



全日病 NEWS 5/1

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.846 2015/5/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「入院基本料を病棟群単位とすべし」

四病協と日病協 16年度改定の要望事項に盛り込むことを決める

四病院団体協議会と日本病院団体協議会は、1区分単位(いわゆる「病院単位」)で届け出ることになっている一般病棟入院基本料を「病棟群単位」の届出とし、複数の入院基本料が算定できるようにするべきとの考えで一致。今後、内容の具体化を図り、2016年度診療報酬改定の重点的要望事項に位置づける方針を確認した。

医療提供体制の効率化を推進するとともに看護師不足にも対応することが目的。

「病棟群単位の届出を認めるべき」との意見は4月22日の四病協総合部会で多数を占め、4月24日の日病協代表者会議(写真)でも賛同を得た。この方針は日医も基本的に支持している。

代表者会議後の記者会見で、日病協の楠岡議長(国立病院機構大阪医療センター院長)と神野副議長(日本社会医療法人協議会副会長)が発表した。

現在の入院基本料の届出は「届出区分」という考え方にもとづいており、1つの入院基本料に対して1つの区分(病棟の種類)を届け出ることになっている。これは、例えば一般病棟7対1入院基本料を届ける場合に、すべての一般病棟を7対1看護とすることを意味しているため、患者の医療密度が異なる病棟では看護師が実態的に過配になるだけでなく、病棟コストを押し上げる結果となっている。

これに対して、夜勤要件を満たしていれば、1病棟内で勤務帯や曜日による看護師数を変えることができる傾斜配置を可能とし、さらに、当該種別の

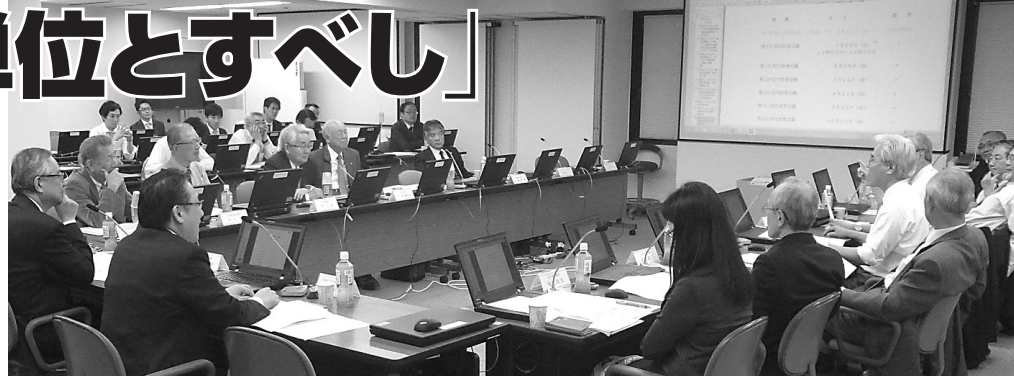
病棟全体で月平均1日当たりの看護職員配置数を満たしていれば病棟間での傾斜配置を可能とする運用緩和が認められている。

7対1での傾斜配置を行なっている病院は少なくないと思われるが、それでも看護師は実態以上の数を確保することになるだけでなく、7対1にともなう要件を全体として確保する必要があるため、当該病院に与える負担は大きい。

これに対して、入院基本料を病棟ごとに届け出るという考え方もあり、今回の四病協と日病協の議論は「入院基本料を病院単位から病棟単位に変えるべきではないか」という意見がきっかけとなった。

病院団体はかつて、「病棟単位」という言い方で、入院基本料を「病棟群単位」の届出とすることを要望している。

今回の議論で、四病協はかねてから主張してきた「病棟単位」を「病棟群単



位」と言い換えた方が正確であるとして、あらためて「病棟群単位」を提言することを確認。その考えを日病協にも諮ったもの。

病棟群単位を主張するのは、病棟ごとの届出とすると、傾斜配置のメリットが限定的になる上、月平均夜勤72時間規定のクリアが難しくなること、病棟ごとに届け出る事務の煩雑さなどの問題が生じるなどの難点があるためだが、最大の理由は、ケースミックスに対応した看護師の配置数が病棟単位よりも少なくすむという点にある。

議論の中で、四病協の追加提言(「医療提供体制のあり方」2013年11月18日)

で展開された「機能分化と病院類型」のイメージが参考資料に使われた。

そこには、急性期病院の機能を大雑把に「高度急性期」あるいは「急性期」と定義する従来の捉え方に対して、機能の異なる病棟(群)の組み合わせから病院の役割を多面的に捉え、病棟レベルの機能分化を踏まえた病院の機能分化・連携を進めていく考え方が示されている。

今回の、四病協と日病協が足並みを揃えて具現化を図る「病棟群単位の入院基本料」は、病棟機能の報告制度が創設された今、機能類型をみていく上で病院と病棟の関係性を見直していくきっかけとなる可能性がある。

日病協 診療所がない地域の大病院は「定額負担」から外すことを提案

4月24日の日病協代表者会議は、厚労省が募集している「選定療養として導入すべき事例等の提案・意見」を介して、選定療養に追加すべき4項目を提案することを決めた。4項目の1つに、紹介状なしに大病院を受診した外来患者の定額負担制度において、「地域に診療所がなく、紹介状なしの外来患者を受け入れざるを得ない大病院の診療科」は対象外にすることが盛り込まれた。

選定療養に関する「提案・意見」は、「学会などを通じ、定期的選定療養

として導入すべき事例を把握する仕組み構築する」とした閣議決定(14年6月)を受けた1月の中医協総会で、「国民の提案や意見を募集するとともに学会や医療関係団体からも意見を聞く取り組みを開始する」ことが決まったもの。

寄せられた提案は中医協で採用の可否を議論することになる。

日病協があげた選定療養に追加すべき事項は以下のとおり。

(1) 地域に診療所がなく、紹介状なしの外来患者を受け入れざるを得ない大

病院の診療科について、「新たな定額別途負担」に除外事例を導入する。

(2) 入院患者が他院を受診する場合の病院間の患者移送などに自院救急車等車両での送迎費と医師・看護師が同乗した場合の費用等を選定療養とする。

(3) ヘリコプターピロリの3次除菌を選定療養とする。

(4) 患者の不安を軽減する必要がある場合に実施された腫瘍マーカーについて、選定療養の範囲を、PSAやCA19-9などに拡大する。

日本専門医機構 総合診療専門医のプログラム整備基準案を決定

6つのコアコンピテンシーで医師像を示す。3年間で小規模施設と病院の総合診療を経験

日本専門医機構は4月6日の理事会で総合診療専門医の「専門研修プログラム整備基準案」等を了承。4月21日に、専門研修カリキュラム案、指導医とプログラム統括責任者の要件、総合診療専門医養成過渡期の考え方、を公表した。

研修期間は3年。2017年度に研修を開始、20年度に最初の専門医が誕生する。

カリキュラム案は、総合診療専門医研修の到達目標として6つのコアコンピテンシー(修得すべき基本能力)を明示、経験目標と合わせ、総合診療専門医の医師像を明確にした。

日本専門医機構の理事会で承認されたうちの「専門研修プログラム整備基準案」はなお加筆修正が必要として公表が控えられたが、「専門研修カリキュラム案」「専攻医の指導およびプログラム統括責任者について(要約版)」「総合診療専門医を養成する制度の構築とその展望(要約版)」の3点が公表された。

同機構は、この3つも、「整備基準案」の修正によっては変更があり得るとしている。

公表が見送られた「整備基準案」には、計3年のうち18ヵ月を専門研修に当て、その中で診療所・小規模病院(専門研修Ⅰ)と総合診療部門をもつ病院(専門研修Ⅱ)を各6ヵ月以上経験すること、加えて、内科を6ヵ月以上、小児科と救急科を各3ヵ月以上、さらに、産科、整形外科、リハビリテーション科なども6ヵ月以内で適宜研修することも可能とするプログラムの考え方が盛り込まれている。

カリキュラム案に掲げられた6つのコ

アコンピテンシーは、(1) 人間中心の医療・ケア、(2) 包括的統合アプローチ、(3) 連携重視のマネジメント、(4) 地域志向アプローチ、(5) 公益に資する職業規範、(6) 診療の場の多様性、からなる。

それぞれのコアコンピテンシーに一般目標と個別目標が示され、各個別目標には必須目標と努力目標の別が明記された。

そのうち、「診療の場の多様性」では、個別目標に、必要な専門家への紹介、外来で可能なリハの提供、認知症への対応、救急外来における軽症全般及び中等の一部の担当、災害時の救急医療の実施、併存疾患の多い患者の主治医機能、在宅療養の高齢患者に対する高齢者総合機能評価の実施、在宅療養の障がい者(児)への対応、在宅緩和ケアに必要な疼痛管理や疼痛管理以外の症状管理、多職種連携会議への出席など、プライマリ・ケアを実践する病院・診療所の医師に求められる知識、技能、態

に依存せざるを得ない。

そのため、多くの臨床医にその任を委ねる必要があるとして、以下の6つの学会等の認定医・専門医などを候補にあげ、レポートの提出と指導医講習会の受講を条件に指導医とする方針を打ち出した。

