



全日病 NEWS 4/1

21世紀の医療を考える全日病 2013

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 東京都千代田区三崎町
 3-7-12 清話会ビル
 TEL (03)3234-5165
 FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.798 2013/4/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

公益社団法人への移行が認定。事務所移転を承認

第100回定期代議員会・第89回定期総会 “最後”の代議員会を開催。2013年度事業計画案・予算案を可決

全日本病院協会の第100回定期代議員会・第89回定期総会が3月23日に東京のホテルグランドパレスで開催され、2013年度の事業計画・予算各案を全会一致で可決したほか、本会の事務所移転を承認した。

代議員会で西澤寛俊会長は、本会の公益社団法人への移行が認定され、3月19日付で内閣総理大臣より認定書が交付された旨を報告した。(7面に2013年度事業計画を掲載)

第100回定期代議員会には来賓として横倉義武日本医師会長と武見敬三参議院議員が出席、挨拶した。

事業計画は、全日病が13年度に取り組む活動を、公益社団法人の定款に沿って4分野15項に整理している。

「資格認定事業」が新たな事業項目に位置づけられ、その詳細が明記されたほか、各支部の活動計画に指針を与えるべく、「支部活動の強化」の内容が10点にわたって記述されるなど、全日病の事業内容をまさに網羅するものとなった。

委員会を主体とする活動では、「調査・研究事業」に「地域に密着した病棟に関する調査の実施」が、「医療・介護にかかわる制度の構築と提言」には「病床機能の定義と今後のあり方に関する検討」が新たに追加されたほか、第7版となる「病院のあり方に関する報告書の検討」が盛り込まれた。

また、「救急医療」では、新たに「高齢者救急(在宅医療と2次救急)」のあり

方に関する検討」に着手する。

そのほか、「災害医療」として、13年度に制度化するAMAT(All Japan Hospital Association Medical Assistance Team)の研修実施と災害発生時の派遣、および医療救護活動を支える「指定病院とのネットワーク化を含めた災害時医療システムの構築」など、東日本大震災の経験を踏まえて検討してきた全日病の構想が、具体的事業として位置づけられた。

2013年度予算は、公益法人の会計基準にそって、一般会計と生命保険共済、支部、全日本病院学会の各会計を統合した上で、各科目ごとに公益目的事業会計、収益事業等会計そして法人会計とに区分した収支予算書(損益計算ベース)にまとめられた。

これまでの当期収入合計に当たる経常収益計は5億7,529万円、当期支出合計に当たる経常費用計は5億5,020万円、当期収支差額に当たる当期経常増減額は2,510万円となっている。

4月1日より“公益社団法人 全日本病院協会” 6月22日に第1回定時総会

全日本病院協会の公益社団法人への移行申請が認められ、3月19日付で内閣総理大臣名の認定書が交付された。西澤会長が3月23日の代議員会・総会に報告した。

これにより、4月1日をもって、全日本病院協会は社団法人から公益社団法

人へと移転登記される。

本来なら、今回の代議員会・総会には役員改選にあたるが、昨年6月の第99回定期代議員会・第88回定期総会は、移行時の役員として、公益社団法人として事業を開始する13年4月1日から移行後最初の定時総会が開かれる6月までの第1期役員に現在の役員が就任(重任)するという移行時役員選任案を諮



り、承認を得ている。

これにともなって監事は3名から4名に増え、新たな監事に公認会計士の五十嵐邦彦氏が就任する。任期は4月1日より、15年6月の定時総会までとなる。

第99回定期代議員会・第88回定期総会は、また、公益社団法人全日本病院協会の定款や定款施行細則等を承認、移行申請の影響を受ける細目の調整を執行部に委ねることを認めている。これらの詳細も認定によって確定した。

公益社団法人において正会員は社員となり、総会が最高議決機関となる。

耐震性を確保、より安全な新事務所 第1回定時総会(6月)までに移転

第100回定期代議員会・第89回定期総会で承認された本会の事務所移転は、一昨年3月11日の東日本大震災が契機となった。

その日、東京都内JR水道橋駅前の清話会ビルに入居している本会事務所ではいくつかの会合が開かれていたため、かつてない大きな揺れに、出席者はまさに肝を冷やす想いであった。

その後、ビル側に確かめたところ、旧耐震基準の建物であることに加え、耐震改修を行なう予定がないことが判明。執行部は現行耐震基準を満たしたビルへの移転を決断した。

移転先は、現在と同じJR水道橋駅から徒歩5分の住友不動産猿楽町ビル7階(東京都千代田区猿楽町2-8-8)。水道

また、副会長が「5人以内」となるほか、各支部は支部長とともに副支部長を選出する。公益社団法人の第1回定時総会は6月22日に開催が予定され、そこで、新たな役員が選出される。

したがって、代議員会は今回をもって幕を閉じる。

代議員会で、西澤会長は「2013年度以降代議員会はなくなり、新たに総会が最高議決機関となる。きしくも第100回が節目となった。大変感慨深い」と、50年を越える代議員会の歴史に想いを寄せた。

橋駅の改札口が現在(西口)と反対の東口となる。

西澤会長は、代議員会で、「現在の事務所は耐震基準を満たしていないことから安全性を危惧していたが、今後は安心して使用できる。また、土日の使用も問題なく、会議・研修を現在と同じように使用できる」と説明した。

執行部は6月の定時総会前に移転を終えたいとしている。移転とともに、会議のペーパーレス化など、業務環境の向上も実現する方針だ。

現在の事務所には1980年3月に入居した。33年の風雪を経て、全日病はわが国最大規模の病院団体に成長。公益社団法人への移行と併せ、新たな本部環境を得るにいたった。

西澤会長の挨拶(要旨)

現在、社会保障と税一体改革が進められている。医療提供体制に関しては、機能分化と連携、地域、高齢者医療、介護との連携などがキーワードになっている。我々は積極的に改革を推進しなければならないと考える。

現在の日本の医療制度、保険制度は、WHOを初め、あらゆるところのデータで世界一と評価されている。この素晴らしいシステムを壊す改革であってはならないと考える。この、国民皆保険システムの基盤をなす現在の医療提供体制、これを時代にあった、さらにより制度に進化させる改革でなければならないと考える。

安倍総理の下で色々な改革が示されているが、どうも、経済あるいは財政中心と思われる。このような時こそ、やはり、医療・介護制度を含む社会保障制度が非常に重要であり、このことを主張・提言していくことも我々専門家提供側の役割ではないか。全日本病院協会もその役割を果たしていかななくてはならない。

これからの提供体制の中で、我々病院は、質の高い医療を提供するという役割を続けていかなければならない。そのためには経営基盤が非常に大切であるが、消費税が非課税のままでは経営基盤が危うくなる恐れ

がある。できるだけ早く、課税にもっていかねばならない。これに関して、我々病院団体と日本医師会は一丸となって課税を主張している。医療機関の存続、日本の医療提供体制を守るためにも、ぜひ勝ち取っていきたい。

当協会は3月19日付で内閣総理大臣より公益法人の認定を受けた。4月1日より、公益社団法人全日本病院協会となる。この移行にあたっては会員の皆様に非常なご迷惑をおかけし、また、多大なご協力もいただいた。あらためて御礼を申し上げます。社団法人としては、この定期代議員会が

最後となる。100回目というきりの良い区切りを迎えたことは、感慨の深いものがある。

当協会も会員が順調に増加をたどっており、現在、2,420病院を超えている。公益法人になってからも、その名に恥じないよう、さらに活動を深めてまいりたい。

本日の議題には事務所移転の案件がある。現在事務局が入っている建物は老朽に加え、耐震設計がなされていないため、東日本大震災の際には大変危うい思いをした。そうしたことから移転に迫られている。よろしくご承認をたまわりたい。

清話抄

「数」と「率」、なかなかせ者である。統計データを扱う時に、その結果を見た人が、誤った印象を持たないようにするには、「数」と「率」の使い分けに細心の注意を要する。

例えば、高齢化率。全人口(分母)に占める65歳以上人口(分子)の割合であるが、我が国の高齢化率は2050-60年

頃まで上昇し続ける。「あと数十年、高齢化率が上がる」と聴くと、多くの方が「今後数十年、高齢者は増え続ける」と考えるであろう。

現在のところ「高齢化率が上がっている、高齢者も増えている」という考え方は正しいが、5年後我が国においてこの考え方は間違いとなる。2018年以降の我が国では、高齢者「数」はほとんど増加せず、高齢化「率」のみ上昇が続くようになる。

それではなぜ、高齢者「数」は増えないのに、高齢化「率」が上がり続けるのか? その理由は、0-64歳人口が大きく減少することにより分母の全人口が減り、分子の高齢者数が増えなくとも、高齢化率が上がるからである。

「率」が上がるということが前面に出過ぎると、「数」は増えないという事実が見えなくなり、高齢者が減少するような地域において、高齢者住宅を新たに着工するというような誤った経営判

断が行われることがある。

「率」や「人口10万人当りの〇〇の値」というような比率をあらゆる指標は、実際の「数」の動向と異なった印象を与えることが少なくない。

高齢化に対応した投資などの経営判断を行うときは、「率」や「比率」の高低や増減に注目するよりも、実際の「数」の高低や増減に着目することを強く勧める。統計は、ある種のマジックなのである。(泰)

主張

非課税の下、医療機関は消費税の負担を強いられている このことを国民に知ってもらう。これが我々の重要な目標となる

我が国の財政収支状況、いわゆるプライマリーバランスは危機的状況にあると報道されている。その主要因として、社会保障費の、毎年度の増加が挙げられている。

プライマリーバランスの均衡にはいろいろな方策が議論されているが、我々の医療界において、切実かつ喫緊の問題は消費税の増税であることに論を待たないことは事実であろう。

