



全日病 NEWS 6/1

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.802 2013/6/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

厚労省 7対1要件の見直しを提起。在宅復帰率を導入か

入院医療等の調査・評価分科会 一般病棟等入院基本料の調査結果出る。7対1・10対1の特定除外制度も見直し

5月16日の中医学協・診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」に、事務局(厚労省保険局医療課)は、2012年に実施した一般病棟等入院基本料の12年度改定影響調査から、一般7対1入院基本料算定病棟の実態および7対1と10対1入院基本料における長期入院患者の集計結果を提示、併せて14年度改定審議に向けた論点を示した。

7対1については、①算定病院間で平均在院日数に差がある、②介護施設等から入る患者に他入院患者とは異なる特徴がある、③算定病院間で在宅復帰率に格差があるという3点を指摘し、それらを軸に7対1要件の見直しを検討する方向を示した。

7対1・10対1における長期入院に関しては、特定除外患者が一定割合であり、かつ、その状態像に前改定で見直された13対1と15対1病棟の90日超患者と似た傾向がある上、それら患者を平均在院日数の計算に加えても大きな影響は生じないことから、特定除外患者を平均在院日数の計算に加える方向で見直し議論を進める方針を明らかにした。

この日の分科会は、主に、7対1要件への在宅復帰率導入と7対1・10対1の特定除外制度を見直した場合の受け皿をめぐる様々な意見が交わされ、賛否が分かれた。

議論で、委員である神野全日病副会長は在宅復帰率の導入に反対を表明、特定除外制度の見直しも「受け皿が十分ではない」ことを理由に慎重に議論すべきとの意見を表明した。

一方、事務局は、今後の議論で、患者像など亜急性期病床のあり方が、急性期の受け皿として議論されると指摘。その中で、7対1病棟長期入院患者の受け入れ先としての可否が検討課題になるとの認識を明らかにした。(分科会議論の概要を5面に掲載)

神野副会長 在宅復帰率導入に反対、特定除外見直しにも慎重意見を表明

2014年度改定審議の基礎資料に使われる入院医療等調査のうち、12年度に実施された一般病棟等入院基本料に関する調査は、一般病棟、専門病院、特定機能病棟の7対1、経過措置7対1、10対1各病棟の1,800施設を対象に実施され、169施設から回答を得た。

集計結果によると、7対1病棟の平均在院日数(要件は18日)は平均で13.05日であり、±1SD(標準偏差)は10.38日～15.71日であった。このうち、平均在院日数が15.71日を上回る病院(10病院)についてみると、一般病床数はそれ以外の病院(53病院)の80%にとどまり、手術件数も78%と、いずれも相対的に少ない。

調査報告は、この結果をDPCデータ(12年4月～12月)と比較し、「平均在院日数の長い病院はDPC算定病床が少ない病院が多く、1日の平均点が低い」一方、「平均在院日数の短い病院はDPC算定病床の少ない病院が多く、1日の平均点が高い」と指摘。

病床数が少ない病院に「平均在院日数が長く、1日あたりの平均点が低い」病

院と「平均在院日数の短く、1日あたりの平均点は高い」病院の2タイプがあること、後者には専門病院が多く含まれ、在院日数が3日以内のDPCが占める割合が高く、短期滞在手術基本料が多く算定されていることを明らかにした。

報告は、続いて「7対1病棟に入棟する患者の現状」を整理。まず、「介護サービス施設・事業所調査」(10年度)のデータから、各介護保険施設入院・入所者の3～5割が医療機関に入院していること、特養にいたっては34%が入院先で死亡しているという事実を引用。

その上で、「7対1病棟患者の約2.9%は介護療養型医療施設、老健施設、特養、その他介護施設等からの入棟」であり、それら患者は「主病名の約22.3%が肺炎であり、骨折、その他の消化器系疾患、脳梗塞、その他の心疾患、その他の腎尿路系疾患と、上位6種類の病名が半数以上を占めている」が「介護施設等以外から入棟した患者の主病名は多岐にわたっている」、また、「介護施設等からの入棟患者はその他の場



所からの入棟患者より手術や検査の実施率が低い」こと。

さらに、7対1病棟における介護施設等からの入棟患者の割合は平均6.55%であるが、その割合が20%を超える16病院をみると一般病床の病床数はそれ以外の138病院の46.1%に過ぎず、手術件数になると14.8%と少ないという分析結果を示した。

報告は、続いて、「7対1病棟から退棟する患者の現状」を分析した結果を、①死亡退院を除く退棟患者の約74.2%は自宅(在宅医療を含む)に退院している、②7対1病棟における在宅復帰率は平均80.1%である、③在宅復帰率が

55%以下の13病院には「一般病床の規模がその他の病院よりやや小さく、手術件数も少ない傾向がみられる」とまとめている。

報告は、この在宅復帰率に関してもDPCデータ(12年4月～12月)を引用、「在宅復帰率の低い病院はその他の病院よりDPC算定病床数が少ない病院が多く、1日あたりの平均点も低い傾向にある」ことを明らかにしている。

このように他データを交えた分析から、報告は、一般7対1における平均在院日数の論点を、「平均在院日数・患者像・在宅復帰率についてどのように考えるか」と提起した。

特定除外患者加えても平均在院日数は大きく変わらず

特定除外患者に関しては、90日を超えて入院する患者は一般7対1の病院に5.9%、同10対1には8.5%存在し、そのうち出来高算定と平均在院日数の計算からの除外が認められている特定除外患者が7対1に3.7%、10対1に6.5%いることが、今回の調査から判明した。

今回の調査は、7対1と10対1各病棟の全患者と90日超患者に関する医療区分および「直近一週間の検査の実施状況」を調べており、報告は、その内容を、13対1・15対1病棟(11年度調査)および療養病棟(11年度と今回の12年度調査)と比べてみせている。

さらに、7対1と10対1各入院基本料について、特定除外患者を含めない場合と含めた場合の平均在院日数をそれぞれ集計した結果、7対1は21.0が22.5

日へと、10対1は22.0が25.2にそれぞれ若干延びることを明らかにした(調査票の入院日から調査日までの期間を元に算出しているため診療報酬上の基準とは異なる)。

こうした分析の結果、「7対1・10対1病棟に90日を超えて入院する患者も11年度の13対1・15対1病棟における90日超患者と同様の傾向が認められる」として、「7対1・10対1病棟における特定除外制度をどのように考えるか」と論点を提起。

前改定で13対1・15対1病棟に導入された「出来高継続＝平均在院日数計算への算入または特定入院基本料(包括)の選択制」を7対1・10対1病棟にも導入する方向へ、議論を誘導する問題提起を行なった。

事故調査制度の大枠決まる。医療法等改正に盛り込む

責任追及の過程を排除、原因究明に限定。引き続きGLの検討へ

5月29日に開かれた「医療事故に係る調査の仕組み等のあるり方に関する検討部会」は医療事故調査の仕組みの大枠で合意した。関係者の責任追及・紛争対応という要素を排除、原因究明・再発防止という目的に限定した、医療機関の自律性に依拠した事故調査のスキームが初めて制度化される。(詳細は次号に掲載)



▲飯田常任理事(右端)は医療事故調査制度の仕組みとりまとめを原則的に支持した

検討部会で合意にいたった仕組みの骨子は、概ね以下のとおり。

①診療行為に関連した予期しない死亡事例は、第三者機関に届け出た上、自らの負担で院内調査を行なう。

②調査結果は遺族に開示、かつ、第三者機関に報告する。

③院内調査には原則として外部の医療専門家を加える。また、外部から支援する組織の登録体制をつくる。

④第三者機関は院内調査結果の検証・評価、再発防止策の普及・啓発等を行なう。

(再発防止のために行なわれるもので、過失を認定するためではない)

⑤第三者機関は、院内調査の結果に納得が得られなかった医療機関・遺族から申請があれば調査を行なう。

⑥第三者機関は全国1つの民間組織とし、調査案件ごとに各県の支援組織と一体に調査を行なう。

⑦第三者機関が実施する調査の費用は国の補助金、医療関係団体等の負担金、申請した医療機関あるいは遺族による一定負担でまかなう。(遺族の負担には反対の意見もある)

厚労省は、パブコメを経ずに臨時国会に提出する医療法等改正法案に医療事故調査の枠組みを盛り込む考えだ。

法案化と並行して、第三者機関設立に向け、関係者との協議を始める。医療安全調査機構と医療機能評価機構の一部統合もしくは評価機構による調査機構の吸収が想定されている。

さらに、調査の手順等をまとめたガイドライン策定に関する医療関係者を交えた検討会を設置する。改正法当該条項の施行は、第三者機関設置とガイドラインの普及を経た後となるため、2015年度以降となる見込みだ。

法案が成立すれば、医療事故調の検討を開始した2007年4月以来7年越しの議論にピリオドを打つ。

かつての医療安全調査委員会設置法大綱案は医療界を二分した議論に陥れたあげく、法制化が見送られた。

今回は、四病協と日病協が提唱する「原因究明・再発防止と責任追及を分けて論じる」という理念が支持された結果、医療関係者の意見が一本化され、まさに、医療界の自律性を重んじた、医療界主導の制度設計が実現した。

検討部会に臨んだ全日病の飯田常任理事(練馬総合病院理事長)は、「私自身、この案には6～7割の賛成にとどまる。仲間の意見も大方そうだ。それでも制度化を急がなければならない。(不満はあるが)とりまとめに賛成する」と述べ、大局の見地から賛成した。

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

病院機能評価の受審を推進し、会員病院の受審率を高めよう

公益財団法人日本医療機能評価機構(以下「機構」)は1997年から本格的な活動を開始し、同年8月には第1号の認定病院が誕生した。機構の発表では2013年4月5日時点で2403病院が認定され、これは我が国の病院の約3割弱に相当する。

その後認定病院は順調に増加していたが、最近では新規受審の伸びが止まり、更新を辞退する病院が増加し認定病院数が減少してきている。全日病会員病院においては約3割強の病院が認定されており、全国の割合をやや上回っている。

認定病院減少の原因は機構でも、

全日病の病院機能評価委員会でも検討されてきた。病院からは次のような厳しいご意見を頂いている。①評価が重箱の隅をつつくように細かすぎる、②評価項目が構造、設備の良し悪しで決まるようだ、③大病院志向であり、中小病院には無理な評価項目である、④サーベイヤーが高見から話をするのでまるで病院監査のようだ、⑤自分たちで評価するので今後は機構には頼らない。