- ① プライマリ・ケア連合学会のプライマリ・ケア認定医および家庭医療専門医
- ② 全国自治体病院協議会と全国国民健康保険診療施設協議会の地域包括医療・ケア認定医
- ③ 日本病院総合診療医学会認定医
- ④ 大学病院または臨床研修病院で総合診療部門に所属して総合診療を行なう医師(卒後臨床経験7年以上)
- ⑤ ④の病院と協力して地域で総合診療を実践している医師(同)
- ⑥ 都道府県・郡市区医師会から「カリキュラム到達目標の6つのコアコンピテンシーを地域で実践している」として推薦された医師

ただし、指導医として認定するが、それをもって総合診療専門医とみなすかどうかの結論はまだ出ていない。

このほか、総合診療専門医に関しては、指導医にならない既存専門医の移行措置や総合診療医とサブスペシャリティ専門医との関係なども明確にされる必要があるが、他の基本領域専門医と同様に、引き続き検討課題とされた。

度を得るべき事例を把握する仕組み構築する」とした閣議決定(14年6月)を受けた1月の中医協総会で、「国民の提案や意見を募集するとともに学会や医療関係団体からも意見を聞く取り組みを開始する」ことが決まったもの。

寄せられた提案は中医協で採用の可否を議論することになる。

日病協があげた選定療養に追加すべき事項は以下のとおり。

(1) 地域に診療所がなく、紹介状なしの外来患者を受け入れざるを得ない大

病院の診療科について、「新たな定額別途負担」に除外事例を導入する。

(2) 入院患者が他院を受診する場合の病院間の患者移送などに自院救急車等車両での送迎費と医師・看護師が同乗した場合の費用等を選定療養とする。

(3) ヘリコプターピロリの3次除菌を選定療養とする。

(4) 患者の不安を軽減する必要がある場合に実施された腫瘍マーカーについて、選定療養の範囲を、PSAやCA19-9などに拡大する。

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

地域医療を支えてきた医師は地域包括ケアも支えなければならない

行政はいよいよ地域包括ケアシステムの構築に本腰を入れ始めた。地域包括ケアは介護だけの旗印ではない。その推進の大きな鍵を在宅医療が担っている。だが、国が考える「医療と介護の切れ目ない連携」は、はたして上手くなされるのであろうか。

介護はすでに在宅に近いところで仕事をしているのでハードルは高くないだろうが、医療はまだそうした環境にはないように思われる。その最大の理由は、医師は、まだ在宅医療にすら、十分に馴染んでいないことにある。

現代の医療において、医師は医療機関に腰を据え、多くの職種の協力を得て、初めて自分の力を発揮できている。しかし、在宅医療では、看護師、介護支援専門員、医療ソシ

ヤルワーカーといった多職種のフィールドを理解した上で、患者中心の医療・介護を切り盛りしていくことが求められる。これは、医師の最も苦手とすることのように思える。

このように医師の参加が必ずしも容易ではない地域包括ケアシステムには、まだまだ多くの課題が残されている。例えば、医師は、地域包括ケアを支える色々な会議に、もっぱら行政の都合で決められる時間に出席しなければならないし、その回数も決して少なくないことだろう。在宅医療に加え、地域の介護・行政関係者との連携の維持というのは、言うは易いが、医師にかかる負担は結構大変なものがある。

もちろん、実働に見合った報酬が見込めれば医師も前向きに動くこと

だろう。しかし、時間と距離を鑑みると、実働が収益に結びつくのは東京や大阪といった大都市だけで、小さな市町村では余り期待できない。とくに、過疎の地域では効率の良い仕事にはならない。そう考えると、医師が地域包括ケアシステムに積極的に参加することは考えにくい。しかし、それでは上手くいくはずがない。

地方の医療機関はどれも医師の不足に悩んでいる。薬剤師、看護師、介護士、ケアマネージャー、理学療法士、作業療法士など、医療機関はどの職種をとっても確保に苦勞している。そんな環境の中、果たしてどの程度気持ちが在宅に向かうのか、甚だ疑問な点はある。このような環境を放置したまま、さらに在宅医療

を推進することが、はたして患者が求める医療なのであろうかという疑問はつきない。

この制度はどうなるのか。はなはだ不透明なものはあるが、自問自答の中で到達した結論は、そこに医療のニーズがあれば我々医師はそれに応じなければならないという使命感である。すなわち、医療と介護の連携なくして成立しないのであれば、医師は地域包括ケアシステムに参加していかなければならないということである。

そして、そのためには、医師は今まで慣れ親しんできた職務環境への依存と拘泥を止め、地域包括ケアシステムを支える一人のスタッフに徹して、この制度の定着に力を尽くさなければならない。(T)

規制改革会議

健康・医療WG

新薬の原則14日処方制限の見直しを求める

政府の規制改革会議に付設された健康・医療WGの4月16日の会合で、国際共同臨床試験に参加している民間病院の専門医(理事長)が新薬処方日数の原則14日制限に強い異議を申し立てた。

同専門医は、血友病治療を例に、「折角新薬が出て、遠方の患者は14日ごとに通院できない。先進国では1回の受診で半年分の薬剤を処方しており、世界血友病連盟も処方日数制限を変えない日本に改善を要望している。14日制限に科学的な根拠はあるのか」と述べ、日数制限の見直しを求めた。

白血病患者団体の代表者も「身近に高度先進医療施設がある患者は少数だ。働きながら闘病したい患者らのために14日処方制限を見直してほしい」

と訴えた。

薬剤の処方日数については、2002年度診療報酬改定で原則として制限しないという方針が採用され、長期投薬が解禁された。しかし、新薬に関しては原則として投与日数を14日とする制限

中医協総会 長期処方の是非を議論することで支払・診療両側が一致

薬剤の長期処方に関して、4月8日の中医協総会で、診療側の中川委員(日医副会長)は「私は長期処方を許してきたことの反省期に入っているのではないか」と思っている。大病院における90日処方というのは異常ではないか」という認識を示した。

「外来医療」をテーマに2016年度改定

が続いている。

同日のWGで、厚労省の担当官は、その理由を「処方医による一定の診察頻度を確保し、患者の観察を十分に行う必要があるから」と説明、見直しの方針は中医協の審議に委ねられている

に向けた課題の確認を行なう中、事務局(厚労省保険局医療課)が示した資料に「残薬による薬剤費のムダは約29億円」との推定データがあり、「残薬」への対応が重要な課題となっていることが浮き彫りとなったことから交わされた議論で、前出意見が示された。

中川委員は2010年の日医調査による

として、理解を求めた。

このヒアリング結果を受け、健康・医療WGは新薬処方の14日間に制限している規制の見直しを求めることで一致、6月にまとめる総理大臣宛の答申に盛り込むことを確認した。

と「長期投与によって病期の発見が遅れたという事例がある」と指摘。次期改定に向けて重要な論点とすることを求めた。

これを受け、支払側の白川委員(健保連副会長)は「処方期間を議論することに賛成」と述べ、今後、長期投与の是非を議論することに合意した。

民間議員「病床再編を加速する診療報酬の大胆な誘導」を求める

経済財政諮問会議 「7対1を引き下げ、15対1等との収益差を縮小する」などを例示

4月16日に開催された経済財政諮問会議に民間議員の4人は「インセンティブ改革を通じた歳出効率化」の考え方を提示。歳出を抑制するために「国民、企業、自治体等の意識や行動の変化を促す仕組み」を構築するべきとして、「結果の平等を常に保障する仕組みから、頑張る者の取組を促す仕組みへのシフト。個人のニーズに適合した選択肢を整備」するよう提案した。

社会保障に関しては、「健康ポイント制度」等を拡充するとともに市町村国保に対する調整交付金をもっとも効率的な保険者群の医療費を基準とした算定方法に変更するなど、個人の努力を支援し、保険者機能の強化を促す仕組みを各分野に導入することを求めた。

その中で、診療報酬に関しては、①病床再編を加速する診療報酬による大胆な誘導、②医療サービス標準化・包括化の一層の推進、③調剤重視から服薬管理・指導重視の報酬体系へ移行の検討を提起。

診療報酬による誘導策として、「7対1病床要件の厳格化に加え、同入院基本料や各種加算を引き下げて15対1病床等との収益差を縮小する等」を例示した。

この提案に対して、塩崎厚生労働大臣は医療保険制度におけるインセンティブを強化する厚労省の施策案を説明。その中で、市町村国保を対象に保険者努力支援制度を創設する方向で地方との協議を進めていることを明らかに

経済財政諮問会議 民間議員 調剤報酬の服薬管理・指導重視への見直しを提起

4月16日の経済財政諮問会議で、民間議員の4人は、過剰投薬・残薬問題を解消するためとして、「調剤重視から服薬管理・指導重視の報酬体系へ移行」を検討すべきと提案。

「調剤側の努力の有無にかかわらず1.7兆円が薬局に入っている。頑張る薬局にお金が入っていく仕組みのインセ

した。

保険者努力支援制度は保険者としての努力を行う自治体に支援金を交付するというもので、その評価指標として、特定健診等の実施状況、後発医薬品の使用割合、収納率向上の状況等が想定されている。

また、ビッグデータを活用した「医療費の地域差の見える化」を踏まえ、国保の標準保険料率算定の措置も予定していることをあらためて明言した。

「インセンティブを作るべき」と論じ、調剤報酬の見直しを求めた。

医療費の適正化に向けて、国民や保険者等のインセンティブを重視した改革を実行すべきではないかとする「インセンティブ改革」の中で提起したもの。

この意見に、塩崎厚労大臣は「医療分業については門前薬局が増えていっ

都道府県が国保財政運営を担うことにともない、都道府県内の保険料負担の平準化をさらに進めるために統一した標準的保険料算定方式を定め、それにもとづいて、都道府県が各市町村の保険料率(標準保険料率)を示すというもの。

