



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2013 NEWS 7/1

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤 寛 俊
〒101-8371 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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.804 2013/7/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

公益社団法人として初の総会。西澤寛俊氏を会長に4選

第1回定時総会 3副会長は留任。役員に新人を多く起用。西澤執行部、第4期へ若返りを図る

全日本病院協会は公益社団法人として初の定時総会を6月22日に東京・ホテルグランドパレスで開催した。新たな役員に55名の理事ほかを選任、会長等選定理事会において西澤寛俊氏を会長に選出した。

4選された西澤寛俊会長は猪口雄二、安藤高朗、神野正博各氏を副会長に指名、それぞれ留任とした。また、常任理事として20名を指名、多くを現有メンバーで臨む執行部体制を固めた。それぞれ任期は同日から2年間(2015年6月の定時総会まで)となる。常任理事20名のうち5名が新たに就任した。理事55名のうち8名が新規選出ということと合わせ、第4期西澤執行部は円滑な若返りを果たした。(8面に新役員の名簿)

就任の挨拶で西澤会長は、社会保障と税の一体改革や消費税非課税を含む、医療提供体制と診療報酬の問題に全力を挙げて取り組んでいく決意を披露。同時に、公益法人の立場を踏まえた活動を志していきたいと所信を表明した。

団塊の世代高齢化という2025年の山に向けて、国民・患者、医療関係者そしてすべてのステークホルダーと協働し

た取り組みが必要であり、その中で積極的な提言を行なうなど、全日病が主導性を発揮していく必要があるという認識を示した。

そして、迫り来る改革に対して、今まで以上に質の高い医療の提供に努める会員病院に対する支援を継続していくという執行部の戦略的理念を明らかにした。

2012年度決算から本部一般会計と各支部会計等を合算

第1回定時総会は定数2,436名に対して出席者135名、委任状1,471名を得て成立。来賓として横倉義武日本医師会長と野中博東京都医師会長がそれぞれ挨拶した。

議長に木村佑介氏(前代議員会議長)、副議長に宮城敏夫氏(前代議員会副議長)を選出。2012年度事業報告と決算報告をともに満場一致で承認した。

第3号議案の役員選任において、木村議長は、理事改選に55名が立候補したが、定款が定める理事定数内であるため全員の選任を一括で諮り、総会は全会一致で承認した。

2012年度の決算は直近の公益法人会

計基準に準拠して行なわれた。その結果、一般会計、生命保険共済特別会計、老人保健健康増進等特別会計、災害対策支援特別会計というこれまでの区分を止め、新たに本部の一般会計と特別会計、全日本病院学会会計、各支部の会計を合算。財務諸表も、貸借対照表、正味財産増減計算書、同内訳表、財務諸表に対する注記、財産目録、附属明細書からなる会計報告とした。

2012度は、経常収益計6億4,154万円に対して経常費用計は5億9,518万円にとどまった結果、当期経常増減額として4,635万円を計上、前年度に引き続いて黒字を計上した。

「中小病院は在宅・介護・認知症に取り組む」一方針を明確化

公益法人への移行に伴う定款等の改正によって代議員会が廃止されたため、新たに「支部長会・副支部長会」が設けられ、第1回定時総会に先立って開かれた。各支部や役員からは、第6次医療法改正の議論状況、消費税問題

への対応、地域包括ケアと中小病院、TPPに対する見解、新型インフルエンザ対策等に関する質問や意見が示され、執行部は見解説明と情勢の説明に努めた。

その中で、西澤会長は、全日病にプ



▲4期続けて全日病の運営を委ねられた西澤寛俊会長(来賓席は横倉日医師会長と野中東京都医師会長)

ライマリケアのプロジェクトチームを立ち上げたこと、その議論において、①中小病院は在宅医療・介護を担いかつ支援する立場にあり、また、それを積極的に推進すべきであること、②中小病院は認知症にも対応していくこと、③会

員病院はそれらの取り組みを進めていくべきこと、④そうした全日病と中小病院の取り組みを明確にし、社会にアピールするとともに、具体的な活動を進めていく方針を確認した、ことを明らかにした。(8面に議論内容を掲載)

西澤寛俊会長 就任の挨拶(要旨)

次期会長にご指名いただき、非常に身の引き締まる思いである。冒頭の挨拶でも申し上げたように、今、大変大きな改革が大なるスピードで行われようとしている。これにどう対応していくべきか、これが私が一番に考えている点である。

すなわち、社会保障と税の一体改革と消費税非課税を含む問題に全力を挙げて取り組んでまいりたい。これらの課題は、当然のことながら医療提供体制につながるものであり、診療報酬につながるものでもある。皆さんのご協力を得て、ぜひ、取り組んでまいりたい。

また、この4月から全日本病院協会は公益社団法人となったが、公益社団法人としてどう活動していくべきかを踏まえて、様々な活動に取り組んでいきたい。

全日病の理念にもとづきながら、国民、患者、医療関係者そしてすべてのステークホルダーと共に、ことにあたってまいり。まさに協働して

いけないと、2025年という少子高齢化のピークを乗り越えていくことはできないと思う。その意味からも皆さんの協力をいただき、できれば、そうした取り組みで主導性を発揮してまいりたいと思っている。

そして、その中で、持続可能な医療提供体制と医療制度を構築していく、その過程で、我々も必要な提案を示していかなければならない。そのためにも、各種の活動をきちんとしていかなければならないと考える。

私は、迫り来る改革を通して、ぜひ、すべての病院に生き残ってもらいたいと思っている。生き残るといふことは、その使命を果たしていただくということである。

そのためにも、今まで以上に質の高い医療を継続して提供していく必要があると考える。それに向かって会員病院には努力を続けていただきたい、その努力に対して我々が支援していく、そうした活動を進めてまいりたい。

都道府県 2015年度後半にビジョンを策定。現行医療計画に追加

社会保障審議会医療部会 厚労省 第6次医療法改正の全容示す。医療法人制度見直しが重要課題に浮上

社会保障審議会の医療部会が6月20日に開かれ、事務局(厚労省医政局総務課)は、秋の臨時国会に提出する医療法を含む8法にわたる改正(法律上は一括改正法案=医療法等の一部改正法案)について現段階の概要を提示、検討を求めた。(4面・5面に医療法等改正の概要を掲載)



▲医政局は国民会議の議論を反映した第6次医療法改正案を提示した(前列中央が原医政局長)

1年ぶりの開催となった医療部会は新たな部会長に永井良三自治医科大学長(社会保障制度改革国民会議委員)を選出。事務局から、一括法の「医療法等の一部を改正する法律案(仮称)」に盛り込まれる12項目の説明を受けた(4面にその概要を掲載)。

それによると、第6次医療法改正の主たる内容は、(1)医療機関の医療機能報告制度と都道府県における地域医療ビジョンの策定、(2)看護師が一定条件

の下で診療補助行為のうちの特定期間を実施できる制度の創設、(3)第3者機関創設を含む医療事故調査制度の創設、(4)医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムの創設、(5)特定機能病院承認における更新制の導入、(6)外国医師等の臨床修練制度の見直し等となる。

このうち、地域医療ビジョンについて、吉岡つお総務課長は当初の日程を1年繰り上げ、各都道府県は2015年度後半にビジョンを策定した上で、ビジョンを現行医療計画に追記する方針

を明らかにした。

改正項目の多くはすでに関連検討会で審議を終えたものだが、中には、「持分なし」に計画的に移行する医療法人を都道府県が認定・支援する制度の創設、地域医療ビジョンに医療機能別に必要病床量を明記すること、機能分化における国・都道府県・病院・有床診の役割と国民・患者の責務を規定することなど、議論されていない事項もある。

この日示された改正事項は現時点のものであり、今後、社会保障制度改革

国民会議の議論によっては急遽追加される項目もあり得る。

事務局は、この日の医療部会に国民会議「議論の整理」(4月22日)に対する医政局見解を提示する一方、この日の部会意見を6月24日の国民会議に提出した(2面に国民会議の記事を掲載)。

また、医療法人制度に関して、「経済財政運営と改革の基本方針」(6月14日閣議決定)で示された方針、国民会議や産業競争力会議で提起された課題、さらには今国会における政府答弁を紹介。こうした提起を踏まえ、医療法人のあり方を見直すために、今秋にも検討会を設置する方針を明らかにした。

政府とその諮問会議から突きつけられた課題には、個別医療機関の運営にとどまっていた医療法人のあり方に大きな変更を迫るものがあり、中には非営利性の堅持という理念の解釈あるいはその運用に影響を及ぼしかねない提案もある。

事務局は今秋にも検討会を設置して医療法人のあり方を検討する方針を表明。第6次医療法改正の中で医療法人制度が大きなテーマに浮上した。

「清話抄」は3面に掲載しました。

主張

地域一般病棟は地域医療を支える存在

その制度と診療報酬への位置づけの議論が進むことを期待

全日本病院協会が公益社団法人化して初めての定時総会が6月22日に開催された。改めて言うまでもなく、公益社団法人は行政庁から公益性を認定された組織であり、社会的な信頼は大きい。その分、社会に対する責任も重い。それでは、全日本病院協会の公益性とは何だろうか。私は地域医療を守っていくことだと考える。

先般、厚生労働省は「病床機能情報」の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会で、重急性期(仮称)の機能を「急性期を経過した患者、

在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能」と定義づけた。これは、わが全日本病院協会が提唱する地域一般病棟とほぼ重なるものである。

急性期の後方機能が注目される背景には、高齢化の進展につれて、救急医療において高齢者救急のウエイトが高くなってきていることがある。高齢者は様々な合併症や認知症を併発しており、介護度が高い場合も多く、その受け皿が課題となっている。

この点、現行の重急性期病床は、届出病床が一般病床の3割以下に限定、退院患者のうち他の保険医療機関へ退院した者を除いた患者が6割以上、算定期間も60日以内といった厳しい要件から、わずか1万8,000床弱にとどまっている。重急性期病床の運用基準をいかに現状に即したものにするか、回復期リハビリテーション病棟とどう使い分けていくか、議論する必要がある。

