTの利用など連携ネットワークの構築が必要としている。また、中小の地域密着型病院が多い会員病院には、「地域包括ケア病院」としての対応が必要としている。

在宅医療にケースミックスを導入

第6章「診療報酬体系」は、前回の診療報酬・介護報酬体系から診療報酬のみに限定した記載となっている。これまでの主張と大きな変更はないが、改めて入院に関しては病棟単位の機能分化とそれに対する支払制度が必要であることを示した。また、在宅医療および地域包括ケア病棟の診療報酬体系のあり方を追加している。

在宅医療については、医療療養病床に用いられている医療区分・ADL区分のようにデータに基づくケースミックス方式を導入し、報酬格差を設けるべきとしている。

地域包括ケア病棟については、急性期後や回復期が中心となっている現在の報酬に加え、在宅や介護施設からの急性期対応も必須であると指摘。2016年度改定で、手術・麻酔の出来高請求が認められたことを評価している。

高齢者の定義の見直し求める

第7章「医療従事者」では、医療従事者の需給見通しを更新した。介護職員の需給にも言及し、現実視される従事者不足に対しては、国の対応を要望している。

介護職は2025年には30万人の不足が予測されるが、人口減少のなかで充足される可能性は小さいとみている。さらにこの推計には、医療現場で必要となる介護職員は含まれていないので不足数はさらに多くなると指摘し、外国人労働者導入の可能性に言及している。EPAによる看護・介護職員の導入は年間1,000人程度であり、介護職員不足を解消するには程遠い。10万人規模の導入を実現するため、現地での日本語学校設立、日本語習得者に対する看護・介護の教育を現地で行うなど、抜本的な議論が必要としている。

医師については、医学の進歩や専門分化の進展により、医師の業務量は格段に増加し、必要医師数は上振れすると予測。医師の養成数は、今後の医療ニーズとの対比で、検討する必要があるとしている。

さらに第7章では、「医療従事者確保のための高齢者の定義の見直しと人口増政策」を提言している。現在は65歳以上を高齢者と定義しているが、「70歳以上を高齢者と考える」という調査結果を紹介(内閣府が2002年に行った意識調査)。報告書は、高齢者を75歳以上とし、「後期高齢者」という言葉は廃止し、政策を変更すべきと提言している。

医療基本法をめぐる経緯を紹介

第8章「病院における情報化の意義と業務革新」では、前回に引き続き情報化の意義、あるいは急速に進展するICTへの基本的対応、これを利用した施設運営に資する内容を記載した。

第9章「産業としての医療」では、医療を産業としてどうとらえるかを記載した。今回は、日本経済の視点と地域経済の視点で2つの視点からくわしく考察している。

第10章「医療基本法」では、国会における議論が始まることを想定してこれまでの流れを詳細に記載した上で、全日病の考え方を述べている。権利と義務の関係ではなく、信頼の創造を求める考え方を説明し、全日病版の医療基本法案を提示している。

2025年に向けた今後の病院経営

巻末では、2025年に向けた今後の病院経営について、専門家の指摘のエッセンスをまとめて記載。過去の報告書が示してきた医療機関の運営に必要な取り組み内容を踏まえ、さらに具体的な対応を示している。

①地域で求められる機能の実現

自院の立ち位置の客観的評価が重要であり、そのために経営判断に資するデータ作成を行う部門の設置を推奨。

②幅広い知識と実務経験を持つ病院経営専門家の養成・確保と費用の管理

診療報酬改定にあわせた姑息的な対応では立ち行かなくなることは明らかで、トップマネジャーは経営に特化するか、専門家を配置して運営する必要がある。

③将来に向けたマンパワーの確保

若年者の採用は厳しくなると予測されることから、専門職を含めたアクティビシニアの登用が必須である。また、

徳田委員長のコメント

現場感覚で理想的な医療提供体制を論じ、しかも自ら良質な医療提供のために行うべき課題と実践に関する提言を行ってき、ほぼ20年になる。



徳田禎久
病院のあり方委員会委員長

今回は、これらの取組みの総括とも言うべき報告書ととらえている。何故なら、近未来の医療介護政策がほぼ確定した中での検討であったが、過去の主張を大きく変更すべき項目・内容がなかったためである。