消費税は平成元年4月1日に3%の

税率で導入され、平成9年4月1日に5%に増税された。その際、診療報酬に加算することで増税に対応しているという名目であったが、その後の診療報酬のマイナス改定により霧散してしまつたと多くの関係者は感じていることだろう。

現在の税法では、多くの医療機関が収入に伴う仮受消費税に一括比例配分方式を採用し、課税売上割合はおおむね10%前後であると思われる。この10%は支出に伴う仮払消費税と

相殺できるが、残りの90%が控除対象外消費税、いわゆる損税として経費になっている。

現状で、医業収益に対する控除対象外消費税の割合は1.5%から1.7%であるが、何の措置もないままに10%に増税となった場合、控除対象外消費税の割合は単純計算でも3.1%から3.4%になることが容易に考えられる。ところが、医療機関は利益率が5%以下のところが大半を占めているのである。

医療機関が地域で貢献し続けるためには、健全経営と永続性を如何に担保できるかが重要であることは、会員諸氏には充分承知されていると思う。

今後は診療報酬を原則課税にするよう税法の改正を関係機関に働きかけていくことと、病院が控除対象外消費税の負担を強いられていることを一人でも多くの国民に知ってもらうことが、我々の活動の大きな目標になる。(N)

政府がTPP交渉参加を決める。年内に最終合意

環太平洋パートナーシップ協定 安倍首相「日本の医療制度の根幹を揺るがすことは絶対にならない」

安倍首相は3月15日に首相官邸で記者会見し、環太平洋パートナーシップ(TPP)協定に向けた交渉に参加することを正式に表明した。

TPPは、2国間ベースのFTA(物品の関税やサービス貿易の障壁を削減・撤廃する自由貿易協定)やEPA(投資、人の移動、知的財産保護等のルールを作る経済連携協定)と異なり、多国間で「ヒト、モノ、カネ」の動きにかかる障壁の完全撤廃を目指す包括的な協定である。

2006年のシンガポール、ニュージーランド、チリ、ブルネイからなるP4協定が基となった関税撤廃の動きは、10年3月に米、豪、ペルー、ベトナムの4カ国を加えた第1回会合でTPP協定の交渉を開始。その後、マレーシア、メキシコ、カナダの交渉参加が実現、日本は2年遅れの12番目の参加となる。

交渉は非関税分野の投資や知的財産のほか、環境、労働を含む21の分野に及び、まさに、国と国の間に生じる取り引きの全分野にわたる包括的協定になろうとしている。

参加国による協議はこの3月18日に第16回会合がもたれ、年内は5月、9月の開催が決まっているが、現在、7月にも追加で開催することが検討されている。安倍政権は今年10月の大筋合意、年内の最終合意を目指しているため、米国との事前協議を経て、7月の会合から正式交渉に入ることを目標としている。

交渉開始に向けて政府は「TPPに関する主要閣僚会議」を設置し、3月22日に第1回会議を開くとともに、同日、甘利明TPP担当相を本部長とする政府対策本部を設置した。本部の下に、交渉を担当するチームと国内調整チームからなる100人規模の省庁横断体制を敷く。特定の通商交渉でこうした特別チームを編成するのは異例のことである。

TPP交渉の焦点として、一般には農産物の関税撤廃に関心が集まっているが、医療も重要な交渉対象の1つとなる。40兆円という桁違いの規模をもつ医療分野に対しては、とくに、医療機器等企業や保険会社の進出をうかがう米国が重大な関心を寄せている。

TPP交渉に対して、自民党は政権復帰を決めた衆議院選挙で、「聖域なき関税撤廃を前提とする限り、TPP交渉参加に反対する」ことを公約に掲げるとともに、TPP交渉参加の判断基準を5つ示した。その中の1つが「国民皆保険制度を守る」である。

安倍首相は、参加を表明した会見で衆議院選挙の公約に触れ、「国民との約束は必ず守る」と述べただけでなく、国会でも「(国民皆保険制度は)日本の医療制度の根幹であり、揺るがすことは絶対にならない」と答弁する(3月6日の参院本会議)など、公的医療保険制度の後退・崩壊につながる交渉結果にはならないという説明を繰り返している。

TPP交渉に強い懸念を表明する日本医師会だが、2月27日の定例記者会見で横倉会長は、安倍首相が2月の日米首脳会談から帰国した直後の同会長宛電話で、「オバマ大統領に国民皆保険の堅持について理解を求め、了解を得た」と説明したことを明らかにしている。

安倍首相を初めとする政府のこうした判断の背景には、「これまでに得られた情報では、(TPP交渉で)公的医療保険制度のあり方そのものは議論の対象となっていない」(安倍首相=3月6日の参院本会議)、「これまでに得られた情報によると公的医療保険のあり方そのものはTPP交渉の議論の対象になっていない」(甘利TPP担当相=3月18日の衆院予算委員会)、という認識がある。

政府公表の資料「TPP協定交渉の分

野別状況(2012年3月改訂)」によると、「金融サービス」の分野に、「公的医療保険制度などGATSでも適用除外となっている国が実施する金融サービスの提供は議論の対象となっていない模様。※米国は、公的医療保険制度を廃止し、私的な医療保険制度に移行することを要求していることはない」との説明がある。

その一方で、特許や上市などを対象とする「知的財産」の分野については、医薬品関連を含む個別項目で「各国の意見が異なっており、議論が続いている」だけでなく、株式会社の市場参入を含む「投資」の分野では、「市場アクセス」に関して「ネガティブ・リスト方式を基礎とする交渉を実施」とあり、高い水準の市場自由化を前提にした議論が進んでいることがうかがえる。

このほか、新しい分野である「労働」に「貿易・投資の促進を目的とした労働基準の緩和の禁止、国際的に認められた労働者の権利保護、(中略)等について議論が行われている」との説明があり、TPPが、労働に対しても多国間の共同した基準適用を求める可能性が示唆されている。

社会保障制度改革国民会議

四病協が意見表明。委員との間で活発な意見交換

3月27日の第7回社会保障制度改革国民会議は医療・介護提供者の各団体を招いて意見を聞いた。

招かれたのは、四病協、日歯、日薬などの6団体。四病協は西澤全日病会長など4団体の会長が出席、「医療提供体制に関する四病院団体協議会の考え方」を述べた。

委員からの質問・意見の大半が四病協に集まり、フリーアクセスの評価、平均在院日数の捉え方、病診連携のあり方、計画的な医療施設配置や自由開業の是

非など、改革課題をめぐって活発な意見交換が行なわれた。

記者会見で、国民会議の清家会長(慶應義塾長)は「本音ベースの、踏み込んだ議論ができた。大変充実した議論となった」と、この日の意見聴取を高く評価した。

国民会議は第6回会議(3月13日)で、7回~10回までの4回を医療・介護の集中討議に当てることを急遽決めた。次回第8回(4月4日)は健保連等の保険者から意見を聞く。

皆保険の根幹につながる制度改革を迫られたときに、はたしてTPP交渉を離脱できるのか。日本政府は難しい舵取りを迫られている。

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

全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

あんしんとゆとりで仕事に専念

支払側「7対1は病棟単位と病院単位どちらがよいか議論が必要」

中医協総会 事務局論点「亜急性期の実態を明確にし、医療内容に応じた評価体系を目指す」

3月13日の中医協総会は、2014年度診療報酬改定に向け、入院医療全般について意見を交わした。

その中で、支払側の白川委員(健保連専務理事)は、7対1入院基本料を例に取り上げ、「現行どおり病院単位の算定を続けるか、あるいは病棟単位に変えるかを議論する必要がある」という認識を示した。

同日は、診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」が実施している入院分野に関する各種調査結果のまとめが4月にずれ込んだことから、本格的な各論の議論は調査結果を踏まえて行なうとした上で、入院医療について概括的な議論を行なった。

概括的な議論は、すでに、外来医療(1月23日)と在宅医療(2月13日)が先行して行なわれている。

この日の議論に、事務局(厚労省保険局医療課)は入院医療の論点(別掲)を領域別に示すにとどまらず、すでに議論を行なっている外来医療と在宅医療で示した論点(別掲)を医療全般の大きなテーマに括って示し、次期改定に臨む基本的な問題意識を明らかにした。

入院医療に関する論点提示の特徴は、一体改革の2025年シナリオが示す病床機能区分にそって、(1)「高度急性期・一般急性期」「亜急性期等」「長期療養」に区分け、(2)地域の実情に応じた病棟の評価体系を提起、していることである。

その上で、「高度急性期・一般急性期」では、①急性期病床の役割の明確化、②長期入院の是正を打ち出し、さらに、①に関して、平均在院日数、患者の状態像、連携と在宅復帰、早期リハの4点を検討の視点にあげた。

「亜急性期等」については「回復期リハ病棟との機能の違いを明確にし、病棟の機能分化に向けた評価の導入を行なう」とし、そのために「亜急性期における医療や患者像を明確化し、医療提供内容に応じた評価体系を目指す」ことを課題に掲げた。

「長期療養」に関しては、前出「長期入院の是正」を「急性期病棟における長期入院の評価の在り方の見直し」と言い換えるとともに、「長期療養を担う医療機関と高度急性期・一般急性期・亜急性期等との連携および長期療養を担う病棟における受入れ体制の充実」を課題とした。