国保の標準保険料率は昭和40年代に試みられているが、加入者の所得・資産の実態や世帯構成など地域の個別の実態が十分把握できなかったために保険者間の利害対立が避けられず、中止になったいきさつがある。

しかし、ビッグデータに加えて国民番号制によって所得等捕捉の基盤が整うこともあり、「地域差の見える化」は可能と厚労省はみている。

たのが大きな問題だったと私は思っている。原点に立ち返って、本来の国民のための医療分業を考えていかなければいけない。今の高くついているという指摘は誰も不思議に思っていることであり、考えていきたい」と述べ、前向きに検討する意向を表明した(3面に関連記事)。

清話抄

今回、地域医療ビジョンのガイドラインが定められ、各地域に今後の病床数等の「課題」が投げかけられた。

まるで高度急性期医療から順に病床枠がはめられたかのように感じるかもしれないが、本当にそうなのだろうか。

本当は在宅医療等となっていた慢性期医療にかなり厳しい枠を嵌めようとしているのではないだろうか。

慢性期医療の入院、入所の制限をかけ、社会保障費を抑えることができるからかもしれない。しかし、中小病院の多くは少なからず慢性期医療に携わっていると思われる。特に、今回明確にされていない地域包括ケア病床も、

回復期病床や慢性期病床と同様に大きく関与すると思われる。

ここに来て四病院団体協議会は、医療制度委員会を再度活性化し、在宅医療等に分類されそうな慢性期病床、今後足りないと言われている回復期病床、区分先がはっきりしない地域包括ケア病床の検討をはじめ。これらの病床等をあらゆる方向から検討し、提言し

ていかなければならない。

本当に地域医療の担い手に必要な役割とはどのような役割なのだろうか。高度急性期だけが必ずしも必要なのか。高度急性期、急性期にて治療した患者もすべてが治癒するわけではない。今後も急性期、回復期、慢性期を含む中小病院が活躍できるようにその必要性を訴えていきたいと思う。(直)

医薬分業 医療機関と薬局の構造規制見直しが検討課題

規制改革会議 増え続ける医療費の抑制へ、調剤報酬の仕組みの見直しも俎上

政府の規制改革会議で医薬分業の現状に対する批判が高まり、その規制の内容と保険薬局のあり方を再考すべきではないかという認識で一致、見直しの議論を開始した。

同会議の健康・医療ワーキング・グループは4月16日、医薬分業下の規制にかかわる検討課題として、①医療機関と保険薬局の構造規制の見直し、②保険薬局の診療報酬の仕組みの見直し、③保険薬局の業務のあり方の検討などを論点にあげた。(2面に関連記事)

入院外の薬剤に関して処方医(医療機関)と薬剤師(薬局)が分担することでそれぞれの専門性を活かすという理念にもとづいて、医療機関の任意の下、医薬分業が進められてきた。医薬分業率(薬局の処方せん受取率)は2013年度に67.0%に達している。

そして、処方と調剤・販売の独立性を担保するために、薬担規則で保険薬局と保険医療機関が経営と施設構造の上で一体化することを禁じ、面分業を推し進めてきた。

ここで、「一体的な構造」とは、「保険薬局の土地・建物が保険医療機関の土地・建物と分離してなく、公道またはこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来するような形態」とされている(薬担規則の留意事項通知)。

医薬分業を進めるために、院外処方の医療機関は処方せん料のみの算定となる。処方せん料は1998年改定までは大きく引き上げられたが、その後の改定で大幅に引き下げられた。

院内処方の場合も処方せん料と大きくは変わらない報酬水準で推移してきた。

一方、薬局には、患者の薬剤管理・指導、薬学的管理・指導、残薬状況の把握、後発医薬品の推進など、質向上と効率化の面で求められる多様な業務を評価するとして、調剤基本料、調剤料に加えて各種の加算や指導料の算定が認められ、その評価も継続的に引き

上げられてきた。

そのため、診療報酬の上で院内処方と院外処方には大きな差が生じており、処方によっては院外の方が2~3倍となるケースもあるなど、入院外医療費が増加してきた大きな要因となっている。

こうしたことから、規制改革会議は、国民・患者に、診察を受けた医療機関から離れた薬局に向くことの不便さと薬局の方が高い支払いとなることへの不満が強いとして、3月12日に開催した公開討論に内閣府が実施した調査の結果を示し、医薬分業にともなう規制に疑問を投げかけた。

もっとも、内閣府調査では31.4%が「医療機関と薬局が離れている」ことを肯定し、否定は28.9%にとどまった。「医師と薬剤師が医療機関と薬局に分かれて業務を行なう必要性」の肯定・否定もほぼ同様の率で、医薬分業による規制に対する賛否は拮抗した。

この調査では、このほか、院外処方における薬局の費用が高いことへの疑問が6割近くに及んだこと、薬を受け取るときに「医療機関からなるべく近い薬局」に向くという回答が7割近いという結果が出ている。

この結果も踏まえ、規制改革会議は、テーマを「患者(国民)にとってよりメリットのある医薬分業を実現するには」と抽象化して公開討論に臨んだ。

公開討論で、規制改革会議の委員は「薬局と病院が物理的に離れている必要はない」と述べ、構造規制の緩和を

求めた。これに対して、日本薬剤師会は「一体的構造になると(薬局は)機能面で特定の医療機関のものになってしまう可能性がある」と発言。厚労省も「面分業は必要。院内を認めると門前

突如取り上げられた構造規制。背景に経済財政諮問会議の議論

医薬分業にかかわる規制緩和は、規制改革会議が2015年6月答申に向けて昨年整理した検討課題には入っていない。3月の公開討論も、当初は「地域の空きキャパシティの利用に係る規制」のみをテーマとしていたが、1月28日の規制改革会議で「医薬分業における規制」を追加することが内閣府から提案され、急遽決まったものだ。

背景に、経済財政諮問会議で高コストな医薬分業に対する批判とその見直しを求める声が相次いだことがある。

公開討論の議論を踏まえ、同会議の事務局である内閣府規制改革推進室は4月16日の健康・医療WGに、「医薬分業推進の下での規制の見直しに関する論点」を提示、WGはこれにそって議論を具体化していくことを確認した。

見直しの対象を「医薬分業における規制」(公開討論)から「医薬分業推進の下での規制」(4月16日のWG)に変えたのは、公開討論を報道する記事に「医薬分業を見直す」ととられかねない論調がみられたため、規制改革会議として医薬分業を推進する立場であることを明確にする必要があったためとみられる。

したがって、規制改革会議にとって、この議論は、分業を肯定した上で、医療機関と薬局の構造規制の緩和を求めるとともに、薬局にはより高度で多面的な機能を求め、その一方で評価の適

薬局を助長しかねない」と、現行規制の堅持を訴えた。

一方、健保連は、医薬分業を支持するとして上で、院外処方によって患者負担が増えていることを指摘。「負担に見合う効果が生じているか」と疑問を呈した。日医は「基幹病院が一つしかない地域では隔壁を設ける必要はない」とし、緩和を検討する必要を認めた。

正化をも模索するという、やや複雑なものとなった。

そのため、規制改革会議の岡議長(住友商事相談役)は公開討論後の会見で「6月の答申に間に合うかは議論次第だ。(16年度改定に間に合わせるかについても)まだ白紙だ」と答えるなど、議論の道筋と日程を明確に打ち出せない状況を認めた。

公開討論を受け、規制改革会議は、4月16日の健康・医療WGで「医薬分業推進の下での規制の見直し」に関する論点を以下のように整理した。

- (1) 医療機関と薬局の経営の独立性を確保した上での構造上の規制の見直し
- (2) 医薬分業を進めてきた政策効果の検証と政策目標の明確化
- (3) 薬局に対する診療報酬の仕組みの見直し
- (4) 薬剤師の専門性を活かした業務のあり方の検討
- (5) 薬局におけるサービスと費用の分かりやすい開示。リフィル処方せんの導入と分割調剤見直しの検討の加速化

このうち、(1)に関してWGに同席した厚労省担当官は否定的な見解を表わしたが、薬局のかかりつけ機能を重点的に評価すべきという点で両者の認識は一致。今後、6月の答申や規制改革実施計画にどう盛り込むか、規制改革会議と厚労省の間で調整を図っていくことを確認した。

回答施設に72時間減算の算定なし!?