このままでは病院機能評価は先細りになることは明白であり、根本的な改革が求められている。機構において様々な検討した結果、2013年4

月から新評価体系のVer.1として生まれ変わるようになった。

①今まで病院の規模、機能に関わらず1つの評価体系で評価していたものを、機能別の評価区分ごとの評価体系とする、②認定期間中の継続的改善活動の確認と支援、③評価項目の削減、特に構造、設備面、④ケア・プロセスとその支援機能の評価へのシフト、⑤サーベイヤーの若返り、が主な改革点である。

全日病としては病院機能評価委員会を通じ、早い段階から種々の具体的な意見を提案し、ワーキンググループにも参加して新評価体系を作り上

げるための協力をしてきた。特に、会員病院に多い地域医療を担う中小病院向けの評価体系、一般病院1の作成には全力を注いできており、受審しやすくなったと考えている。

病院機能評価受審にメリットがないという事も以前から言われている。特に、診療報酬上の点数をつけるべきという要望も根強い。しかし、このことを実現させるためには3割の認定率では難しく、厚労省の担当者も、以前、せめて5割と言っていた記憶がある。

新評価体系になり受審し易くなったところで、是非、受審率を上げ、厚労省に要求したいものである。(K)

安倍政権

安倍首相

健康・医療戦略を策定。医療IT統合化を指示

医療・介護のICT戦略 内閣府 都道府県単位で医療・介護を統合したDPCロジックのデータベースを提案

5月22日の産業競争力会議に菅官房長官は健康・医療戦略に関する取組状況を報告、「関係府省が一体となった戦略的な取り組みが必要であり、政府としても健康・医療戦略を6月半ばにとりまとめ、策定する」方針を表明、その骨子を明らかにした。

菅官房長官は、また、「健康・医療分野の課題と主なICT利活用策」を提示、これは「社会保障国民会議、経済財政諮問会議、産業競争力会議、規制改革会議、健康・医療戦略参与会合等で示された提言に対応したICT利活用策を整理したものだ」と説明した。

そのイメージ図を見ると、現在進められているレセプト・特定健診等の情報DBと医薬品の副作用データなどの医療情報DBに加え、少なくとも以下の仕組みが構想されていることが分かる。

- ①保険者のデータ分析能力を抜本的に向上させ、被保険者に対する医療費適正化の指導を強めるとともに、分析結果にもとづいて、保健事業におけるサービス事業者のサービス提供を充実させる。
- ②地域に応じた医療と介護のICT連携を構築、利便性を向上させるとともに、重複受診・検査の是正等を進める。
- ③(①と②を利活用した)医療機関と民間事業者の連携による疾病予防等のサービス、高齢者等が安心して健康に暮らせる住宅・まちづくり、公的保険外の民間サービスを考慮した地域保健など、新たな健康寿命延長産業を創出する。

このような医療におけるICT利活用策は、今、日本経済再生会議を筆頭とする政府の各諮問会議できわめて注目を集めており、その積極的な推進が合意されている。

内閣府は5月16日の経済財政諮問会議に「社会保障の現状と課題」と題した資料を提出、その中で「患者を病名と医療行為の組み合わせで分類するDPC手法を活用した医療DBを都道府県単位で整備する」ことを提起した。

内閣府は「既存のレセプトシステムを

利用して患者名と医療費のデータを県単位でDB化する」として構想の全容を明らかにするとともに、「国保・高齢者・介護保険・特定健診のデータ統合等が必要であるが、既存データの変換のみであり、低コストで構築可能」と指摘している。

現在、厚労省にはナショナルDBがあるが、各都道府県が管理するDBはない。この提案は、都道府県単位で医療と介護を統合したDPCロジックのDBを構築し、保険者の受診指導、在宅医療や介護における連携の推進、地域医療計画(医療資源の適正配置)の策定に活かすというものだ。

このデータをうまく活用すると、市町村別年齢・傷病別の診療行為と医療費の動向、あるいは県内同一患者に対する医療給付の追跡分析、さらには医療給付と介護給付の統合した分析等も可能になり、近隣市町村や他県との比較評価もできる。

同資料は、産業医科大学が手がけた「福岡県保健医療介護総合データベース」を先行例にあげ、「初期費用は1,000万円弱であった」ことを明らかにした上で、「その(全国への)横展開」を提唱している。

都道府県によるDPCロジックのDB整備は、「医療計画や診療報酬で規制されている権限の一部が都道府県へ委譲されれば米国における州毎のDRG制度に似た都道府県別のDPCが可能になる」と、都道府県には制度変更を期待する向きもある。

この方法は、社会保障制度改革で出ている、国保の都道府県化、医療計画を媒介した基金方式による医療機能の再編、都道府県に保険医療機関の指定権限を付すといった構想とリンクするものがある。

同日の経済財政諮問会議で、IT化に並々ならぬ期待を寄せる安倍首相から「特に医療介護情報をITで統合的に利活用する仕組みは具体的に前進させる



▲産業競争力会議後に記者会見する甘利内閣府特命担当大臣(5月22日)

方向で検討してほしい。医療機関等々に協力してもらわなければならない。インセンティブ等、いろいろと工夫をしていく必要があると思うが、よろしくお願ひしたい」と激を飛ばされた甘

利内閣府特命担当大臣(社会保障・税一体改革担当大臣)は、「医療介護情報のIT化は、成長戦略としても今後、重要になる。田村厚労大臣と連携をして、しっかり取り組んでいく」と述べた。

猪瀬都知事「東京特区に外国語が通じる病院を誘致する」

5月22日の産業競争力会議で、猪瀬東京都知事は東京都のプランを例に「国家戦略特区(仮称)」の考え方を説明した。

その中で、猪瀬都知事は、東京都の特区構想を「外国企業誘致による日本経済再生に向けた特区のバージョンアップ」と位置づけ、特区における事業の1つに「外国人向け医療の充実」をあげた。その骨子は次の3点からなる。

- ①JCI認証の取得を支援する(現状は都内2病院。これをまず10病院にする。米国民保険会社からの信用力向上につながる)
- ②外国人対応救急隊の充実を図る(現状は英語対応可能な救急隊員が192名=救急救命士60名を含む。これを海外研修の実施等により英語対応力を向上させる)
- ③特区エリア内に外国語が通じる病院を誘致(外国人医師が診療)

東京都は、2011年12月に政府から「国際戦略総合特別区域」の指定を取り、外国企業誘致プロジェクト(アジアヘッドクォーター特区)を立ち上げている。

このプロジェクトを推進する中で、羽田空港におけるビジネスジェットの駐機可能日数を7日から10日に延長するなど一部の規制緩和は実現したが、2012年に「外国人医師の診療」や「入国・再入国審査の緩和」等について関係省庁と開始した協議は今も実現にいたらず、いずれも継続協議となっている。

「外国人医師の診療」に関しては、一部外国との相互互換制度になっている特例的な医師国家試験制度あるいは臨床修練制度などの拡大運用をめぐって厚労省等と協議している模様だ。

今回は、アベノミクスの一環として取り組む総合特区であることから、猪瀬都知事は、当構想で新たに打ち出した「法人税実効税率20.2%」や「金融市場の開始を世界で最も早くする、日本の標準時間を2時間早める“東京時間”の導入」などとともに、「外国人医師の診療」などの医療関連規制緩和の実現も可能になるものと期待している。

訂正 本紙5月15日号2面の社会保障制度改革国民会議(「新型医療法人」創設の提案に様々な憶測)に関する記事中に「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」と書かれていた部分は誤りであり、削除します。現在、医療法人に対する医療法人の出資は「剰余金は医療に投資する」という考え方から否定されています。

清話抄

日本人の3人に1人はがんで死亡する時代を迎え、がんの予防と最新の治療とともに、適切な緩和ケアの提供は重要となっています。私達の病院でもがん診療に積極的に取り組み、中小病院ではありますが、2011年度に「県指定・がん診療連携拠点病院」の指定を頂く

事が出来ました。その指定資格を得るための診療システム改革において、診療系職員は多くの事項を学び、新たなシステムで頑張っております。

一方、事務系職員にも更に驚く事があり、ある職員より「リレー・フォー・ライフ(RFL)」を当県でも行い、その事務局を当院に置きたいとの要望があり了承しました。RFLとは、日本対がん協会によるがん征圧活動としての「がん患者支援イベント」であり、24時

間交代で歩きながら絆を深め合い、がんと闘う寄付イベントです。

RFLは1985年に米国で始まり、現在では全米5000カ所以上、世界20カ国以上で毎年行われています。日本でも2006年より始まり、当県においては当院が事務局となり2011年より開始しました。

勿論、これらに関する活動は全て慈善行為であり、病院業務ではありません。しかし、当日は殆どの当院職員と

家族が参加し、患者様とご家族、県内病院・がんサロン・企業などによる多数のチームとともに、多くのサバイバー(がん宣告を受けた方々)も参加され、本年も盛会に行われました。

一人の職員の心から始まった「がん患者支援チャリティーイベント」は、病院で働く者の絆であり、患者様・ご家族との絆でもあるのでしょうか。病院で働くことの深い意義とともに、喜びを感じる一時です。(山)

短期滞在手術基本料 厚労省が包括範囲と対象の見直しを提起

【中医協総会】 平均在院日数の計算に影響。「データが不足」診療側は慎重姿勢

5月15日の中医協総会は入院医療の3回目として短期滞在手術基本料を取り上げ、フリートッキングを行なった。

短期滞在手術基本料とは短期入院型の手術を行なう上で必要な診療費用を包括したもので、短期滞在手術基本料1(算定対象は13件の日帰り手術)、短期滞在手術基本料2(16件の1泊2日手術)、短期滞在手術基本料3(4泊5日までの手術2件)の3つからなる。

このうち、短期滞在手術基本料の1と2は出来高との選択制で、算定には届出が必要だが、3については対象手術が特別入院基本料と小児入院医療管理料以外はすべて算定となるため、具体的な施設基準は設けられず、届出も不要とされている。

2と3は平均在院日数の計算対象となるが、1は平均在院日数の計算対象に入っていない。

算定状況を見ると、短期滞在手術基本料1の実施件数は5,822件に過ぎず、2になると293件、3も248件(いずれも2011年度)と、きわめて少ない。

事務局(厚労省保険局医療課)は、医療機関等に聴取した結果、「短期滞在手術基本料1と2の対象手術の多くが規定期間を超えて入院するため、出来高で算定する医療機関が多く、届出を行なってまで算定する医療機関が少ない」ことが分かったと説明した。