今後、財政難・少子高齢社会の進展に見合う医療提供体制はどうあるべきか、より第3者的視点での検討を要するであろう。

真摯な検討をいただいた各委員を始め、関係者の皆様の協力に感謝する。

表1 報告書【目次】

はじめに
第1章 「2025年の日本」を想定した報告書
第2章 医療の質と安全確保
第3章 医療費
第4章 医療圏
第5章 医療提供体制
第6章 診療報酬体系
第7章 医療従事者
第8章 病院における情報化の意義と業務革新
第9章 産業としての医療
第10章 「医療基本法」制定に向けて—医療基本法案(全日病版)提案の経緯—
巻末 2025年に向けた今後の病院経営—各施設が取るべき対応
おわりに

可能な限り、業務の簡素化を図り、生産性向上を図るべきである。

④人口減少が明らかな地域における他産業との協調による地域活性化、街づくりへの参画および「地域包括ケアシステム」への積極的関与

人口減少圏域は医療需要が減少するのみならず、地域全体の経済活動も縮小することから、無策のままでは経営への影響は必至であるとし、地域活性化・街づくりへの参画を求める。

終わりに

今回の報告書は、2025年に向けた国の議論を踏まえ、会員病院に向けて現実的な対応策を中心に構成している。「社会保障費増大に一定程度のキャップをはめようとする国の動きは必然であるが故に、我々医療提供側にもより大胆な改革が求められる」とし、経営体制の強化を呼びかけている。

第58回全日病学会を予定どおり熊本市で10月8日・9日に開催

第58回全日本病院学会in 熊本

地震の影響を乗り越えて準備が進む。演題登録も576題に達する

全日本病院協会が主催する「第58回全日本病院学会 in 熊本」(学会長・山田一隆社会医療法人社団高野会理事長、熊本県支部長)は、「地域医療大改革～豊かな未来への取り組みをくまもとから～」をテーマに掲げ、この10月8日・9日の2日間にわたり、熊本市で開催される。

演題登録はすでに締め切られたが、演題数は2014年度の福岡学会を上回る576題に達した。現在は事前参加の登録を受け付けている(締切は8月24日)。熊本地震にもかかわらず、その数は順調に増えている。

4月の地震発生以降、熊本地方は着実に復興の歩みを進めており、学会の成功は復興の後押しとなる。より多くの会員病院が参加することを通じて、支援の輪が広がることが期待される(9月1日号に山田一隆学会長のインタビューを掲載する予定です)。

「災害時における医療提供のあり方」をプログラムに追加

この4月に熊本県を中心に発生した地震は、市民生活にとどまらず、病院等の医療機関にも大きな被害をもたらした。全日病は、AMATの派遣や支援物資の提供を通じて、救援活動を展開。余震の恐れが消えるとともに、力強い復興の動きが広がっている。

各地の会員病院から寄せられる演題登録の後押しもあり、熊本県支部と学会実行委員会は、宿泊施設や会場の確認調査を踏まえ、予定どおり学会を開催する方針を決定。5月21日の第1回理事会・第2回常任理事会に報告した。理事会は、この方針を全面的に支持し、学会開催を通じて熊本地方の復興を支援することを確認した。

こうした経緯を受け、学会実行委員

会(委員長・田中英一医療法人田中会理事長)は、全国から訪れる参加者が安心して学会に臨み、所期の成果を収めることができるよう、学会の成功に向けて最大限の努力を傾けている。

熊本学会のプログラムは最後の調整を経てまもなく固まる見通しだが、学会実行委員会は熊本地震を受けて、災害時の医療提供をテーマとした特別セッション(「平成28年熊本地震～災害時における医療提供のあり方～」)の追加を決めた。今回の地震における経験を共有していく上で貴重な機会となるものと関係者は期待を寄せている。

各委員会が企画運営するプログラムとして、以下のようなテーマが検討されている。いずれも病院経営の今後に大きな意味をもつものといえる。

- 地域医療連携推進法人(医療経営・税制委員会)
- 平成28年度診療報酬改定(医療保険・診療報酬委員会)
- 病院・施設における身体拘束の現状と予防策(高齢者医療介護委員会)
- 社会の変化に病院はどう対応すべきか — プライマリ・ケアの視点から(プライマリ・ケア検討委員会)

熊本城に隣接する会場

当日はろうそくの灯りが街を彩る

熊本学会の会場は、熊本市市民会館(シアーズホーム夢ホール)と熊本市国際交流会館を主会場に、熊本ホテルキャッスルと一番館を含む4施設からなる。主会場となる熊本市市民会館と熊本市国際交流会館は熊本城正門に隣接しており、そのほぼ真北に熊本城がある。