中医協総会 「調査対象病院の選定が適切であったのか」との声も

4月22日の中医協総会に、診療報酬改定検証部会は、2014年度改定検証の14年度調査分として、訪問看護と医療従事者負担軽減措置に関する実態調査結果(速報)を報告した。

その負担軽減措置の調査項目の中に「月平均夜勤時間超過減算の算定状況(14年4月~10月までの実績)」があるが、その結果は、72時間減算を「算定していない」という施設が病床規模別に71.2%~78.8%を占め、残りの21.2%~28.8%は「無回答」であった。

月平均夜勤時間72時間要件のみを満たさない場合には、特別入院基本料の算定にいたることなく、直近3月に限っては当該入院基本料の2割減算でよ

いという月平均夜勤時間超過減算は、前改定で、一般病棟では7対1と10対1から13対1と15対1に適用拡大された。

この緩和措置の拡大をめぐっては、支払側の連合の委員と日看協の専門委員が強く反対したが、診療側が粘り強く説得し、改定事項に盛り込むことで合意したいきさつがある。

ところが、改定検証調査によると、回答施設における算定はないという意外な結果となった。この結果に、診療側の鈴木委員(日医常任理事)は、「算定施設はゼロであったが、72時間規定にかかわる2割減算は看護師不足に悩む病院には有効な緩和措置であり、前改定で13対1と15対1に拡大したことは

よかった」と述べ、安易な72時間減算不要論を戒めた。

同じく長瀬委員(日精協副会長)は、「72時間減算がゼロというのは考えにくい。回答施設は国公立が多く、中小病院の実態が出ているとは思えない」と述べた上で、「無回答の中身は分からないか」と事務局にたずねた。

調査は、勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする診療報酬項目あるいはチーム医療に関する項目を算定している病院から無作為に抽出した1,000施設に調査票を送って実施され、417施設から回答を得た。

回答施設の開設者は、国、公立、公的、社会保険関係が43.6%を占めたが、医療施設動態調査(14年10月)では19%に過ぎないことから、確かに回答施設は公的が多い。

また、回答施設の病床数をみると平

均289.4床と大きく、200床未満が68.9%占めている(前出データ)実態との乖離が否定できない。さらに、2割から3割が無回答という調査もあまり例がない。

この調査は「病院勤務医等の負担軽減及び処遇改善等を要件とする診療報酬項目を算定している病院、またはチーム医療に関する診療報酬項目を算定している病院の中から無作為に抽出した」とされている。

しかし、これらの算定項目には、72時間要件のみを満たさないことによる20%減算の特別入院基本料を算定している場合は算定できないという項目が少なくない。

病院関係者からは、72時間減算の算定有無をたずねる上で調査対象病院の選定が適切であったのか検証が必要ではないかとの声もあがっている。

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

医療事故調査制度の創設(2015年10月)に向け、我々はどうすべきか

“管理者”とは、院長個人ではなく、病院を代表する者を指す

西澤研究班報告書(ガイドライン)等を参考に省令、通知を決定。5月連休明けにも発出か

常任理事 公益財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院 理事長・院長 飯田修平



筆者は、本誌3月1日号で『医療事故調査制度への対応』と題し、『院内医療事故調査の指針』出版、医療事故調査の目的・意義・それに関する検討の経緯を解説した。

また、事故調査の目的である原因究明・再発防止と、補償・責任追及・被害者家族の納得とは別の枠組みで検討すべきと主張した。同じ内容を日本品質管理学会と同学会の医療経営の総合的「質」研究会で「医療事故調査制度に関する声明」を公表した(<http://www.jsqc.org/iryojiko.html> 2014年7月)。

医療事故調査制度(以下「本制度」と表記)の成立(2014年6月)を受けて、厚生労働科学研究費研究事業「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」(主任研究者西澤寛俊)(以下「研究班」)(2014年7月)と「医療事故調査制度の施行に係る検討会」(以下「検討会」)(2014年11月)が設置され、共に2015年3月末に報告書がまとめられた。その概要と考え方を紹介する。

医療事故調査における留意事項

□医療事故対応と医療事故調査の相違

医療事故発生時には、事故対応と事故調査が必要かつ重要である。しかし、両者の目的の相違を認識する必要がある。すなわち、事故調査の目的は事故原因を究明し再発防止に繋げることであり、事故対応の目的は事故の被害・影響を低減・解消することである。患者や遺族への説明、患者や遺族の理解と選択、遺族の納得や補償等は重要であるが、事故調査とは別の枠組みで対応する必要がある。

□一般的な医療事故調査と本制度における医療事故調

査の相違

一般的な医療事故調査は、事故発生(インシデント・アクシデント)報告を受けて、影響の重大性あるいはその可能性がある場合に開始する。本制度における医療事故調査は、死亡報告をうけて、病院管理者が、「医療に起因した予期しない死亡又は死産」と判断することから始まる。医療事故調査の中の特異な状況であることを認識する必要がある。

医療事故調査制度

第6次医療法改正(2014年6月)で、「病院、診療所又は助産所(以下「病院等」)の管理者は、医療事故(当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるものをいう)が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない

医療事故調査制度の省令案・通知案*とガイドラインがまとまる

研究班は、事前勉強会を2014年4月から7月までに計5回開催し、研究班会議を2014年7月から2015年3月までに計14回開催した。

そのほかに、研究班に主査会議を設置し、詳細な事項に関して検討した。

研究者は主任研究者1名であり、他は、医療界および患者および患者側代弁者を含む研究協力者である。筆者は、研究班と主査会議の構成員として参画した。報告書は3月末にまとめられ、近日中に公表予定である。

ない(医療法第6条の10)」、さらに、「病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査(以下 医療事故調査)を行わなければならない(医療法第6条の11第1項)」また、「病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たっては、あらかじめ、医療事故に係る死亡した者の遺族又は医療事故に係る死産した胎児の父母その他厚生労働省令で定める者(以下 遺族)に対し、厚生労働省令で定める事項を説明しなければならない。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。(医療法第6条の10第2項)」と規定された。

すなわち、「提供した医療に起因する(疑いも含む)予期しない死亡又は死産事例」の医療事故調査・支援センターへの報告と院内医療事故調査の実施、および、遺族への説明が義務化され、2015年10月から施行される。

検討会は、2014年11月から2015年3月までに計6回開催され、3月20日に座長とりまとめが報告された。

研究班、検討会ともに、議論百出に対する批判がある。しかし、これは大きな問題ではない。立場や価値観の異なる構成員が真剣に議論し、紆余曲折を経て、報告書をまとめたことを評価すべきである。すなわち、本制度の実効性を担保する大前提となる指針を医療界挙げて検討し、まとめたことに意義がある。

(5面上に続く)

	医療法	省令案	通知案
医療の範囲	「病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、医療事故(当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるものをいう)。	なし	○「医療」に含まれるものは制度の対象であり、「医療」の範囲に含まれるものとして、手術、処置、投薬及びそれに準じる医療行為(検査、医療機器の使用、医療上の管理など)が考えられる。 ○上記に含まれない死亡または死産 ・施設管理に関連するもの —火災等に関連するもの —地震や落雷等、天災によるもの —その他 ・併発症(提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患) ・原病の進行 ・自殺(本人の意図によるもの) ・その他一院内で発生した殺人・傷害致死、等々の「医療」に含まれない単なる管理は制度の対象とならない。 ○医療機関の管理者が判断するものであり、ガイドラインでは判断の支援のための考え方を示す。※別紙参照:「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方
予期しなかつたもの		○当該死亡又は死産が予期されていなかったものとして、以下の事項のいずれにも該当しないと管理者が認めたもの ○施設管理に関連するもの 一 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該患者等に対して、当該死亡又は死産が予期されていることを説明していたと認めたもの —火災等に関連するもの 二 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの —地震や落雷等、天災によるもの 三 管理者が、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会(当該委員会を開催している場合に限る。)からの意見の聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていると認めたもの —その他	・省令第一号及び第二号に該当するものは、一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録であることに留意すること。 ・患者等に対し当該死亡又は死産が予期されていることを説明する際は、医療法第一条の四第二項の規定に基づき、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めること
死亡から報告までの期限	当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない(医療法第6条の10)		○個別の事案や事情等により、医療事故の判断に要する時間が異なることから具体的な期限は設けず、「遅滞なく」報告とする。
医療事故調査・支援センターへの報告事項	厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。	・連絡先 ・医療機関名/所在地/管理者の氏名 ・患者情報(性別/年齢等) ・医療事故調査の実施計画の概要 ・その他管理者が必要と認めた情報	○以下の事項を報告する。 ・日時/場所/診療科 ・医療事故の状況 ・疾患名/臨床経過等 ・報告時点で把握している範囲 ・調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と記載する。 ・連絡先 ・医療機関名/所在地/管理者の氏名/連絡先 ・患者情報(性別/年齢等) ・調査計画と今後の予定 ・その他管理者が必要と認めた情報

全日病として「事故発生時の適切な対応研修会」を開催

本制度の支援団体として参画する用意。会員各位の積極的な参加と参画を期待

(4面下から続く)

同様のことが、厚労省の「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」(2011年8月～2013年5月)と、その分科会「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会(13回開催)」(2012年2月～2013年5月)の両検討会の報告書「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」に関しても言える。

この報告書について、筆者は「医療界を挙げて議論し合意したものであり、満足できないが70%は納得できる」と発言した。

検討会報告書、そのパブリックコメントと研究班報告書(ガイドライン)を参考に、省令、通知が連休明けには発出される予定である。

□検討会および研究班における論点

検討会および研究班の最大の論点は、①本制度における“医療事故”の定義と、②遺族への説明であった。すなわち、①-1“医療に起因”と①-2“死亡又は死産を予期しなかった”の定義と、②遺族への説明時の事故報告書の取り扱いである。概要を表に示す。

本制度で報告すべき事例は、①-1と①-2を満たすと管理者が判断したものである。その順番が重要である。“管理者”とは院長個人ではなく、病院を代表する者という意味である。すなわち、当該事例の関係者から詳細に事情聴取し、分析して判断することになる。