一方、「地域特性」においては、「地

域の実情に応じた病棟の評価体系」を提起する中に、全日病が提唱する地域一般病棟について全日病資料からの引用を織り込んだ。

ただし、地域一般病棟の概念を地域特性の括りの中で引用するのは正しくない。全日病は、地域一般病棟を、病期としては亜急性期に位置づけた上で、その多面的な機能を考察しているからだ。

事務局は、上記のとおり入院医療の論点を披露した上で、入院、外来、在宅を合わせた医療全般の大きな論点(「今後の論点の整理」)を提示した。

その中で、「亜急性期等」について、あらためて「亜急性期、回復期の機能分化に向けた評価の導入」を提起。同じ特定入院料ながら、病室単位と病棟単位という違いをもつ亜急性期入院医療管理料と回復期リハ病棟入院料について、統合化を試みた12年度改定とは逆に、機能(医療提供内容)の違いに応じた評価体系を検討する方向性を明らかにしている。

この背景には、急性期病床を亜急性期へ誘導する意図があるものとみられる。

議論において、支払側の白川委員は、①7対1と10対1における90日超適用除外患者の問題を次期改定で解決したい、②7対1について、病棟単位と病院単位のどちらがよいかの議論が必要、③診療報酬にプロセスとアウトカムをどう入れていくかを議論したい、④早期リハのベッドを充実させていくべきである、と踏み込んだ問題意識を披露した。

同委員はとくに亜急性期に多く言及し、「亜急性期は患者像が不明確、どこからが亜急性期なのか明確にすべきではないか」「亜急性期が病床単位というのが納得いかない。この点も含めて亜急性期についても議論すべきではないか」と述べるなど、亜急性期病床に強い関心を寄せていることを示した。

7対1を例にした病院単位入院基本料の検討は、入院基本料全体の病院単位



議論へと転じる公算が強い。同委員は、基本小委における基本診療料に関する議論でも「看護配置ベースの入院基本料を医療必要度や看護必要度という指標ベースに変えるべきである」と提起したが、今回も、注目すべき発言を行なった。

もっとも、白川委員は、「病院の経営を考えると急激な変化は避けなければならないが、方向づけははっきりさせ、何回かの改定を経て少しずつそうした方向に向かっていくことを議論していく必要がある」と続け、中長期で見直しを進めていく考えを明らかにした。

亜急性期に対するこうした疑問に、診療側西澤委員(全日病会長)は、「亜急性期入院医療管理料の2は(前改定で)回復期リハの病室単位として導入されたと考えている。亜急性期というのはなかなかみえにくい、回復期リハは恐らく亜急性期の中の1つの役割と考えるのがいいのではないかと思う」とした上で、「今後、そうした点の議論もさせていただきたい」と述べた。

事務局の資料に、DPC包括評価において1日あたり点数が下がる2つのポイント(入院期間Ⅰが明けた11日目、入院期間Ⅱが明けた20日目)で、DPCの病床から亜急性期の病床へと転床する割合が著しく高いというデータがある。

DPCと亜急性期の病床を併設している病院で、亜急性期の病床が点数コントロールに使われていると思わせるデータではある。

事務局資料に多くみられるデータの曖昧さや誤りを詳しく指摘した西澤委員は、この資料も取り上げ、「DPC病院で回復期リハをもっている病院の場合かどうか、同様に比較してほしい。恐らく、そこでも似たような傾向があ

るのではないかと。それと、両病床で対比されるべき点数が曖昧であり、こうした比較が適切か、疑問が残る」とデータの再提出を求めた。その上で「より正確な資料が出た段階で、詳しい説明をさせていただく」と発言。機会をあらためて、地域一般病棟の機能も含めた亜急性期のあり方について論じる意向を示した。

一方、鈴木委員(日医常任理事)は、事務局が示した論点のうち、「療養病床を急性期の受け皿にする」考え方に否定的な考えを示し、「むしろ、一般病棟の7対1や10対1の受け皿は一般病棟の13対1や15対1そして亜急性期ではないか」という見解を表わした。

また、亜急性期と回復期を再び再編する方向性には、「前改定で亜急性期は病室単位、回復期は病棟単位とされたが、私はこのまいくべきであると考える」と慎重な意見を表明した。

事務局が提起した論点に加えて支払側の問題意識から、2014年度改定で亜急性期病床の評価が、回復期ともども大きな焦点となることが必至となった。

このほか、診療側からは、「次の改定に向けた検討のスケジュールを出してほしい。ギリギリになっての駆け足での議論は困る」「入院・外来・在宅の本番の議論がバタバタにならないよう、総体の議論をもう一度しっかりやってほしい」など、時間に追われた機械的議論にならないよう、しっかりした段取りで議論を積み上げていく日程管理への注文が相次いだ。

併せて、西澤委員は、「基本診療料について検討する基本小委が昨年10月に降開かれていない。ぜひ再開し、基本診療料の議論を進めてほしい」と、並行されるべき議論への目配りを求めた。

□入院医療の適切な推進に向けた論点(事務局提示)

◎高度急性期・一般急性期

今後、急性期病床の担う役割の明確化を行うために、①急性期病院における平均在院日数の短縮、②患者の状態に応じた受け入れ、③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進、④急性期病棟における早期からのリハビリテーション等の検討を行うことについて、どう考えるか。

◎長期療養

急性期病院と長期療養を行う病棟の機能分化を図る観点から、今回改定の影響を踏まえつつ、急性期病棟における長期入院の評価の在り方の

見直しの検討を進めることについて、どう考えるか。

また、高齢化の進展に伴う長期療養患者の受け入れを推進するため、長期療養を担う医療機関において、高度急性期・一般急性期及び亜急性期等との連携を進めるとともに、長期療養を担う病棟における受入れ体制の充実について、どう考えるか。

◎亜急性期等

回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを明確にし、病棟の機能分化に向けた評価の導入を行うために、亜急性期における医療や患者像

を明確化し、医療提供内容に応じた評価体系を目指すことについてどう考えるか。

◎地域特性

地域的には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた評価体系についてどう考えるか。

◎有床診療所における入院医療

高齢化の進展に伴い、有床診療所における在宅患者の急変時の受け入れ機能や看取り機能、在宅医療等の機能に応じた有床診療所の評価についてどう考えるか。

□外来医療の論点(1月23日に提示)

複数の慢性疾患を持つ患者に対して、適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化の更なる推進について、どのように考えるか。

□在宅医療の論点(2月13日に提示)

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策も含め、地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことについて、どのように考えるか。

□今後の論点の整理(事務局提示)

これまで、外来医療、在宅医療、入院医療について議論を行ってきたが、これらの議論を踏まえ、入院医療等の分科会や検証調査の結果等を勘案しながら、以下の点等について今後具体的に議論を進めることとしてはどうか。

◎入院医療

- ①急性期病床の担う役割の明確化と長期入院の是正
- ②亜急性期、回復期の機能分化に向けた評価の導入
- ③地域の実情に応じた病棟の評価のあり方 等

◎外来医療

- ①かかりつけ医機能の評価
- ②大病院の紹介外来の推進 等

◎在宅医療

- ①在宅療養支援診療所・病院の評価の検討

- ②不適切と考えられる事例への対策も含めた地域の実情に応じた在宅医療の推進 等

上記以外の個別の重要課題については、必要に応じて議論を行うこととしてはどうか。

診療報酬と別建てで高額投資消費税を補填する案を否定

医療機関等における消費税負担に関する分科会 支払・診療両側が一致。引き続き具体策を検討

厚生労働省は、3月18日の消費税分科会に、医療非課税のまま消費税率が8%に引き上げられることへの対応策の1つとして、高額投資部分に診療報酬と別建ての基金を設けて補填する仕組みを提示したが、支払側と診療側は、同方式に反対することで意見が一致した。

分科会は、今後、3%の引き上げ分をすべて診療報酬で補填する方法を含め、具体的な補填方法の検討を進める。

中医協・診療報酬調査専門組織の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」が3月18日に5ヵ月ぶりに開かれ、医療非課税下での消費税引き上げに対する対応策の検討作業を再開した。

この日の会合に、事務局(厚労省保険局医療課)は、3%引き上げへの対応策として、消費税法一部改正法が示した「医療機関等における高額の投資に係る消費税の負担に関し、新たに一定の基準に該当するものに対し区分して措置を講ずる」方法として、従来のやり方とは異なる、診療報酬と別建ての基金を設置して補填請求分をまかなうという考え方を初めて披露した(別掲)。

併せて、診療報酬への上乗せ分は、別建てとなる高額投資への補填分を控除したものとなることをあらためて明確にした。

その上で、この方法に加えて、一般仕入れにかかわる消費税引き上げ分には診療報酬の上乗せで対応するという方法を1つの案とし、他方、3%引き上げ分をこれまでのようにすべて診療報酬で対応する仕方をもう1つの案とし、両案のメリット・デメリットを比較して示し、分科会の意見を求めた。

議論の結果、支払側と診療側は、基金を設けて高額投資分を補填するという別建て方式は複雑である上、法改正をとともなう面からも現実的ではないと

して、反対することで一致したものの、

別建ての対応に反対意見の口火を切ったのは支払側の白川委員(健保連専務理事)。「基金造設のために関係者に財源の負担を求めるとしているが、関係者とは保険者と読める。これは加入者の理解が得られない。さらに、医療機関と保険者の双方にシステム見直しの負担がかなり生じる。審査支払機関にも追加的な事務経費が出てくる。この方法には賛成できない」と述べ、即座に否定した。

