



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2013 NEWS 5/15

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.801 2013/5/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「成長戦略」の柱に健康・医療産業。海外視野に競争力を強化

安倍政権の規制改革 医療法人 附帯業務に健康事業を追加か。対企業出資が狙上にのぼる可能性

安倍政権は、アベノミクスと称される日本経済再生をめざす政策において、金融緩和と機動的な財政政策に続く第3の矢としている「成長戦略」の柱に健康・医療産業を据え、規制緩和と制度改正によって企業の事業意欲と競争力を高める環境整備に取り組んでいる。「成長戦略」の鍵は規制緩和であるが、安倍政権は、議論よりも改革の早期実施を優先する視点から、現行規制の見直しを短期間でなしとげる現実路線で臨んでいる。健康・医療に関しては、主に再生医療、医療機器、ICT化を対象とした急ぐべき規制改革案をまとめ、6月半ばに策定する「成長戦略」に盛り込む考えだ。

アベノミクスが目指す経済活性化の諸施策は、安倍首相の肝入りで設置された政府直轄の日本経済再生本部を総合司令部とし、その傘下の産業競争力会議が実行部隊として戦略目標と施策全体の立案を担い、それと連動した規制改革会議が競争力回復を支える環境整備の施策を担当。経済財政諮問会議と総合科学技術会議が財政・経済および産業技術施策のフレームづくりで対応する構図をとっている。

1月25日の日本経済再生本部で、安倍首相は「喫緊の重要政策課題に関する当面の対応」を関係閣僚に指示。規制改革は雇用関連、エネルギー・環境関連、健康・医療関連を重点分野とした上で、「特に健康・医療については、世界に我が国の医療関連産業が展開して国富の拡大につながるように、大胆

規制改革会議 急ぐべき実務的な課題を優先

規制改革会議は、2月15日に、これまで各界から寄せられた要望から代表的なもの59項目を、安倍首相が指示した重点分野に「創業・産業の新陳代謝等」を加えた4分野に分けたWGで検討。急ぎ、6月の「新成長戦略」に盛り込んでいくことを確認した。

「健康・医療」では、再生医療の推進、医療機器承認業務の民間開放、治験前臨床試験の有効活用、一般用医薬品販売規制の見直し、レセプト等医療データの利活用など13項目があげられた。

4月17日の規制改革会議は再生医療と医療機器に関する見解をまとめた。その中には、再生医療等製品に対する保険外併用療養費制度の適用や企業の医療機器開発意欲を高める保険償還価格(銘柄別収載制度の導入)の検討など、診療報酬に影響する項目もある。

健康・医療WGは4月までの議論から、医療に関しては、①再生医療の推進、②医療機器にかかわる規制改革の推進、③医療ICT化の推進に対する考えをまとめ、規制改革会議への中間報告(5月2日)とした。

基本理念を定め、国に必要な法整備や財政措置を求める再生医療推進法は、議員立法によって4月26日に成立した。一方、厚労省は、安全確保の枠組みを定める再生医療規制法案を、また、再

な改革を推進する」と強調した。日本の医薬品・医療機器は2011年に約2.9兆円の輸入超過となったが、特許や提携等の技術貿易で医療は2,500億円強の出超であり、医療貿易赤字の原因は明らかにモノの入超にある。この実態を、モノについては輸出超過とし、技術貿易ではさらなる出超にしていく。「成長戦略」はこうした方向を目指している。

政府は、2月22日に、医療、医薬品、医療機器を戦略産業として育成し、経済再生の柱とするために、内閣官房に「健康・医療戦略室」を設置。厚労省も同日、「健康・医療戦略厚労省推進本部」を設置した。さらに政府は、3月15日に関係府省の局長を集めた「健康・医療戦略(推進)会議」を内閣官房に設置、省庁の垣根を越えた態勢を固めた。

生医療製品の承認を短期間で可能にする薬事法改正を今国会に出す予定だ。薬事法改正法案には医療機器の早期承認を可能とする措置も盛り込まれる。

再生医療規制法案は、自由診療を含む、ヒトの細胞を使うあらゆる治療行為に倫理審査委員会の承認と国への届け出を義務づけ、違反には治療中止命令を出せるというもの。薬事法改正案では、再生医療製品について、安全性が確認できれば、有効性が完全に証明されていない段階でも条件付きで国の承認が受けられるなど手続きを簡素化する。

再生医療の市場規模は2050年に国内だけで2.5兆円、世界では38兆円になると見込まれている。安倍首相も「2030年の市場規模は関連産業も含めると約1兆6,000億円になる」と、期待を寄せる。

厚生労働省令で第1類と第2類は不可とされている一般用医薬品(大衆薬)の郵便等販売についても、規制改革会議は3月8日に全面解禁を求める意見をまとめた。1月の最高裁判決を受けて2月14日に検討会を設置、現行規制に代わる新たなルールの検討を始めた厚労省は、規制改革会議の方針を受け、当初予定を繰り上げ5月内にとりまとめることにした。