□医療の範囲

医療法や医療保険機関及び保険医療養担当規則の法文を見るまでもなく、医療と療養は同義であり、医療機関における健康に関するお世話のすべてを言う。手術、処置、投薬及びそれに準じる医療行為(検査、医療機器の使用、医療上の管理など)を含む。用語の定義に基づいて議論すべきだが、研究班・検討会共に、これを理解しない構成員が多かった。

医療に含まないものは、施設管理に関連するもの(火災、地震・落雷等天災、その他)、併発症(提供した

医療に関連ない偶発疾患)、原病の進行、自殺、その他(殺人・傷害致死、等)である。

研究班報告書(ガイドライン)では、判断の考え方と参考事例を提示している。

□予期しなかったもの

予期するとは、死亡又は死産の統計的データを提示することではなく、事例固有の状況を勘案して死亡又は死産を予期し、それを患者あるいは家族が理解できるように適切に説明し、診療録その他の文書等に記録することが必要である。

予期したからには、リスクへの適切な対応が求められることに留意すべきである。

□遺族への説明と事故報告書の取り扱い

遺族へは、口頭(内容をカルテに記載)又は書面(報告書又は説明用の資料)あるいはその双方により、センターへの報告事項の内容を説明する。関係者について匿名化する。

□医療事故調査・支援センターへの報告事項

法律で定められた事項(表参照)を報告時点で把握している範囲で報告する。不明な事項は不明と記載する。

□死亡から報告までの期限

できる限りすみやかに遅滞なく報告する。正当な理由無く漫然と遅延してはいけない。

□院内事故調査

管理者は、医療事故調査に必要な範囲内で調査事項を選択し(表参照)、情報収集及び整理し、以下の事項に留意して当該医療事故の原因を明らかにする。

- ・調査の目的は医療の安全確保であり、個人の責任追及ではない。
- ・調査の対象者として当該医療従事者を除外しない。
- ・可能な限り匿名性の確保に配慮する。
- ・必ずしも原因が明らかになるとは限らない。



▲全日病は「事故発生時の適切な対応研修会」の開催を始めた

・再発防止を検討することが望ましいが、再発防止策が得られるとは限らない。

□支援団体の支援

管理者の判断により、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体(医療事故調査等支援団体)に対し、医療事故調査に必要な支援を求める。

支援団体は、団体間で連携して、ある程度広域でも連携がとれる体制を構築し、支援窓口や担当者の一元化を目指す。解剖・死亡時画像診断は専用の施設・医師の確保の支援が必要である。

全日本病院協会の医療事故調査制度への対応

全日病は医療の質向上委員会を中心に、医療安全、とくに、医療事故調査と医療事故対応を最重要課題として、調査、研究、教育、提言等の活動を継続している。

会員病院の本制度の認識と対応が十分ではないと考え、『院内医療事故調査の指針』を出版し、これを教材として、昨年12月、講義と演習を含む「院内医療事故調査の指針―事故発生時の適切な対応研修会」を開催した。応募が多く、本年3月に2回を開催したが、さらにあふれたので、第3回研修会を8月15日(土)・16日(日)に開催予定である。

全日病は本制度の支援団体として参画する必要があると考える。会員各位の種々の形での積極的な参加と参画を期待したい。

	医療法	省令案	通知案
院内事故調査	さらに、「病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査(以下 医療事故調査)を行わなければならない(医療法第6条の11第1項)」。	○病院等の管理者は、医療事故調査を行うに当たっては、以下の調査に関する事項について、当該医療事故調査を適切に行うために必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、当該医療事故の原因を明らかにするために、情報の収集及び整理を行うことにより行うものとする。 ・診療録その他の診療に関する記録の確認 ・当該医療従事者のヒアリング ・その他の関係者からのヒアリング ・解剖又は死亡時画像診断(Ai)の実施 ・医薬品、医療機器、設備等の確認 ・血液、尿等の検査	○本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないこと。 ○調査の対象者については当該医療従事者を除外しないこと。 ○調査項目については、以下の中から必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、情報の収集、整理を行うものとする。 ※調査の過程において可能な限り匿名性の確保に配慮すること。 ・診療録その他の診療に関する記録の確認 例)カルテ、画像、検査結果等 ・当該医療従事者のヒアリング ※ヒアリング結果は内部資料として取り扱い、開示しないこと。(法的強制力がある場合を除く。)とし、その旨をヒアリング対象者に伝える。 ・その他の関係者からのヒアリング ※遺族からのヒアリングが必要な場合があることも考慮する。 ・医薬品、医療機器、設備等の確認 ・解剖又は死亡時画像診断(Ai)については解剖又は死亡時画像診断(Ai)の実施前にとどの程度死亡の原因を医学的に判断できているか、遺族の同意の有無、解剖又は死亡時画像診断(Ai)の実施により得られると見込まれる情報の重要性などを考慮して実施の有無を判断する。 ・血液、尿等の検体の分析・保存の必要性を考慮 ○医療事故調査は医療事故の原因を明らかにするために行うものであること。 ※原因も結果も明確な、誤業等の単純な事例であっても、調査項目を省略せずに丁寧な調査を行うことが重要であること。 ○調査の結果、必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること。 ○再発防止は可能な限り調査の中で検討することが望ましいが、必ずしも再発防止策が得られるとは限らないことに留意すること。
支援団体の支援について	医療法第6条の11第2項に「病院等の管理者は、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体(法人でない団体にあつては、代表者又は管理人の定めのあるもの)に限る。次項及び第六条の二十二において「医療事故調査等支援団体」という。)に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする。」		○医療機関の判断により、必要な支援を支援団体に求めるものとする。 ○支援団体となる団体の事務所等の既存の枠組みを活用した上で団体間で連携して、支援窓口や担当者を一元化することを目指す。 ○その際、ある程度広域でも連携がとれるような体制構築を目指す。 ○解剖・死亡時画像診断については専用の施設・医師の確保が必要であり、サポートが必要である。
遺族への説明事項と事故報告書の取り扱い	「病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たっては、あらかじめ、医療事故に係る死亡した者の遺族又は医療事故に係る死産した胎児の父母その他厚生労働省令で定める者(以下この章において単に「遺族」という。)に対し、厚生労働省令で定める事項を説明しなければならない。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。(医療法第6条の10第2項)」	(説明事項) ○「センターへの報告事項」の内容を説明することとする。 ○現場医療者など関係者について匿名化する。	(説明方法) ○遺族への説明については、口頭(説明内容をカルテに記載)又は書面(報告書又は説明用の資料)若しくはその双方の適切な方法により行う。 ○調査の目的・結果について、遺族が希望する方法で説明するよう努めなければならない。 (説明事項) ○左記(「センターへの報告事項」)の内容を示す。 ○現場医療者など関係者について匿名化する。

寄稿 地域医療ビジョンへの各病院の対応について

診療報酬

病床

Pを守るためにQの削減を真剣に考える時期にきている

経産省は“協議の場”に参加する保険者に病床削減の誘導を期待している



国際医療福祉大学大学院教授・全日病広報委員会特別委員 高橋 泰

なぜ、経済産業省の地域医療に関する研究会に参加したか

2015年4月5日の日経新聞3面の「けいざい解説」に、「経済産業省の地域医療に関する研究会が3月下旬、報告書をまとめた。『また他省庁の政策課題に横やりを入れている』と思って眺めると、これが意外に優れたデータを提供しているのだ。」という、気になる書き出しで始まる解説記事が掲載された。

この記事は、経済産業省が1月から3月にかけて開催した「将来の地域医療における保険者と企業のあり方」に関する研究会の趣旨と報告書を紹介した物である。私は昨年末この研究会のメンバーになり、今回この研究会の概要を説明する原稿の依頼がきた。

この会は、経産省が運営官庁であることや「将来の地域医療における保険者と企業のあり方」という名称とは裏腹に、現在進行中の医療提供体制改革を意識した研究会である。この会が3月にまとめた提言は「全日病ニュース」の4月1日号にも紹介された。

研究会の趣旨と報告書を紹介した物である。私は昨年末この研究会のメンバーになり、今回この研究会の概要を説明する原稿の依頼がきた。

昨年の「全日病ニュース」での予測を振り返る

昨年の11月1日号の「全日病ニュース」に、「医療提供体制改革に向けて民間病院団体と各病院が行うべきこと」という原稿を投稿させていただいた。この中で、

想定すべき2つのシナリオと言う形で、今回の医療制度改革の進行を予測した。

少し長いですが、まず、去年の記事を読んでいただきたい。

現時点(昨年10月末)では、改革がどの程度進み、将来の地域の機能別病床数がどの程度のレベルに収束するかを予測することは、難しい。その代わりに、改革が最も進んだ場合のシナリオと、改革がほとんど進まない場合のシナリオを以下に示す。

改革が最も進むシナリオは、「都道府県が、国が作成した病床数の大幅削減を織り込んだガイドラインに沿って地域医療構想の原案を作成する。地域(二次医療圏)ごとに開催される協議の場において都道府県が作成した原案に対して関係者が意見を述べるが、実質上、国のガイドラインとほとんど変わらない地域医療構想が追認される。この地域医療構想が実現されるよう国は、基金、診療報酬、税制、医療法の改正、過剰病床の買い上げ、介護保険施設などへの転換に対する補助を行うなど種々の方策を駆使し、積極的に動き、地域の病床機能や病床数が、地域医療構想に沿う形で大きく変化する。」というものである。