診療側の西澤委員(全日病会長)も、「白川委員が指摘した別建て方式のデメリットの多くは医療機関の側にもあてはまる。それ以外にも反対する理由はあるが、大筋で白川委員の意見に賛成である。事務局資料をみればみるほど別建て方式はよくないと考えざるを得ない。各論に触れるまでもなく診療側として反対である。四病院団体協議会としても、この方式の導入には反対することで一致している」と述べた。

一貫として医療への消費税原則課税を求めている四病協は、8%への引き上げを1年後に控え、消費税法改正法や3党協議合意文書で提起されている別建てによる補填方式への対応を2月27日の総合部会で協議した。その結果、10%引き上げ時には課税とすることを求める立場から、「別建て方式の導入



▲診療側は別建ての基金で高額投資の消費税を補填する方法に反対した。

は課税へと法改正する機会を遠ざけることになりかねない」など、強く反対することを確認している。

白川・西澤両委員に続いて、支払・診療各側から反対意見が相次いだ。その結果、分科会の田中会長(慶大教授)は、この日の議論を「基金を造成して別建てで補填する方法にはほぼ反対となった。ただし、これ以外のやり方で高額投資に対応するか否かは、今後の議論に委ねられる」と整理した。

高額投資への基金設置による別建て

対応はひとまず否決されたものの、来年4月1日の8%への引き上げまで1年足らずとなっている。委員からは「消費税引き上げへの方針は今年中にまとめないと間に合わない」との声もあがった。

分科会は次回会合で高額投資にかかる消費税の実態調査結果の報告を受けるが、田中会長は、事務局(厚労省保険局医療課)に、対応策を導くにいたる論点と議論のスケジュールを次回提示するよう求めた。

□高額投資に別建てで対応する仕組みと問題点(厚労省資料から)

【診療報酬と別建てで対応する仕組み】

- 高額投資の消費税負担を「他の診療行為と区分して」手当を行なうとすれば、診療報酬の支払いとは別建ての仕組みを構築することが考えられる。
- 高額投資対応の仕組みとしては、例えば必要な財源をプールして基金造成し、医療機関等からの申請に基づいて、審査・支給する仕組みが考えられる。
- このような仕組みを構築するには、関係者に財源の負担を求める等のため、法改正が必要。また、実施機関は事務処理のためのシステム対応が必要となる可能性が大。

【仮に10%時に課税転換した場合の対応=デメリット】

- ・再度法改正をして、高額投資対応スキームを廃止する必要がある。
- ・消費税負担の控除・償還の主体が税務当局となり、手続も異なるものとなる。
- ・(10%引上までの)1年半のために法改正やシステム対応を行なうことになる。
- ・少なくとも医療機関等の請求権が時効消滅するまでの間、課税転換後も、高額投資対応のスキームや事務処理体制を残存させる必要がある。

第3者機関は民間組織とし、同機関へ届け出ることで一致

医療事故調査の仕組み等のあり方に関する検討部会 院内事故調査への関与のあり方等第3者機関の機能で意見分かれる

3月22日の「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」は、事故調査を担う第3者機関のあり方を中心に議論した結果、①第3者機関は民間組織とする、②事故調査は一義的に院内で実施する、③そのうち予期せぬ死亡は全例を第3者機関に届け出る、ことで基本的に一致した。

ただし、院内事故調査への関与のあり方および調査を行なう上での権限など、第3者機関の機能については意見が分かれたため、次回以降も引き続き、第3者機関のあり方をめぐる議論を行なうことを確認した。

第3者機関について、事務局(厚労省医政局総務課医療安全推進室)が用意したペーパーは、これまでの議論を「独立性・中立性・透明性・専門性を有する民間組織を設置する」と整理。山本座長(一橋大学大学院教授)も「本日は、第3者機関は民間組織ということで意見集約は可能か」と述べ、合意形成を促した。

この日の議論でも、ほとんどの構成員が民間組織として第3者機関を設立するという方向に賛成する意見を述べた。

一部から、予算や権限を考慮して、「国の機関とすべきではないか」との異論も出たが、吉岡総務課長は「予算上の措置は、国の機関であれ、民間組織であれ、必要性によって確保は可能」と説明、懸念を払拭した。

ただし、同課長は「民間でも色々な組織形態があり、例えば、独立行政法人や特殊法人もあり得る」と説明する一方で、そうした公的法人であれば「国と同じような様々な公権力の行使ができる」ことに言及。

「まずは、なにを第3者機関に求めるのか。民間組織にどのような権限を持たせることが適切か」という議論から始

めていただくことが適切」と述べつつ、「できれば法にもとづくものであることが望ましい」とも発言した。

吉岡課長の見解は、1つには、消費者庁に設置された「消費者事故調」との関係調整を配慮、第3者機関に公的性格をもたせたいとの思慮にもとづくと思われるが、同時に、2008年の「医療安全調査委員会設置法案大綱案」の考え方と同様、第3者機関による調査には強制力が欠かせないとの認識がうかがえるものであった。

こうした考え方に同調した構成員(弁護士)からは、「様々な事故調査の経験から、必要な資料を確保することは容易ではない」と、調査権限は欠かせないとする声が上がった。

しかし、強制力を伴う調査は現場の関係者にいたずらな猜疑心と圧迫感を与える。必要なことは医療人の矜持と使命感に依拠した医学的調査である。

こうした認識から、医療に関係する構成員は全員が調査権限は不要と論じ、「仮に非協力的な医療機関があっても、その旨は事故報告で明らかにされ、結果として医療界に知られることになる」など、医療界の自浄作用が



働くという認識を異口同音に示した。

ただし、これに対する異論が残ったため、調査権限の問題は意見不一致として次回以降に持ち越された。

同様に持ち越された論点は、院内調査への外部参加、とくに第3者機関による関与の問題である。

構成員の間には、国民の信頼感を獲得する上で院内調査には外部専門家が参加すべきという考えがある一方、第3者機関が全面的に関与すべきという意見も出た。

中小医療機関等には解剖を含めて中核病院や大学病院等が支援する、その調整は医療連携と同様に医療界が自律的に対応するという点で多くの構成員の認識は一致しているが、では、自律的な調整はどうかされるのか、あるいは支援は第3者機関というかたちでなされるのかという点では、意見が微妙に分かれた。

医療界で調整対応が可能と論じる構成員の多くは、その主体として都道府県医師会への期待感を表わした。

一方、飯田構成員(練馬総合病院理事長・全日病常任理事)は、「事故調査

には医療界あげて対応することになる。医師会には重要な役割をはたしていただきたいが、医師会主体というのはいかがか。医療界をあげてという意味では、ほかにも職能団体があり、病院団体もある。日医への加入が少ない大学病院の医師も多い。私自身は、公益財団法人である日本医療機能評価機構にもっと資源を投入してもらい、そこが中心になるとよいと思う」と述べた。

制度設計の細部はともかく、大枠については一致点と不一致点がほぼ明らかになり、詰めの議論の道筋がみえてきた。しかし、医療界として自律対応していく方向で最終合意を図る上で、刑事司法との関係調整をどうはるかかという論点が残されている。

宮澤構成員(弁護士)は「刑事司法との調整が可能か」と発言、この点をしっかり議論する必要性を提起した。

飯田構成員も、「これは極めて大切な問題だ。(医療界と刑事司法との間で)きちんとした取り決めができるか否かはともかく、そうした協議ができれば、警察の側もより謙抑的になる可能性がある」と喚起した。

「2次救急の評価を施設から地域単位にすべき」との声

救急医療体制等のあり方 地域単位の2次救急整備に診療報酬の評価を検討すべしという提案も
に関する検討会

3月15日の「救急医療体制等のあり方に関する検討会」は、救命救急センターと2次救急医療機関の要件等の見直しについて議論した。

救命救急センターに関しては、当初目標の倍の施設が指定されるなど量的整備は進んだが、専従医師数や重篤患者受け入れ数の格差が大きいなど質の充足が課題にあげられ、論点の1つに、指定解除要件の導入を含む要件の強化があげられた。

2次救急医療機関については、救急搬送の受け入れ実績にばらつきが大きい点や約7割の病院で1人当直となっていることなどが課題として示され、①受け入れが少ない病院の実績を上げる方策、②確実な搬送受け入れ体制を構築する地域の取り組み策、③救急当直医など医師負担軽減策の新たな手法、が論点として提示された。

2次救急の課題と論点に対して、多くの構成員は、地域の実情に応じて各救急医療機関は様々な役割を果たして

いることを理由に、搬送件数で評価することの難しさを指摘。搬送実績のみで機能の有無を判断することを戒める意見が多く出た。

さらに、少なからぬ構成員から、施設単位の評価を地域(2次医療圏)単位の評価へと転換し、面として救急搬送体制の構築を促すべきであるという声があがったほか、救急医療機関が円滑に救急搬送を受け入れられるよう、「地域全体で後方病床を確保する仕組み」を検討課題にすべきとの提案も出た。

地域という視点については、都市部と地方とを分けて考えるべきという指摘がなされたほか、診療報酬の面からも地域へのインセンティブが検討されるべきという意見も出た。

医師配置については、救命救急センターには専従医師の配置(現在は専任)を義務づけるべきとの意見も出たが、2次救急医療機関に関して特段の言及はなかった。

厚労省「2次救急医療機関数は減少している」ことを認める

検討会に示された資料で、2次救急医療機関の数は「平成18年より24年にかけて全体として減少をたどっている」とされた。前回(2月6日)の資料では、2次救急は「ほぼ同一水準で推移している」とされ、加納構成員(加納総合病院理事長・全日病常任理事)から、「それは“減少をたどっている”としている消防庁の資料と違う」と抗議を受けた。