事務局がDPCの入院データ(12年4月～9月)から調べた短期滞在手術基本料対象手術の在院日数は、1に関しては、腋臭症手術(皮膚有毛部切除術)の中央値は4日、関節鏡下手根管開放手術は同2日、水晶体再建術は4日、乳腺腫瘍摘出術(長径5cm未満)は3日、内視鏡的結腸ポリプ・粘膜切除術(長径2cm未満)は3日であった。

2については、胸腔鏡下交感神経節

切除術(両側)が3日、下肢静脈瘤手術(抜去切除術)が4日、子宮頸部(腔部)切除術が3日、子宮鏡下子宮筋腫摘出術が3日であった。

このように、DPC対象病院では「日帰り手術」の患者に2～4日間の入院を、「1泊2日手術」の患者に3～4日の入院を提供していることが判明した。一方、短期滞在手術基本料の対象以外の手術や検査についても在院日数の分布を調べたところ、概ね2～3日以内に収まっていることが分かった。

こうしたことから、事務局は、短期滞在手術基本料について、(1)1と2は選択制であるため出来高で算定している医療機関が多い、(2)1と2の対象手術には、規定の入院期間は超えるが、多くが在院日数5日未満におさまる症例がある、(3)1と2の対象外でも、多くの症例が一定期間の在院日数におさまる手術や検査が存在している、(4)2および3を算定する患者は平均在院日数の計算対象に含まれている、と整理。

論点で「治療や検査の方法、入院期間が標準化されてきているものについて、包括的な評価を推進することをどのように考えるか」と問題提起し、包括範囲や対象の拡大等さらなる包括化を検討する方向性を打ち出した。

こうした事務局提案は、包括内容の見直しに終わらず、平均在院日数計算対象の見直しにまで及ぶことが考えられる。つまり、平均在院日数の計算に入っている手術を計算から外すことによって、短期手術を多用している病院を7対1から減らすという方策である。

だが、短期滞在手術基本料に関する今回のデータは、本当に現場の実態を正確に反映しているのか、診療側はその点に疑問を抱いた。

診療側の西澤委員(全日病会長)は、



▲森田中医協会長(右端)は診療側の要望に「前向きに検討する」と答えた(下段記事)

「日帰り手術であるのに、データ上は3～4日間の入院となっている。これは、それだけの入院が必要であると解釈しているのか」と事務局局に質した。これに対して、宇都宮医療課長は「日帰りの対象疾患であるが、(DPCのデータでは)3～4日入院している。やはり、無理なものもあるかと考える」との認識を表わした。

この説明に、支払側は、「規定と実態がこんなに乖離している。そもそもこの入院料は何を目的に設けられたのか」「日帰りの対象であるのに入院の中央値は4日という。では、なぜ日帰りに設定したのか」など、一様に疑問と批判の声を上げた。

その一方で、「包括化を進めることが前提であるが、現場の実態を詳しく把握して対応しないと日帰りといっても定着していかない」「新たに短期手術の対象となる手技もあることだろう。包括化を進めることを前提に、全体的に見直しを考えてはどうか」などとも発言、包括化を進める方向で大きく見直すという事務局提案に賛同した。

これに対して診療側は、「論点は平均在院日数の計算にも影響を及ぼす。慎重に考えざるを得ない(鈴木日医常任理事)と発言するとともに、「包括化をどう考えるかと言われても、もっと詳しいデータがないと論じられない(安達京都府医師会副会長)として、性急な議論展開には応じられないとする姿勢をのぞかせた。

現に、宇都宮課長は、西澤委員質問への答弁で、事務局が示したデータにDPC対象病院の外来で行なわれている日帰り手術の実態は反映されていないことを認めた。

この点について、西澤委員は、「日帰り手術は外来で行なわれているものもある。それらすべてをきちんと比較していかないと正確な実態が捕捉できない」と、事務局データが片手落ちであることを指摘した。

包括化の強化に前向きな支払側は、「入院料の規定と現状がこれだけ乖離しているのはなぜか」とより詳細なデータを求めつつも、「包括化に関しては、標準的なパターンを定め、それから外れるケースにはどう対応するかという点で議論していきたい(白川健保連専務理事)と述べるなど、すぐにも見直しの具体的な議論に入ることを望んだ。しかし、十分なデータの提出を待ちたいとするのが、この日の診療側の姿勢であった。

森田中医協会長は、この日の議論を「短期滞在手術基本料は原則よりも例外の方が多くなっている。この現状に原則の方を見直すことで対応すべきという意見が多かった」と指摘しつつも、「何が原則で、何が例外であるかという問題は残る」と整理した。

一方、宇都宮医療課長は、日帰りのケースと3～4泊のケースの詳しい内訳を調べ、次回議論の際に資料として示すと約した。

「基本診療料の議論を再開せよ」

【中医協総会】 診療報酬審議で診療側が要望

5月15日の中医協総会に診療側は全委員連名の意見書を森田中医協会長に提出、診療報酬に関する審議の進め方について2点要望した。

要望の1つは2014年度改定に向けた詳細な議論スケジュールの提示、もう1点は、診療報酬基本問題小委員会(基本小委)を早期に開催、基本診療料に

関する議論を再開することである。

14年度改定に向けた議論は、この間、入院、外来、在宅に関する自由討議こそもたれたが、検討されるべきテーマが山積みの中、前改定検証調査の結果待ちということで、具体的な議論はすべて先送りされている。

そこで、次期改定に向けた検討課題

と日程等の展望を明確にした上で、それを基に診療側の議論計画を組み立てたいとして、今回の要望を出したもの。

一方、基本小委は前改定直後の昨年2月に基本診療料に関する検討を始め、入院基本料に関しては、看護配置に偏した現行評価を医療必要度主体の評価へと変える方向で議論していくことで支払・診療側が合意。昨年7月には、基本診療料評価のあり方を検討する上で、次期改定論に向けた短期的な課題と中長期にわたるテーマの構造を明らかにしたレジユメ案が事務局から示された。

しかし、5回目の議論を重ねた昨年10月3日以降基本小委は開かれず、8ヵ月半もの間休会が続いている。

すでに、2014年度改定に向けた基礎的な議論が始まっており、このままでは、入院基本料の定義など基本診療料に関する中長期的な議論の機会が、次期改定の個別議論を前に失われようとしている。

診療側の要望に対して、森田会長は「事務局と諮った上で、極力、要望に沿うかたちでお答えしたい」と回答した。

「病棟単位」を新設か? 亜急性期医療の評価は大幅見直しへ

入院医療等の調査・評価分科会 機能と患者像明確化の上、各入院基本料での届出を増やす方向で検討

5月30日に開かれた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」は亜急性期入院医療管理料等に関する議論を行なった(詳細は次号に掲載)。

議論に際して、事務局(厚労省保険局医療課)は、地域医療で亜急性期医療に求められる機能として、①急性期からの受け入れ、②在宅・生活復帰支援、③緊急時の受け入れの3点を示した。

その上で、亜急性期入院医療管理料等の課題を、①高齢化の進展に伴い亜急性期医療の充実が一層重要、②患者の重症度・看護必要度が、13対1と回復期リハビリより低く、レセプト請求額は13対1より高い、③一部で特定除外や緊急入院の患者を7対1と同程度に受け入れており、また、7対1よりも在宅復帰率

が高い病室が多い、④療養病床にも、前の3点について7対1病棟と同程度の病棟がある、と整理。

論点として、(1)地域医療を支えるために亜急性期を充実すること、(2)亜急性期医療を病棟単位の評価に移行すること、(3)療養病床にも亜急性期機能をもつ病棟があること、(4)亜急性期機能を充実させるために患者像と機能を明確化してさらなる評価を充実させることをそれぞれどう考えるか、をあげた。

部会後、担当官は、(1)亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリ入院料との関係、(2)13対1入院基本料との関係、(3)配置を高めた療養病棟入院基本料との関係、(4)病棟単位と病室単位の関係性を議論のポイントにあげ、亜急性期入院医療の評価を大きく組み

変える方向性を示した。

また、「亜急性期には、今、新たな機能が求められているが、今回の調査からは亜急性期特有の患者像がみえない。今後、その点を明らかにしていかなければならない。亜急性期として示した3つの機能には、軽症急性期を担うサブアキュートもあると考える。分科会は議論の素材を示すところ。具体的には中医協での議論になる」との認識を示した。

さらに、「亜急性期医療の評価はいつまでも導入時(2004年4月)のままでいいとは思わない。なぜ届出病院が増えなかったのか、10年改定で見直した後、なぜ、一定の増加をみせたのか。その辺りも考えなければならない」と語り、高度急性期の受け皿機能を整える中で、7対1、10対1、13対1の各病院やケアミックス型病院における病棟・病室採用など、届出病院の拡大を図る方向で検討する意向をのぞかせた。



研修医の募集定員 激変緩和措置の2013年度末廃止で概ね合意

医師臨床研修部会 廃止の影響を懸念する意見に対して、都市部集中のより強い抑止を求める意見も

2015年度からの医師臨床研修制度見直しについて議論している医道審議会の医師臨床研修部会は、5月23日の会合で、①募集定員の設定方法、②地域枠への対応、③臨床研修病院群のあり方について検討、①については前回見直しした募集定員の設定方法を継続した上で激変緩和措置は予定どおり13年度末で廃止する、②については現行どおりマッチング枠内で運用していくという方向で概ね意見が一致した。③に関しては議論半ばで終わった。

この日は冒頭にヒアリングが行なわれ、全日本病院協会と日本病院会が陳述した。

全日病からは指導医講習会のプログラムディレクターを務める星北斗医療制度・税制委員会委員が出席、地方の研修病院として、町立病院や診療所等の協力施設とともに、救急から重急性期や在宅医療にいたるまでプライマリケアが幅広く身につくプログラムで研修医に高い満足度を与えている自院(星総合病院)臨床研修の状況を紹介した。

星参考人は、同部会委員に「医師偏在の原因を単に医師臨床研修制度に求める考え方には不満がある。そこで、地方の小さな病院がどのように苦勞し、かつ、がんばってプライマリケアが身につく研修を行なっているかを知っていただきたい」と語りかけた。