全日本病院協会は昨年、地域の200床未満の中小病院を対象に、そ

の役割・機能を明確化するための調査を実施した。その結果、脳血管疾患や骨折などに対応する一般急性期医療をはじめ、救急医療、医療連携、在宅医療支援などを担っている実態が明らかとなった。まさに、地域医療を支える存在といえよう。

今後、地域一般病棟の制度的位置づけや診療報酬上の評価について議論が進むことを期待したい。さらに、西澤会長を中心に、地域住民のために持続的・継続的な医療・介護の制度を覚悟を持って確立して行きたい。(A)

各論の検討を終了。7月初旬から報告素案を基にまとめの議論

社会保障制度国民会議 医療・介護は権丈委員が素案。都道府県が国保と医療体制改革の主役という方向か

社会保障制度国民会議は6月24日の第16回会議で個別の議論を終え、次回7月上旬の会合からは報告の素案を基にとりまとめに向けた最終的な議論に入ることを確認した。

素案の起草担当者に3人の委員を指名、起草委員はこれまでの議論を踏まえて報告の骨格を整理する。その後、8月初旬にかけて集中的な議論をもち、「期限である8月21日にゆとりをもった日程で報告書をまとめる」(清家国民会議会長=慶應義塾長)方針だ。

起草作業は医療・介護、年金、少子化対策の3分野に分かれて行なわれ、医療・介護は権丈委員(慶大教授)が担当する。

会議後の記者会見で、清家会長は「国保の運営を都道府県に委ね、併せて医療提供体制の改革に責任を持ってもらうという方向は国民会議で合意済みである」と述べたが、医療・介護にかかわる制度改革の主役に都道府県を指名し、保険医療機関の取り消し処分を含めた権限を委ねる一方で、地域医療ビジョンを組み込んだ医療計画を介して病院病床の機能分化を担わせ、一体改革の2025年シナリオにそった病床の再編を進めるといふ方向が打ち出されるのは必至だ。

み取材で「高額療養費や高齢者医療の問題はほとんど議論されていない」ことを認めた。つまり、議論しやすい大きな制度改革の枠組みはある程度論じられたが、保険者の財政構造や給付と負担のあり方など、公的保険制度の持続可能性を問う玄人向けの地味な議論は回避されているのが国民会議の現状である。

とくに、介護保険制度の見直しや地域包括ケアを推進していく方向性にはほとんど狙上にはのぼらず、むしろ、委員からは「地域包括ケアの実



像が分からない」など、各地の介護保険関係者からみれば不信をかこつ発言が出ている有様である。

全国知事会は、医療法等改正について、声明で「秋の臨時国会での法案提出ありき(中略)で議論を進めようというの、いささか拙速であると言わざるを得ない」と批判したが、同じことは国民会議にも言えそうだ。

同日の国民会議に、厚生労働省は、前日6月20日に開いた社保審医療部会の議論を整理したとする文書を提出した。しかし医療部会に「国民会議の議論の整理」(4月22日)が報告されたのは事実だが、実質的な議論はしていない。文書は、医療部会事務局の医政局総務課の裁量でまとめられたものである。

冒頭に「医療部会の意見を集約したものではない」との断り書きを入れているが、これによって国民会議は、手続的には社保審の意見を「勘案」したことになる。

「厚労省の各種審議会には利害関係関係者が多く入っているが、国民会議には団体の利害を代表する者はいない。そういう団体の立場から議論をしてもうまくいかないことを認識すべきである」(宮武委員=目白大学大学院客員教授)という発言が出たように、現場の実態と意見に耳を傾けるという姿勢は国民会議には乏しい。

その国民会議と、その議論を先取りした医療法等改正に対して、全国知事会から強いクレームが出ている。

6月20日の医療部会で荒井委員(奈良県知事)は、地域医療ビジョン策定など「厚労省の医療法等改正案にある考え方は知事会との協議を踏まえたものではない。また、国民会議の議論も知事会と十分な協議なく行なわれている」と遺憾の意を表わしたが、この日の国民会議には全国知事会が医療法等改正案に強い疑義を示した声明(6月20日)が提出された。

提出に強く反対している。

これは医療法等改正の内容に対する抗議であるが、同時に、その背景にある国民会議の議論内容に対する強い批判ともなっている。

この日の国民会議で、増田委員(野村総研顧問)は「機能分化の推進に関しては都道府県との調整ができていないのではないかと。拙速を避け、国と都道府県の間で意味のある話し合いをしてほしい」と指摘したが、国保の運営責任を都道府県に委ねるといふ利害問題があるにもかかわらず両者間の協議は実現されてなく、一体改革を進める上で、都道府県の同意をどうとりつけるかがきわめて重要な問題になりつつある。

では、国民会議の間に意見の違いはないのか。この日の記者会見では、国保の都道府県化について、清家会長と遠藤会長代理(学習院大学経済学部長)との間に認識の微妙な違いがうかがわれるひとコマがあった(会見要旨を参照)が、例えば、両委員の間に、都道府県化に積極的あるいは慎重という見解の相違があることは明白だ。

事務局が同日提出した資料では、「さらに議論すべき事項」に30数テーマがあげられたが、そのうち「これまで比較的高い発言があったもの」は6割近くにとどまる。事務局の認識でも、4割以上の項目は十分に議論されていないというわけである。

現に、遠藤会長代理は、会見後の囲

国民会議後の記者会見の内容(要旨) 6月24日

清家会長 今後の進め方であるが、報告書のたたき台をつくる委員を選出した。医療・介護は権丈委員、年金は山崎委員(神奈川県立保健福祉大学名誉教授)、少子化対策は大日向委員(恵泉女学園大学大学院教授)である。ほかに、制度横断的なものは遠藤委員に、また、地域に詳しい増田委員にも協力をお願いすることになる。

素案は基本的にはこれまでの議論に出てきた意見をベースに、報告書の骨格をまとめる。まったく出ていない考えを盛り込むことはない。起草を各領域1人をお願いしたのは、その方が効率的だからだ。いずれにしても、その後の会議で必要な追記や修正がなされることだろう。報告書は最終的には私の責任でまとめることになる。

次回7月初旬の会議から素案にもとづいた取りまとめに向けた議論を行ない、7月中旬から8月初旬にかけて必要な会議を重ね、8月21日の期限よりは早い時点で報告を取りまとめたい。3党実務者会議の意見は合意になったものは尊重するが、現時点で合意されたものではなく、したがって、その協議内容に縛られるものはないと判断している。

記者 起草委員の役割は素案までか。
清家 まずは素案までであるが、その後も、個々に相談することはあるだろう。
記者 国保の都道府県化に対する清家会長の認識をうかがいたい。

清家 財政面で広域化が求められている。医療提供体制の面でも都道府県は病床数を規制している。この両方を踏まえると、国保を都道府県化する点は(国民会議で)合意されていると考える。ただし、徴収や健康事業さらには地域包括ケアという面は市町村が主体となるべきだろう。こうした面で市町村のインセンティブを損なわないかたちで広域化していくべきかと考える。

遠藤会長代理 基本的にはその通りであるが、それをもって国保の都道府県化というべきかどうか、私には判断がつかない。保険者機能の一部を市町村に残すということではないか。

記者 それは都道府県が財政責任のみを負うということか。
清家 (保険者機能を)どこまで分かち合うかはこれからの議論だ。医療提供体制の改革は、やはり都道府県が責任を持ってやらないとならないだろうし、都道府県は単に財政のみで、他は市町村というものでもない。基本的には分権の流れの中で考えるということだ。

記者 医療については2人で担当してはという意見もあったが。
清家 素案づくりを2人というのはなかなか難しいだろう。まとめる対象はこれまでの議論であるし、素案を基にした議論が行なわれる。素案はあくまでもまとめの議論のたたき台であって、中間報告とは違う。

全日病、事務所の移転を終える

全日病は本部事務所の移転を終え、6月17日から新事務所で業務を開始した。

新住所
〒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



▲大会議室1(大会議室2と一体に最大250人を収容できる)

全日病が入居した住友不動産猿楽町ビル▲

高額投資の別建補填方式は見送る。8%時には上乗せで対応

中医協・消費税分科会 上乗せの方法で議論。「基本診療料への上乗せ」がベースとなる可能性も

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6月21日に3ヵ月ぶりに開かれた。この場に、事務局(厚労省保険局医療課)は「診療報酬とは別建てで高額投資に対応する方法は、消費税率8%への引上げ時には実施しない」という考えを示し、支払・診療各側ともそれに賛成した。

事務局は、また、診療報酬に上乗せする対応の考え方として4通りの案を提示して検討を求めたが、この日は、各委員による意見表明に終了した。

分科会には「医療機関等の設備投資に関する調査」の結果が報告された(別掲)。調査は、政府から高額投資の消費税負担は他経費の消費税とは別に措置する方法を検討するという方針が示されたため、分科会として、消費税率引き上げへの対応策検討に先立ち、高額投資の実態を把握するために昨年から今年にかけて行なわれた。

しかし、回答数は病院が113(回答率13.0%)、一般診療所81(8.1%)、歯科診療所75(7.5%)、保険薬局135(13.5%)と、いずれも少なかった。

この低回答に、支払側からはしばしば苦情が続いた。これに対して、診療側の西澤委員(全日病会長)は、「調査では5年分の固定資産台帳の提出が求められた。しかも、送付先は何でここなのかといぶからざるを得ない企業だ。そういうところに重要な資料を簡単に送るだろうか。しかも高額投資は何年に1回あるかないかであるため、回答に足る状況にないと判断した医療機関も少なくないことだろう」と説明、理解を求めた。

調査結果について、事務局は、「医療機関等の投資は年度による変動が大きく、年度ごとの投資実績に応じた償還を行なう上で必要な財源規模を正確に見込むことは困難」と評価、その旨を結果報告に書き込んだ。併せて、論点で「診療報酬とは別建ての高額投資対応は、消費税率8%への引上げ時には実施しないこととしてはどうか」と提起した。