今回資料における前出表記は、これに対する回答ともいえるべきもので、事務局(医政局指導課救急・周産期医療等対策室)は、「資料を精査したところ数字の変更があった。結果として、(2次救急医療機関の数は)減少が続いている」と述べ、誤りを認めた。

さらに、「都道府県にいくつか聞いた。それによると、都道府県によって、救

急告示病院中心のところと、輪番なら担えるという医療機関を含めて告示病院とは違う体系で組む県があるなど、必ずしも一致しないという実情がある」と釈明した。

医療法上の告示制度と救急隊が実際に搬送する2次救急機関との乖離は、1997年12月の「救急医療体制基本問題検討会報告書」で救急医療体制一元化を図る上の手続き的な課題とされて以来、現在にいたるも解決されていない。事務局は、同日提示した2次救急の課題にも、「救急告示病院と2次救急医療機関の一元化」を盛り込んだ。

議論では、自治体の構成員から、「告示病院がすべて輪番に参加している訳

ではない。実際に受け入れてもらっている救急機関は県が別に指定している」という発言があった。

そこには補助金や診療報酬の要件もからんでくる。別の自治体構成員は「補助金や医療法の要件だけでなく、診療報酬の要件もあり、それらがまぜこぜになって実態が混乱している。その辺りを整理しないと行かない」と指摘した上で、「自治体の立場でいえば指定は多い方がよく、もう少し要件を緩くしてくれた方がいい」と、告示制度の見直しを求めた。

加納常任理事 2次救急で民間が果たしている役割を詳しく解説

加納構成員は自ら作成した膨大かつ詳細な資料を提示し、わが国の2次救急体制で民間救急機関が果たしている重要な役割とその比重の大きさを具体的に説明した。

20数分に及ぶプレゼンで、加納構成員は、①大都市圏の救急は民間が支えていること、②高齢者の増加は救急の増加でもあること、③その高齢者は、今後、都市部でこそ増えること、④しかし、民間は経営上救急をやっていけない状況にあり、⑤年々、民間が救急から撤退していることなど、2次救急が直面している根幹の問題をデータで説明。

そうした上で救命救急センターのあ

り方に言及。⑥若年層の減少は疾病構造を変えるものであり、はたして、3次救急は今後も整備される必要があるのか、⑦3次救急は、増加する高齢者の受け入れ先としてやっていけるかという疑問を投げかけ、「高齢者の救急をどこがみるべきか」というテーマをもっと議論すべきだ」と提起した。

豊富なデータを駆使した加納構成員の問題提起に、有賀座長(昭和大附属病院院長)は、「加納構成員から、タテ、ヨコ、斜めの話をしてもらった。2次救急の話をしてもらって正解だった」と評価。行岡構成員(東京医大教授)は「2次救急をしっかりしないと3次救急はつぶれる」という所感を表わした

次期改定検討課題の2013年度調査項目をまとめる

入院医療等の調査・評価分科会 厚労省「分科会の入院議論は中医協総会の論点にそって進める」

中医協・診療報酬調査専門組織の「入院医療等の調査・評価分科会」は3月21日に半年ぶりに開かれ、2012年改定答申の附帯意見に示された検討課題で同分科会の項目とされたうちの、2013年度に実施する調査項目案(別掲)を承認した。

13年度調査では、(1)13対1・15対1入院基本料における特定除外制度の廃止、(2)7対1入院基本料の経過措置、(3)土・日および正午退院の入院基本料見直し(減額)、(4)特定機能病院および地域医療支援病院(500床以上)の初・再診料見直し(紹介なし患者の選定

療養併用)、の各影響を調べる。

(1)と(3)は昨年10月1日から、(4)はこの4月1日からの適用となるため、13年度の調査実施となった。(2)においては、経過措置の期限が14年3月末と調査時点で1年を切ることから、主に、14年度以降の入院基本料届出の意向を

探る。

13年度の調査項目案は次回中医協総会に諮った後、6月に実施され、9月以降に結果がまとめられる。

12年度実施調査の結果は4月の次回会合となる。そのため、事務局(厚労省保険局医療課)は3月13日の中医協総会に提示された論点整理案(入院医療-その1)を分科会に報告し、「今後、これにそって議論を進めていく」方針を明らかにした。

□入院医療分科会 2013年度の調査項目案

(1)一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟の特定除外制度廃止の影響
調査対象/一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の届出医療機関(650医療機関を抽出)
調査内容/入院期間が90日を超える患者(特定除外該当患者を含む)の患者像、患者の割合や退院支援の実施状況等の動向(調査項目:平均在院日数の変化、90日超患者の割合の変化、12年10月以前に入院していた長期患

者の退院・転院等の有無・行き先、診療方針・患者像等の変化等)
(2)一般病棟7対1入院基本料算定要件見直しの経過措置の影響
調査対象/経過措置により7対1を届け出ている医療機関(全数=100強の医療機関)
調査内容/経過措置の算定状況、経過措置の理由等(調査項目:平均在院日数の変化、重症度・看護必要度(要件割合)の変化、14年4月以降の入院

基本料届出意向、7対1を届け出ない理由、診療方針・患者像等の変化等)
(3)土・日や退院日の入院基本料の見直しに係る影響調査
調査対象/一般病棟を有する医療機関の約1/3を抽出
調査内容/入退院の曜日別割合、正午までに退院する患者の割合、土・日や退院日等に行なっている医療処置等(調査項目:正午までに退院する患者割合の変化、特定の日に入院する患者割合

の変化、正午までの退院による減算の有無、入退院日が特定日に集中したことによる減算の有無、減算されないようにしている医療機関の対応内容等)
(4)外来の機能分化に関する調査
調査対象/特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院(全数)
調査内容/算定状況、紹介率・逆紹介率の変化等(調査項目:紹介率・逆紹介率の変化、紹介先・逆紹介先との関係等)

外科学会と麻酔科学会が両診療科の必修化を要望

医師臨床研修部会 医局の立場から早期の専門科研修開始を求める意見相次ぐ

医道審議会医師分科会の医師臨床研修部会は3月22日の会合で、日本外科学会、日本麻酔科学会、全国医学部長病院長会議に対するヒアリングを行なった。この日は、医師臨床研修制度の見直し課題として基本理念と到達目標の論点を取り上げられたが、議論は必修科目見直しの是非が中心となった。

必修科目は、医師臨床研修創設時に内科、外科、救急部門(麻酔科を含む)、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の7科であったものが、2010年度の制度見直しの結果、内科、救急部門(麻酔科を除く)、地域医療の3科に絞

られ、麻酔科と残りの4科は選択必修科目とされ、現在にいたっている。

ヒアリングにおいて、外科学会は「臨床医学を体系的に学ぶ上で外科学は欠かせない。3ヵ月から半年ほどの研修が必要」と、また、麻酔科学会は「プライマリケアの基本である全身管理を身につける上で麻酔科は最適な診療科だ。最低3ヵ月は必要」とそれぞれに強調、必修科に加えるよう要望した。

両学会の要望に対して、この日の議論では、必修科の見直しに慎重な意見が多かった。

一方、全国医学部長病院長会議は、

①臨床研修が義務づけられた結果研究医が減少したこと、②「手間のかかる診療科」の医師が減り、診療科間の偏在を招いたことなど、若い医師にモラルハザードを惹起せしめたことを臨床研修制度の弊害にあげ、制度の抜本的な見直しを求めた。

また、3団体とも「専門医研修につなげるために、初期研修の早い段階で、必ず自分の科は臨床研修で回るようにすべき」と主張。議論は、プライマリケアの概念と専門医のあり方に及んだ。

医局の立場から早期に専門科研修に入るべきとする意見に対して、神野委

員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)は、「早いうちから専門を身につけても、地方の病院にいくと、一人当直などの時には小児の発熱や妊婦の風邪なども診ないといけない。複数の病気をもつ高齢者も多い」と述べ、プライマリケアの能力を十分身につける必要を指摘。

さらに、前回の見直しで導入した「プログラムの弾力化によっても大学に残る人は増えていない」と論じ、疑問を呈した。

また、臨床研修制度によって研究者が減ったという認識に、「臨床研修制度が悪いからか、それとも研究者の処遇が悪いからなのか、原因を分けて考察しなければならない」と述べ、複合的要因を検討するよう求めた。

報告●「新型インフルエンザ等対策有識者会議中間とりまとめ」について

必要時には医療関係者に医療提供の要請・指示が

医療機関は行動計画やGLに沿ってBCPを策定する必要がある

新型インフルエンザ等対策有識者会議委員・全日病理事 永井庸次



(1) 新型インフルエンザ等対策特別措置法(特措法)とは何か？

平成21年に発生した新型インフルエンザ(A/H1N1)の経験を踏まえ、特措法は平成24年5月11日に公布された。

公布1年以内に施行する必要があるとあり、私も委員の1人である有識者会議の検討により今回の中間とりまとめが作成

された。

パブコメを経て、4月の本法施行後、5～6月に政府の行動計画、ガイドライン策定後、年内をめどに各都道府県レベルの行動計画、ガイドラインの策定という運びとなる。

(2) 発生時にはどのような流れになるか？

特措法では、新型インフルエンザ等に対する医療提供体制を、未発生期、海外発生期～地域発生早期、地域感染期という流れで想定している。

未発生期では2次医療圏等单位で保健所を中心に、医師会、中核病院等を含む医療機関等による対策会議が設置され、地域の实情に応じた密な連携による医療体制の整備推進が必要である。事前の役割分担の明確化、地域感染期の極端な患者増や出勤可能職員の減少を見越した各医療機関の特性・規模に応じた継続的医療提供体制計画(BCP)作成が必要である。