そして、「初期研修を終えるとほぼ全員が大学に戻ってしまう。だが、その後に医局からの派遣というかたちで自院に戻ってくる医師も少なくない。各病院とも地域でそれぞれ質の高い研修への努力を重ね、いつか医師が戻ってくることを願っている。これが研修

病院の実態である」と研修病院の意気地と誇りに触れて、報告を終えた。

一方、日病からは福井次矢臨床研修委員会副委員長が出席、現行臨床研修制度に対する見解を、①指定基準の「年間入院患者数が3,000人以上」という項目は撤廃すべきである、②研修プログラムは7診療科の必修に戻すべきである、③修了要件の1つである到達目標を満たしていない研修医がいる可能性がある。したがって、到達目標の達成度について、より厳密な第三者評価を行なうべきである、と説明した。

福井参考人の説明に、大学病院の委員からは「新医師臨床研修制度と医師不足・偏在との間には明確な関係がある。その事実を無視することができるのか」などの批判が相次いだ。

この日は、①募集定員の設定方法、②地域枠への対応、③臨床研修病院群のあり方について議論した。

前回の見直しから、募集定員は、全国の研修医総数を都道府県別人口で按分した数と都道府県別医学部入学定員数で按分した数の多い方に、地理的条件を勘案した数を加えるかたちで各都道府

県の上限を設定。各病院は、過去3年の研修医受入実績の最大値に医師派遣等の実績を勘案した上で、都道府県上限との調整を行なった上で設定されている。

ただし、①各都道府県の上限は前年度実績の90%を下回らないようする、②各病院の定員は前年度内定者数を下回らないようにする、いわゆる激変緩和措置が13年度末までとられている。

多くの委員は研修医が都市部に偏らないように調整する現行方法を肯定、激変緩和措置についても延長を図る必要はないという認識でほぼ一致した。ただし、桐野部会長(国立病院機構理事長)は「激変緩和措置を廃止すると都市部の研修医はさらに減少をたどる」と展望、「そうした変化は初期よりも後期研修をより重視する動きを加速させる可能性がある」と指摘した。

桐野部会長の言は、都市部に多い研修病院に対して、地方の大学病院の方に研修医がより集まりかねないことを懸念したものだ。この点は、神野委員(恵寿総合病院理事長・全日病副会長)も「激変緩和措置を廃止するだけでもきわめて大きな変化が生じる」と述べ、その影響を考察する必要を認めた。

桐野部会長は「急激な変化は地域医療にも大きな影響を及ぼす。段階的に考えざるを得ないのでは」と、激変緩和に向けた次善の策を検討する必要性を提起したが、逆に、小川委員(岩手医科大学学長)は「激変緩和措置を廃止す

るだけでは偏在解消につながらない」と発言、研修医がより地方に集まる策を検討すべきとの認識を示した。

桐野部会長は、議論を「激変緩和措置廃止の意見が多いので、とりあえずその方向で臨むものとし、廃止による影響を含め、今後、さらに詳しく検討したい」と整理した。

「基幹型臨床研修病院は、協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設(病院又は診療所)又は大学病院と連携して臨床研修を行う(病院群の構成は同一の2次医療圏内又は同一の都道府県内にあることが望ましい)」とされている研修病院の指定基準に関しては、以前から、大学病院の委員は「地域ごとに大学病院を軸とした臨床研修病院群をつくるべきである」と主張、こうした意見に、研修病院の委員は「大学病院を含む病院群を要件にすべきではない」と反対している。

この日も大学病院の委員はこれまでの主張を繰り返したが、時間不足もあって、議論は次回に持ち越された。

事務局(厚労省医政局総務課医師臨床研修推進室)は、8~9月にかけて制度見直しの骨格を固め(中間まとめ)、年内には最終報告をまとめる方針だ。しかし、論点は多々にわたり、検討済みのものも議論を深めるまでにはいたっていない。そのため、8月以降は同部会を月2回開催し、議論の時間を確保したいとしている。

特定行為の最終案や研修内容・研修施設基準を検討

チーム医療推進のための看護業務検討WG 研修期間は柔軟に設定。WGを再開、法改正後の作業を前倒し

看護業務検討WGは、3年近くかけて、看護師による診療補助行為のうち高度な技術と判断を要する医行為(特定行為)を、一定要件を満たした研修(指定研修)を修了した看護師に、医師の包括的指示とプロトコルのもと実施を認めるという制度設計を検討、その結果はチーム医療推進会議で「特定行為に係る看護師の研修制度案」にまとめられ、保助看法に位置づけられることになった。

保助看法の改正は今週の臨時国会に提出される予定であるが、同改正法によって、特定行為と指定研修の具体的な内容は新たな審議会で検討の上、省令で定められることになる。

そして、5月13日、法改正と当該審議会設置の前にそれらの具体的な検討作業を進め、厚生労働大臣が審議会に諮問する案をつくることを目的として、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」が再開された。

WGで、事務局(厚労省医政局看護課)は、3月29日のチーム医療推進会議がとりまとめた「特定行為に係る看護師の研修制度案」をあらためて説明。「特定行為の内容と領域」に関する検討を6月内に終え、引き続き「研修内容と研修方法および研修施設指定基準」の検討を9月いっぱいにとりまとめ、いずれもチーム医療推進会議に報告するという日程を示した。

特定行為に関しては、すでに29の行為について、本制度のもと看護師が行なえる医行為に位置づけるという案がWGで合意されているが、これ以外に27の行為が、看護師一般が行なえる行為であるかあるいは特定行為であるかの判断が「要検討」とされたままである。

今回は、この27行為に関する結論を導くとともに、特定行為に位置づけら

れる医行為すべてについて、それらを、とくに必要とされる診療領域別に分けるという作業が求められると、事務局は説明した。

特定行為の最終リスト作成に関連して、薬剤師の構成員は「看護師以外の専門職が現に行っている補助行為を看護師について医行為として認めるということは避けるべきではないか」と提起、その確認を求めた。WGは「それはすでに了解済みである」旨を再確認した。

特定行為を1つ1つ診療領域別に分けるのは、指定研修のプログラムを、領域別の特定行為で括った診療領域別に編成する必要があるからだ。

「研修内容と研修方法および研修施設指定基準」に関して、事務局は、①必須科目と実習の内容および単位数、②指導教員の要件と人数、③修了時の評価、④研修施設の要件の4点を検討事項にあげた。

指定研修の期間を検討事項にあげていないのは、指定研修受講者の能力水準、到達目標、プログラム内容、研修方法の議論が熟する過程で、研修時間がおのずとみえてくるとの判断にもとづくものと思われる。

例えば、指定研修受講者は当初案では「看護師業務5年以上」とされていたが、WGにおける議論で、そうした「外形的基準」はふさわしくないとされ、枠組みとしては条件を課さないことにした。とはいえ、ではどのようなレベルの看護師が受講するのか、現時点ではみえず、プログラムを組む上で判断しにくいところがある。

この問題はこの日のWGでも議論となったが、「診療領域でも異なるため柔軟に考える」ことで概ね一致した。

次に、到達目標に関しても、そのイ

メージは、「かなり高度な能力が求められる」「認定看護師が参考になる」など、WGの構成員によって異なる。

前者は、例えば、当初案にあった「大学院における教育=2年制」のイメージを踏襲しているが、後者は当該領域の特定行為の能力が養成される、例えば、当初案の「研修機関における教育=8ヵ月制」をイメージしている。「ジェネラリスト」か「スペシャリスト」のどちらを指向するかでプログラムの内容と研修期間は大きく異なる。

この問題に、さらに、研修方法が大きくかわってくる。すなわち、座学部分をeラーニングで可能とする方法を導入した場合、期間はある程度長期にわたることが考えられる。

この日も、複数の構成員から「現に従事している看護師が仕事を続けながら研修を受けられるようにすべき」という意見が出た。そのためは、eラーニング等の通信教育とスクーリングの組み合わせが考えられるが、おちこぼれを出さないためにはゆとりをもった研修期間の設定が不可避となる。

この問題に関連して、複数の構成員が「充実した実習を確保する必要」や「研修後の研修についてもなんらか担保する必要」を訴えた。OJTの考え方によっては、勤務先で実習環境を確保するという発想もあり得る。指定研修の受講者を増やし、この制度の普及を考えると、「大学院における教育」よりも「研修機関における教育」が実効性に富むことになり、実は、この制度の枠組みが最終段階で大きく修正された背景には、後者による看護師の養成が現実的かつ看護現場に与える影響を小さくできるという厚労省の判断がはたらいたと思えるところもある。



▲山積み資料を前に会合に臨む神野副会長(右端)

星構成員(星総合病院理事長)は「この研修が、今後の、新人教育を含めた全国の看護師教育の1つのモデルとなり、全体の底上げにつながっていくものとすべきではないか」と提起し、がんじがらめの枠組みに対して、一定の自由度をもった柔軟な研修制度とすることを提案した。

これに対して、最初の看護業務実態調査と特定行為案作成にかかわった前原構成員(防衛医大教授)は、救急や周術期あるいは在宅医療などである程度医師を補佐できる高度な看護師の育成をイメージする立場から、「認定看護師プラスアルファなのか、もう少し基礎的な医学教育や看護教育を身につけた人を養成するのか、その辺りのコンセンサスが得られていない」と不満を述べ、星発言を「それでは話が元に戻ってしまう」と論難した。

こうした議論に、有賀座長(昭和大学医学部教授)は「この間の試行事業を見ると、認定看護師が研修を受けるケースが多い。そうしたスタートを否定するものではないが、現実的には、看護師のキャリアアップというかたちで参加する人も出てこよう。それを否定することもできないが、しかし、この制度がそのレベルにとどまるとも思えない」と整理。研修プログラムの具体案をWGの大滝委員(東京医大教授)ほかに委ね、次回以降、具体案をもとに議論を煮詰めていくことを確認した。

7対1・10対1の見直しめぐり意見分かれる

入院医療等の調査・評価分科会 厚労省 急性期受皿の視点含む亜急性期のあり方を議論の意向

5月16日に開かれた中医協・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、一般7対1病棟の実態と7対1・10対1入院基本料における長期入院患者に関する調査結果を踏まえた2014年度改定の論点をめぐり、白熱した議論を展開した。

論点には、7対1入院基本料要件への在宅復帰率導入と7対1と10対1病棟における特定除外制度の見直しを提起するものがあり、分科会委員である神野正博全日病副会長は、こうした方向での性急な議論に反対し、慎重な検討を求めた。