高額投資対応については、前回(3月18日)の分科会で、そのための法改正

や関係機関の実務態勢づくりという負担が生じる一方、「仮に10%時に課税へ転換した場合には」たった1年半で元に戻すという大きなロスが生じるという説明を事務局自ら行なっている。

事務局提案を受けた議論で、事務局提案を支持する声が支払側と診療側双方からあがり、分科会は、診療報酬とは別建てで高額投資に対応する方法は見送ることで一致。消費税の引き上げに診療報酬の枠内で対応する方法を検討することを確認した。

その方法として事務局が示したのは、診療報酬本体と薬剤・特定保険医療材料に関して、基本的にはこれまでのやり方を踏襲するというもの。ただし、診療報酬本体に上乗せする具体的な方法については、次の4通りの考え方を示した(詳しい表を別掲)。(1)消費税対応分を基本診療料や調剤基本料に上乗せする(2)それに加えて「高額投資」を実施した医療機関等への加算を創設する(3)消費税負担が大きいと考えられる点数項目に消費税対応分を上乗せする(高額投資が必要と考えられる点数項目に配慮する)(4)1点単価に消費税対応分を上乗せする

このうち(1)は、引き上げ分を初再診料、入院基本料、特定入院料等に限って上乗せし、補填を医療機関経営の基

礎収入に反映させるというもので、支払・診療各側から、この案に賛成する声があがった。

同時に、(1)に重点を置きながらも(3)と組み合わせる上乗せ配分を行なってはどうかという意見も複数の委員から出た。(2)と(4)については否定的な意見が大勢を占めた。

診療側の西澤委員(全日病会長)は、「高額投資への対応は止めるということはいい。ではどうするかということになると病院団体にも色々な意見があることだろう。色々な選択肢も含めて、よく考えたい」と述べ、具体的な意見は控えた。

この日は、あらかじめ課税分が価格に含まれている薬剤と特定保険医療材料に関して、患者にそのことを説明する方法についても議論された。

事務局は、「消費税対応分を告示等で区分して表示する」と「患者に渡す明細書や薬剤情報提供文書などで当該薬剤・

保険医療材料の消費税対応分を表示する」2案を提案したが、前者は国民には伝わらないのではないかと疑問が、後者に関しても、医療機関等の負担が多くなるのではと懸念する声があがった。

「(明細書に)消費税負担分が入っていますと簡略に表示すればいい」「何らかが補填されているということは明示した方がいいが、薬価等の詳しい内訳を示す必要はない」という意見が示されたが、概ねこうした方向で議論は進みそうだ。

分科会は、必要があれば、今秋にかけて「議論の中間整理」を試みるが、具体的には、消費税負担額を含む医療経済実態調査の結果(10月末)を踏まえて医療機関の種別、類型、規模などによる負担額の格差を把握し、診療報酬に上乗せする項目等の考え方を明確にし、年内をめどに報告書を取りまとめ、中医協総会に報告する方針だ。

□診療報酬本体分手当方法各案の比較

	案1/基本診療料・調剤基本料	案2/個別項目	案3/1点単価	
考え方	基本診療料・調剤基本料に消費税対応分を上乗せ ※例えば、医科では、診療所は初・再診料、病院は入院基本料への上乗せが考えられる	案1'/高額投資の加算 2014年4月以降に「高額投資」を実施した医療機関等への加算を創設※「高額投資」は、例えば、診療・調剤に使用する建物等が考えられる	消費税負担が大きいと考えられる点数項目に代表させて消費税対応分を上乗せ(過去の対応と同様) ※高額投資が必要と考えられる項目に配慮	・1点単価に消費税対応分を上乗せ
メリット	全ての医療機関等が上乗せ点数を算定できる	「高額投資」を実施した個々の医療機関等の消費税負担に配慮した手当ができる	大きな消費税負担の伴う点数項目を特定して、点数の上乗せができる	今回の消費税対応分が明確で分かりやすくなる
デメリット	・同じ基本診療料・調剤基本料を算定する医療機関等の中では、上乗せ点数が一律に手当てされる ※例えば、一定の施設類型ごとの消費税負担の大きさに配慮するため、入院基本料の類型(一般病棟、療養病棟、精神病棟等)ごとの消費税負担額(薬価・保険材料価格を除く)を算出、それに見合う手当(3%対応分)を行うことも考えられる	・「高額投資」の定義付けとともに、実施された「高額投資」の用途・額・時期等の審査が必要となるが、実際には困難 ・加算分だけ基本診療料・調剤基本料の上乗せ分が薄くなる ・仮に10%時に課税転換する場合は、1年半のために審査体制の整備等を行うこととなる	・1989年、1997年の対応への指摘(例:限られた項目に配分する方法は透明性・公平性に欠ける)が継続 ・個別の診療行為との対応関係が明確でない投資が大宗を占めるため、このような対応には限界がある	・医科・歯科・調剤を通じて、全ての医療機関等に一律に手当てされる ・仮に課税転換する場合は、過去の消費税対応分も含めて1点単価で調整すると、1点単価が10円を下回る事となる

西澤会長「初・再診料の議論は中小病院も対象となる」

中医協総会 主治医機能と初・再診料について議論

6月12日の中医協総会は、外来医療のあり方をめぐって2回目の総論的議論を行なった。

事務局(厚労省保険局医療課)があげた検討テーマは「主治医機能の強化」と「診療所の機能と初・再診料」。

外来医療に関して、事務局は、「複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化をさらに推進する」という視点が次期改定の大きな課題である旨を、1回目の議論(1月23日)で論点にかかげている。

この日の議論で、事務局は、「主治医機能の強化」に関して、「中小病院と診療所の主治医機能を持った医師が、適切な専門医療機関等と連携することにより、複数の慢性疾患をもつ患者に継続的・全人的な医療を行なうことを総合的に評価することをどのように考

えるか」と問題提起した。

一方、「診療所の機能と初・再診料」については、2010年度改定で再診料が病診統一された経緯に触れた上で、「診療所の機能を勘案した上で、その外来機能の評価をどのように考えるか」と論点に示し、「主治医機能の強化」に伴ない、14年度改定で診療所の初・再診料のあり方を検討する方針を打ち出した。

「複数の慢性疾患をもつ患者に継続的・全人的な医療を行なうことを総合的に評価する」という考えは、08年の後期高齢者医療制度創設で導入された後期高齢者診療料と同じ発想である。後期高齢者医療制度は75歳以上という「年齢差別」を主たる理由に10年の改定で廃止され、後期高齢者診療料もなくなった。

大半の患者はその地域で病気になり、その地域で診療を受けそして生を全うする。私たちは、自分の医療機関だけでなく、その地域で提供する医療(介護)に責任を持つ必要があるということになる。

筆者の地域では人口50万人に対し57病院、総病床数は7,800床、1,300床余りの病床過剰である。最近、この中で公的病院の建て替えラッシュになっている。ここに投入される公費は莫大なも

複数疾患をもち複数の医療機関受診を繰り返す患者に担当医を定め、計画的な医学管理の下に診療を行なう包括払いを、「主治医機能の強化」という視点で、年齢に関係なく導入してはどうかというのが今回の問題提起である。

専門医制度に総合診療医が設けられることもあり、総合診療の評価のあり方を考える必要があるのは確かで、それを通じて、病院外来と診療所の機能分化とともに診療所自体の機能分化のあり方が整理される可能性がある。

議論で診療側の委員からは「主治医機能を議論することは大切」と、問題提起を歓迎する発言が相次いだ。

「在支診・在支病以外にも在宅医療を担っている診療所や中小病院を評価していくことは重要」という指摘もなされた。

のであり、一例をあげれば、地区の市民病院は病床数約500床、3年後に完成予定だが総工費は約200億円である。

今回の新築に際して独立行政法人化しているが、建築の補助、企業債返済の肩代わり、不採算部門の補助により、建設後約20年で総工費を超える公費が投入される予定であるという。独法化することで赤字をなくし、より良い医療を市民に提供するということが、その為に若いスタッフの大量雇用が行

支払側からも、「後期高齢者診療料」のような包括払いを想定した、議論を歓迎する旨の意見が出た。生活習慣病を対象に、各種加算も取り込んだ包括化というイメージもあげられた。その中で、白川委員(健保連)は「一度診療所の機能を整理してはどうか」とも提起した。

「主治医機能の強化」は、診療所だけでなく中小病院も対象にした論点として提起されているが、初再診料に関して、事務局があげた論点は診療所に限られている。

この不合理さについて、診療側の西澤委員(全日病会長)は、「主治医機能が診療所と中小病院のテーマであるなら、それに関連した初再診料のあり方も診療所と中小病院がともに対象となるべきではないか。今後の議論で、再診料を引き上げるという話が出るとしたら、当然に、中小病院も含めた話であると考えたい」と発言、事務局とともに支払・診療両側の委員に対しても、そうした視点があることを喚起した。

われている。

病床もスタッフも患者も公的病院に吸収されつつあるが、公的病院のみで地域の医療全体をカバーする事はできないわけではない。

古い公的病院を建て替えることは市民の為になるかもしれないが、そこに地域医療の再構築という観点はない。その何分の一かの費用を民間も含めた医療機関の統合再編成の為に投入できないだろうか。(井)

清話抄

「地域医療とは」と質問すると、医者が往診カバンを持って往診をする姿をイメージする人が多いかもしれない。しかしながら、地域住民が満足できる(少なくとも不満足ではない)体制を作っていくことも地域医療のひとつの観点であろう。

厚労省 各医療機能の必要量を地域医療ビジョンで定める

第6次医療法改正 地域医療の実態踏まえずにビジョンのGLを作成。官主導の機能分化の恐れも



6月20日の社会保障審議会医療部会に、事務局(厚労省医政局総務課)は、秋の臨時国会に提出する医療法を初めとする8法を一括した医療法等一部改正法案の概要を提示、検討を求めた。