健康・医療WGの中間報告は、こうした法令等の整備を踏まえて、引き続き、



▲日本経済再生本部の第1回会合で安倍首相は健康・医療を重点分野にあげた。

運用面における環境の整備を細かく求めていくとしている。

「社会福祉法人の会計情報を公開すべし」という意見にも、厚労省は5月2日の規制改革会議で、「何らかの形で財務諸表が公表されるよう具体策を検討する」と回答している。

規制改革会議は4月17日に、外国と比較して現行規制の必要性や程度を検証

産業競争力会議 健康サービス産業の育成が重要課題

産業競争力会議では「健康長寿社会の実現」がテーマに取り上げられ、医療イノベーションの推進と公的保険に依存しない健康サービス産業の育成が重要課題にあげられている。

高齢者向けの市場規模は2025年に約100兆円、健康・予防を含む生活関連産業がその過半を占めるという試算もあり、民間議員は、健診、在宅医療、診療記録を含むPHR(Personal Health Record)活用等の領域で、企業参入の枠を広げる施策を求めている。

安倍首相は、4月2日の日本経済再生本部で、保険者や個人の疾病予防、健康活動を促進するためのインセンティブ措置を具体化するよう、田村厚生労働大臣に指示をした。さらに、医療研究開発の司令塔機能を創設する具体策をまとめ、日本の医療技術・サービスの国際展開をあらゆる手段を動員して支援するよう菅官房長官に指示した。

これを受け、田村大臣は4月23日の同会議で厚労省の考えを表明。その中で、医療法人による健康事業は「保健衛生に関する業務として整理できるものは、今後、通知改正で対応していく」と、一定の附帯業務拡大を進める考えを表明した。先進医療に対する保険併用療養費の適用拡大に関しては慎重な姿勢を示した。

また、「医療法人が海外現地法人に出資できるようにしてはどうか」という提起には、「社会医療法人は海外現地法人に

する国際先端テストの実施を決めた。この検証を踏まえ、個人情報保護法について、個人情報の利用ルール明確化を求める方針だ。労働者派遣の期間規制も見直しの対象となる。

規制改革会議は5月に行なうICT化の検討結果を経て、他3WGの見解も含めた報告書を5月末までに政府に提出したいとしている。

出資可能だ。一般の医療法人については、海外事業に失敗したとしても、地域医療の提供に影響を与えない範囲であれば出資可能とすることについては検討していく」と、医療法人の営利法人への出資を検討する意向を表明した。菅官房長官への指示について、内閣官房は、「日本版NIH」と「MEJ(メディカル・エクセレンス・ジャパン)」設立の方針を4月23日の産業競争力会議に提示した。MEJは、政府の支援のもと、国際医療協力推進の窓口機関となるもので、4月23日に設立された。

こうした措置を受け、厚労省は5月10日、日本の医療の海外展開を支援する医療国際展開戦略室を省内に設置した。米国国立衛生研究所を模した「日本版NIH」は独立行政法人として設置され、臨床研究中核病院等との連携を得て、基礎研究から臨床研究・治験にいたるまでを一元的に管理するとともに、研究費配分を含む、臨床研究・治験が確実に実施される仕組みを構築する。内閣に設置される推進本部が医療研究開発の総合戦略を策定するとともに、各省の医療・健康関係の研究開発予算を一元化して重点的な予算配分を行なう、という構想である。

各省の研究開発予算は3,500億円にのぼるとみられ、これに民間企業から集めた資金も加わるので、「日本版NIH」はわが国科学技術振興費の4分の1以上に占めることになる。

戦略特区構想に「外国の医療資格者に医療を認める」案

4月17日の産業競争力会議で、竹中慶大教授ほかの民間議員は、3大都市を想定し、首相主導で制度改革を実験する「アベノミクス戦略特区」の設置を提唱した。その1つとして、国際医療拠点づくりにつなげる「医療ツーリズム特区」を新設、病床規制の緩和、医療機器・医薬品の相互承認推進などを実施すべしと提起した。

竹中氏は、「戦略特区」のイメージとして、東京都を例に、「各国の医療免許保有者に一定の医療行為を認める」「英語対応の救急医療」「病院等の公共性の高い施設に容積率・用途規制を緩和する」などを提案した。「戦略特区」の構想は政府内でも検討が始まっており、

「成長戦略」の重点政策として盛り込まれる。

安倍首相は、3月8日の衆院予算委員会で、医療法人理事長の「原則医師」という規制の見直しを示唆する発言を行なった。現時点で具体的な議論にはいたっていないが、医療を日本経済再生の戦略的産業とみる安倍首相は、今後も、産業界からの要求を改革課題にのせていくことが考えられる。ただし、現在のところ、医療への株式会社参入には否定的であり、また、「先進医療に対する保険外併用療養の適用拡大」はともかく、混合診療全面解禁といった「議論先行」のテーマは改革課題の狙上にのぼっていない。