熊本城は4月の地震で石垣の一部が崩落するなどの被害を受けたため、現在多くの部分が立入禁止となっている。しかし、熊本市市民会館に面した「桜の



熊本市市民会館

◎「第58回全日本病院学会 in 熊本」の開催概要

学会テーマ	「地域医療大改革 ～豊かな未来への取り組みをくまもとから～」		
開催日程	2016年10月8日(土)・9日(日)		
開催場所	熊本市市民会館(シアーズホーム夢ホール)、熊本市国際交流会館、熊本ホテルキャッスル、一番館		
主催	公益社団法人全日本病院協会		
学会長	山田一隆(社会医療法人社団高野会理事長・高野病院院長、全日本病院協会熊本県支部長)		
実行委員長	田中英一(医療法人田中会理事長)		
事務局	全日本病院協会熊本県支部(社会医療法人社団高野会高野病院内)		
運営事務局	学会サポートセンター熊本(株式会社コンベンションサポート九州) 〒860-0811 熊本市中央区本庄1-1-1 熊本大学医学部附属病院内 Tel.096-373-9188 Fax.096-363-0867 E-mail: ajha58kumamoto@higo.co.jp		

◎参加費

協会会員	事前登録	理事長・院長	32,400円	左記以外の方	10,800円
	当日登録	理事長・院長	37,800円	左記以外の方	12,960円
一般・学生	事前登録	一般	12,960円	学生	(当日登録のみ)
	当日登録	一般	16,200円	学生	1,080円

馬場の城彩苑」を経由して行ける二の丸広場から、天守閣や櫓(やぐら)などを見ることはできる(通行は午前9時～午後6時半に限定されている)。

熊本城見学の旅の入口であり、肥後54万石の歴史と食文化を体験できる「桜の馬場 城彩苑」では、熊本城おもてなし武将隊や熊本市公式キャラクターのひごまるによる演舞やショーを観覧できる。

残念ながら地震のために熊本城の勇

壮な城郭を間近にみることはできないが、世界に誇る日本の名城を支援する輪は被災後も全国に広がっている。

熊本学会の開催当日は、熊本城、市民会館から続く道路を舞台に、ろうそくの灯りで街を幻想的に彩る市民祭「熊本暮らし人祭り“みずあかり”」が行われる。

熊本学会で未来の医療を語り、当面の改革課題で意見を交わし、全国の会員病院と交流を深めてはどうだろうか。

2016年度 第4回常任理事会の抄録 7月16日

【主な協議事項】

●平成28年度の入退会状況

正会員として以下の入会を承認した。
北海道 独立行政法人国立病院機構函館病院 院長 加藤元嗣

群馬県 医療法人原会原病院 院長 原 淳子

東京都 関野病院 院長 関野 久邦

神奈川県 医療法人丹沢病院 副院長 関口 剛

岡山県 医療法人東浩会石川病院 院長 石川 泰祐

福岡県 医療法人シーエムエス柳川すぎ病院 理事長 杉 健三

福岡県 医療法人シーエムエス日の出町すぎ病院 院長 名取 省一

福岡県 社会医療法人社団至誠会木村病院 理事長 木村 寛

他に退会が4会員、正会員から準会員への会員種別変更が1会員あり、合計2,484会員となった。

準会員として以下の入会を承認した。
東京都 医療法人社団翔医会東京国際空港診療所。他に正会員から準会員への会員種別変更が1会員あり準会員は73会員となった。

賛助会員として以下の入会を承認した。大和ハウス工業株式会社(大阪府、代表取締役社長・大野直竹)、一般社団法人全日本病院退職金共済会(東京

都、理事長・川内章裕)。賛助会員は93会員となった。

●平成28年熊本地震に係る年会費等の減免について

平成28年熊本地震に係る年会費等の減免について承認した。

【主な報告事項】

●青森県支部副支部長、大分県支部副支部長の交代について

青森県支部副支部長の小野光貞先生(弘前小野病院)が退任し、淀野啓先生(鳴海病院)が就任。また、大分県支部副支部長の松本文六先生(へつぎ病院)が退任したことが報告された。

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会入院医療等の調査・評価分科会」、「中央社会保険医療協議会総会」、「医療計画の見直し等に関する検討会」、「療養病床の在り方等に関する特別部会」、「医療介護総合確保促進会議」、「全国在宅医療会議」、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」の報告があり、質疑が行われた。