議論の中で、事務局(厚労省保険局医療課)は、今後、急性期の受け皿機能を含む亜急性期のあり方が大きな議論テーマになるという認識を示した。(1面・3面各記事を参照)

一般病棟入院基本料の調査対象は1,800施設だが、回答は169施設(9.4%)に過ぎない。

調査結果の報告は、「平均在院日数が長い7対1病院の手術件数は少ない傾向にある」と、あるいは「介護施設等からの入棟患者の割合が高い7対1病院の手術件数は少ない傾向にある」と指摘したが、前者の標本数はわずか10病院、後者も16病院に過ぎない。

この低回答率に関して、神野委員(恵

寿総合病院理事長・全日病副会長)は、「急性期の病院は医療区分で患者の病態をはかることはない。調査は、しかし、全患者を対象に医療区分の判定を求めた。そうしたことへの戸惑いが低回答率の背景にあるのではないか」という見方を示し、強引な調査手法に疑問を唱えた。

7対1要件と7対1・10対1特定除外制度の各見直しに、分科会委員の意見は賛成、慎重、反対に分かれ、白熱した

議論が繰り広げられた。それは、集計結果を分析評価して中医協への報告をまとめるというよりも、中医協の審議そのものであった。

事務局は、一般病棟以外の調査結果をも踏まえ、今後も、①看護必要度のデータを踏まえた各病棟の患者像、②急性期の受け皿論としての亜急性期入院医療管理料、③地域特性に配慮した病棟のあり方、が議論されることを明らかにした。

その上で、亜急性期については、病床単位であることや、7対1長期患者の受け皿機能という面から患者像が検討テーマとなるなど、入院医療に関する一番大きな議論になるという認識を明らかにした。

また、7対1の平均在院日数に関しては、①入院基本料の要件、②特定除外患者、③短期手術を多く算定する病院



▲神野副会長は7対1の在宅復帰率要件に反対したという3つの面から論じていきたいとした。

分科会後のブリーフィングで、医療課の一戸課長補佐は、7対1と10対1の見直しは「受け皿論を踏まえた上での議論になる」との認識を表明。

また、その受け皿として想定される亜急性期については、「医政局の議論で亜急性期は病棟単位の機能として提起されている。その一方、亜急性期入院医療管理料は病室単位の特特定入院料である。こうした点も含めて亜急性期入院医療の評価のあり方ををどう考えていくかという課題がある」と述べ、病棟または病床単位という施設標準も重要なテーマとなることを明らかにした。

入院医療等の調査・評価分科会(5月16日)の議論から

【平均在院日数について】

●回収率が低い、追加調査をしなくてよい。

一戸医療課長補佐 回収できた医療機関の病床分布は全国平均と近い。地域も全国にまんべんなく分布。大きな偏りはなく、代表性はあると考える。

●平均在院日数は将来的に15日程に収まるといい。短期手術が多い病院には何らか対応を図るべき。介護施設からの患者は他の患者と明らかに違う。それを踏まえて、7対1のあり方を考えるべき。7対1は中小病院が多い。見直しても急性期病院に大きな影響はない。

●このデータは地域性については分析したのか。

補佐 していない。7対1に地域性はあまり関係ない。分析すべきは病院と機能の問題ではないか。

神野委員 調査結果には7対1の中小病院の特徴が出ています。これはよし悪しではなく、そうした患者像を扱う病院とそうではない病院では機能が異なるということだ。どういうタイプの患者を入れているかで7対1にも色々な機能があると理解すべきではないか。単に入院期間が長い、介護施設からが多いということでは7対1病院の一部を排除するというのはやめるべきだ。在宅復帰率が出てくるが、超急性期からいきなり在宅というのはおかしい。超急性期から次の機能の病院にゆき、そこから在宅に行くというのが、今までの機能分化の議論。在宅復帰率を求めるのなら、条件を色々考えてもらわなければならない。

●7対1はDPC同じく2極化している。90日超があるというが、問題は転院がリーズナブルであるかだ。適切な施設に転院させる機能があるかが7対1の評価としてあっていい。

●地域によっては介護施設の急変患者を7対1で引き受けるしかないところもある。7対1の患者像、病態は今回調査では把握が難しい。

●高度な医療をする、特殊な疾患をみる、在宅看取りを引き受けると、7対1病院は3つに分かれる。ここでは、7対1は高度急性期ということをはッキリさせることが大切。特殊な疾患を短期間で回している病院と看取りをしている病院は、例えば介護の人を増やす仕組みの中でやっていくことが必要。そういう意味で区分していく必要がある。

神野 本格的急性期、専門特化型とともに地域一般病棟のような在宅支援機能をもった7対1もある。救急では介護施設の患者と似た高齢者が増えている。

こうした高齢者を、休日や深夜に、急性期病院以外で受け入れることは可能かという状況も併せて考えるべき。

●総合病院と専門病院では明らかに患者像が違う。平均在院日数だけを論じてもだめだ。疾患のケースミックスを考え、7対1病院は、複雑性や効率性も加味して考察すべきだ。

●7対1病院で看取りをするのが適切か。在宅療養後方病院という機能が地域で発揮できる仕組みにしていけば、DPCや7対1病院に高齢者がいくということはなくなくなる。

●地域によっては7対1にする必要があるケースがどうしても出てくる。

補佐 議論の基本として外してほしくないのは、7対1病院の機能を評価するのではなく、7対1の病棟はどういうものであるかという点だ。その病院がどういう機能をもっているかというのは、また、別の議論ではないかと考える。

【特定除外患者について】

●7対1や10対1の特定除外患者は前改定と同様の見直しが必須。

神野 医療区分は慢性期患者の区分であり、急性期には別な病態がある。急性期病院は医療区分を測ったことがない。この調査の回収率が悪かったのは、それが影響している可能性がある。これは調査開始前に懸念した通りで、それを無理やりやった結果を基にどうだこうだというのは乱暴な話だ。7対1に入っているのは、特定除外項目に当てはまる状態がありながら、その病状が刻々と変化している患者である。こうした患者を他のところで診ることができるのか。こうした病態をきちんと把握しないといけない。

補佐 長期入院患者については看護必要度の調査もしている。次回以降示したい。病棟横断的に同じ評価項目で患者を見たときに、一般と療養に違いがあるかという点が明らかになるだろう。特定除外に関しては、すでに13対1や15対1でこうした考え方をしている。したがって、この点に関しては同じやり方で見ていただくことになる。

●特定除外患者は数%しかない。このくらいならば平均在院日数に加えておかしくない。13対1や15対1は見直したのに、10対1や7対1は見直さないというのは通らない。

●現場は努力をした結果、なお、数%の患者が残っているというのが実態ではないか。

●特定除外患者が数%というの相当改善した結果の数字。時間経過とともに然るべきところに収束していく。もう

少し観察してもよいのではないか。

神野 私は特定除外廃止の是非を云々しているわけではない。この制度を見直した場合に、その後で診るところがあるかどうかを問題にしている。後方病床が確保されなければ難民が増えるだけである。相当慎重な議論が必要ではないか。場合によったら、病院別になっている看護配置を病棟別にするなり、傾斜配置を認めることによって、急性期病院の中で慢性期的な患者を診れるようにする、あるいは、短期手術をこなして平均在院日数を短くしている病院の看護基準を薄くするという、病院ごとにケアミックス的な考え方、看護配置上のケアミックスがあってもよいのではないか。

●特定除外項目は再検討できるのか。急性期病院として、これも該当するという疾患もあるのではないか。DPCには特定入院期間があり、90日超患者の評価になっている。そういうケースミックスが存在していて、それがDPCでは認められているにもかかわらず、ここの議論で議論されるというのは制度的に矛盾していないか。

補佐 特定除外項目の1つ1つを議論すると、何を議論しているのか分からなくなる。まずは、この制度自体をどうするかという議論をしていただきたい。これを1つでも残すと、また、あれもこれもという議論になる。

●実態としての7対1と今後の7対1とを考えていかなければならない。今後の7対1については、複雑な病態像を擁したケアミックスみたいなところを考えてはどうか。11日～15日という在院日数を目指していくには、そういう病院を作っていかなければいけない。

補佐 患者像に関しては今後看護必要度の議論の中で病棟の中でどういう患者を診ているかという話が、受け皿論としては、亜急性期入院医療管理料の議論が、今後控えている。地域性については、地域特性に配慮した病棟のあり方が今後の議論になってこよう。その中で、一番大きな議論になるのは多分亜急性期ではないか。亜急性期については病床単位になっている点もあるが、その患者像はどういうものかという点を、7対1で入り組んでいる患者の受け皿機能(になり得るか)といったところをどうみていくか、その辺りが今後の議論になるのではないかと。

●色々努力してきた結果、特定除外患者の割合は3.7%になった。これをなくすと地域医療に悪い影響が懸念される。平均在院日数をいじるのなら、相

当な対策が必要になる。

●特定除外患者を加えても平均在院日数は1.5日しか増えない。なら、そういう患者は療養病床に回してほしい。特定除外制度はすでに役割を終えた。

補佐 平均在院日数の議論はいくつかに分かれている。①入院基本料の要件をどうするか、②平均在院日数に含めていない特定除外患者をどうするか、③平均在院日数に入っても7対1における短期(手術)の病院をどうするかと。その中で、7対1の病棟としての評価がどういうかたちであり得るのかを議論していただいている。

神野 今のままで平均在院日数を短くする、特定除外を止めると、後方病床がなければ難民が出てしまう。その人たを誰がみるのか、そこをしっかりと議論しないとならない。

補佐 今回調査では退院をめぐる状況も調べている。次回示すので、それをもとに、受け皿論や診療報酬のあり方を議論してほしい。

●急性期医療は在宅復帰率を高めるとい基本形をしっかりと論じるべきである。

●在宅復帰率を重要な視点とする考えに賛成。

神野 急性期病院がすべて在宅復帰率を追求するとすると、今の機能分担の議論がおかしくなる。高度急性期を含む急性期病院は、亜急性期やポストアキュートにどうつなぐかという視点が大切だ。