定時総会および支部長・副支部長会 開催のご案内

下記日程で第1回定時総会及び第1回支部長・副支部長会を開催します。なお、第1回定時総会において、役員を選任を行ないます。

公益社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| □第1回定時総会 | (3) 役員を選任 |
| 日時 2013年6月22日(土) 午後2時 | (4) その他 |
| 会場 ホテルグランドパレス2F
ダイヤモンドルーム | |
| 東京都千代田区飯田橋1-1-1 | □第1回支部長・副支部長会 |
| Tel.03-3264-1111 | 日時 2013年6月22日(土) 午後1時 |
| 議案 (1) 2012年度事業報告(案) | 会場 ホテルグランドパレス2F ダイヤモンドルーム |
| (2) 2012年度決算(案) | 議案 (1) 支部長・副支部長会の運営について |
| | (2) その他 |

「新型医療法人」創設の提案に様々な憶測

社会保障制度改革国民会議 国民会議で複数の委員が同主旨の提案。シンクタンクの研究会が同構想を先行提起

4月19日の社会保障制度改革国民会議で権丈委員(慶大教授)が行なった「新型医療法人の枠組みを創設」という提案が、病院界で波紋を呼んでいる。

これまでの診療報酬主導による誘導には限界があるとする権丈委員は、同日の国民会議で、医療機能の分化・連携を促すための新たな策として、要旨以下の提案を行なった。

- (1) 病床機能情報報告制度の導入と地域医療ビジョン策定を前倒しで実施する
- (2) これを踏まえて都道府県は「地域医療・包括ケアビジョン」をまとめる
- (3) ビジョン実現へ、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を策定する
- (4) それに沿った分化・連携を促すために、消費税増収分を財源とする「地域医療・包括ケア創生基金」を創設する
- (5) 「地域医療・包括ケアビジョン」策定と平行しつつ、以下の方策を検討する
 - ・2次圏ごとの基準病床数を医療機能別に算定して地域医療計画に盛り込む
 - ・都道府県を国保の保険者とし、保険医療機関指定・取消権限を与える等の施策を講じる
 - ・医療機関の再編等を可能とし、医療・介護一体の町づくりに参画できるように医療法人制度を見直す
- (6) これらを医療法改正で明示する

この提案において、権丈委員は、地域で複数の病院がグループ化して病床・診療科の設定や仕入れ等を統合して行なうことができる環境を作ること、すなわち「非営利を厳正化して地域独占を許容」する必要を提起。

その方法として、「新型医療法人(たとえば、非営利ホールディングカンパニー)の枠組みを創設し、地元の要請に基づきそこに参画する場合には、国立病院や公的病院は本部から切り離されることを法的に担保する」とともに、地域医療・包括ケア創生基金を重点投入する対象に加えるという考え方を示した。

この権丈提案を、一部全国紙が「厚生労働省は医療法を改正し、地域独占の新型医療法人の設置を認める方向で

検討に入った」と報じたことから、病院界には、その情報をめぐって様々な憶測が広がっている。

権丈提案について、田村厚労大臣は「そういうニーズがあるのかどうかということも含めて、厚生労働省として検討してまいりたい」(4月23日の記者会見)と、検討する姿勢を示している。

権丈発言について、厚労省には、「病床機能情報報告制度と地域医療ビジョンの前倒しを提起したことは我々の政策を支持したものと受け止めている。消費税増収分を医療機能分化・連携に投入すべきという論も我々には援軍となる」(医政局総務課幹部)と好感する向きもある。

権丈提案のインパクトは、ホールディングカンパニー(持株会社)化した“新型医療法人”創設の提案である。医療法人の医療法人への出資は、同一地域であること等一定要件のもとで、現在も認められている。

権丈提案に関して、関係者からは「今回提案するにいたる過程では財務省との意見交換があったようだ」、あるいは「基金に消費税増収分を投入するという点で財務省との間にコンセンサスを得たのではないかな。何らかの方法で医療機関を統合再編していかないと、消費税の投入を認めないだろう」といった声がかかれる。

社会保障制度改革国民会議事務局の幹部は、「医療体制を大きく動かす可能性のある政策ツールであり、論点として重要な意味をもつことになろう。(4月19日の国民会議では) 見解の表明が

□まちなか集積医療の実現に関する研究会(NIRA) 報告書「老いる都市と医療を再生する—まちなか集積医療の実現策の提示—」から

第3章 これからの医療介護システム

急性期医療に主眼が置かれた病院中心の供給システムは、地域で支える包括ケア型医療へと早急に移行する必要がある。しかし、現行医療法人制度のまま新たなシステムへの再編は難しい。そのため、非営利性、附帯業務の制限などの原則を堅持しつつ、医療法人制度を以下の3つのレベルに分けて