●講習会、研修会について

「平成28年度ADL維持向上等体制加算研修」、「第11回医療機関トップマネジメント研修」、「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)～改正個人情報保護法改正マイナンバー法に対応するために～」の概要が報告された。

●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能(3rd G: Ver.1.0～順

PHJが全日病に義援金

平成28年熊本地震に対する全日病の医療救援活動に対して、国際医療支援団体として活躍する認定NPO法人ピープルズ・ホープ・ジャパン(PHJ)から義援金が寄せられた。PHJが緊急支援として集めた義援金は1,200万円に達し、7月15日、PHJの小田晉吾理事長から、全日病の西澤会長に手渡された(写真)。



PHJは1997年に発足。医療関係者を中心に多くの会員を擁し、主にアジアの途上国に対する医療支援を行っている。

不同) 6月3日付けて以下の29病院が、日本医療機能評価機構による病院機能評価に認定・更新されたと報告された。

◎一般病院1

- 北海道 余市病院 新規
- 石川県 金沢西病院 更新
- 長野県 穂高病院 更新
- 長野県 竹重病院 更新
- 岡山県 落合病院 更新
- 福岡県 糸島医師会病院 更新
- 福岡県 ヨコクラ病院 更新
- 大分県 佐藤第一病院 更新
- 鹿児島県 昭南病院 更新

◎一般病院2

- 東京都 日本医科大学付属病院 新規
- 兵庫県 西宮渡辺心臓・血管センター 新規
- 東京都 荻窪病院 更新
- 東京都 立川病院 更新
- 神奈川県 大船中央病院 更新
- 三重県 三重中央医療センター 更新

- 京都府 京都桂病院 更新
- 大阪府 阪和住吉総合病院 更新
- 大阪府 関西電力病院 更新
- 兵庫県 吉田病院附属脳血管研究所 更新
- 広島県 浜脇整形外科病院 更新
- 福岡県 福岡新水巻病院 更新
- 福岡県 福岡市立こども病院 更新
- 熊本県 宇城総合病院 更新
- 熊本県 熊本機能病院 更新

◎リハビリテーション病院

高知県 高知病院 更新

◎慢性期病院

- 群馬県 内田病院 新規
- 徳島県 保岡クリニック論田病院 更新
- 福岡県 原土井病院 更新

◎精神科病院

- 栃木県 鹿沼病院 更新
- 6月3日現在の認定病院数は合計2,228病院。全日病会員数のうち、認定病院数の占める割合は34.6%となっている。

審査の効率化とデータ活用でWGを設置

厚労省・有識者会議

審査支払機関のデータ活用を議論

社会保険診療報酬支払基金(支払基金)の見直しなどを協議している厚生労働省の「データヘルズ時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」(西村周三座長)は7月8日、当面の検討事項を了承した。審査の効率化とデータ活用の課題について、2つのワーキンググループ(WG)を設置し、集中的に議論することを決めた。秋以降、WGの検討結果を踏まえ、具体的な組織体制も含め、審査支払機関のあり方を協議する。

有識者会議は、規制改革会議の健康・医療WGの指摘を受け、4月にスタート。同WGは、診療報酬の審査について「現行の支払基金を前提とした組織・体制の見直しではなく、ゼロベースで見直す」と提案。これを踏まえ、有識者会議は、審査・支払や組織のあり方だけでなく、データヘルズの推進など保険者機能を強化する新たなサービス、ICTとビッグデータを活用した医療の質についても議論している。今回、西村座長からこれまでの議論

を踏まえて当面検討すべき事項と進め方について考え方が示された。

検討事項は、①審査の効率化と審査における不合理な差異の解消②医療・介護のサービスの質を高めるためのデータ活用一の2点で、それぞれWGを設置して議論する。

審査の効率化については、コンピュータチェックと職員の審査の役割分担の見直し、コンピュータチェックにおけるAIの活用などを検討する。不合理な差異の解消では、審査支払機関



や地域間の審査の差異の見える化など。データ活用については、保険者機能や地域包括ケアの推進のための審査支払機関のデータ活用、データ活用を進める上での審査支払機関の役割などを議論していく方針だ。

厚労省が特定健診・保健指導の2014年度実施率を公表

厚生労働省は7月11日の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」で、2014年度特定健診・保健指導実施率について公表した。特定健診・特定保健指導の実施率はともに前年度よりも伸びているが、依然として目標と乖離しているため、さらなる実施率の向上に向けた取り組みが必要とした。