海外発生期～地域発生早期では基本的対処方針が作成され、人口10万に1か所程度の帰国者・接触者外来設置を決めるが、感染症指定医療機関の必要はない。発生国からの発熱・呼吸器症状のある帰国者で新型インフルエンザ等の罹患リスクの高い患者を診察する。新型と診断された患者は感染症法に基づ

き感染症指定医療機関等に入院勧告となる。

地域感染期以降では、帰国者・接触者外来設置と感染症法による入院措置双方は中止する。新型インフルエンザ等の患者は一般病院で外来診療するが、外来は可能な限り時間的・空間的に分離する。入院は原則、内科・小児科等の入院診療を行う全医療機関で行う。連携により軽症者は診療所で、重症者は入院で対応するが、待機可能な入院や手術を控える事態も想定される。

医療機関が不足し、医療の提供に支障が生じると、都道府県知事により臨時医療施設が開設されるが、課題が多く、その使用に至らぬよう医療機関のBCP運用と連携が必要である。

流行期には、症状把握が可能な在宅患者や慢性疾患の定期受診者には抗インフル薬や慢性疾患治療薬の処方箋をファクシミリ等で発行できる。

(3) 緊急事態宣言後に病院団体、病院への影響はあるか？

国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがある新型インフルエンザ等が国内で発生し、全国的かつ急速なまん延で国民生活と国民経済に甚大な影響を及ぼし、重症症例(肺炎、多臓器不全、脳症など)が相当数認

められると、緊急事態宣言が出され、緊急事態措置が決定される。病原性が低い場合には宣言はなく、感染症に基づく措置が行われる。

宣言には緊急事態措置の実施期間、区域、発生状況、病原性、症状、感染・

まん延防止に必要な情報、措置概要、特に外出自粛要請、興業場等の制限等の要請・指示、住民予防接種の実施、医療提供体制の確保(臨時の医療施設等)などが含まれる。

全日病は指定公共機関に指定予定であるが、指定(地方)公共機関は対策の実施責務があり、平時からの業務計画の作成、備蓄等の義務を含め、発生時には政府対策本部長(都道府県対策本部長)の総合調整・指示を受ける。

高病原性で通常の協力では帰国者・

接触者外来や臨時施設での医療確保が出来ない、地域のほとんど全医療機関が診療休止し、当該地域の医療体制の確保が困難な場合には、事務員なども含めた医師、看護師等医療関係者に医療を行うよう、個別または管理者に要請・指示される。

医療での要請・指示には実費弁償、損害補償があるが、特定接種の応援では医師、看護師という有資格者のみの要請・指示で、事務員などには損害補償はない。

(4) 特定接種の問題点は？

特定接種は、緊急の必要があるときに臨時に行われる予防接種である。厚労大臣が登録した医療提供業務登録事業者の中で医療業務に従事している者等が対象であり、住民は対象ではない。

具体的には、

- ①新型インフルエンザ等医療を実施する医療機関(事務職員を含めた職員)
- ②新型インフルエンザ等医療には従事しないが生命・健康に重大・緊急の影響がある医療機関(有資格者のみで事務職員は入らない)
- ③サービスの停止等が利用者の生命維持に重大・緊急の影響がある介護・福祉事業機関(介護職員、看護師、理学療法士、施設長など)

に分けられる。地域の病院団体、医師会等は指定地方公共機関の申請とは別に、特定接種

への事前登録が必要である。

(プレ)パンデミックワクチンは原則集団的接種で、医療機関は機関内で接種する。住民に対する予防接種は、緊急事態宣言以降は特措法に基づく臨時接種が、病原性が低い場合は、予防接種法による新臨時の予防接種が行われる。この場合も、診療に直接従事する医療従事者から接種される。

住民接種における優先接種の対象者、優先順位などは未だ議論が多い。接種体制は当該市町村の区域内に居住する者を原則とする。

接種に当たっては地域医師会等の協力で医療従事者を確保するが、人口1万人に1か所程度の集団的接種会場が、各会場では医師による予診の他、看護師や誘導人員等の確保が、必要となる。接種は必ずしも医師が行う必要はない。

(5) 最後に

以上中間とりまとめを概要したが、最後に、今後、医療機関は、地域の行動計画やガイドラインに沿ってBCPを策定する必要があり、4月下旬には別途、診

療所、中小病院、大病院のからひな形と診療継続計画作成の手引き案が公表される予定である。

医療短信 BRIEF

●11年度特定健診・特定保健指導の実施率

厚労省発表(速報値)によると、2011年度の特健健診受診者数は約2,363万人、実施率は45.0%であった。制度を創設した08年度の38.9%から毎年増加し、過去最高となった。

特定健診を受けたうちの17.8%が特定保健指導の対象になったが、そのうち特定保健指導を終了したのは15.9%にとどまった。対象になった割合は08年度の19.9%から毎年低下しており、逆に、特定保健指導終了率は08年度の7.7%から年々増え、11年度に倍増した。

●被災地の訪問看護特例措置を延長

3月8日の社保審・介護給付費分科会は、2013年3月末が期限となっている東日本大震災の被災地における訪問看護サービスの特例措置(常勤で1人以上とする)を、宮城県石巻市と福島県相馬市のうちの訪問看護の確保が著しく困難な区域に限定して9月末まで延長する旨の答申を行なった。

ただし、両市のうちの前出区域を除いた区域と岩手県一関市は、4月1日時点でサービスを利用している者について、9月末までの経過措置を図る。

●診療報酬の被災地特例を延長

3月13日の中医協総会は、2013年3月末までとなっている東日本大震災にかかわる診療報酬上の特例措置について、

被災3県に関しては、届け出た上で、9月30日まで延長すること、その他の都道府県については、現に利用している保険医療機関の当該措置のみ同じく延長することを決めた。

●「高齢者介護施設の感染対策マニュアル」

厚労省は「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」をまとめ、3月12日付事務連絡でその活用を呼びかけた。事務連絡は介護保険最新情報Vol.319で公表された。

新たなマニュアルは、これまで基準とされてきた「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」(2005年3月)に「特養における感染対策ガイドライン」(12年3月)の内容を統合したもの。

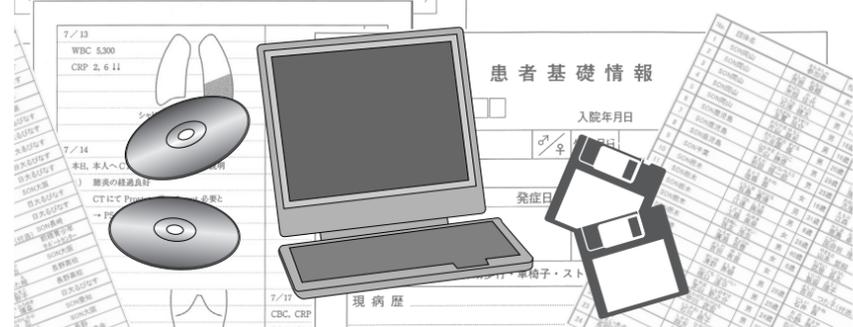
近年の感染症動向などを踏まえ、「肺炎マイコプラズマ」「誤嚥性肺炎」などの個別感染症の記述や感染経路別予防措置策を見直したほか、職種ごとに行なう感染拡大防止策や慢性感染症患者などに対する記述が追加されている。

●看護師国家試験にEPA看護師候補者が30人合格

厚労省は3月25日、第102回看護師国家試験に経済連携協定に基づく外国人看護師候補者が、インドネシア人20人とフィリピン人10人の計30人合格したと発表した。試験問題の漢字にふりがなをつけた上、試験時間の延長を図ったが、合格率は9.6%と昨年より1.7ポイント下った。

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 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター

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

公益社団法人 全日本病院協会 2013年度事業計画(概要)

全日本病院協会は、「国民が納得できる質の高い医療を、医療人が誇りと達成感をもって提供できるような環境整備を行う。」という当協会の基本的な考え方を実現するために、医療制度改革や医療環境の変化に対応した事業活動を続けている。

平成25年度は、全日本病院協会が「公益社団法人」に移行する年度となる。このため、事業計画・予算も新たな規定に則ったものとなる。

その例として、代議員制および代議員会は廃止され、新たに支部長・副支

部長会が設置される。また、役員任期は、6月の総会より2年間に変更される。その他、様々な変更点があるが、基本的には全国の会員および支部の提言や意見を集約できる制度を目指している。

さて、平成25年度の事業計画であるが、その内容は極めて多岐にわたる。全日病総研を初めとする多くの調査・研究事業、そして医療機能分化、病院のあり方等、医療・介護にかかわる制度の構築と提言、さらに医療関係団体との協力と連携、広報活

動、病院機能評価、医療安全対策、医療の質向上、個人情報保護、救急・災害医療、等の多面的な事業を行う。

第55回全日本病院学会は埼玉県支部が担当し、11月2、3日にさいたま市で開催される。夏期研修会は、8月25日岩手県支部において「東日本大震災からの復興について」をテーマに開催される。

また、教育・研修事業は、開設者、医療従事者、医療安全管理者、特定健診担当者、等を対象に、20を超える研修会等が開催され、そして多く

の資格認定事業も行われる。現在、常設委員会は18設置されており、その他プロジェクト委員会も存在する。

日本の超高齢・少子社会の中で、医療・介護はそのあり方が問われている。全日本病院協会は、さらなる会員の協力・支援により、一丸となってこの厳しい情勢を乗り越えなくてはならない。そして、公益法人として新たな局面を迎える平成25年度が、今後のより一層の充実と飛躍を行うための基礎となるよう、今後も広範な活動に取り組んでいくこととする。