第6次医療法改正の基底に流れるのは、社会保障制度改革国民会議がまとめる、一体改革に沿った病床機能と病床分布の再編である。したがって、今後の国民会議の議論によっては改正事項が増える可能性もある。総務課は、国民会議が報告をとりまとめた後の8月末以降に改正法案の要綱を示すとしている。(1面記事を参照。5面に改正法の概要)

法改正のうち、「病床の機能分化・連携の推進」について、事務局は「医療機関による病棟単位の医療機能とその情報を都道府県に報告する制度」に関する議論の現状を報告。

その中で、2014年10月をめどに医療機関からの報告を始めるが、その前の14年度前半にはガイドライン(GL)の策定を終え、15年度後半には各都道府県で地域医療ビジョンが策定されていくという日程を明らかにした。

この日程は、昨年11月に示したのを国民会議の意見にしたがって1年前倒ししたもの。吉岡総務課長は、「当初は18年度からの医療計画にビジョンを組み込む考えであったが、今は、現行医療計画に挿し込んでいきたいと考えている」と説明した。

この前倒しによって、「各医療機関による報告→その内容を踏まえた地域医療ビジョンGLの作成→各都道府県におけるビジョンの策定」という工程が「地域医療ビジョンGLの作成→各医療機関による報告→ビジョンの策定」と逆転した(別掲の工程表新旧比較を参照)。

つまり、報告に示される各地域の医療提供の実態を分析することなく、予断をもってビジョンに盛り込む目標や指標等の設定方法などを規定するということになる。

このGLに関しては、ビジョンで策定するとされる医療機能別の病床必要量は何を根拠に算出するのか、それは基

準病床数と同じ規制を担うのかなど疑問はつきない。

しかし、一体改革の2025年シナリオには機能別病床の推計値が示されている上、国民会議では、各都道府県が基金を活用して病棟・病床機能の再編を進めるべきという提言が出ているだけに、その方向性を示すビジョンをまとめる上で、その細部を規定するGLは決定的な役割を果たす。

GLが、地域の医療機能分布を医療ニーズの反映としてあるがままに受け止める視点で作られれば、ビジョンは各医療機関の現状把握を助け、将来目標を設定するチャートとなる。しかし、GLがビジョンを指針・計画と性格づけ、政策目標を実現していくツールに位置づけられれば、ビジョンとそれにもとづく機能分化は官主導のものとなる。

西澤委員(全日病会長)は、医療機関の報告内容がGLに反映されることがない工程に変わったことを指摘。

「報告内容を活かさずにGLを作るとするのは、今までの議論と趣旨が違う。報告された内容を分析してGLを作り、その結果、各医療機関が目標とするビジョンが策定できる、そういう流れにしたい」と、見直しを求めた。

しかし、吉岡課長は「報告は来年秋にも開始する。それと並行してGLの策定を進める。その中で報告内容を反映できる」と工程をアレンジして説明し、問題はないとした。

吉岡課長は「14年度の税制改正で実現を図りたい」と述べたが、これ以外にも、附帯業務、営利法人への出資、合併や権利移転など、医療法人の経営自由度を広げる様々な提案が政府の諮問会議で出ている。

6月14日に閣議決定された骨太方針に「医療法人間の合併や権利の移転等に関する制度改正を検討する」と書き込まれた点について、梶尾指導課長は、「この指摘は国民会議における指摘にも通じるところであるが、医療法人の合併や経営統合とかが目的ということではなく、適切な医療提供体制を構築していく方法論の1つとしてこうした

課題もあるのではないかと認識を表明。「簡単な問題ではないので専門的に検討する場を設けたい」と述べた。

これに関連して、田中滋委員(慶大大学院教授)は、「医療法人を創設したのは、当時はそういう方法でしか医療経営は継続しなかったからだ。今はそういう時代ではない。非営利性ばかりが強調されるが、(医療法人の位置づけは)それだけでなく、公益性、社会的地位、貢献度といった上位目的の変化に合わせて21世紀にふさわしい医療法人のあり方を議論しなければならない」と述べ、時代のニーズに合わせた医療法人像を描くよう提案した。

医療部会の意見は国民会議に反映されるのか?

事務局は、社会保障制度改革国民会議が4月22日に公表した「議論の整理」のうちの、「医療・介護分野」に対する厚労省の見解を、同日の医療部会に示した。

医療計画の基準病床数を医療機能別に算定すべきという意見には、「各医療機能の将来の必要量(病床の総数を定める基準病床数とは別に設定)等を定める地域医療ビジョンを策定し、医療計画にこれを盛り込む」考えを示した。

保険医療機関の指定・取消など都道府県に新たな権限を付与する提案には、「都道府県の意見を踏まえながら、医療提供体制に係る都道府県の権限・役割のあり方について、さらに議論を深めていく」とした。

一方、医療法人制度の見直しに関しては、「医療法人の非営利性を担保すること、本来業務である病院等の経営に支障を来さないことなどを前提しつつ、医療機能の分化・連携の推進や医療法人の健全な経営が図られるよう、具体的な提案内容について検討を行なっていくべき」と記した。

事務局は、医療部会を夏までに数回

開き、医療法等改正を旨とする報告のとりまとめを見込んでいる。その報告は、事務局方針に「国民会議の議論等を踏まえ」とあるとおり、国民会議がまとめる改革の方向を見据えたものとなることを事務局は期待している。

内閣に設置された国民会議がまとめる報告は社会保障制度改革推進法で定めた社会保障制度改革の基本方針案となる。まさに、今後10数年の制度改革を左右するものであり、それぞれ社会保障審議会と緊密な意見交換が求められてしかるべきものだ。

この日の医療部会は総論的な意見表明に終始したが、事務局は、この日の医療部会に出た意見を国民会議に報告すると言明。「医療部会の意見」と題した、単に賛否の意見を羅列したに過ぎない文書は6月25日の国民会議に提出された(2面記事を参照)。

しかし、国民会議はすでに2巡目の議論を終え、大きな方向性を固めている。したがって、医療部会の意見は、国民会議が報告をとりまとめるに際して医療部会からも意見を聞いたとする証拠資料に使われる可能性が高い。

医療部会で法改正に疑問の声。知事会は反対を表明

部会委員の意見は、多くは、病院病床の機能分化に向けた報告制度と地域医療ビジョンの問題に向けられた。その一方で、「病院の機能だけを考えるのは疑問。在宅は議論しなくてよいのか」「高齢化と少子化が急速に進む。在宅を含む日本全体の医療のあり方がこれでよいのか」と、在宅、介護との連携、終末期など医療提供体制の全体像がみえてこない医療法等改正に不満の声があがった。

医療法等改正には都道府県も反対している。全国理事は6月20日の声明で、「厚労省の医療法等改正案にある考え方は知事会との協議を踏まえたものではない。また、国民会議の議論も知事会と十分な協議なく行なわれている」と抗議。この日の医療部会でも、荒井委員(奈良県知事)が「都道府県の同意なく法案提出等を行うことがないよう求める」と記された声明文を読み上げた。

医療法人のあり方で今秋、検討会を設置

医療法人に関しては、持分なしへの移行を企図する医療法人を都道府県が

認定した上で相続税の納税猶予等の特例措置を図る案が示された。

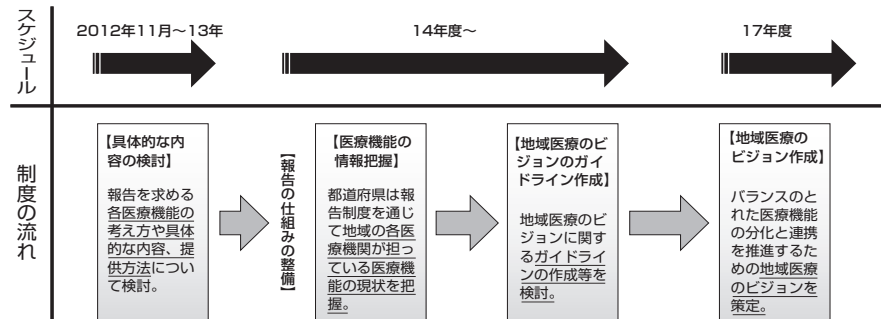
医療法等の一部を改正する法律案(仮称)の概要

1. 病床の機能分化・連携の推進(医療法関係)
2. 在宅医療の推進(医療計画=医療法関係)
3. 特定機能病院承認の更新制の導入(医療法関係)
4. 医師確保対策(地域医療支援センター=仮称の設置)(医療法関係)
5. 看護職員確保対策(看護師復職支援のための届出制度)(看護師等確保促進法関係)
6. 医療機関における勤務環境の改善(医療法関係)
7. チーム医療の推進(特定行為に係る看護師の研修制度等)(保健師助産師看護師法関係、診療放射線技師法関係、歯科衛生士法関係)
8. 医療事故に係る調査の仕組み等の整備(医療法関係)
9. 臨床研究の推進(臨床研究中核病院=仮称の位置づけ)(医療法関係)
10. 外国医師等の臨床修練制度の見直し(外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律関係)
11. 歯科技工士国家試験の見直し(歯科技工士法関係)
12. 持分なし医療法人への移行の促進(医療法等一部改正法関係)