このシナリオに沿って今後の医療提供体制改革が進めば、人口減少社会に応じた医療提供体制の適正化や政府や保険財政の健全化に寄与するが、多くの地域の病院は、病床構成の変更や病床削減を求められることになり、多くの病院にとって辛い改革になる可能性は高い。

一方改革が進まないシナリオは、「地域の協議の場が、国の作成したガイドラインを参考に、地域医療構想を作成する。この場合、協議の場において地域の現状が混乱しない配慮がなされ、国のガイドラインと大きくかけ離れた現状維持に近い地域医療ビジョンに落ち着く可能性が高い。更に地域医療構想に沿った機能別病床数に向けた改革を行おうとしても、現場の反発が強く、国も積極的な実現に向けた策を取らず、結局ほとんど地域の医療提供体制は何も変わらない。」というものである。

この改革が進まないシナリオのようになれば、一時的には医療現場の混乱は避けられるが、中長期的には保険財政が破たんし、医療機関が診療報酬を請求しても、支払いの遅延や、請求額の3割カットした額しか支払われないなどの、最悪に近い事態が発生する可能性が高まるレベルまで国の財政が逼迫していることを理解しておく必要があるだろう。

「S(総医療費)=p(価格)×q(提供量)」

日本の医療費は毎年1兆円のスピードで拡大を続けている。医療界からすれば、高齢者が増えており、また医療が進化し高価な技術が普及しているので、

仕方がないということになる。

しかし、財政破たんの可能性を睨みながら財政を管理・運営する立場にある財務省や日本経済をコントロールする

経産省からすると、「これ以上の医療費の拡大は認められない」と考えることもやむを得ないことだろう。

ここで重要なポイントは、財務省の真の目標は「診療報酬の引き下げ」ではなく、「総医療費の拡大抑制」であるということである。

「S(総医療費)=p(価格)×q(提供量)」という関係があるので、S(総医療費)を抑えるには、我々になじみの深い診療報酬(p)を下げるという方法以外に、提供量(q)を下げるという方法があることがわかる。

財務省、経産省は、今回の医療提供体制改革に対して、前者の改革が最も進むシナリオを期待し、地域の病床機能や病床数が地域医療構想に沿う形で大きく変化する、すなわち、qが小さくなることを期待していることは間違いない。

その彼らにとって今回のガイドラインで問題になると思われるのが、「病床の削減」は「医療機関の自主的な取り組み」により進められ、強制的な病床削減は行われないことが明記されていることである。

常識的に考えて、多くの医療機関が自主的に病床削減を申し出るとは思えない。

今後目指すべきqの削減を経産省が促進

一方、qの削減は「今後過剰が予想される高機能病床および病床過剰地域の病床を減らす」という方法であり、やりようによれば、地域の医療提供内容の質をほとんど低下させずにS(総医療費)の削減を実施できる可能性があり、pの削減よりも望ましい方法である。

ただし、この方法は医療の詳細な内容がわからないと実施ができませんので、これまで、医療界の外の勢力はほとんど手出しできなかった方法である。

そこで経済産業省が音頭を取って、本来医療費の高騰を阻止する立場である保険者を集め、さらに協議の場(地域医療構想調整会議)で討議に必要なデータを作成し、保険者を協議の場で、q(病床)の削減に関する議論ができるよう強化することを目指したのが、最初に紹介した「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会」である。

経産省のホームページ上で公開されている報告書の要旨には、「報告書では、高齢化や人口減少が更に進行する2040年まで見据えた医療需要の推計や現状の医療提供体制に関する考え方を整理した上で、医療保険者と企業が連携し

ないので、医療界の外から見ると、今回のガイドラインによる医療制度改革では、「qの調整は無理」であると判断される可能性が高い。そうすると目標値となるSに合わせてpを低下させて、総医療費を調整するという常套手段がとられる可能性が、ますます高まると思われる。

pの大幅な低下によるSの調整は基本的に好ましくない。なぜならば、この方法によると残るべき医療機関が淘汰され、そうでない医療機関が生き残る可能性が高く、医療提供内容の質が劇的に低下する可能性が高いからである。

安倍内閣がプライマリーバランスの均衡を目指している、S(総医療費)の伸びは大幅に抑えられる、あるいは伸びが認められない可能性が高まっている。また、医療制度改革によるqの削減も望み薄となると、次回の診療報酬改定で、2006年の診療報酬改定をはるかに上回る大幅な診療報酬ダウンが実施されることが非常に心配になってくる。

「p(診療報酬)」を守るためには、医療界自身が「qの削減(病床削減)」を真剣に考えるべき時期にきていると筆者は考えている。

て行う、医療提供体制及び医療需要の適正化についての提言の方策について検討を行っています。医療保険者と企業が将来の地域医療への貢献に向けて、自らの保有するデータ等の根拠に基づき、地域医療の将来の姿を構想し、都道府県や他の医療保険者と認識を共有した上で、その実現に向けて具体的な方策の提言を行うなど、主体的な取り組みを行っていくことが期待されます。」と、研究会の議論内容が紹介されている。

医療機関やそこで働くスタッフを守る立場である医師会や病院団体が、自ら病床削減を積極的に提唱するのが難しい現状を考えると、今後、今回のような活動が活発化し、保険者や経済団体などが協力して医療提供の内容の知識を蓄え、qに関する具体的な削減案を提案していく中で、医療提供側と互角の議論ができるようになることを期待したい。

医療提供者と保険者とのバランスの上でqの削減が行われるようになることが、p(診療報酬)を低下させず、Sを拡大させない、最も現実的なシナリオだと思われる。

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 7,500円
- 試験日 年12回(毎月)

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

医事業務管理技能認定試験

〈称号〉医事業務管理士®

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

- 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 8,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

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

医師事務作業補助技能認定試験

〈称号〉ドクターズクラーク®

【主催】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 9,000円

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

●試験の詳しい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

「14年度の報告から答えを急ぐべきではない」と都道府県に注意を喚起

地域医療策定GL 西澤会長が常任理事会でGLの留意点を説明。「県医療審に病院団体参加の可能性」

地域医療策定GLに関する西澤会長の説明(要旨) 2015年度第1回常任理事会(4月18日)

●「はじめに」の最後に、さらっと「医療法での人員配置等についても、病床の機能区分に応じたものとしていく必要がある」と書かれた。これは、医療法は人員配置が一般病床と療養病床の別に定めているが、それを、4つの医療機能区分ごとに定める必要があるということを示している。

だが、実は、このことは、GL案をまとめた検討会ではまったく議論されていない。したがって、私個人はかなり問題のあることだと思っている。これは社保審医療部会のマターなので、恐らく、今後はそこで議論されることになるだろうが、充分かつ慎重な議論が必要である。

●「I. 地域医療構想の策定」の冒頭に地域医療構想策定のプロセスを示す図があり、そこに「地域医療構想調整会議は、地域医療構想の策定段階から設置も検討」とある。地域医療構想調整会議というのは協議の場のことで、構想策定後の取り組みの中で出てくるものだ。それが「策定段階から設置も可能」とされ、都道府県に早期の設置を求めている。

したがって、各支部においては都道府県からそういう話が出てくる可能性がある。まだであれば、調整会議を早く置くように都道府県に言っていた方がよいと考える。

●「1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備」の冒頭に、「地域医療構想は医療計画の一部」と記され、策定に当たっては医療審議会の意見を聞く必要があるとされた。その上で、都道府県医療審議会は「地域医療構想が医療計画に含まれることを踏まえた委員の選出を行う」と書かれた。

都道府県医療審議会の構成員はもっぱら職能団体である医師会、歯科医師会、薬剤師会等が医療法施行令で明記されている。病院団体は法令には記載されていないが、実際には、多くの都道府県で病院団体が何らかの形で参加している。

この書き振りは、地域医療構想の策定を踏まえると、今は別な形で医療審議会に参加している病院団体をきちんとした形で入れるべきと読める。この

点は、今後、厚労省がその旨を都道府県に通知すると思われるので、ぜひ、そのことを承知しておいてほしい。

●「2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有」では、地域医療構想の基礎となるデータの視点について説明、活用されるデータのリストを別紙に示している。ぜひ、どういうデータが使われるのか知っておいていただきたい。

●「3. 構想区域の設定」には、構想区域は現行の2次医療圏を原則とするものの、「二次医療圏と異なる構想区域を設定することも可能である」と書かれている。そして、その場合は、次期医療計画の策定の際に、「最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当」としている。

●「4. 構想区域ごとの医療需要の推計」で2025年の医療需要の推計方法が説明されている。その中に「医療資源投入量」というのが出てくるが、これは、患者に行なわれた診療行為を1日当たりの出来高点数で換算した値をいう。

その際に、出来高点数の合計から入院基本料相当分とリハビリテーション料の一部が除かれる。つまり、リハについてはその一部を除いて計算されるわけで、これによって、医療需要したがつて病床の必要量がある程度調整される余地が生じる可能性がある。

この出来高点数で換算した医療機能区分の境界値が3000点、600点、225点とされたが、回復期と在宅の境のところに175点という値が入った点に留意してほしい。それともう一つ、当初は各医療機能ごとに病状が例記されていたが、最終的にそれは削除された。