宇都宮医療課長 この調査結果は現状評価の議論となるが、もう1つ、今後医療がどう変わっていくかという議論も必要ではないか。高齢者が増加し、治る疾患から治らない疾患を沢山抱える人が増えてくる、そういうときに7対1が本来は治す病棟として機能すべきところ、今や35万床もあって、13対1は3万強しかない。こういう医療資源配置でよいのかといった議論もあるだろう。そういう中で受け皿がないという。それは当然で、みんな7対1に行ってしまうからだ。その辺りをどう考えるのか。さらには、医療と介護を必要とする人が増えてくる中、介護職員は痰の吸引や経管栄養ができるようになり、今までは急性期病院でなければできなかったものが、少しずつ療養病床でも扱われるようになってきた。介護でも、老健で肺炎を診れるようになった、あるいは看取りの評価が充実されてきた。というように状況が変わってきている。そういうことも含めて、現状は現状として評価するが、それを将来にどうつなげていくかという視点の議論をお願いしたい。

特定接種対象となる登録事業者はBCP策定が条件

BCPのモデル案を全日病HPに掲載。各病院の活用を期待

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

政府は、5月14日の新型インフルエンザ等対策有識者会議に「新型インフルエンザ等対策ガイドライン案」を示し、有識者会議は、一部表現の修正を付して同案を了承した。ガイドライン案は内閣府によって、5月17日にパブリックコメントにかけられた。締め切りは6月15日である。

有識者会議は、4月16日に「新型インフルエンザ等対策政府行動計画案」を議論の上、了承している。政府行動計画案は4月18日付でパブコメにかけられ、5月17日まで意見を受けつけた。その後、政府によって最終決定されることになる。

新型インフルエンザ等対策は、特別措置法が制定され、政府行動計画が策定され、そして、今回のガイドラインにいたった。国の行動計画は、秋口にも、都道府県の手で具体化されることになる。したがって、我々医療機関も、秋口までに、必要な対策を講じることが求められる。

ガイドライン案は、「水際対策に関するガイドライン」「まん延に関するガイドライン」など10の領域からなる。このうち、サーベイランスと予防接種に関する2つのガイドラインは、今回、新たにつくられたものだ。

医療機関として重視されなければならないのは、「医療体制に関するガイドライン」と「事業者・職場における新型インフルエンザ等対策ガイドライン」である。とくに、後者では事業継続計画(BCP)の策定を求めており、各病院は詳しく読み込んでいただきたい。

「まん延防止に関するガイドライン」には「濃厚接触者対策」が示されている。

これに関しては有識者会議でも議論があり、委員からは「濃厚接触者は基

本的には地域発生早期にしか分からないのに、後になって濃厚接触者対策を云々するというのはおかしくないか」との疑義が示され、事務局(内閣官房新型インフルエンザ等対策室)は表現の修正の必要を認めた。

「医療体制に関するガイドライン」では、「未発生期」に、都道府県等は「2次医療圏等を単位とし、保健所を中心とし、医師会、医療機関等と対策会議を設置し、医療体制の整備を推進する」と、医療機関等は「診療継続計画、帰国者・接触者外来の整備、入院病床の確保等の体制整備を行なう」とされている。

「地域感染期」には一般の医療機関でまかなうことが求められるため、「軽症者は在宅療養、重症者は入院治療」という対応をとることになる。それでも収容能力を超えた場合には病診連携や病病連携によって分担し合う、さらには臨時的医療施設を設置していく。病原性が非常に高い場合など都道府県知事による通常の協力依頼のみでは医療の確保ができないような場合や、この臨時施設の設置の場合のような医療提供時には、医療関係者に対する都道府県知事の要請、指示がなされ、その時には補償等がなされることになる。

「事業者・職場のガイドライン」には、業務計画とBCP策定・実施の留意点がまとめられている。特措法第3条に基づく「指定(地方)公共機関」には新型インフルエンザ等対策に関する業務計画を作成する責務があるが、特措法第28条に基づいて特定接種が実施される「登録事業者」も、発生時の事業継続を確実にするためにBCPを策定、その一部を登録時に提出する必要がある。各医療機関は登録事業者に登録されていないと特定接種を受けることができない。

したがって、指定公共機関に指定されている全日病は事業計画を作成しなければならないが、会員病院も、特定接種の対象となる登録事業者になる場合には、BCPの策定が求められる。BCPの内容は別表を参照されたい。

私は、有識者会議の打ち合わせの際に事務局にいくつかの質問を行ない、回答を得た。その1つが「予防投与」と「事前処方」の違いである。

インフルエンザ等の発生(が予想される)国に入国するケースは、副作用やウイルス耐性化を避ける、さらには抗ウイルス薬の効率的な使用という見地から「予防投与」の対象とならないが、事前に医師の処方を受けた上で海外にタミフル等を持参して服薬する「事前処方」は問題ないということであった。

各病院がBCPを策定する際に、感染期に備えて一定病床をどう確保していくかという問題に直面するが、その際、空床補償がなされれば対応が容易となる。こうした病院側の意見に対しては、「ガイドラインではそこまでの空床確保は求めてなく、入院可能な病床のチェック、患者が増えてきた場合に軽症患者者に自宅療養を求めること等を記している。空床補償は現時点では想定していない」という見解であった。

BCPに関連して、BCPの最新の国際マネジメントシステム規格であるISO 22301は演習の実施を求めているため、非常時に大変有効である。こうした



▲有識者会議に臨む永井理事(左端)

ISOに言及しないことの理由を質したところ、「そこまでの推奨はできないが、ガイドライン巻末の参考資料に記載できないか検討したい」との回答を得た。

また、登録事業者のBCPに関して助言を求めたところ、「登録事業者が登録する際に提出が求められる事項については、登録の際の要綱にその具体的な項目が記載されると思われるが、内容的には、このガイドラインの内容が想定される」ということであった。

BCPに関しては、厚生労働省が、労働科学研究所の吉川所長に科研費による研究を委託し、「新型インフルエンザ等発生時における診療継続計画(案)」を作成してもらっている。

BCPの雛形は、無床診療所向け、中小規模病院(300床未満)、大規模病院の3つからなると予想されるが、私の手元には前2者しかない。いずれも、自院診療業務の特徴や各地域行動計画下の自院役割に応じて修正した上で、策定することが可能だ。

この「診療継続計画(案)」は全日病のホームページに掲載してあるので、会員病院に限らず、各医療機関は自由に活用いただきたい。

□新型インフルエンザ対策ガイドライン案の構成と概要(抜粋)

- 1. サーベイランスに関するガイドライン 略
- 2. 情報提供・共有(リスクコミュニケーション)に関するガイドライン 略
- 3. 水際対策に関するガイドライン 略
- 4. まん延防止に関するガイドライン
 - ◎患者対策
 - ・地域発生早期には、感染症法に基づく対策(入院措置等)を、地域感染期には、感染症法に基づく措置は実施しないが、患者には感染力が無くなるまで外出しないよう求める。
 - ◎濃厚接触者対策
 - ・地域発生早期には、感染症法に基づく対策(健康観察、外出自粛の要請、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与等)を実施。
 - ◎地域対策及び職場対策
 - 地域対策／
 - ・国民に対し、マスク着用・咳エチケット・手洗い・うがい、人混みを避ける等の基本的な感染対策を実践するよう促す。
 - ・新型インフルエンザ等緊急事態においては、国の基本的対処方針に従い、都道府県は、必要に応じ、不要不急の外出自粛要請や施設の使用制限の要請等を実施(期間・区域の目安を記載)。
 - 職場対策／ 略
- 5. 予防接種に関するガイドライン
 - ・特措法に基づき、医療の提供並びに国民生活及び国民経済の安定を確保するため、政府対策本部長が必要があると認めた時にガイドラインに定める業務に従事する者に特定接種を実施する。未発生期に特定接種の対象事業者を登録、接種体制を整備し、発生時に実施する。
 - ・特措法及び予防接種法に基づき、市町村を実施主体として、住民に対する集団的予防接種の接種体制を整備し、発生時に実施する。等

- 6. 医療体制に関するガイドライン
 - ◎未発生期
 - ・都道府県においては、保健所を設置する市及び特別区が管轄する地域を含め、二次医療圏等の圏域ごとの医療体制の整備状況を随時フォローアップするとともに、必要な助言、調整を行える体制を整備する。
 - ・都道府県等は、2次医療圏等を単位とし、保健所を中心とし、医師会、医療機関等と対策会議を設置し、医療体制の整備を推進
 - ・医療機関等における体制整備(診療継続計画、帰国者・接触者外来の整備、入院病床の確保等)
 - ◎海外発生期・地域発生早期
 - ・帰国者・接触者外来、帰国者・接触者相談センターの設置
 - ・PCR等による検査体制の整備及び運営
 - ・感染症指定医療機関等への入院措置の実施
 - ◎地域感染期
 - ・一般の医療機関における診療(軽症者は在宅療養、重症者は入院治療)
 - ・医療機関の収容能力を超えた場合の対応(病診連携・病病連携、臨時的医療施設の設置の検討)
 - ・都道府県知事の医療関係者に対する要請・補償等
 - ・電話再診患者のファクシミリ等による処方
 - ◎小康期
 - ・対策を段階的に縮小
 - ・対策の評価及び第2波に対する対策
 - 7. 抗インフルエンザウイルス薬に関するガイドライン【投与】
 - ◎治療方針
 - ・治療薬の選択や治療方針に関する専門的な知見を情報提供する。
 - ◎予防投与の対象者
 - 新型インフルエンザウイルスの曝露を受けた次

- の者に対しては、海外発生期及び地域発生早期には予防投与の対象とする
- ・患者の同居者(地域感染期以降は予防投与の効果等を評価し決定)
- ・濃厚接触者
- ・医療従事者等・水際対策関係者
- ・世界初発の場合の集中的医療提供対策が実施される地域の住民(有効性が期待される場合)
- 8. 事業者・職場における新型インフルエンザ対策ガイドライン【事業継続計画の策定】
 - 新型インフルエンザ等対策体制の検討・確立
 - 従業員に対する感染防止策の検討、実施
 - ・症状のある従業員の出勤停止、発症者の入室防止の方法の検討・実施
 - ・マスク着用・咳エチケット・手洗い・うがい、職場の清掃などの基本的な感染対策の推奨
 - 感染防止策を講じながら業務を継続する方策の検討・実施
 - ・在宅勤務、時差出勤、出張・会議の中止
 - ・職場の出入口や訪問者の立入場所における発熱チェック・入場制限
 - ・重要業務への重点化
 - ・人員計画立案、サプライチェーンの洗い出し等
 - ・欠勤者が出た場合に備えた、代替要員の確保
 - 従業員に対する教育・訓練
 - ・職場に「症状がある場合は、自宅療養する」という基本ルールを浸透させる
 - ※指定(地方)公共機関は、新型インフルエンザ等対策に関する業務計画を作成する責務がある。特定接種の対象である登録事業者は、事業継続計画を登録時に提出する必要がある。
 - 9. 個人、家庭及び地域における新型インフルエンザ等対策ガイドライン 略
 - 10. 埋火葬の円滑な実施に関するガイドライン 略