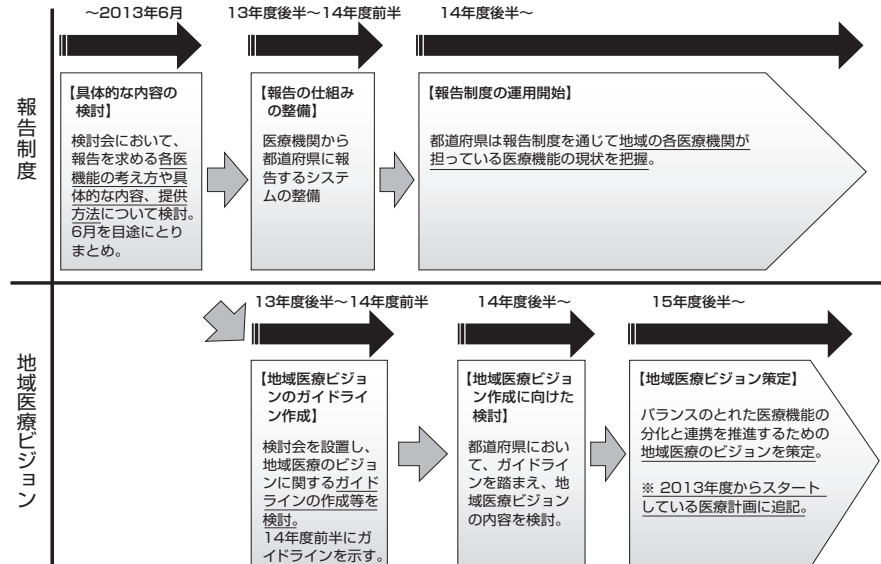
※現段階の検討内容であり、社会保障制度改革国民会議の議論等を踏まえ、引き続き検討を行なう。

報告制度の導入と地域医療ビジョン策定にいたる工程表の変化

●当初の工程表(2012年11月16日の「第1回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」資料)



●前倒しされた工程表(5月30日の「第6回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」提出)



「持分なし」へ移行認定の医療法人に税制・補助金・融資面の支

第6次医療法改正 医療機関に勤務環境改善の自主的なマネジメントシステムを導入

医療法等の一部を改正する法律案(仮称)の概要

*1面と4面の記事を参照

1. 病床の機能分化・連携の推進(医療法関係)

①医療機関による報告(2014年度～)

医療機関が担っている医療機能の現状と今後の方向を病棟単位で都道府県に報告する制度を設け、その報告内容を患者・住民にわかりやすい形で公表する。

②国は地域医療ビジョン策定のためのガイドラインを策定する(2014年度～)

③地域医療ビジョンの策定(2015年度～)

都道府県が、医療計画の一部として、地域の医療需要の将来推計や医療機関から報告された情報等を活用して、2次医療圏等ごとに各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿(地域医療ビジョン)を策定。※上記と併せて、国・都道府県・病院・有床診療所の役割や国民・患者の責務を規定(現段階の検討内容であり、国民会議の議論等を踏まえ、引き続き検討を行う)。

2. 在宅医療の推進(医療法関係)

医療計画に在宅医療の達成すべき目標や医療連携体制に関する事項の記載を義務づけ。

3. 特定機能病院の承認の更新制の導入(医療法関係)

特定機能病院について更新制を導入。

4. 医師確保対策(地域医療支援センターの設置)(医療法関係)

都道府県に医師確保の支援等を行う地域医療支援センター設置の努力義務規定を創設。

5. 看護職員確保対策(看護師等確保促進法関係)

看護師免許等の保持者に都道府県ナースセンターへ一定情報を届け出る制度を創設。

6. 医療機関における勤務環境の改善(医療法関係)

国による指針策定など医療機関の勤務環境改善のための自主的なマネジメントシステムを創設。その円滑な実施のためのガイドラインを策定。併せて各都道府県に医療勤務環境改善支援センター(仮称)の設置等を規定。その他の関連規定を整備。

7. チーム医療の推進

①診療の補助のうち高い専門知識と技能等が必要となる行為を明確化するとともに、医師・歯科医師の指示の下、プロトコルに基づきその行為を実施する看護師に対する研修の仕組みを創設。(保健師助産師看護師法関係)

②診療放射線技師の業務範囲を拡大(診療放射線技師法関係)

③歯科衛生士の業務実施態勢を見直し(歯科衛生士法関係)

8. 医療事故に係る調査の仕組み等の整備(医療法関係)

医療機関に院内調査の実施を義務付け、各医療機関から報告のあった調査結果の分析や再発防止策に係る普及・啓発を行うとともに、遺族又は医療機関の求めに応じて医療事故に係る調査を行う第三者機関の設置等を規定。

9. 臨床研究の推進(医療法関係)

革新的医薬品・医療機器の開発等に必要の質の高い臨床研究を進めるため、国際水準の臨床研究や医師主導治療の中心を担う病院を臨床研究中核病院(仮称)として位置づける。

10. 臨床修練制度の見直し(外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律関係)

【見直しの具体的な内容】

(1)現行は許可の有効期間は最長2年間。これを、正当な理由(医学部の大学院に在学中等)があると認められる範囲(最長2年間)で有効期間の延長を認める。

(2)受入病院の責任で、①外国の医師の能力、②適切な指導体制、③医療事故等が発生した際の賠償能力を確保する仕組みに改めるとともに、厚生労働大臣が関与する手続・要件を簡素化する。指導医認定制度を廃止し、外国の医師の語学能力に適した指導医を受入病院が選任。

・受入病院と緊密な連携体制が確保された病院・診療所に臨床修練を許容
・不適切な事例が発覚した場合の対応(立入検査、法令違反の事実の公表等)を整備

また、入国後速やかに臨床修練を開始できるようにするため、入国前でも臨床修練の許可を受けることができるよう整備する。

(3)教授・臨床研究を目的として来日する外国の医師について、当該外国の医師や受入病院が一定の要件を満たす場合には、診療を行うことを容認する。

11. 歯科技工士国家試験の見直し(歯科技工士法関係) 略

12. 持分なし医療法人への移行の促進(医療法等一部改正法関係)

【法律への位置づけ(案)】

・移行について計画的な取組を行う医療法人を都道府県知事が認定する仕組みを導入する。(移行検討の定款変更、移行計画の作成などを要件とする)

・認定を受けた医療法人には都道府県が指導、助言等の支援を行う。

【その他の支援策(検討中の案)】

税制措置、補助制度及び融資制度について検討。

・出資者の死亡に伴い相続人に発生する相続税の納税猶予等の特例措置

・移行を支援するコンサルタントに係る経費の補助

・出資金の払戻しの際に要する資金の融資



▲医療部会に臨む西澤会長(右隣は中川日医副会長、さらに永井医療部会長)

経営が図られるよう、具体的な提案内容の検討を行っていくべきではないか。

□医療法人の業務範囲(附帯業務の拡大、海外展開)―産業競争力会議における民間議員の提案

(1)医療法人がフィットネス等健康増進や配食等生活支援を円滑にできるためのガイドラインの策定

(2)医療法人が一定要件の下で海外現地法人に出資できることを明確化<厚生労働省の対応・考え方>

(1)医療提供という本来業務に支障のない範囲で本来業務と関連する業務

(附帯業務)は実施可能。例えば、生活習慣病の者に対する医師の指導に基づく健康増進や、高血圧、高血糖又は生活習慣病の者に対して、医師等が行う栄養指導や運動指導と併せて配食サービスを行うこと等、附帯業務のうちの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。

(2)社会医療法人は海外現地法人に出資することは可能。一般の医療法人について、海外事業に失敗しても地域医療に影響を与えない範囲内で出資可能とすることについて検討。

第183回通常国会における医療法人制度関係の政府答弁

□理事長要件の見直しについて/3月8日の衆議院予算委員会・安倍総理大臣

理事長については、確かに、病院においては医療という観点からと病院経営という観点からもありますので、そういう経営感覚を持った人が重要な地位にいることも私はずっと重要なポイント、議論するポイントでもあるのかな、このように思っていました。

□医療法人会計基準の策定について/3月22日の衆議院厚生労働委員会・田村厚労大臣

医療法人の経営が持続的に、安定的に、健全、透明性を担保するためにも、医療法人会計基準を早急に策定すべきという意見はごもっともである。議員ご承知のとおり、現在四病協にて検討を行っている。基本は自らが行ってもらわなければならない。ただ、小泉内閣から何年も経っているので、全力を挙げて、積極的にお手伝いしてまいりたい。できれば、平成25年度の早い時期に策定されるように我々もお手伝いしていきたい。

「医療機関債」発行等ガイドラインの一部改正(トラブル防止、債権者保護の観点から)

①公認会計士等の監査が必要となる発行額等の見直し

1回当たりの発行総額が1億円以上→1会計年度の発行総額が1億円以上

②監督庁への届出を新設

勧誘を行う1ヶ月前までに発行要項等の必要な書類を監督庁に届けること

③購入対象者の明確化

不特定多数に対する販売への注意を促すため、購入対象は、法人の役員や縁者、地域住民等であることを明記

④医療機関債購入の勧誘方法について

消費者保護関係の規定を追加

誠実公正義務、虚偽説明の禁止、再勧誘禁止等、金融商品取引法を参考に規定
⑤決算期の債権者への情報開示書類の明示

法定書類のほか、取得資産の状況、直近3会計年度の財務状況等を開示することを明示

⑥期中償還事由の明確化

購入者の死亡のほか、「破産」「障害等による生計維持困難」等の事由を列挙し明確化

参考1 2013年度医療施設経営安定化推進事業の概要 *下線は厚労省による

□医療法人等の提携・連携の推進に関する調査研究<概要>

○各地域における医療法人が、経営の合理化・安定化を進めるとともに、地域の医療機能分化及び連携を進める上で参考となるよう、事業協同組合、グループ化、資本提携などにより、①経営の合理化・安定化を進めている事例、②医療機能の分化・連携を進めている事例を調査収集し、事例集を作成する。
○上記の取組を全国的に進めていくための課題や必要な支援のニーズについて調査する。

□医療法人の適正な運営に関する調査

研究<概要>

○医療法人の運営等に重大な問題があった場合、当該法人の安定的な経営を損なうのみならず、地域医療への悪影響が懸念される。このため、医療法人の組織、財務、運営等の適正性を確認するための指標を作成する。

○当該指標は、①医療法人が大きな負担なく自ら定期的かつ容易に確認できるもの、②監督庁で医療法人が作成した指標の値の正確性を資料等により容易に確認できるものであるもの、とすることを想定。