見直しを進め、医療法人相互の連携・再編、関連サービス提供主体との統合を促す。

□医療法人相互の連携

ホールディングカンパニー型の新型医療法人を創設。個々の医療法人(事業医療法人)には持分を認め、新型医療法人とそこに属する個々の事業医療法人の間に限り配当を許容する。

□医療介護サービスの提供主体との連携

新型医療法人が特定の医療介護サービス提供主体(株式会社)の株式を保有、配当を受けることを許容する。

□まちづくりを担う主体との連携

新型医療法人がまちづくりの株式会社(共同事業体)に一定限度出資することを認める。他方、まちづくり会社が医療法人の持分を持つことも検討する。

医療保険部会 国民会議の議論に不満が噴出

5月10日の社会保障審議会医療保険部会で、社会保障制度改革国民会議の議論に、批判が噴出した。

事務局(厚生労働省保険局総務課)は国民会議が4月22日にまとめた「議論の整理(医療・介護分野)」を報告し、「ここには当部会の諮問事項が多く含まれている。これを踏まえ、部会としてのご意見をまとめたい」と説明。同日を含めて3回にわたって各委員の意見陳述を得て、

その結果を報告にまとめて国民会議に資料提出することを明らかにした。

これに対して、保険者の委員からは、「議論で取り上げられているのは、支援金をめぐる総報酬割と国保の都道府県化だけだ。こんな狭い範囲でしか議論されていないことに失望した」など、長い時間かけて医療保険制度持続に向けた諸課題の検討作業をしてきた同部会の立場から、「不十分」な国民会議の

議論内容に不満が相次いだ。

「国民会議は方向性を示す場。具体的問題や議論できていないところはこの部会ですればよい」と、制度改革議論における社保審の立場の確認を求める意見も多く出た。

国保の都道府県化、基金と医療計画等による医療機関再編など都道府県が改革の主役となる構想に対しても、「これは数名の意見。国民会議全体の意見とは言えない」「国保の都道府県化と提供体制の変化がどう関係するのか、そのメリット・デメリットが不明確だ」など、

支持する意見は出なかった。

とくに、「保険医療機関の指定・取り消し権限を都道府県に委譲する」案には、「これでは都道府県の事情で指定・取り消しが行なわれ、都道府県格差が進んでしまう」と、批判が集中した。

国民会議には社保審の委員が5人いるため、社保審の問題意識が国民会議に反映されておかしくない。しかし、医療保険部会の議論の外で、消費税増収分の投入を前提に改革論を展開していることは納得いかないという気分が、同部会にはあるようだ。

金融審議会

保険金の直接払いを認める。病院も対象か

金融審議会「保険商品・サービスの提供等の在り方に関するWG」の4月4日の会合に、金融庁は、介護や人間ドック受診等のサービスで、損害保険の保険金を直接事業者に支払うことは可能とする見解を「議論の整理」で示し、保険業法施行規則にもとづく監督指針に「直接支払い」にかかわる留意事項等を書き込む方針を明らかにした。

事務局の考え方はWGでも合意されているため、6月をめどにまとめる予定の報告書に盛り込まれ、金融審議会から麻生特命担当大臣へと答申される見通しだ。

保険金の「直接支払い」はサービスの現物給付にあたるとして、保険法と保険業法で原則的に禁じられている。

これについて、事務局は、この日のWGで、「損害保険や生命保険及び定額給付型を除く第3分野保険では、法律上、損害をてん補することを約する保険が認められており、現行法でも現物給付を行なうことが可能」とした上で、「サービス提供者への保険会社による保険金の直接支払いサービスは、約定した保険金を代理受領するものであり、保険金受取人等の同意があれば特段禁止されるものではない。むしろ、ニーズ

があるものについては、様々な課題をもっている現物給付よりも直接支払いで整理し、対応してはどうか」という解釈を示した。

「直接支払い」は、介護保障保険などを販売する保険会社からの要請を受け、そのルール等を明確にするために、検討課題の1つに取り上げられた。

同WGの第1回目会合で介護付有料老人ホーム等を子会社にもつ明治安田生命が出席、「医療機関、介護事業者等に直接給付金をお支払いするスキームが認められないか」と提起している。

「直接支払い」の場合、保険会社は提携事業者を定め、加入者に給付の必要がある場合は提携事業者においてサービスを受け、約定にしたがった金額を

保険会社が提携事業者に支払い、余った金額は加入者に払い戻す、不足が生じたら加入者に請求することになる。

この日のWGで、事務局は「提携事業者として、病院は一般に公的保険なので、どこまで実益があるのかという点がある。介護や老人ホームと比べると利便性が劣るように思えるが、今後の検討課題となろう」と述べ、病院が提携先に入る可能性を否定していない。費用の割引についても「可能だ」とした。