●慢性期に関しては在宅医療等の需要と一体に推定されるわけだが、そのうちの入院医療が必要な患者数を推計する上で、2025年に受療率の地域格差を一定幅の中で縮小させる目標を設定する方法が採用された。この目標は現場にとって大変厳しいものがあるが、実は、都道府県からも強い異論が出たために特例が認められ、要件を満たす場合は、目標の達成時期を2025年から2030年に5年延長できることになった。

●その中に「慢性期機能及び在宅医療

等の医療需要のイメージ」という図がある。現在、一般病床とか色々なところに慢性期あるいは在宅にふさわしい人がいるということで、どういう患者を「慢性期及び在宅医療等」として推計するかということを示している。これに関連して、「厚生労働省においても、地域の需要に円滑に対応できる医療法での人員配置等を整えることの検討を進める」と書いてある点に留意が必要だ。

●「8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討」では、とくに、「(2) 必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較」に注目していただきたい。

まず、「都道府県は区域ごとの病床の機能区分ごとの必要病床数と報告制度による病床機能区分の集計数とを比較し、病床の機能の分化・連携における地域の課題を分析する必要がある」とある。これは、必要病床数が出たら、まずはそれと病床機能報告の数字とを比べて、どうしてそうなっているのかを多様な観点から分析するべきだということである。

●これに関連して、「病床機能報告制度は、初年度には、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量(必要病床数)等の情報を踏まえていないことから、個別医療機関間、二次医療圏等の地域間、病床の機能区分ごと等の比較をする際には、十分に注意する必要がある」との注意書きがある。

これは、2014年度の報告は一種の試行であり、それをもって答えを急ぐべきではないということである。したがって、我々もすぐに慌てる必要はなく、近々示される機能別の必要病床数を見据えながら各医療機関の将来をきちんと考えていくべきかと考える。

●なお、GL案をまとめた検討会は恐らく夏には再開されるだろう。そこで、各都道府県の必要病床数等が明らかになると思われるが、それらの情報は厚労省によっても検討されることだろう。さらに、我々も各都道府県に必要なデータや資料を出していくことになるだろう。そうしたことを繰り返しながら、



▲地域医療策定GLを説明する西澤会長(左)

地域医療構想を進めていく議論や方策が展開されていくことになるのではないかと。

大切なことは、現状、各機能の過不足、分化と連携に関する各医療機関の将来の考え方などの情報が全部出揃ったときに、どう考えるかということではないかと。

●「II 地域医療構想策定後の取組」の「1. 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組」には、策定後の取り組みとして、地域医療構想調整会議、各医療機関、都道府県における取り組みがいろいろ書いてあるので、ぜひ、参考にしていきたい。

●「2. 地域医療構想調整会議の設置・運営」には、地域医療構想会議の設置と運営の具体的なことが書いてある。しっかり読んでいただいて、そのとおりに進めていただきたい。

●その「(3) 設置区域等」には、「構想区域内の医療機関の規模・数等は多様であり、地域によっては構想区域での地域医療構想調整会議の設置・運営が困難な場合も想定されることから、こうした事情を勘案し、都道府県知事が協議をするのに適当と認める区域で設置することも可能とする」とある。

また、議長について、「参加者の中から地域の実情に応じて、都道府県の関係機関、医師会の代表などから選出されることになる」とある。

これについて、検討の段階で、我々はここに病院団体を追記すべきと要求したが、残念ながら実現しなかった。例えば、小さい区域で医師会代表の選出が難しくなったときに、今のままいくと行政が議長を務める可能性がある。それよりは病院団体から出れるところがあれば、その方が医療機関にとって望ましいわけだが、この点が医師会に理解されなかったのは残念である。

2014年度第11回常任理事会の抄録 2月14日

【協議事項】

●災害時医療支援活動幹事・副幹事病院の指定等について

本会の災害時医療支援活動指定病院制度にもとづく、指定病院のある支部に幹事・副幹事指定病院の指定を、空白支部には指定病院の申請を要請することが承認された。

●総会開催案内送付時の同封資料について

本会の総会開催に際して、全会員に送付する次年度事業計画と予算、前年度事業報告と予算等会議資料の取り扱い方法が了承された。資料の内容が総会直前の理事会に修正された場合の対応を定めたもの。

●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

千葉県 柏厚生総合病院

日帰り人間ドック実施指定は479施設となった。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

正会員として以下の入会が承認された。
北海道 市立函館病院 院長 木村 純
福島県 郡山市医療介護病院 院長 原 寿夫
茨城県 鹿島労災病院 院長 山口邦雄
石川県 二ツ屋病院 理事長 西村勇人
在籍正会員は2,427人となった。

準会員として以下の入会が承認された。
埼玉県 川越予防医療センター・クリニック
大阪府 赤尾クリニック
在籍準会員は66人となった。

【主な報告事項】

●「2025年に生き残るための経営セミナー」第8弾の開催

「2025年に生き残るための経営セミナー」第8弾を、「地域医療構想(ビジョン)策定に病院はいかに対応するか」と題して、3月1日に本部会議室で開催する旨の報告があった。講師は厚労省医政局地域医療計画課の北波孝課長と産業医科大学医学部の松田晋哉教授。

●2015年度介護報酬改定説明会の開催

「2015年度介護報酬改定説明会」を2月24日に東京都内で開催する旨の報告があ

った。講師は厚労省老健局老人保健課の迫井正深課長

●第17回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの開催

第17回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムを3月14日に本部会議室で開催する旨の報告があった。

テーマは「2020年東京オリンピックに向けたマズギャザリング対策(仮)」。

●「平成26年度医療の質の評価・公表等推進事業」事業報告会の開催

「平成26年度医療の質の評価・公表等推進事業」の事業報告会を3月20日に本部会議室で開催する旨の報告があった。

●全日本病院学会マニュアルの改訂

「全日本病院学会マニュアル」の改訂に関する報告があった。

●慢性期医療・介護療養病床のアンケート結果

昨年10月に療養病床を有する会員病院

対象にその実態を調査した結果の報告があった。

●病院機能評価の審査結果

1月5日付で以下の13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

北海道 札幌南一条病院 更新

北海道 大塚眼科病院 更新

東京都 墨田中央病院 更新

愛知県 増子記念病院 更新

兵庫県 大西脳神経外科病院 更新

香川県 善通寺前田病院 更新

高知県 JA高知病院 更新

◎一般病院2

北海道 札幌共立五輪橋病院 更新

埼玉県 埼玉石心会病院 更新

千葉県 鎌ヶ谷総合病院 更新

◎リハビリテーション病院

北海道 苫小牧東病院 更新

◎慢性期病院

愛知県 福祉村病院 新規

◎精神科病院

大分県 衛藤病院 更新

鹿児島県 ウエルフェア九州病院 更新

1月5日現在の認定病院は合計2,271病院。そのうち本会会員は1,000病院と、会員病院の41.3%、全認定病院の44.0%を占めている。



支部訪問／第10回
福岡県支部

福岡県支部は全日病創世記から多くの活動家を輩出し、会員も増勢基調を維持、現在に至るも拠点支部の1つとして全日病を支えてきた。県内にあっては福岡県私設病院協会と一体の存在となり、県医師会、県病院協会とも強い連携を確保、福岡県に対しても一定の発言権を確保している。そうした福岡県支部だが、医療介護総合確保基金では要望を通すことはできなかった。また、地域医療構想を前に、会員病院の意識改革や団結が求められている。陣内重三支部長(医療法人井上会篠栗病院理事長・院長)に、福岡県支部の現況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)

私設病院協会と一体の活動。同協会として県の医療審等にも参加

模擬調整会議に早くも参加。「地域医療構想への対応が最大の課題」

「私たちは福岡県私設病院協会と一体に活動しています」陣内重三支部長(写真)は全日病福岡県支部の特徴を、こう表現した。

福岡県私設病院協会(以下「私設病院協会」)の役員は全員、会員も主たるメンバーは、福岡県支部に所属している。そもそも、福岡県支部は私設病院協会を母体に誕生している。

全日病が現在に近いかたちになる直前の1960～62年(昭和35～37年)に、各県に生まれた病院協会は積極的に全日病の小澤凱夫初代会長を招き、全国組織としての病院協会創立を歓迎した。その中でも熱心に全日病への参加を表明した1つが、私設病院協会の前身である福岡県私設病院部会であった。

そして、前身である近畿東海病院協会連合会の発展的解消と組織の全国展開を決議した全日病の1962年度定期代議員会・総会が、近畿・東海地区以外から新たに選出した理事7人のうちの1人が福岡県の菱山博文氏であった。

その後、1964年4月の3回定期代議員会・定期総会で新たに井上猛夫氏が福岡県から理事に選出され、1965年3月に

は「全日病福岡県部会」が設置された。

これは支部準備会とでもいうべきもので、福岡県出身の古森代議員会議長(当時)が「これは全日病九州支部の母体となるものだ」と宣したように、黎明期の全日病に参加した福岡県の会員が福岡県病院協会に所属する病院に全日病への入会を訴えてきた成果であった。これが、のちの全日病福岡県支部の設立につながった。

私設病院協会は、福岡県病院協会に付設されていた私設病院部会が独立して1962年(昭和37年)10月に創立された。初代会長は全日病代議員会議長の古森近氏であった。

私設病院協会は、病院間の交流や情報交換にとどまらず、医療機関の寝具類のリース・洗濯等を扱う福岡医療関連協業組合を設立(1962年)、さらに、看護専門学校(現在の福岡県私設病院協会看護学校)を開校した(1971年)。甲乙採用間もない時代の基準看護料や寝具設備料に対応するためだが、いずれも現在まで存続し続け、公的病院を含む需要に応じている。私設病院協会は福岡県病院厚生年金基金も設立している。