医療法人に関する国民会議、産業競争力会議の議論と骨太の方針

□骨太方針(経済財政運営と改革の基本方針=6月14日閣議決定)第3章3.(1)②(医療・介護)

医療提供体制の改革については、…(中略)…医療法人間の合併や権利の移転等に関する制度改正を検討する。

□医療法人制度等のあり方<社会保障制度改革国民会議における「議論の整理」>

医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町作りにも参画できるように医療法人制度の見直しを行うべき。具体的には、医療法人が病院経営の非営利性を担保しつつ付帯事業で住宅建設(サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム)や町のインフ

ラ形成に参加、共同事業を立ち上げることができる道を開き、その際のファイナンスの選択肢として、今後、慎重に設計されるべき「ヘルスケアREIT」等を視野に入れるべき。地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくため、病院の統合・再編による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅を結合すべき。
<主な論点と対応の方向(案)>

医療法人制度については、医療法人の非営利性を担保すること、本来業務である病院等の経営に支障を来さないことなどを前提としつつ、医療機能の分化・連携の推進や医療法人の健全な

看護必要度の項目変更で一致。看護配置と比例する項目を採用

入院医療等の調査・評価分科会 療養病棟に転換した特殊疾患病棟等の経過措置は来年3月末廃止で合意

6月13日の診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」は、「入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査」(2012年度実施)の結果を基に、(1)重症度・看護必要度の評価項目、(2)療養病棟に転換した特殊疾患病棟等の経過措置、について検討した。

(1)に関して、事務局(厚労省保険局医療課)は現行評価項目の得点分布が必ずしも看護配置と比例していないことを指摘、そのあり方の見直しを提起した。見直しを支持する意見が大勢を占めたが、どんな項目を採用するかにまではいたらず、引き続き議論となった。

(2)の経過措置とは、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、障害者施設等入院基本料の各算定病棟が療養病棟に移行する場合などに適用している「医療区分を3または2とみなす」という措置のこと。実態調査によると利用状況はごくわずかであることから、事務局は、経過措置を14年3月末で廃止することを提案した。

これに3人の委員が賛成したほか、特段の反対意見はなく、廃止する方向

で議論を終えた。

この日の分科会は、主に、重症度・看護必要度(以下「看護必要度」)の見直しの是非について議論。事務局は、14年改定で7対1要件の厳格化を図る上で重要な因子となる看護必要度に関して、A項目とB項目とも項目を整理・追加する必要性を提起した。

看護必要度は、一般病棟における一定以上の処置(9項目=A項目)や看護(7項目=B項目)が必要な患者の割合を示すツールで、7対1入院基本料、看護必要度加算(10対1)、急性期看護補助体制加算の各算定要件に、基準に該当する患者割合(A項目2点かつB項目3点以上の患者が15%以上。急性期看護補助体制加算は10%以上)が使われている。

しかし、調査結果から、入院基本料別の基準該当者割合が一番高いのは15対1(約18%)で、必ずしも7対1が最も高いという実態にはなっていないことが分かった。

しかも、A項目の該当率を7対1と療養病棟入院基本料で比べると概ね7対1の方が高いものの、「時間尿測定」「呼

吸ケア」は療養病棟の方が該当率が高いことも判明した。

ただし、今回調査用に追加したA項目(厚生労働科で検討された項目)で該当率を比べると、多くの項目で7対1の方が該当率が高くなるように、項目を入れ替えると看護配置に比例するという結果になった。

B項目は、全体として、7対1よりも療養病棟の方が該当率が高かったが、今回調査用にB項目に追加した項目(前出)でみると、やはり、多くの項目で7対1の方が該当率が高いという結果となった。

一方、これら評価項目間の相関係数をみると、A項目では3つの項目の間に相関性があることが、B項目はすべての項目にきわめて高い相関があることが判明した。

こうしたことから、事務局は、まず、Aの5項目のうち、相関性がある3項目を1つに絞ることを、また、Bの項目に関しても一定の整理を行なうことを提案した。

その上で、「今回の調査結果を踏まえ、現在の一般病棟用の重症度・看護

必要度の評価項目についてどのように考えるか」とし、A項目、B項目ともに項目の整理と追加を検討する必要性を提起した。

多くの委員は現行項目の見直しを基本的に支持し、大幅な入れ替えを求める意見が大勢を占めた。中には、15%以上という7対1の現行要件の見直しを求める声もあった。

その一方、一部の委員から、療養病棟における該当率が比較的高いことなどを根拠に、「療養病棟も医療区分を止め、看護必要度のように、どの病床にも適用できる新たな基準を用いて評価してはどうか」という考え方が示された。

これに対しては、急性期と慢性期を同様の看護必要度で測ることへの疑問が相次いだ。看護必要度は7対1要件の見直しにとどまらず、亜急性期を含めた病床機能の分化・再編を進める上で重要なツールとなる可能性もある。

議論の中で、安藤委員(日病副会長)は「看護必要度の見直しについては病院団体に持ち帰って判断したい」と述べ、慎重に検討する姿勢を示した。

栄養管理実施加算の包括化 病院と有床診で対応を分けることで概ね合意

入院医療等の調査・評価分科会 病院は13年度末で経過措置を終え、有床診は14年改定で元に戻す方向

6月20日の中医協・診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」は入院基本料等加算の評価をテーマに取り上げ、(1)前改定で入院基本料等に包括した栄養管理実施加算の取り扱い、(2)同褥瘡患者管理加算の取り扱い、(3)算定回数の少ない加算項目の取り扱いについて議論した。

このうち、栄養管理実施加算は2012年改定で入院基本料等の算定要件に組み込まれ、病院には管理栄養士の常勤配置を、有床診には管理栄養士の非常勤配置を必須とした上で、前改定前まで栄養管理実施加算を算定していなかった医療機関には「管理栄養士を配置していなくても14年3月末までは包括化した入院基本料等を算定できる」という措置を図っている。

また、前改定前に栄養管理実施加算を算定していた医療機関に対しても、離職等管理栄養士が勤務できなくなった場合の措置として、「厚生局に届出を行なうことで3ヵ月は包括した入院

基本料等を算定できる」という措置を認めている。

褥瘡患者管理加算に関しては、旧褥瘡患者管理加算の要件から専任看護師にかかる「5年以上の経験」部分を排除する一方、新たに「褥瘡対策チームのメンバー等による委員会の定期開催」を要件に加えた上で、入院基本料等の算定要件とされた。

この日の分科会に、事務局(厚労省保険局医療課)は両加算の包括化にかかわる実態調査の結果を報告、今後の取り扱いを検討課題にあげて、検討を求めた。

12年度の改定検証調査と入院医療等の調査によると、14年3月末までの経過措置の対象となる「前改定前まで栄養管理実施加算を算定していなかった医療機関」は、病院は1割未満に過ぎないが、有床診では9割近くに及んでいる。しかも、該当有床診には、耳鼻咽喉科や小児科など「該当する患者が少ない」とした施設の割合が少なくない

上、12年9月時点で「管理栄養士が常勤・非常勤ともにいない」と回答した有床診が7割近くにのぼっている。

こうした実情を踏まえ、この日の分科会は、2014年度改定では、①栄養管理実施加算包括化の取り扱いを病院と有床診で分け、②有床診に関しては同加算を入院基本料等から分離して元に戻す、③病院に関しては経過措置を既定どおり14年3月末で終える、という方向で調査結果の評価をまとめることで概ね合意した。

褥瘡患者管理加算に関しては議論が十分深まらず、事務局は次回再度検討するとしているが、この日の議論は、入院基本料等への包括化の継続をほぼ容認するものとなった。

また、「算定回数の少ない加算項目」のテーマも十分な議論が展開されなかったが、事務局が論点として示した「算定率が低い入院基本料等加算の包括化・廃止については慎重に対応することとし、評価を継続することとして

はどうか」という方向を肯定する意見が相次いだ。

分科会後のブリーフィングで、事務局は「診療報酬点数表の簡素化は重要な課題ではあるが、評価項目の改廃などによっても可能であり、入院基本料等加算の包括化は必ずしも優先的テーマになるとは限らない」と述べ、14年度改定では論点とはならない可能性を示唆した。

分科会は今後、褥瘡問題や「医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価」などの検討を行ない、再び、方向性が打ち出せていない論点を中心に2巡目の議論を進め、8月をめどに、中医協総会に報告を提出する方針だ。

その後も、現在実施中の13年度調査結果の分析評価を控えており、すべての報告がまとまるのは10月になると見込まれるため、14年度改定は、課題の多さに比べると時間的には例年以上にタイトになるとみられる。

制度設計議論を休止、医療事故調査制度を見守ることで合意

無過失補償制度等のあり方検討会 補償財源の規模等予測できる統計欠如などが理由

医療事故調査制度の枠組みが決まったことを受けて、6月21日に1年半ぶりに再開された「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」は、(1)医療全域にわたる無過失補償の枠組みを設計する上で必要な統計データがない、(2)したがって補償財源等の予測を立てることができないことなどの理由から、同制度の設計議論をいったん見送り、新たに始まる医療事故調査制度の動向を見守ることで概ね合意、同検討会を休止することを

確認した。

無過失補償制度設計議論の先送りを提案したのは事務局(厚労省医政局総務課医療安全推進室)。

制度設計の議論を進める上の基本的論点として、①補償範囲の明確化をどうするか、②制度の掛金等の負担を医療機関と患者に求めることは可能か、③過失・無過失の認定をどう行なうかという点をあげた上で、「以上に掲げる無過失補償制度の論点を踏まえ、当面、新たな医療事故調査制度の