自由診療で、「直接支払い」に割引が付加される可能性もある。提携先から保険会社の小会社を除くという方針は明確になっていない。今後、「割引サービスを伴う直接支払い」が顧客の囲い込みにつながっていく可能性もある。

寄稿 第9回社会保障制度改革国民会議における権丈・高橋両氏のプレゼン(概要)について

資源と需要に地域差。データから「あるべき提供体制」を計画

国民会議で提言 医療・介護の地域計画に沿った取り組みに補助金を投入

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

平成25年4月19日の第9回社会保障制度改革国民会議で、筆者は、「医療需要ピークや医療福祉資源レベルの地域差を考慮した医療福祉提供体制の再構築」というタイトルのプレゼンを行う機会を得た。

この日は国民会議の委員がプレゼンを行い、お互いの内容を討議する予定



の日であったが、委員の一人である慶應義塾大学の権丈教授が、自分の発言時間の一部を使って、高橋に発表をお願いしたいと提案され、委員でない私が権丈氏とペアでプレゼンを行うこととなった。

当日は、私が7分、その後権丈氏が3分ほどのプレゼンを行なったが、先に権丈氏のプレゼン内容を紹介したほうが、権丈・高橋ペアのプレゼンの趣旨を把握しやすいので、まず権丈氏のプレゼンの概要を紹介する。

中長期の地域医療・包括ケア計画を各地域で策定

□権丈善一慶應義塾大学教授のプレゼン

権丈氏(写真右)は、まず、多くの国では公的所有の病院が多く、ニーズが変化したときに供給体制を変えることが難しいことを論じ、日本の医療提供体制の問題の一つは、私的所有(民間病院中心)という形で体制を整備してきたがゆえに、ニーズが変化したときになかなか構造転換が難しいことを指摘した。

次に、「政府は増税の腹を決め、増税した分を社会保障、特に医療・介護にも回すと言っている」ことを紹介し、「医療・介護の提供体制の改革のために使うお金の使い方には、診療報酬や介護報酬として医療・介護の現場に全体的にお金を回していく方法と、補助金という形で目的に沿ったところに集中的にお金を投下する方法の2種類の方法がある」ことを説明した。

さらに、権丈氏は、医療提供体制の改革を進めるために、「地域医療・包括ケア創生基金」を設置し、この基金が、時代のニーズに合った改革を行う自治体などに「補助金」を出すという提案を行った。

少子高齢化に適した医療提供体制の改革を進めるために、各地域が、その地域の医療や介護ニーズを把握し、10年後、20年後を見据えた計画を立て、地域住民のニーズに見合った改革を行

おうとする計画策定者に、政府が予定している財源を集中するのが効果的だという主張である。

ただし、この案を進めるためには、それぞれの計画策定者、たとえば地域医療計画を立てる県の職員をはじめとした人たちのレベルアップが不可欠となる。

そこで、権丈氏は、有識者や国の職員等からなる「地域医療・包括ケアデータ解析専門チーム」を置き、このチームが地域医療計画策定者や地域包括ケア計画策定者と緊密に連携しながら、可視化された情報についての説明や解説を行い、都道府県単位や医療圏単位、地域包括ケア単位での「あるべき姿」の検討をすすめていく必要があることを強調された。

権丈氏が自分の発表時間を割いてまでして私にプレゼンを依頼してきた理由は、私が二次医療圏データベースを用いてまとめた日本医師会総合政策研究機構のワーキングペーパー「No.269 地域の医療提供体制現状と将来-都道府県別・二次医療圏データ集」などを見て、「提供体制の改革にはデータの力が必要なのだが、ビジョン作りのためのデータの問題は、これで行ける」と考えられたからである。

次に、権丈提案に沿う形で用意した、私のプレゼンの概要を紹介する。

75歳以上人口の増加率も地域差は大きいことを指摘した。

更に、人口動態は地域により大きく異なるが、大都市、地方都市、過疎地域と分けることにより、今後の人口動態の動向をある程度把握できるようにすることを紹介した。

次に、医療福祉提供体制の再構築にむけての提言に関する説明を行った。

今後も現在と同じ医療が提供される(価格も内容も変化しない)と仮定し、人口構成のみが変化した場合、我が国の医療需要ピークがいつどの時期にくるのかを地域ごとに計算した結果を地図上に示し、「我が国には、今後医療需要が減り続ける二次医療圏もあれば、2040年まで医療需要が増え続ける二次医療圏もある」ことを紹介した。