四病協

未収金実態の調査へ、治療費未払問題検討委を再設置

四病院団体協議会が5月22日に開いた総合部会は、治療費未払問題検討委員会を再設置することを決めた。病院における未収金の実態を再度調査する方針だ。

治療費未払問題検討委員会は2005年



6月に設置され、同7月に未収金実態調査を行ない、04年度の1年間で回答施設の93.5%に未収金が発生、その合計額は約218億9,413万円(1施設平均716万円)に達していることを明らかにした。

四病協 2次急検討委が救急医療体制の議論を再開

5月22日の総合部会は、このほか、2次救急に関する検討委員会(委員長・加納繁照医法協会会長代行)を再開し、増加する高齢者搬送の問題を中心に、救急医療体制のあり方について検討を行なうことを確認。さらに、医療保険・診

その後、09年夏に2回目の調査を実施した。

それによると、08年度の1年間に回答施設の93.8%で未収金が発生、その額も136億1,234万円(1施設平均548万円)

療報酬委員会(委員長・猪口雄二全日病副会長)に対して、「地域一般病棟」構想の深化と患者像調査に向けた検討を付託することを決めた。

「地域一般病棟」に関しては、政府の一体改革で示されている「地域一般病

と、前回調査よりは約100億円減ったことが分かった。こうした活動によって一定の成果を収めることができたとして、四病協は11年4月に治療費未払問題検討委員会を廃止している。

床」や「地域密着病床(病院)」との概念の違いを明確にすることを指す。患者像に関しては、急性期病床における長期入院患者について、慢性期の医療区分を用いた病態や状態像が詮議されているため、重症な透析患者など、急性期医療を必要としている患者の実態を把握するための調査について検討する。

国民会議の議論に対する意見案をまとめる

医療保険部会 賛否含む意見を列記。保険制度中心で提供体制の意見はわずか

社会保障審議会の医療保険部会は5月27日の会合で、事務局(厚労省保険局総務課)が示した社会保障制度改革国民会議の議論に対する同部会の意見を了承した。

意見書には、3回にわたる議論で示された各委員の発言が、集約されることなく列記されており、文面の最終判断を遠藤部会長(学習院大学教授)に委ねた。意見は「社会保障審議医療保険部会における主な議論」と題し、5月29日に公表された。

医療保険部会には国民会議の議論が

総論中心で具体策に欠けるという不満が強く、「相当程度偏った狭い幅の中での議論にすぎない」「真髄をついた議論をしてほしい」などの辛らつな表現も交えた、部会の気分を色濃く映し出す意見書となった。

意見書は、まずは、逼迫する医療保険財政の解決策や負担構造など高齢者医療のあり方が十分論じられることなく、議論が「後期高齢者支援金の在り方と国保の保険者をどうするか」ということに絞られて「いる点を、「2025年まで皆保険制度の持続性をどうやって担

保するかというビジョンがほしい」と批判した。

国保の保険者を都道府県にするという案に関しては、そういう「局所的な議論のまま、医療、介護に関する議論が一巡したと整理されたことは極めて残念」と批判する一方で、そうした「方向性を打ち出した点は高く評価する」という意見も並べた。

消費税引上げ分については、「被用者保険の窮状に何ら手当することになってない」と不満を表明、保険財源に投入するよう注文をつけた。

療養の範囲に関しては、「根本的、抜本的な見直しが必要」という意見と「国民が給付を受けている保険の範囲を外していくという議論には強く反対」と

を併記した。

診療報酬か補助金かの問題については、「診療報酬がメインで補助金はサブとすべき」もしくは「(両者の)最適な組み合わせを考えていくべき」とし、国民会議で提案されている消費税を投入した基金方式に否定的な見解を表明した。

「保険医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与」や「地域ごとの診療報酬」に関しては反対意見を並べた。「外来受診の定額自己負担」には賛否両方の意見を併記、フリーアクセスを一定程度抑制することには理解を示す意見を明記した。

在宅医療に関しては「在宅療養後方病院を地域ごとで作る」案を盛り込んだ。

機能評価係数Ⅱ

臨床研修病院と総合病院精神科・在宅医療の評価を提案

DPC評価分科会

医師派遣の評価も検討。Ⅲ群病院の外来データ評価の見直しも俎上に

DPC評価分科会が5月22日に開かれ、次回改定に向けて機能評価係数Ⅱの見直しの議論を開始した。

現行6項目の見直しとして、事務局(厚労省保険局医療課)は、データ提出指数に、提出データの質を高める見地から、臨床研修病院における研修医に対する保険診療教育の推進を評価項目として追加すること、また、地域医療指数に総合病院精神科、在宅医療、医師派遣機能の各評価を追加することを検討課題として提案、もっぱら両指数をめぐって議論が展開された。

研修医に対する保険診療教育を評価していく考え方について、分科会では、教育のアウトカム評価が難しいなど否定的な意見が示されたが、事務局は次回以降の議論でより踏み込んだ提案を行ないたいとしている。

現行6項目に関しては、これ以外に

も、Ⅲ群病院のみ外来データの提出を係数Ⅱで評価していることの是非とデータの質評価の対象を病名コード以外(様式1の項目等)に拡げられることを検討課題にあげた。

外来データについては「Ⅲ群病院もⅠ・Ⅱ群と同様に義務化すべし」という声が複数の委員からあがった。

地域医療指数への評価項目追加案

は、2013年度からの医療計画に精神疾患と在宅医療が加えられたことを受けたもの。総合病院精神科を評価する必要性には肯定的な意見が示されたが、在宅医療に関しては「DPCで在宅医療を行なっている病院はあるのか」など、疑問視する向きも一部にあった。

また、医師派遣機能の評価に関しては分科会に否定的な意見が強いが、事

務局は、あえて検討課題にあげた。

現行6項目への追加として、分科会では以前から診療情報の公表を評価する「病院指標の作成と公開」が検討課題にあげられているが、事務局はこの日、係数Ⅱの7番目に新設するか否かについて指標案の実効性等を今年中に調査、その結果を踏まえて検討する方針を提案、分科会はこれを了承した。これによって、病院指標は14年度改定以降の課題となった。

機能評価係数Ⅱと医療機関群の関係についても、次回以降議論される予定だ。

規制改革会議

6月答申に保険外併用療養費拡大は盛り込まず

5月22日の規制改革会議は健康・医療WGと創業等WGがまとめた報告原案を踏まえ、6月半ばに安倍首相に提出する答申素案(総論)の検討を行なった。健康・医療WGの報告原案は再生医療の推進に力点を置いているとみられるが、同会議は両WGの資料を「答申が決ま

るまで公表できない」としている。

会議後の会見で、岡素之議長(住友商事相談役)は、健康・医療WGの報告原案が、再生医療製品を患者に円滑に供給するために保険外併用療養費制度を積極的に活用するよう提言していることに言及。

その上で、議論時間の不足を理由にあげ、今回の答申には保険外併用療養のさらなる拡大策の提案は盛り込まないことを明らかにした。同制度の適用提案は再生医療中心になることを示唆したもの。

岡議長は、「保険外診療の対象分野をさらに拡大していくというのが基本的な考え方なので、来期から具体的な議論に入っていく」考えを示した。

2013年度第1回常任理事会の抄録 4月20日

【主な協議事項】

●2012年度事業報告案・事業実績報告案

2012年度事業報告案・事業実績報告案が承認された。6月の定時総会に諮られる。

●役員改選の日程等

6月22日の定時総会で行なわれる役員改選の日程案等が承認された。

●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

熊本県 桜十字病院

この結果、日帰り人間ドック実施指定は合計482施設となった。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。

北海道 札幌緑愛病院 理事長 羽二生輝樹

青森県 村上病院 理事長 村上 惇

栃木県 石橋総合病院 院長 山口圭一

千葉県 千葉市立青葉病院 病院事業管理者 守屋秀繁

千葉県 国保松戸市立病院 院長 江原正明

神奈川県 済生会若草病院 院長 相馬民太郎

神奈川県 総合高津中央病院 理事長 加藤信夫

福井県 福井県済生会病院 院長 田中延善

静岡県 すずかけヘルスケアホスピタル 院長 久野智彦

静岡県 天竜すずかけ病院 院長 西川方夫

愛知県 東海市民病院 院長 千木良晴ひこ

愛知県 犬山中央病院 理事長 竹腰昭道

滋賀県 済生会滋賀県病院 院長 杉本 徹

大阪府 和田病院 理事長 和田 忍

愛媛県 奥島病院 理事長 奥島伸治郎

福岡県 宮田病院 理事長 入江 伸

熊本県 東病院 理事長 東 謙二

熊本県 水保協立病院 院長 川上義信

鹿児島県 米沢病院 理事長 米澤士郎

ほかに4名が退会した結果、在籍会員数は2,436人となった。

準会員として以下の入会が承認された。

福岡県 山桜クリニック 院長 許田重律

賛助会員として以下の入会が承認された。

株式会社関西マガジン放送局

(大阪府・前田隆義代表取締役)

【主な報告事項】

●2012年度老人保健健康増進等事業報告書

2012年度老人保健健康増進等事業として厚労省より受託した「医療機関と連携した在宅療養支援における情報提供・情報共有の実態把握及び地域包括的な情報システムのあり方の調査研究」報告書が完成、その概要が報告された。