I. 社会保障制度、医療制度その他病院に関する諸制度に関する調査研究及び提言並びに政府その他の関係機関関係団体との連絡協議

1. 調査・研究事業

- 1) 病院経営調査の実施
- 2) 地域に密着した病棟に関する調査の実施
- 3) 平成25年度老人保健健康増進等事業の実施
- 4) 医療従事者賃金実態調査の実施
- 5) 人間ドック実施状況調査の実施
- 6) 全日病総研事業の実施

医療必要度に関する指標作成の調査研究の実施、手術室における多職種間の連携を担保する業務プロセスの再構築による安全確保に関する研究の実施、医療機関トップマネジメント研修用の新規ケース教材作成の実施、当協会の各委員会が実施する調査への助言と集計・解析業務の実施

- 7) 厚生労働科学研究事業の実施及び研究支援
- 8) その他、本会として必要な調査・研究活動

2. 国民のための医療・介護にかかわる制度の構築と提言

- 1) 病床機能の定義と今後のあり方に関する検討
- 2) 終末期医療に関するガイドラインの普及啓発及び提言
- 3) 病院のあり方に関する報告書の検討
- 4) 各専門職の業務範囲に関する検討
- 5) 医療制度等に関する検討
- 6) 医療関連税制に関する検討
- 7) 平成26年度税制改正要望書に関する検討
- 8) 平成26年度政府予算等に関する検討
- 9) 平成26年度診療報酬改定に関する検討／内閣及び厚生労働省等への要望活動に関わる基礎データの作成
- 10) 介護保険制度についての提言
介護療養型医療施設の在り方の検討、転換状況の把握、介護報酬改定後の影響についての検証
- 11) 各種提言の実現に向けての国民への広報、国会・行政への要望と対応

3. 医療関連団体との協力と連携

- 1) 四病院団体協議会事業等の推進
- 2) 社団法人日本医師会との連携
- 3) 日本病院団体協議会における活動
- 4) 公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故防止センターへの協力・連携

4. 広報活動推進事業

- 1) 全日病ニュースの内容の充実と配布の拡充／WEBを利用したリアルタイム情報配信の検討
- 2) インターネットを利用した情報提供の推進／ITを利用した行政関連情報(政省令・通知等)の紹介
- 3) 協会ホームページの拡充／ホームページのコンテンツの追加(研修会等動画配信の検討)
- 4) 他団体と連携した広報活動の推進(HOSPEX Japan等への参加)
- 5) 新しいメディアの活用(SNS等)

II. 病院の管理運営及び病院施設の改善向上に関する調査研究及び提言

5. 病院機能評価事業

- 1) 公益財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の受審促進
病院機能評価受審相談事業の実施、「機能評価受審支援セミナー」の実施、病院機能評価取得に関する施策案の策定、認定病院及び未受審病院に対するアンケート調査の実施
- 2) 病院機能評価体系ならびにその運用方法についての検討
新評価体系についての提言、新評価体系に関する情報提供

6. 医療安全対策事業

- 1) 医療安全管理者の養成

「医療安全管理者養成課程講習会(及び継続講習(演習)会)」の実施、医療安全に関する講演会・セミナーの実施、医療安全対策セミナーの実施

- 2) 病院における医療安全推進に関する啓発／医療の質、医療事故調査等に関する出版

7. 医療の質向上に関する事業

- 1) アウトカム評価事業
診療アウトカム評価事業の実施、DPC分析事業の実施(MEDI-TARGET)、IQIPへの参加、医療の質の評価公表等推進事業の実施
- 2) IT技術を利用した医療の質向上推進事業の実施／病院情報システムを基盤とした安全確保と質保証
- 3) TQM(Total Quality Management)の医療への展開
TQM講演会・シンポジウムの実施、TQM啓発研修会の実施、TQM手引きの作成

8. 個人情報保護に関する事業

- 1) 認定個人情報保護団体としての活動の実施
苦情等処理業務の実施、対象事業者への情報提供・相談・研修、個人情報保護法Q&A改訂版の作成、個人情報保護の動向に関する調査研究
- 2) 個人情報保護に係る普及・啓発の推進
当協会指針の公表、認定団体業務の取り組み等についての周知個人情報保護に関するセミナーの実施、「個人情報管理・担当責任者養成研修(ベーシックコース及びアドバンス研修)」の実施

9. 救急医療・災害時医療・感染症対策に関する事業

- 1) 救急医療
高齢者救急(在宅医療と2次救急)のあり方に関する検討、救急ネットワークのあり方の検討、精神科救急と一般救急の問題点の検討
- 2) 災害医療
AMAT研修の実施及び災害発生時における被害状況の把握、医療救護班の編成・派遣、DMAT、JMAT、自衛隊、日本赤十字社等の他団体との連携、国際災害支援、国際NGOとの連携、指定病院のネットワーク化を含めた災害時医療システムの構築、学会活動(日本集合災害医学会・日本航空医療学会・日本救急医学会)、地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの実施
- 3) 感染症対策(新型インフルエンザ等)／外部団体
が実施する感染管理に関するセミナー等への協力

10. 国際活動推進事業

- 1) 諸外国の医療施設、医療制度等の調査・研修
医療の情報・質・安全に関する調査(TQM、DRG、医療の質、情報システム、安全等)、海外研修旅行の実施、EPA等に関する海外視察
- 2) 諸外国の病院団体との交流
- 3) 発展途上国及び被災国への医療支援／ピープルズ・ホープ・ジャパン(PHJ)等

III. 病院資質の向上、医師の実務的、理論的及び倫理的研修並びにその他病院関係職員の教育指導及び養成確保に関すること

11. 学術研修事業

- 1) 第55回全日本病院学会(埼玉県支部担当)の実施／全日本病院学会運営規約の策定、全日本病院学会運営マニュアルの整備
- 2) 夏期研修会(岩手県支部担当)の実施／夏期研修会の運営規約の策定
- 3) ブロック研修会(1回)の実施
- 4) 全日本病院協会雑誌の発行(年2回)

12. 教育・研修事業

- 1) 開設者・管理者・幹部職員研修の実施
「病院事務長研修コース(及びフォローアップ研修)」、「看護部門長研修コース(及びフォローアップ研修)」、「医療機関トップマネジメント研修コース(及びフォローアップ研修)」
- 2) 勤務医師、看護師、薬剤師、その他医療従事者の

研修の実施

「臨床研修指導医講習会」、「診療報酬改定説明会」、「医師事務作業補助者研修」、総合評価加算に係る研修、「特定保健指導実施者育成研修コース」(基礎編・技術編)、「特定保健指導専門研修コース」(食生活改善指導担当者研修)、「特定保健指導アドバンス研修」、「個人情報管理・担当責任者養成研修(ベーシックコース及びアドバンス研修)」(再掲)

- 3) DPCデータを活用した経営分析・質向上に関する研修会の実施
- 4) 医療安全管理者の養成
「医療安全管理者養成課程講習会(及び継続講習(演習)会)」の実施(再掲)、医療安全に関する講演会・セミナーの実施(再掲)、医療安全対策セミナーの実施(再掲)
- 5) 機能評価受審支援セミナーの実施(再掲)
- 6) AMAT研修の実施(再掲)
- 7) 地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの実施(再掲)
- 8) 次世代の若手経営者育成事業の実施
- 9) 海外研修旅行の実施(再掲)

13. 資格認定事業

- 1) 病院管理士の認定並びに更新制度の検討／「病院事務長研修コース(及びフォローアップ研修)」(再掲)
- 2) 病院看護管理士の認定並びに更新制度の検討／「看護部門長研修コース(及びフォローアップ研修)」(再掲)
- 3) 保健指導士の認定
「特定保健指導実施者育成研修コース」(基礎編・技術編)(再掲)、「特定保健指導専門研修コース」(食生活改善指導担当者研修)(再掲)
- 4) 医療事務技能審査事業の実施／メディカルクラークの付与
- 5) 医事業務管理技能認定事業の実施／医事業務管理士の付与
- 6) 医師事務作業補助技能認定事業の実施／ドクターズクラークの付与

14. 無料職業紹介事業の体制整備

IV. その他この法人の目的を達成するために必要な事業

15. その他、本会の運営に必要な事業

- 1) 支部活動の強化
各種研修会・セミナー・講習会・講演会の実施、各種調査・研究活動の実施、各種政策・提言・要望活動の実施、各都道府県医師会及び病院協会等関係団体との連携、勉強会、意見交換会等の実施、支部機関誌の発行、支部会員相互の親睦活動の実施、医療制度等に関する情報収集及び情報提供活動の実施、各種会議、支部総会の実施、各都道府県病院学会への協力及び支援
- 2) 支部研修会及び講演会等開催のための支援(講師派遣等)
- 3) 支部通信員活動の推進
- 4) 会員増強
会員数の少ない都道府県における加入促進事業の実施、ブロック研修会等の開催時における積極的な入会勧誘
- 5) 日帰り人間ドック実施指定施設の指定事業の実施
- 6) 一泊人間ドック実施指定施設の指定事業の実施
- 7) 「健康の記録」・「問診表」の販売
- 8) 日帰り人間ドック更新料減免調査の実施
- 9) 一泊人間ドック更新料減免調査の実施
- 10) 特定健診・特定保健指導の集合契約の締結
- 11) 厚生労働科学研究に係る利益相反の管理
- 12) 全日病生命保険共済事業の実施