実施状況等を十分に見極めた上で、無過失補償制度について考えることが必要ではないか」と指摘、議論の休止を提案した。

先送りやむなしという意見は医療側だけでなく、患者側の構成員からも示され、一部に反対意見はあったが、全体として事務局提案を了承した。

構成員である飯田修平氏(練馬総合病院理事長・全日病常任理事)は、先行実施されている産科補償制度を例にあ

げ、「産科補償制度は既存のデータを参考に踏み切ったものの、統計データが過小であったため、結果として(補償額の見積り等は)当たらなかった。真に機能する無過失補償制度をつくるのならば、必要なデータをきちんと確保しなければならない。つまり、財源の確保とどれだけのデータがあるかということを確認しないと制度の枠組みはつけれない」と述べ、設計議論の休止に賛成した。

開催案内 個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース(東京会場)

日時 ● 8月9日(金) 10:00~16:30
 会場 ● 全日本病院協会会議室
 東京都千代田区猿楽町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル7F (JR 総武線・都営三田線の水道橋駅下車徒歩4分)

定員 ● 90名(先着順)
 参加費 ● 会員1万2,000円 会員以外1万6,000円(資料代を含む)
 締切日 ● 8月2日(定員に達し次第締切ります)
 *詳細は全日病のHPをご参照ください

開催案内 個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース

日時 ● 8月23日(金) 10:00~16:30
 会場 ● 全日本病院協会会議室
 東京都千代田区猿楽町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル7F (JR 総武線・都営三田線の水道橋駅下車徒歩4分)

対象者 ● 本会「個人情報管理・担当責任者養成研修会」の受講修了者
 定員 ● 90名(先着順)
 参加費 ● 2万2,000円(資料代を含む)
 締切日 ● 8月16日(定員に達し次第締切ります)
 *詳細は全日病のHPをご参照ください

在宅介護の推進には病院の支援が重要 — 全日病が調査研究報告

在宅支援の情報共有実態を踏まえ、情報システム構築へ提言

全日病が2012年度老人保健健康増進等事業として厚労省から受託した調査研究が、事業検討委員会(木下毅委員長)の手で報告書にまとめられた。在宅療養支援における医療・介護の情報共有の実態を踏まえ、地域包括的な情報システム構築に向けた提言が示されている。

報告書の題名は「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」というもので、病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護、訪問介護、訪問リハ、通所介護、通所リハの各施設・事業所2,820ヵ所に調査票を送り、25%から回答を得た。

全日病は、また、2013年度の同事業に4件応募したが、このほど、そのうちの3件の採択が決まった。その内訳は「医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究」「BPSDの増悪により精神科病院への入院を要する認知症患者の状態像の分類モデル及び退院後の在宅療養支援に関する調査研究」「諸外国における認知症治療の場

としての病院と在宅認知症施策に関する国際比較研究」と、3題中2題が認知症に関する調査研究となっている。

在宅療養支援における情報共有等に関する調査研究報告の要旨

「地域」について、病院では2次医療圏と捉える回答が最多であったが、市町村(1次医療圏)とする回答も同程度あった。病院以外では市町村と捉える回答が最も多い。

居宅サービス事業所が急変時の受入先医療機関として「非常に重要である」と回答した施設は「かかりつけ医がいる医療機関」73.4%、「救急医療機関」62.0%と、いずれも重視されていることが確認できた。

また、地域における一般病床の存在を「重要である」と回答した居宅サービス事業所が7割程と高く、急変時受入先として想定されていることが分かったが、医療療養病床や介護療養病床も4~6割を占めており、地域によっては一定の役割が期待されている。

情報提供・共有する主な機関と相手の職種は「病院・医師」「居宅介護支援

事業所・ケアマネジャー」であったが、在宅平常時に情報を交わすのは「居宅介護支援事業所・ケアマネジャー」で、在宅急変時に「病院・医師」の割合が増加することが分かった。

「自由回答」をみると、居宅サービス事業所から多くあげられたのが「医師との連絡が困難」であり、情報を交わす頻度が高い「居宅介護支援事業所・ケアマネジャー」と「病院・医師」との連携を強化する必要がある。

情報システム構築にあたっては、現状では主な伝達手段が電話であること、平常時や急変時等の場面と相手によって伝達内容が異なっていることを踏まえ、情報システムの伝達手段以外の利用価値を具体的に提示することが必要であり、現場で有効活用されるためには、医療・介護の従事者が情報システムをどの場面でのどのように利用すればよいかを理解していなければならない。

病院のあり方委員会

「医師の就業動向に関する調査」を実施

6月8日に開催された第3回常任理事会は、全会員病院を対象に「医師の就業動向に関する調査」の実施を決めた。病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)が担当、7月初めに調査票を送付、8月半ばの回収を目指す。

各施設に在籍する常勤・非常勤の医師数、その勤務状況、さらには、各医師ごとの就業にいたった経過などを回答してもらい、就業動向を把握する。

調査用紙は施設票と医師(常勤医に限定)一人一人に記入してもらう医師票からなる。医師票は1施設あたり5枚同封し、員数に合わせて複写してもらうよう、会員病院に協力を依頼する。

病院のあり方委員会は医師確保に向けた取り組み策の検討を2013年度活動方針の1つにかかげており、今回調査の結果を踏まえて、効果的な医師確保策の提言をまとめる予定だ。

2013年度第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月18日

【主な協議事項】

●2013年度事業報告案・決算報告案

2013年度事業と決算の各報告案が承認された。

●公益法人移行にかかわる基金拠出契約

公益法人移行にともなって3支部が設立登記した一般社団法人と本会の間で交わされる基金拠出契約書の案が承認された。

●公益社団法人全日本病院協会規程案

公益法人移行にともない改正・新制定される本会の諸規程案が、一部修正を条件に承認を得た。

●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 青葉病院 院長 和田耕一
東京都 南台病院 院長 陶山哲夫
東京都 花と森の東京病院 院長 小平祐造
神奈川県 川崎南部病院 理事長 新谷幸義
神奈川県 済生会平塚病院 院長 武内典夫
神奈川県 新百合ヶ丘総合病院 理事長 渡邊一夫

静岡県 中東遠総合医療センター 企業長 名倉英一

鹿児島県 高江記念病院 理事長 高江政伸
ほかに7人が退会した結果、在籍会員は2,437人となった。

●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

福岡県 那珂川病院

熊本県 阿蘇立野病院

日帰り人間ドック実施施設は484施設となった。

【主な報告事項】

●支部長の交代

山口県支部長が三好正規氏から木下毅氏へ交代した旨の報告があった。

●研修会等開催の報告

2013年度医師事務作業補助者研修(7月24日、25日開催)、第12回病院事務長研修コース(6月29日開講)、第13回機能評価審査支援セミナー(7月21日・仙台市内)についてそれぞれ説明があった。

●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)

4月5日付で以下の17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 恵佑会札幌病院 更新

千葉県 柏戸病院 更新

東京都 吉川内科小児科病院 更新

京都府 医仁会武田総合病院 更新

京都府 京都九条病院 更新

京都府 総合病院 日本バプテスト病院 更新

京都府 市立福知山市民病院 更新

兵庫県 松本病院 更新

福岡県 原三信病院 更新

熊本県 高野病院 更新

鹿児島県 今村病院 更新

鹿児島県 青雲会病院 更新

◎複合病院

愛知県 小林記念病院 更新

大分県 黒木記念病院 更新

宮崎県 古賀総合病院 更新

鹿児島県 三宅病院 更新

沖縄県 同仁病院 更新

◎付加機能(リハビリテーション)

熊本県 リハビリテーションセンター 熊本回生会病院 更新

4月5日現在の認定病院は合計2,403病院。そのうち、本会会員は967病院と、会員病院の39.7%、全認定病院の40.2%を占めている。

2013年度第3回常任理事会の抄録 6月8日

【主な協議事項】

●支部長の交代

以下の2支部より支部長交代の報告があり、了承された。

茨城県支部長 (旧)市原健一氏

(新)横田廣夫氏

京都府支部長 (旧)出射靖生氏

(新)清水 紘氏

●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 オホーツク海病院 理事長 佐孝 基

北海道 せたな町立国保病院 院長 森 利光

北海道 野口病院 理事長 野口和哉

北海道 旭川三愛病院 理事長 豊泉武男

千葉県 大島記念嬉泉病院 院長 石川清隆

神奈川県 小田原市立病院 院長 白須和裕

ほかに7人が退会した結果、在籍会員は2,436人となった。

【主な報告事項】

●2013年度老人保健健康増進等事業(国庫補助)の実施

本会が提出した調査研究事業3件が

「2013年度老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等国庫補助)」に採択されたとの報告があった。

●「2012年度人間ドックに関する調査」の実施

本会の人間ドック実施指定施設を対象に「2012年度人間ドックに関する調査」を行なう旨の報告があった。

●「医師の就業動向に関する調査」の実施

全会員病院を対象に「医師の就業動向に関する調査」を行なう旨の報告があった。

●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)

5月17日付で以下の2会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

◎複合病院

愛知県 八千代病院 更新

鹿児島県 森園病院 更新

5月17日現在の認定病院は合計2,388病院。そのうち、本会会員は966病院と、会員病院の39.6%、全認定病院の40.5%を占めている。



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

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル7F TEL. 03-5283-8066

在宅医療と地域包括ケアを担う中小病院—西澤執行部が強調

地域包括ケアの核となる地域一般病棟—具体化と深化に取り組む



第1回支部長・副支部長会議の主な質疑応答 6月22日

※1面記事を参照

陣内重三福岡県支部長 全日病として、地域包括ケアを担っていくのは我々中小病院であるという主張を強く出してほしい。

西澤会長 地域包括ケアを中心的に担うのは中小病院である。そのことをどう主張すべきか、全日病として検討を進めている。現在、一体改革の中で機能分化について議論されており、今のところ、急性期、亜急性期、回復期、慢性期等という方向で議論が進んでいる。その亜急性期に、我々の一つの役割があるのではないかと考える。我々は地域一般病棟を提言、これが地域包括ケアの核になると主張してきた。現在、その具体化と深化に努めているが、これを担うのは中小病院であり、これを通して、地域における中小病院の役割を明確にしていきたい。