●病院管理士資格の更新制度について

病院事務長研修コースを修了して評価試験に合格した受講者を病院管理士に認定する制度に資格更新を導入する旨の報告があった。2013年度から実施する。

●支部長の交代

以下の2支部で支部長の交代が行なわれた旨が報告された。

神奈川県支部 旧支部長 赤枝雄一氏

新支部長 山本 登氏

埼玉県支部 旧支部長 天草大陸氏

新支部長 中村康彦氏

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

3月1日付で以下の20会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

◎一般病院

北海道 函館新都市病院 更新

青森県 十和田東病院 更新

宮城県 仙台オープン病院 更新

福島県 南東北福島病院 更新

埼玉県 埼玉協同病院 更新

滋賀県 近江八幡市立総合医療センター更新

大阪府 八尾徳洲会総合病院 更新

香川県 三宅医学研究所附属三宅リハビリテーション病院 更新

福岡県 戸畑共立病院 更新

福岡県 姫野病院 更新

鹿児島県 鮫島病院 更新

◎複合病院

北海道 恵和会西岡病院 更新

北海道 札幌第一病院 新規

岩手県 美希病院 新規

東京都 嬉泉病院 更新

岐阜県 河村病院 更新

兵庫県 神戸マリナーズ厚生会病院 更新

岡山県 金光病院 更新

徳島県 たまき青空病院 更新

徳島県 稲次整形外科病院 更新

3月1日現在の認定病院は合計2,409病院。そのうち、本会会員は962病院と、会員病院の39.7%、全認定病院の39.9%を占めている。

支部訪問／第4回 愛知県支部
全日病各支部の現状と地域医療の課題を探る

愛知県支部の会員数は57人。全日病創設時からの歴史を誇る「老舗」支部の1つである。全日病前理事を務めた後、現在は支部長に専念している藤田民夫氏(写真)に、愛知県支部の現況と今後の展望をうかがった。(支部訪問は不定期に掲載します)

「医療の未来を考える勉強会を手がけたい」

病院協会が林立する中、他団体と連携する一方、全日病の存立基盤を模索



愛知県の病院数は329(2010年10月現在)。内訳は、国立が8施設、県立が4、市町立が30、それ以外の公的が12、残る275が私立病院ということになる。開設者の構成から分かるように、伝統的に公的病院の存在感が強い地盤である。市町立病院も500床以上の大病院が4分の1近くを占めるなど、比較的規模が大きい。

愛知県は県の病院協会に225病院が加入、その組織率は68%にも達している。医療審議会、同医療対策部会、同医療計画部会などの主要審議会だけでなく、愛知県健康づくり推進協議会、愛知県生活習慣病対策協議会といった医療施策を検討する場に委員を派遣、県と病院をつなぐ着実なパイプを確保している。

愛知県は、また、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会が、それぞれ多くの病院を組織し、活発な活動を行なっている。例えば、医法協と日精協(いずれも愛知県の一般社団法人)は、県病院協会とともに愛知県の医療審議会に委員を出している。医法協は県病院協会とともに医療計画部会にも参画している。

一方、全日病愛知県支部は、現在のところ、そうした実績を確保していない。57人の支部会員を擁しながら、愛知県における全日病の影響力は十分とはいえない。

だが、藤田支部長は愛知県の状況をこう説明する。

「愛知県は県の病院協会が大きいし、各病院団体の組織が根を張っていて、一見すると、群雄割拠の状態にある。しかし、多くの病院経営者は各団体に重複加入しているの、皆さん張り合うという関係にはありません。当院も、全日病だけでなく、日病と医法協にも加入しています」

加えて、役員を兼任している人が少なくない。

「わが支部の役員にも他団体の役員経験者が大勢います。現に、私自身、県病院協会の常務理事を兼ねています。また、県や名古屋市などへの委員派遣や医師会との交流も基本的に病院協会が担っています。ですから、それぞれが競ってということはありません。それどころか、他団体を介して色々な情報が入ってきますから、そうした情報をもとに支部役員会で盛んな議論が行なわれています」

ある意味で、各団体の連携が取れているというわけだ。愛知県の病院団体を率いる県病院協会は、公私病院間のバランス確保にも気を遣っているという。

「愛知県病院協会は、公的病院と私的病院とで理事が大体半々です。役員選挙も、地域割りをした上で、それぞれの地域で公私病院のバランスが図られています」

や検討を支部として試みながら、全日病にフィードバックしていく。そういうことも考えていこうじゃないかという話を、役員会でしています」

こうした視点からの勉強会に取り組んでいきたいという。

「これまで、産業人を招いて医療経済の話をし、勉強会を支部総会後に開いたりしてきました。こうした企画

は、支部総会への会員出席を増やす方策でもあるのですが、これからは、役員会とセットで開催していくことを計画しています。講演会というよりは、和気あいに議論して率直な意見を出し合う、懇話会といった趣きでしょうか。とにかく、他病院団体とは異なる視点から、会員間のコミュニケーションを活性化したいものです」

全日病本部 マクロの問題にも取り組んでほしい

こうした問題意識は、全日病本部に対する期待と要望にも反映される。

「全日病としても、病院経営という現実の問題を論じる一方で、将来の医療や医療産業がどうなっていくのかというマクロの問題にも取り組んでほしいものです。今言った視点から前向きな議論をしていかないと、社会の変化に遅れてしまう可能性があります。全日病には若い人がどんどん入ってきていますが、もはや我々の時代ではなく、若い世代主導で議論が進むと面白いですね。支部長会にしても、各支部からの意見を温めつつ、それを少し形を変えた大きな議論に発展させていくことが、これからは必要ではないでしょうか」

藤田支部長は全日病に対する期待をさらに熱く語る。

「そういう意味から、期待するのは全日病総研です。ぜひ、シンクタンクとして長期構想を決め、しっかりと戦略目標をもってやっていく。その中で、外部研究者を積極的に起用し、色々な視点からもう少し活性化させていただ

きたい。そうした成果に立った議論が支部と本部の双方向でできていけば、全日病はもっと伸びていくのではないのでしょうか」

期待するだけではない。愛知県支部も義務を果たしたいと意気込んでいる。

「愛知県支部は、全日本病院学会が10回に満たない遠い時期に開催を引き受けています。実は、私が支部長に就いたときに、全日病学会を開催しないかというお話があって、その時は辞退したんですが、それがきっかけとなって、そろそろやるかという機運が出てきているんです」

愛知県支部は、記念すべき第2回全日本病院管理学会(当時の呼称)を1963年(昭和38年)に開催している。だが、以降、一度も学会を招致していない。

「それまでに、今言ったような構想を実現し、それだけの存在感を示しながら、その上で組織強化をしていきたい。その組織強化も、ただ数だけじゃなくて、実際の活動の中で独自性も生かしながらということ、今、みんなで考えているところです」

愛知県支部の講演開催記録(2012年)

2月11日	支部講演会	厚労省大臣官房総務課課長補佐 若林健吾	メディカルツーリズムの視点で中国の医療事情を考える
6月30日	支部総会	愛知国際病院 院長 井手 宏	いのちの終わりの「えまいケア」(End of Life Care)
9月18日	支部役員会	愛知学院総合政策学部 教授 竹内信仁	日本経済は生き残れるか



▲2009年6月6日、愛知県支部は、支部総会後に「これからの医療—高齢社会を迎えて」「回復期以降の地域連携について—現状と認識と課題、その将来」と題した講演会を開催した。後者のテーマでは医師、看護師、理学療法士に、それぞれの視点から地域連携について語ってもらった。

支部活動 全日病の情報を支部会員に回覧

こうした病院団体のまとまりは、県に対する病院界の影響力を強めているという。

「成果の1つが災害コーディネーターの設置です。病院団体や有力病院が県にはたらきかけたところ、このほど、その検討を始めることになりました。行政に対して、医療の側がガバナンスをもって臨むということができるようになりつつあります」

では、全日病支部のガバナンスはどうか。

「現在の支部活動は、支部総会と2ヵ月に1回の支部役員会、随時の講演会・勉強会が主です。それと、支部役員会の議事も含めて、全日病の情報を会員に回覧しています。一時、会員が50近くまで落ち込んだこともありましたが、最近、新しい会員が増えて盛り返しました。新しい会員の中には支部役員が担える有力病院もありますから、これからは有意義な活動もできるのではないかと期待しています」

その一方、地理的な悩みもあるとい

う。

「どうしても名古屋が中心になってしまうため、臨床をもつ、遠い地域の支部役員が役員会に参加しにくいという問題があります。とくに豊橋ぐらいになるとかなり遠い。そのために役員を降りた方もいます。そのところが悩ましいところです」

支部活動をどう充実させていくかも、愛知県支部の課題だ。

「愛知県で各病院団体は利害を一にしており、それぞれの存立基盤に際立った違いというものが見当たりません。ただ、その中で、医法協さんは独特な活動をしています。例えば、看護師の部会とか事務職の部会とかをもって、会員でなくても参加できるようにしている。しかも、役員にまで登用しています。接遇とか税金とか、講演会やセミナーの活動が活発なんです。我々にも協賛の申し入れがよくあります。そういうときは、役員会で検討し、では一緒にやりましょうということになります。やはり、連携が大切です」

改革議論 国任せではなく、我々も参加する必要がある

では、全日病支部の存在意義をどう考えたらよいか。

「愛知県は病院団体がそれぞれ根を張っているため、活動が弱ければ病院からは選ばれないという風土だといえます。そうした中で、全日病としてのアイデンティティーというか、オリジナリティーをどう打ち出すか。それを、今考えているところです」

こう前置きして、藤田支部長は、次のような活動イメージを語った。

「国による改革議論が進んでいます。支部役員会でも医療の今後をうかがう話が色々出ます。そういう意味で、国の舵取りも大切なのですが、同時に、

我々も、マクロの視点に立った議論をしていく必要があるのではないかと。意見が役員会にあります。目先にばかり目が奪われるだけではだめなのではないかと…」

「今起きつつある改革、あるいはこれから起きるだろう変革には、恐らく、どの病院団体も、今の医療の枠組みを前提に考えるというスタンスではないでしょうか。まだ、愛知県支部としては本格的な議論を進めているわけではありませんが、それこそ思い切った、例えばTPPを含めた枠組みの予測とか、これからの医療産業、医療経済という視点からのあり方とか、そういう議論

全日病本部が移転。6月17日から新事務所で業務 最大250人収容の会議室が常時使用可能!

全日本病院協会は6月15日から16日にかけて移転作業を行ない、6月17日から新事務所で業務を始める。全日病への電話は6月17日以降、03-5283-7441が代表となる(ファックス番号は末尾参照。メールアドレスは変わらない)。

これまでと同じ東京都千代田区内だが、新事務所は「猿楽町2-8-8住友不動産猿楽町ビル7F」に、最寄り駅も同じJR水道橋駅ながら、改札口が現在(西口)と反対の東口(徒歩3分)となる。

新事務所は最大で250人を収容できる大会議室を確保しているため、全日病の各種講習会や会議に使用できるなど、利便性は大きく向上する。



公益社団法人
全日本病院協会の新事務所

●引越日時 6月15日(土)・16日(日)
※通常業務の開始は6月17日(月)から

●移転後の住所等
〒101-8371 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