さらに、各二次医療圏の人口当たりの総病床数、看護師数、老健・特養・高齢者住宅の収容可能人数を偏差値化し、少ない地域を赤や黄色、多い地域を青色や水色で示した日本地図を示しながら、医療福祉資源レベルも、地域差が大きいことを示した。

医療や介護資源は概して、関東・甲信越・東海に少なく、北海道・北陸・中国・四国・九州に多い。

更に、現在の医療や福祉の資源量と将来の人口動態から予測される医療や介護の需要量より、各二次医療圏の医療・福祉の余力を評価し、日本地図上に、余力のある二次医療圏と、余力のない二次医療圏を示した。

最後に、以下の結語をもってプレゼンを締めくくった。

高橋プレゼンの結語

●地域により、人口動態が大きく異なり、医療需要のピークの時期や程度も大きく異なる。また、施設や人員レベルも地域差が大きい。

●まず、それぞれの地域が大都市型なのか、地方都市型なのか、過疎地域型なのかを把握し、更に他の二次医療圏と比較して、医療需要のピークが来るのが早い遅い、施設や人員レベル

は充実しているかなど、「自分の地域の特性」を踏まえた対応を検討することが重要である。

●また、これまでのような「短期(5年)の医療福祉整備計画」だけでなく、「20~30年先までの予測を考慮した中長期の医療福祉整備構想」を検討する必要がある。

消費税増税により医療界に回ってくる財源は、医療制度改革を推進するアメとして使える最後の財源であろう。今回提示した「中長期の医療福祉整備構想+補助金」という手法がベストの方法かどうかはわからないが、少子高齢化に向けた医療提供体制の何らかの改革を、今、早急に始めなければ、将

来にむけて禍根を残すことは間違いないだろう。將に、今が、少子高齢化にむけた医療提供体制の改革を推進するラストチャンスであろう。



2013年春の叙勲。全日病から5会員が受賞

2013年春の叙勲者が4月29日付で発令され、全日病会員から、次の5人に授与されることがきまった(敬称略)。

旭日双光章 赤枝雄一(医療法人 赤枝会赤枝病院 理事長)
森田孝文(医療法人社団 さくら会森田病院 理事長)
善成 務(医療法人 善成会善成病院 理事長)
瑞宝双光章 小林武彦(医療法人 愛生館小林記念病院 理事長)
藍綬褒章 行岡正雄(医療法人 行岡医学研究会行岡病院 理事長)

訃報

早川大府元副会長(医療法人社団葛西中央病院)が5月4日に亡くなられた。享年69歳。早川元副会長は1987年4月に理事に就任。91年4月に常任理事に就いた後、93年4月から99年3月まで副会長を務め、全日病の発展に貢献した。

本多徳元副会長(医療法人本多友愛会仙南病院)が5月4日に亡くなられた。享年93歳。本多元副会長は1969年4月に理事に選ばれ、77年4月に常任理事に選出された後、83年4月より87年3月まで副会長に就き、その後も理事、顧問とし全日病を支えた。

20~30年先を予測した医療福祉整備構想が必要

□高橋のプレゼン

私のプレゼンでは、まず、我が国全体の人口の動向を紹介した(写真左)。

わが国全体では、0~64歳は、2010→40年にかけて一貫して減り続け、約3,000万人減少する。65~74歳は、2010→40年にかけて、ほぼ横ばいで約100

万人増加する。75歳以上は、2030年頃まで増え続け、その後ほぼ横ばいで、約800万人増加する。

その結果、国全体は、若年層が3000万人減、高齢者が900万人増で、総人口は約2,100万人減少する。また、0~64歳人口の減少率の地域差は大きく、



あんしんとゆとりで仕事に専念

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

3,000人要件の見直しとプログラム責任者必置で合意

医師臨床研修部会 「ストレート入局」をめぐる応酬

医師臨床研修制度の2015年度からの見直しについて議論を行なっている医道審議会医師臨床研修部会で、大学医局の委員は、「王政復古」ともいべき主張を繰り返している。

4月25日の会合に招かれた日本小児科学会の水谷氏(生涯教育・専門医育成委員会委員)は、前回の見直しで必修科目から外された小児科を制度創設時のように再度必修に戻すべきと論じた際に、「ただし、卒前教育で小児科の臨床実習が取り入れられるのであれば、臨床研修においては、かつてのストレート入局が有効かとも考える」との認識を示した。

これを受け、山下委員(山形大学医学部長)は「卒前教育で小児科を重視するようになればストレート入局は可能になるのではないか」と賛同した上で、「これは全国医学部長病院長会議の結論でもある」と、ストレート入局の復活が大学医局の総意であることを明らかにした。

小森委員(日医常任理事)は「プログラム弾力化によってB項目(到達目標における経験目標の「経験すべき症状・病態・疾患」)の研修経験者が減ったといわれる。しかし、卒前の実習で体験できれば問題ないという声もあるが…」と、山下委員の見解に同調しつつ、学会側の見解を質した。