半数以上に在支診の後方病床機能。課題は開放型病床の確保

四病協の在支病実態調査 医師配置や1人当直医の往診など、実態に合わせたきめ細かな基準・評価が必要

四病院団体協議会の「在宅療養支援病院に関する委員会」(委員長・梶原優日病副会長)は在宅療養支援病院(在支病)に関する実態調査の結果をまとめ、

3月27日の総合部に報告した。在支病の実態調査は2011年3月実施以来2回目となる。調査は在支病を届け出ている全国800病院を対象に2月に行なわれ、

135病院(回答率16.9%)から回答を得た。在支病の施設基準区分は、従来型39.8%、強化型の単独型19.5%、同連携型40.6%という内訳であった。

「在宅療養支援病院に関する委員会」は集計結果を以下のとおりまとめるとともに、次期改定における在支病評価の課題を整理した。

四病院団体協議会 「在宅療養支援病院に関するアンケート調査結果」

□アンケートのまとめ(全体)

- ①在支病の届出は前改定後、従来型からの移行も含め、強化型(60.1%)が増加している。
- ②関連施設として有床診(8.9%)、無床診(37.8%)の設置が前回調査より著しく増えた。訪問看護ステーション(66.7%)も前回より増加傾向にある。
- ③IT利用が20.7%あり、前回(3.7%)から大幅に増えた。
- ④在支診との輪番制には参加はしていないが、在支診の後方病床としての機能を持ち、定期的な情報交換を行っている病院が半数以上ある。ただし、開放型病床を有している病院(13.3%)は少なく、今後、在支診と連携するために開放型病床を持つことが勧められる。
- ⑤時間内の訪問診療や往診は着実に増えてきているが、時間外、看取り、ターミナルは伸び悩んでおり、最後は病

院で受け入れていることが分かる。これは、24時間体制で医師や看護師を確保することが難しいためである。
⑥月1回のカンファレンス実施については見直しの意見が多い。
⑦認知症の対応に苦慮している在支病が多い。精神科との連携だけではなく、在宅医療を志す医師の教育・研修の場で認知症への理解を進めて行かなくてはならない。

□総括(次期診療報酬改定に向けて)

- ①調査結果から、病院勤務医が在宅医療に理解を示し、往診などに積極的に参加する体制の構築が急がれる。14年度の改定では、在宅医療を協働する訪問看護師や訪問介護職員とともに訪問医師の養成を重視する施策を望みたい。
- ②へき地など医師不足地域における在支病の施設基準は、往診や看取り件数

が大幅に見直されるべきである。
③また、往診した医師が非常勤医師であっても在支病の施設基準で評価されるように見直してはどうか。さらに、1人でも多くの医師が在宅医療を理解してもらうため、複数の当直医がいる在支病は、1人の当直医が往診しても評

□在支病の実績(2010年度~2012年度)

		0件	1~10件	11~30件	31件以上
往診件数	2010年度(n=91)	41	13	13	24
	2011年度(n=103)	31	38	12	22
	2012年度(n=123)	34	27	26	41
緊急往診件数	2010年度(n=92)	60	21	5	6
	2011年度(n=105)	53	34	9	9
	2012年度(n=130)	57	48	14	11
在宅看取件数	2010年度(n=92)	63	25	2	2
	2011年度(n=104)	60	34	7	3
	2012年度(n=130)	55	65	8	2
在宅患者訪問診療件数	2010年度(n=90)	39	14	6	31
	2011年度(n=103)	33	14	13	43
	2012年度(n=128)	22	26	24	56
在宅ターミナル加算件数	2010年度(n=91)	68	23	0	0
	2011年度(n=103)	71	29	3	0
	2012年度(n=128)	72	51	5	0

価されるような見直しを望みたい。
④200床未満の病院が在支病になり、地域の診療所と連携しながら、慢性期医療の対応ができる体制が必要とされている。医療資源に限りがあるため、その実態に合わせた医師の配置等とすることが求められる。

若手経営者育成事業委員会の活動報告

若手病院経営者に啓発と意見交流の場を提供

各地企画とも連携、ネットワークを目指す。将来の全日病活動家育成の期待も

若手経営者育成事業委員会委員長 中村康彦



若手経営者育成事業委員会が設置されてから約2年が過ぎようとしています。従来、広報委員会が企画・運営を担当してきたヤングフォーラムでは、毎年の全日病学会で、若手経営者達が病院経営について意欲的な発表と議論を行ってきました。この活動をさらに充実させるため、ヤングフォーラムを発展的に解消し、平成23年6月に若手経営者育成事業委員会が設置されました。

具体的には、①若手経営者の育成を目的とした研修会等の企画・実施並びに若手経営者同士のネットワーク作りを推進する、②次代の全日病を支える人材を育成・発掘する、ことが目的です。

当委員会はこれまで、東京、東海、信越、北陸、関西、九州の各地でそれぞれ若手経営者の会、青年医会を組織してこられた先生方を委員に迎え、各地で病院見学や活発な意見交換を展開しています。

昨年2月に東京の協会本部で開催した第1回若手経営者の会には、28名の

参加をいただきました。そこでの西澤会長の挨拶、病院のあり方委員会徳田委員長の講演、そして参加者との意見交換を皮切りに、昨年7月28日には東日本若手病院経営者の会の企画で東日本大震災の被災地である石巻日本赤十字病院の見学と講演および意見交換会が実施されましたが、そこには34名が参加しました。

その2カ月後に行われた「全日本病院学会 in 神奈川」では、7月に参加した若手病院経営者の皆さんの多くが知己を得て間もないということもあり、ヨコハマ・グランド・インターコンチネンタル・ホテルでナイトフォーラムを開いたところ、50名を超える参加をいただき、深夜まで、参加病院の紹介や経営戦略について熱い意見交換が行われました。

そこで出されたどの意見も、厳しい医療経営環境の中で日々の実践を通じ、我々が避けては通れない問題ばかりでした。また、若手病院経営者の方々が、病院の健全経営や医療の質の向上はもちろん、人事考課や人材確保さらには



▲第1回東日本若手経営者の会(12年7月・女川町地域医療センターにて)



▲第2回若手経営者の会(13年2月・東京のホテル・メトロポリタン・エドモントにて)

新規事業への模索や事業継承など、後継者としての様々な悩みを話す機会を求めていたということを感じました。

そこで、以前は各地域で行われていた会合を組織的にやり、同じ月に重複開催しないなどの効率化を図り、全国の若手病院経営者をもっと多く、かつ気楽に意見交換できる場を提供しようと、現在、当委員会で調整に努めているところです。

その後、昨年11月10日には調布東山病院の見学と懇親会を開催、21名の参加をいただきました。そして、今年2月2日には東京のホテル・メトロポリタン・エドモントで第2回若手経営者の会を開催、川原経営総合センターの川原丈貴社長に「病院経営における財務諸表の読み方」と題した講演をしていただきました。

講演後の50名を超えた参加者による意見交換では、各自が自院の病床規模や急性期、療養、リハビリなどの病床区分が一目でわかるネームプレートを胸につけることにより、自院と規模の近い病院同士で懇親を深める良い機会と

なりました。

さらに、3月2日には西日本若手病院経営者の会の企画で、福岡県久留米市の田主丸中央病院の見学と意見交換会を開催し、約30名の参加をいただきました。

今後は、6月に北海道の社会医療法人禎心会病院の見学と意見交換会を、9月には西日本若手病院経営者の会の企画による見学会を、そして、11月2日の「全日本病院学会 in 埼玉」における当委員会の企画や同日夜に大宮パレスホテルで開催予定のナイトフォーラムなどを、順次計画して行く予定です。

当委員会では、各地で開催される企画への参加を通じ、日常の病院業務の中では作り得なかった経営者同士の人間関係や、大都市、首都圏、地方都市などの病院所在地の地域特性や個々のユニークな経営方針、経営哲学、人材育成や人材確保の方法など様々な興味深い発見ができると思っております。

また、そこで培ったネットワークが、近い将来、全日本病院協会の大きな原動力と夢になるものと確信している次第です。

「異常気象による災害」がテーマ 地域防災緊急医療NWフォーラムを開催

全日病が主催する「第15回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム」が3月9日、「近年の異常気象による災害」をテーマに掲げ、東京都内で開催された。

久留米大学病院高度救命救急センターの山下典雄主任が異常気象について詳しく解説、2012年7月の九州北部豪雨の体験を基に、災害医療の事例を報告した。

重川希志依富士常葉大学大学院環境防災研究科教授は東日本大震災等のデータを示しながら、「過去の災害から得た知恵と教訓が着実に広がっている」と評価した上で、「東南海地震や富士山噴火などへの対応のスピードも決して遅くない」と述べた。

山本保博日本医科大学名誉教授(東京臨海病院院長)は「首都圏地下施設の大

洪水に特に注意が必要」と警鐘を鳴らしたほか、救急医療の鍵となる広域搬送

を強化するための提言を行なった。

一冊の本 book review

『医療と消費税』

船本智睦 著 発行●徳間書店 定価●2,615円(税込)

消費税が導入されて以来、未解決のままの医療機関の消費税負担問題。医療機関が支払う消費税は、診療報酬が非課税のために、医療機関が負担せざるを得ない状況にあります。

著者は急性期病院の例示として「1%の消費税アップで一医療機関あたり3,200万円もの負担増になる」と警鐘を鳴らしています。

本書では豊富なデータを基にこうしたシミュレーションを出すと共に、諸外国では医療費に対する税をどのように扱っているかを紹介。その上で、我が国の医療と消費税について論点を整理し、今後の医療機関の経営と税のあり方に提言を行っています。(1)