県医師会、県病院協会とも連携を確保

私設病院協会は現在会員数225病院と、全県467病院(2011年10月現在)のほぼ半数が参加する大きな病院協会として県内に根づいている。

福岡県は、精神医療センター(指定管理)を除く県立病院はすべて公設・民営化されたため、25ある公的病院を除く95%が民間病院からなる。その中で、県内病院の9割以上を組織する福岡県病院協会が公私病院の融合を実現する一方、私設病院協会が民間病院の団結と協調を維持する役割を果たしている。

その私設病院協会の歴代会長に就いてきたのが全日病福岡県支部の会員であり、現在、その会長の任にあるのも陣内重三支部長である。私設病院協会の役員はすべて福岡県支部のメンバーだ。

他方で、支部業務は福岡県医師会に委託しており、日本医師会長の横倉義武氏が福岡県支部の副支部長に名を連ねているように、福岡県支部は、私設病院協会ともども福岡県医師会とも永く連携を育んできた。

このように、県医師会と県病院協会そして私設病院協会が三位一体の関係を築いているのが福岡県の特徴である。

「県の医療審議会には県病院協会と私設病院協会から委員を出しているほか、医療費適正化計画など、主な審議機関には私設病院協会が参加している」(陣内支部長)上、福岡県からの通知は県医師会、県病院協会とともに私設病院協会にも送付されるなど、福岡県と病院団体はきわめて良好な関係にある。

その福岡県支部は一貫して会員も増加をたどり、2007年度の145人が14年

度には159人に増え、県内病院の組織率も36%を超えた。北海道と東京都に続く規模の全日病の拠点支部であるが、とくに2012年度の増加が大きい。

私設病院協会との連携に支えられた堅実な活動ぶりが背景にあるが、ここ数年の増勢ぶりを、陣内支部長は、「昨年9月に開催した第56回全日病学会を担当したことが大きい。民間病院の間に危機感が高まっていたため、久しぶりの勉強機会ということで歓迎ムードに包まれた。それが福岡学会に大勢が集まる要因となり、学会の成功でニーズを満たすこともできた」と振り返る。

福岡県支部は『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』を学会のテーマに掲げたが、これこそ、支部を含む県内民間病院の問題意識であったというわけだ。

福岡県支部が単独開催する勉強会は年に1～2回だが、私設病院協会との共催で年10回ほどの研修会を開き、テーマによっては会員外の病院にも公開している。研修会を共催してきた関係は、福岡学会にも、私設病院協会が全面後援するというかたちで生かされた。

「私設病院協会と全日病支部はコインの裏表」(陣内支部長)といわれる所以だ。だが、私設病院協会だけではない。福岡県病院協会とも、私設病院協会と研修会を共催するなどの共同活動を重ねており、「県病院協会ともシッカリ話し合い、役員同士の協議を欠かさない」(陣内支部長)という。

県病院協会や私設病院協会だけでなく、全国自治体病院協議会、精神科病

院協会、医療法人協会、慢性期ケア協会と、福岡県には数多くの病院団体が存在している。その中で、民間病院の中核団体として存続し続けてきた福岡県支部は、歴史的土壌を活かした連携活動を積極的に展開することで、その基盤を強固なものにしてきた。

14年度基金に病院団体の事業提案通らさず

だが、全国の病院、とりわけ中小の民間病院に強く襲いかかる改革の嵐を前に、福岡県支部にも苦悩と葛藤がないわけではない。

14年度に始まった医療介護総合確保基金に、福岡県支部は、看護職員確保事業として「3年課程への移行に伴う教員確保」への補助を提案した。基金事業の提案は医師会が中心となって県と協議、県も県病院協会と私設病院協会に対するヒアリングを実施した。

しかし、福岡県の基金は、診療情報ネットワーク活用拡大事業(県医師会)、在宅医療連携拠点整備事業(市町村・郡市区医師会)、市町村在宅医療推進モデル事業(市町村)、福岡県在宅医療推進協議会運営事業(福岡県)などのほか、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の事業に振り向けられた。既存補助事業の付け替え分が多かったこともあり、病院団体の提案は「全滅」であった結果を、陣内支部長は「結局、個別の話としては中々通らない」と残念がった。

福岡県には2次医療圏が13あるが、全医療圏で病床が過剰となっている。地

「本部の研修会を福岡でも開催してほしい」

改革は本番を迎えつつある。地域医療構想の推進過程では調整会議が果たす役割が大きい。福岡県では県医師会を中心に、早くも模擬調整会議が開かれている。

「すでに4つの2次医療圏で開かれました。残りの圏域でも順次実施する予定です。私設病院協会にも県医師会から参加の要請がありました。公的病院も参加しています。模擬会議にはデータ資料がペーパーで出ました。2次医療圏ごとに作られ、これを自由に使ってほしいということでした」

ただし、データは市町村別にはなっていないという。構想区域の設定や隣接区域との連携、あるいはアクセスを考える上で、さらに精密化される必要があるようだ。

「まだ1回目に過ぎないので議論もイメージレベルでしたが、その中で、2次医療圏間の患者の出入り、アクセス、県境の対策などの課題が提起されました。また、必要な機能をどう残していくかという視点も大切ではないかという意見も示されました」

陣内支部長は、この最後の視点がき



▲第56回全日病学会で閉会の挨拶を述べる陣内重三支部長(福岡県支部長)

域医療支援病院が36もあるが、北九州市、福岡市に偏在しているなど、都市部に大型の急性期病院が集中している。

こうした現況に、陣内支部長は「公的病院が多い都市圏過剰地域の病床を抑制する必要があるのではないか」という問題意識をのぞかせた。「公的病院に、地域包括ケア病棟を設ける地域医療支援病院がある」ことが、危機感を募らせる1つになっている。

「この動きは病院完結型を増やすだけです。こうした懸念はとくに都市部の民間病院に多い。県内の連携は比較的うまくいっていると思うのですが、民間病院はほとんどがケアミックス型という特徴があります。したがって、公的病院がケアミックスをやると民間病院の出番がなくなります」と指摘する。

他方で、民間病院の社団医療法人には「持分ありをどうするか」という葛藤がある。陣内支部長は「会員病院の間では承継税制への関心が高いのですが、解決の途が見当たらない」と指摘。「全日病として、その辺りの対応ができればいいのだが」と嘆じた。

わめて重要ではないかと強調した。つまり、「地域医療構想で大切なことは、病床削減ではなく、機能の足りない点をどう補うかという点ではないでしょうか」

「そのためには公と民の役割分担をしっかりと考えておかないとなりません。公的病院ではそれが病院の中の機能分担として追求されているふしがあるからです」

そして、「県医師会ともしっかりと関係を築くことが大切。県病院協会や私設病院協会との関係はうまくいっている。やはり地域医療構想への対応が最大の課題」と、福岡県支部の最重要課題を明らかにした。

その上で、「支部の対応能力を高めていく上で、本部主催の研修会を地方で開催してもらえるとありがたいです。仮に福岡で開催できれば九州各県からも大勢参加でき、全日病に参加するメリットが大きいとの声があがっています」と指摘。

最後に、「支部が強くなると、中央の力だけではうまくいきません。全日病の研修会は折角充実しているのに、もったいないことです」と結んだ。

■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
第17回機能評価受審支援セミナー(名古屋会場) (診療領域 80名、看護領域 80名、事務管理領域 70名)	5月31日(日) 愛知県産業労働センター・ウイングあいち (愛知県名古屋市)	5,400円 (7,560円)	一般病院1(機能種別)を中心とした評価体系について、ケアプロセスの実践を診療・看護の合同チームで学び、事務管理部門は機能評価受審に向けた事務管理部門の役割と受審対策について説明します。
特定保健指導実施者育成研修(基礎編・技術編) (65名)	6月27日(土)～28日(日) (全日病会議室)	全日病HPをご参照ください。	・本研修は「厚労省プログラム」に記述されている「研修ガイドライン」に則っています。 ・受講要件、参加費については全日病HPをご参照ください。
平成27年度個人情報管理・担当責任者養成研修会ベシックコース (東京会場)(90名)	7月2日(木) 10:00～16:30 (全日病会議室)	12,960円 (17,280円)	・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。 ・対象者は医療機関の個人情報保護管理責任者、担当者。

研修会名(定員)	日時/会場	参加費/会員(会員以外)	備考
「医療事故調査制度への機関対応現状と課題」研修会 (200名)	7月25日(土) 13:00～18:00 (全日病会議室)	10,800円 (16,200円)	・研修内容は全日病HPをご参照ください。
業務フロー図作成講習会 (30病院 ※参照)	7月26日(日) 10:00～17:15 (全日病会議室)	1病院(3～4名)につき 48,600円 (同75,600円)	・業務改善に必要な医療従事者向けの業務フロー図の作成方法を演習形式で学習します。 ※1病院3～4名(多職種)での参加を想定しています。詳細は全日病HPをご参照ください。
第3回院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会(120名)	8月15日(土)～16日(日) (全日病会議室)	27,000円 (32,400円)	・院内事故調査を円滑に実施するための考え方や方法を演習によって習得することを目的としています。