この日は日本産科婦人科学会も招かれて現行臨床研修プログラムに対する意見を述べたが、小森委員の質問に、小西理事長は「産科の実習は医師免許取得前はやはり難しいのではないかと。学部教育に実習を導入することは大切

なこと。だが、それはそれとして、臨床研修中で何とかしてほしい」と反問した。

この意見に、山下委員は、「学部教育、初期と後期の臨床研修というのを一体の流れで考えるべきだ。その学部教育も国家資格試験と実習の両立が望ましい。学部教育を充実させた上で、ストレート入局にしていくのがいいのではないかと持論を展開。

小西理事長は、「それは理想だ。しかし、そこまでいくのに時間がかかる。臨床研修を見直す課題は避けて通れない」と応じ、両者の間で意見の応酬が続いた。

卒前教育に各診療科の実習を導入するという主張には問題点がないわけではない。神野委員(恵寿総合病院理事長・全日病副会長)は「卒前教育の見直しを論じる上で国家試験の改革が避けられない。その議論なくして、実習を学部教育でやればことはすむというのはいかがか。それはそんなに簡単な話ではない」と指摘、大学側の意見を短兵急な話だと批判した。

神野委員の発言に、小西理事長も「医療技術の高度化を考えると、現在の国家試験レベルの知識は必至だ」と、ストレート入局を推進する方便となりかねない安易な国家試験改革論を戒めた。

同日の医師臨床研修部会は、両学会以外に、精神科七者懇談会と日本医師会が医師臨床研修制度に対する意見を表明した。

日医の中川副会長は、「医学部教育の充実と臨床研修制度の見直しによって、将来的に、医師の地域と診療科偏

在を解消したい」として、「医学部4年生終了時に、臨床能力を判断する目的でCBTとOSCEを課す。それに合格した学生には学生医(仮称)の資格を

与え、5、6年生で診療参加型臨床実習を行う」と、医学部教育を見直した上で、「1年目に内科、救急医療、地域医療、精神医療からなる必修科目を研修。2年目に、将来専門としたい診療科または多くの診療科を巡回してプライマリケアの能力を深めていく」という臨床研修の考え方を明らかにした。

日医案に対して、神野委員は、「この案は医学部教育の5、6年生の改革を前提とするもの。現状は、そうした改革がないままに弾力プログラムが導入さ

神野副会長 研修病院に病院機能評価受審義務化を提案

この日は、基幹型臨床研修病院の指定基準についても議論されたが、必要症例数(年間3,000人以上)に関して、神野委員は「3,000人未満の病院でも臨床研修に十分な質が確保されているという調査結果が出ている。3,000人にこだわる必要はない」と主張した。

山下委員は「何人にするかという議論は止めにしたい。チーム医療、多くの症例数、指導医の存在が大切」と外形基準に拘泥しない姿勢をのぞかせながらも、「本当に外形基準でいけば、自ずと3,000人は優に越えるだろう」と現行基準へのこだわりをうかがわせた。

一方、小森委員は「3,000人には根拠がないので、これにこだわる必要はない。ただし、具体的な体制が質を高め

られている。日医の案は、医学部教育の改革を実現してこそ、1年次にプライマリケアを修め、2年次に専門コースに入るという考え方ではないかと質した。

これに対して、中川副会長は「その通り。我々の提案のポイントの1つは5、6年生の診療参加型臨床実習ができていないか否かにかかっている」と述べ、卒前教育の改革と乖離した臨床研修プログラムの弾力化には賛成できないという認識を吐露した。

上で適切であるか否かは十分検討してほしい」と、見直しに賛同した。

この議論に関連して、研修病院を定期的に外部評価すべきという提案があり、病院機能評価が候補にのぼった。これを受け、神野委員は病院機能評価受審を要件に加えるよう提案した。

この日の議論を、桐野部会長(国立病院機構理事長)は「3,000人に合理的な根拠はないというのがコンセンサスとなった」と集約。さらに、「3,000人未満は訪問調査を課すとし、3,000人以上には何らかの追加的な要件を付してはどうか」と提案した。

指導・管理体制に関しては「プログラム責任者の研修修了と1人配置」とする方向で概ね合意した。



▲神野副会長(右から2人目)はストレート入局論に反論を加えた。

「地域がん診療病院」を導入、拠点病院とグループ指定

がん診療提供体制のあり方に関する検討会 空白地域対策等に関する合意点をまとめる

厚労省健康局のがん対策・健康増進課は4月24日、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」における議論のうち、主にがん診療連携拠点病院(拠点病院)に関する部分を中間とりまとめとして公表した。

拠点病院は2次医療圏に原則1ヵ所整備とされているが、いぜん、空白の2次医療圏が多い。検討会は、空白地域をなくすために新たに「地域がん診療病院(がん診療病院)を要件化し、空白圏を中心に、拠点病院とグループ指定