2008年度から保険者が取り組んでいる特定健診・保健指導は現在、第2期

医療費適正化計画(2013年度～2017年度)の期間中で、2017年度における目標は特定健診70%、特定保健指導45%としている。

2014年度の実施率は、特定健診は48.6%(2013年度47.6%)、特定保健指導は17.8%(同16.8%)と前年度よりも伸びている。

健保組合や市町村国保といった保険者の種類別で見ると、いずれの保険者

も特定健診の実施率は前年度よりも伸びたものの、特定保健指導の実施率は全国健康保険協会14.8%(同15.3%)、健保組合17.7%(同18.0%)、船員保険5.9%(同7.1%)が低下している。

厚労省は特定健診・特定保健指導の実施率について毎年着実に伸びているとしたものの、特に特定保健指導の実施率が低いことから秋以降、特定保健指導の実施率向上についての議論を進

める考えを示した。

一方、同検討会では第3期実施計画に向け、特定健診の標準的な質問票の見直しを了承した。

新たに咀嚼機能を把握する項目を追加し、「何でもかんで食べることができる」などの回答選択肢を加える。反面、「この1年間で体重の増減が±3kg以上あった」の質問項目は削除する。

また、詳細な健診項目について、12心電図と眼底検査の実施基準の見直しを検討したが、継続審議となった。

選定療養対象の検査や実費サービスの範囲拡大を通知

厚生労働省は6月24日付けで、透析治療で個室を使用した場合などを選定療養の対象とし、患者からの差額徴収を認める内容の通知を厚生局に送った(保医発0624第3号)。

通知は、外来医療でも療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあるとし、一定の要件を満たす診察室などについて、「妥当な範囲の負担を求めることを認める」と明記。概ね1時間を超える治療において差額徴収を認めるとし、外来の特別な療養環境として、

①完全な個室(間仕切りによる区画化は不適)、②静謐な環境下で受診できる構造設備の確保を満たすこと等の要件を示した。

また、選定療養として認められる検査の範囲を拡大。患者の不安を軽減する必要がある場合に回数制限を超えて行われる腫瘍マーカー検査として、現在認められているAFP、CEAに加えて、比較的頻繁に測定され、特異度が高いPSA、CA19-9を加えた。

そのほか、予約診察を行う時刻につ

いて、夜間・休日・深夜でも差し支えないとした(時間外・休日・深夜加算は算定できない)。

また、24日付けで、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の改正を通知(保医発0624第3号)。タミフルやリレンザなどの予防投与について患者に費用請求できることを示した。

同通知は、患者に実費を請求できる行為や物品の範囲を示すもので、今回、「感染症の予防に適応を持つ医薬品の

投与」が対象に追加された。既にインフルエンザの予防接種は実費請求が認められているが、タミフルやリレンザといった内服薬の予防的投与も同様の取扱いであることを明確化した。

そのほか、「患者都合のキャンセルにより使えなくなった検査薬剤」「院内託児所の利用料」「手術後のがん患者に対する美容・整容の実施・講習」「有床義歯への刻印(刻印・プレートの挿入等)」も「療養の給付と直接関係ないサービス等」に追加。実費請求の手続きは従前どおり、院内掲示や患者の同意書面が必要となる。

■ 現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
第3回 看護師特定行為研修指導者講習会(仙台会場) (50名)	2016年9月3日(土) 【TKPガーデンシティ PREMIUM 仙台東口】	10,000円(税込) ※資料代、昼食代を含みます。	本講習を修了した参加者に対して「修了証書」を交付します。
第11回 医療機関トップマネジメント研修コース (30名)	2016年9月～2017年1月 【全日病会議室】	324,000円(税込) ※食事代、懇親会費を含みます。	理事長・院長の役職にある方、または将来の理事長・院長候補の方が対象。グループワークで解決方法を考えるケーススタディ形式が特徴です。
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)	2016年8月31日(水) 【全日病会議室】	12,960円(17,280円)(税込) ※資料代を含みます。	改正個人情報保護法・改正マイナンバー法に対応するための研修会です。
ADL 維持向上等体制加算研修 (150名)	2016年9月18日(日)・19日(月・祝日) 【全日病会議室】	32,400円(43,200円)(税込) ※受講料、テキスト代を含みます。	ADL 維持向上等体制加算の施設基準に合致した、医師を対象としたリハビリテーションの研修です。終了後に、「修了証」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 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル 7F TEL. 03-5283-8066