する考え方で一致したことから、拠点病院に考えられる新たな要件概念と合わせて、合意内容を整理したもの。

がん診療病院は拠点病院に準じた要件を満たす病院とがん専門病院からなり、中核都市に関しては、拠点病院がある2次医療圏と空白医療圏との、医療

圏を越えたグループ指定も想定されるとしている。

検討会は、今後、この中間とりまとめを踏まえた、拠点病院とがん診療病院の要件案、地域連携体制、緩和ケアの体制などに関する検討を進める予定だ。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会中間とりまとめ」から

Ⅲ. 今後のがん診療提供体制のあり方について (要旨)

1. グループ指定による診療連携機能の強化

①拠点病院のない2次医療圏を中心とした地域がん診療病院(仮称)と拠点病院とのグループ指定

・拠点病院のない2次医療圏を中心に、地域のがん医療を担う「地域がん診療病院(仮称)」(以下「がん診療病院」と拠点病院をグループで指定することが考えられる。(がん診療病院については、拠点病院が指定されていても、患者数が多い地域は柔軟に対応してもよいのではないかと指摘もあった)

・がん診療病院には、2次医療圏内で受けることが望ましいがん医療の提供、すなわち、高度な技術を要さない手術(患者数の多い胃、大腸、乳がんの手術など)、外来化学療法、緩和ケア、相談支援(特に地域連携に関すること)、がん登録のほか、拠点病院や在宅医療提供機関との地域連携等が求められる。

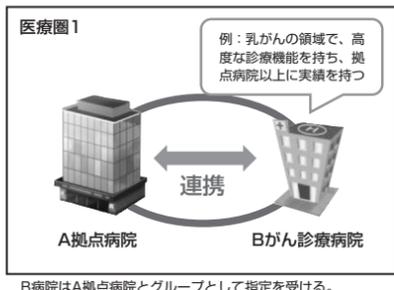
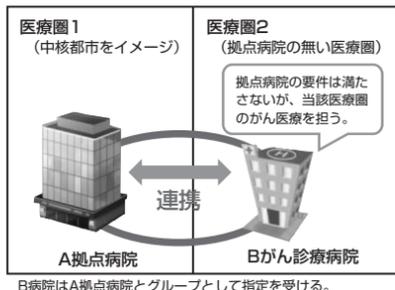
・また、がん診療病院には、拠点病院の要件のうち、放射線療法、研修の開催、診療実績、セカンドオピニオンの提供、人材配置等は一定程度緩和することが考えられる。

②特定領域で高度な診療機能をもつ医療機関と拠点病院とのグループ指定

・医療機関の中には、特定のがん種で拠点病院よりも高度な診療機能を有し、診療実績を持つ医療機関も存在する。(例：脳腫瘍、乳がん、前立腺がん、甲状腺がん等)

・これらの医療機関に期待される役割を明確にし、患者に公表した上で、がん診療病院として、既存の拠点病院とグループ指定することが考えられる。

グループ指定の調整は都道府県が行うことが想定されるが、可能な範囲で柔軟な制度とすることなどに留意した上で、導入していくことが望ましい。



緩和ケア推進検討会

「拠点病院に求められる緩和ケア提供体制」をまとめる

厚生労働省は5月7日に、緩和ケア推進検討会がとりまとめた報告書「拠点病院に求められる緩和ケアの提供体制について」を公表した。

2013年度から実行されるがん対策推進基本計画に「診断時から緩和ケアを提供する」と明記されたことから、厚生労働省は、緩和ケアを組み入れたがん診

療提供体制の構築に向け、その具体的なあり方などの検討を進めている。

昨年4月に設置された緩和ケア推進検討会は、9月の中間とりまとめで「都道府県がん診療連携拠点病院等に、これまでの緩和ケア体制をさらに強化した緩和ケアセンターを整備する」方針を打ち出し、センターの機能を明確にす

るとともに、拠点病院が取り組むべき緩和ケアの課題を提示した。

さらに、今年3月には「緩和ケアセンターの具体的推進方策について」をとりまとめ、センターの具体的機能と必要な人員配置に関する考え方を示した。

今回とりまとめた報告は、緩和ケアとして求められる拠点病院の機能等を整理したもので、①患者・家族の意志決定環境、②苦痛のスクリーニング、③基本的緩和ケア、④専門的緩和ケアと

そこへのアクセスの改善、⑤相談支援、切れ目のない地域連携体制などに関する考え方を示している。

緩和ケアセンターを含む、これらの提言は「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」に報告され、拠点病院の新たな要件に盛り込まれる。

緩和ケア推進検討会は、今後、緩和ケアの研修体制および地域連携体制の検討を行なう予定だ。