在宅医療も、診療所とともに中小病院が担い手であると考えている。その中でどのような機能を担うのかについても、ただ今検討を重ねている。この点をより具体的に明らかにしようということで、全日病にプライマリケアのプロジェクトチームを立ち上げた。

PTは、在宅医療と介護の担い手かつ支援するのは中小病院であり、それを積極的に推進すべきであること、同時に認知症にも対応していくこと、そうした取り組みを会員病院は行なっていくべきことを明確にし、それを社会にアピールし、具体的な活動を進める、という方針を確認している。

入院医療や在宅に関する議論は、医政局の検討会や保険局の中医協総会や分科会で行なわれているが、これらには全日病の役員が参加している。こうした場で、今お話ししたような我々の見解を主張してきたが、今後も、さらに

強くかつ積極的に訴えてまいりたい。

松本文六大分県副支部長 (文書発言)

第1回支部長・副支部長会議でTPPと消費税に関する声明を公表してほしい。また、大病院中心の厚生行政に強く反論してもらいたい。

西澤会長 声明を出すか否かはこの会議でご協議いただきたい。TPPに関しては、政府からの求めもあり、日医と四病協が意見書を出すことになっている。四病協として出すか、各団体で出すか、ただ今協議しているところである。仮に共同見解が無理であれば、個別に意見書を出すことになる。全日病も検討を進めているところだが、ご意見があれば、ぜひうかがい、参考にさせていただきたい。

「大病院中心の行政に強く反論すべし」という点は、まさにおっしゃる通りである。これからの少子高齢化に向けてしっかりした提供体制を構築していかなければならないが、その中で中小病院が担う役割はきわめて重要なものがある。この点は、先ほど陣内福岡県支部長にお答えしたように、しっかりとした対応をしてみたい。

大島正親佐賀県副支部長 消費税が8%に引き上げられるときには医療への課税を実現してほしい。これがムリな場合は、10%のときに消費税課税とすることを強く主張、かつ、国民の理解が得られるよう努めていただきたい。また、入院基本料を引き上げていただきたい。かつては増点となったときもあつたが、その後は加算が新設されるのみで、それも4~5年もすると廃止され、不安定な病院運営を強いられている。

西澤会長 消費税は来年4月に8%となるが、非課税は継続される。我々は10%のときには課税とするよう強く訴えてい

るが、これは政治の問題でもあり、皆さんにもより一層の協力をたまわりたい。最近では、課税の下でも還付可能という話を聞く。本当にそれができるのか。万一、非課税を認め、我々の思うとおりの還付にならなかった場合に、非課税を認めた事実のみが一人歩きをすることはしないのか。私は課税の旗を掲げてまいりたい。

昨日の中医協・消費税分科会は、8%時の対応として高額投資別枠方式を見送ることで合意した。したがって、今までとおり診療報酬に上乘せ対応することになる。その方法として、①基本診療料に上乘せする、②一定項目に上乘せする、③1点単価で調整するという3案が示されたが、私は、まだ考え方を決めていない。どの方法を採用しても公平に補填するということではできない。できるだけ不公平さを小さくすること、課税になったときにリカバリーしやすいこと、この2つを基準に、皆さんや病院団体の意見も聞いて方針を定めたいと思っている。

入院基本料に関してはそのあり方を検討することになっているが、それを行なう基本小委が開かれない。入院基本料こそ病院経営の柱であり、この性格をしっかりと定め、適正なコストを反映したものにしなければならない。これはすぐにはできないが、例え時間をかけてもその方向で取り組んでまいりたい。**猪口副会長** 先日の社保審医療部会に臨時国会に出す医療法改正案が示された。どのような改正になるのか、説明願いたい。

西澤会長 まず、医療機関の病床機能情報を都道府県に報告する制度がある。当初、医療法に急性期病床群という類型を書き込む案が出たが、これは

我々の反対で消えた。今回法改正にあがったのは、各病院が自分の判断で病棟の機能を報告という制度である。それにもとづいて都道府県が各地域の医療資源を機能分布というカタチで把握、それを基に地域医療のビジョンを2015年度後半に策定するというものである。

報告対象となる機能は、現在、急性期、亜急性期、回復期、慢性期等が検討されている。例えば、急性期であれば「主として急性期疾患の患者が入院している」といったように、判断基準は緩やかなものとなろう。次に、医療計画で5疾病5事業と同格とされた在宅医療を医療法に位置づける。チーム医療としては、包括的指示の下で特定行為ができる看護師の研修受講義務と登録制度を補助看法に書き込む。そして医療事故調査制度の創設がある。医療法人制度の改革も出ているが、これはまだ具体的ではなく、今秋の臨時国会には出てこないのではないかと。

斉藤隆景新潟県支部長 我が県の知事は国保の都道府県化に反対を表明した。全日病はどう考えているか。

西澤会長 本会はまだ検討にいたっていない。個人的見解であるが、財政面からは保険者に一定の規模が必要と考える。しかし、行政機構である自治体が保険者になることには反対する。行政と保険者の一体化になると、ある種、措置制度になってしまうからだ。県単位にすることはよいが、保険者とは別の組織となることが望ましいと考える。全日病としても検討の機会をもち、まとまったら見解を発表したい。

全日本病院協会新役員等の名簿 (2013年6月22日~2015年6月の定時総会まで) ○印は新任の理事、ゴシックは常任理事 (*は新任の常任理事) を意味する

■理事 (55名)		■監事 (4名)	
北海道	大橋正實 (医) 耳鼻咽喉科麻生病院 理事長	福岡県	陣内重三 (医) 篠栗病院 理事長
"	高橋 肇 (医) 高橋病院 理事長 *	"	丸山 泉 (医) 丸山病院 理事長
"	徳田禎久 (医) 禎心会病院 理事長	"	牟田和男 (医) 牟田病院 理事長
"	西澤寛俊 (医) 西岡病院 理事長	佐賀県	織田正道 (医) 織田病院 理事長
○	橋本政明 (医) 網走脳神経外科・リハビリテーション病院 理事長	長崎県	井上健一郎 (医) 井上病院 理事長
青森県	村上秀一 (医) 村上新町病院 理事長	○熊本県	上村晋一 (医) 阿蘇立野病院 院長
宮城県	中嶋康之 (医) 中嶋病院 理事長	"	山田一隆 (医) 高野病院 理事長
○福島県	土屋繁之 (医) 土屋病院 理事長 *	大分県	畑 洋一 (医) 畑病院 理事長
茨城県	永井庸次 (株) ひたちなか総合病院 院長	宮崎県	大塚直純 (医) 大塚病院 理事長
○	横田廣夫 (医) 鉦田病院 理事長	"	濱砂重仁 (医) 市民の森病院 理事長
○栃木県	藤井 卓 (医) 藤井脳神経外科病院 理事長	鹿児島県	銚之原大助 (医) 市比野記念病院 理事長 *
群馬県	美原 盤 (公財) 美原記念病院 院長 *	"	牧角寛郎 (医) サザン・リージョン病院 理事長
○埼玉県	中村 毅 (医) 戸田中央総合病院 理事長	沖縄県	新垣 哲 (医) 西武門病院 理事長
"	中村康彦 (医) 上尾中央総合病院 理事長		
千葉県	平山登志夫 (医) 平山病院 理事長		
東京都	安藤高朗 (医) 永生病院 理事長		
"	飯田修平 (公財) 練馬総合病院 理事長		
"	稲波弘彦 (医) 岩井整形外科内科病院 理事長		
"	猪口正孝 (医) 平成立石病院 理事長		
"	猪口雄二 (医) 寿康会病院 理事長		
"	木村 厚 (医) 木村病院 理事長		
○神奈川県	須田雅人 (医) 赤枝病院 院長		
○	山本 登 (医) 菊名記念病院 理事長 *		
石川県	神野正博 (医) 恵寿総合病院 理事長		
岐阜県	山本真史 (医) 笠松病院 理事長		
静岡県	中島一彦 (医) 新富士病院 理事長		
愛知県	重富 亮 (医) 絃仁病院 理事長		
三重県	齋藤洋一 南勢病院 院長		
京都府	清水 紘 (一財) 京都南西病院 理事長		
大阪府	加納繁照 (医) 加納総合病院 理事長		
"	日野頌三 (医) 日野病院 理事長		
兵庫県	古城資久 (医) 赤穂中央病院 理事長		
"	西 昂 (医) 西病院 理事長		
"	宮地千尋 (医) 宮地病院 理事長		
岡山県	佐能量雄 (医) 光生病院 理事長		
広島県	濱脇純一 (医) 浜脇整形外科病院 理事長		
山口県	木下 毅 (医) 光風園病院 理事長		
徳島県	川島 周 (医) 川島病院 理事長		
"	田蔭正治 (医) たまき青空病院 理事長		
香川県	松井孝嘉 (医) 松井病院 理事長		
愛媛県	貞本和彦 (医) 貞本病院 理事長		
高知県	田中 誠 (医) 上町病院 理事長		

「経済財政運営と改革の基本方針」等が閣議決定 財務省が医療法人制度改革を提起

政府は6月14日、「経済財政運営と改革の基本方針」「日本再興戦略」および「規制改革実施計画」を閣議決定した。また、官房長官を含む9大臣の申し合わせとして「健康・医療戦略」を決定した。2014年度政府予算編成の指針となる「経済財政運営と改革の基本方針」は、「全国420万の中小企業・小規模事業者」を経済活力の源泉とすべく、「参入障壁の低減による医療、環境分野等新たな成長分野への進出促進」を謳った。歳出の重点化・効率化の中で「目指す

べき社会保障の規模は中福祉・中負担」という方向性を明示。「医療・介護分野でのICTビッグバン」「地域の構造変化に対応した医療・介護の提供体制の再構築」「社会保障・税一体改革の推進」などを政策理念にかかげた。

財政運営に関連した医療・介護の課題・目標に目新しいことは盛り込まれていないが、医療提供体制改革の中で「医療法人間の合併や権利の移転等に関する制度改革を検討する」とした点が、財務省の視点として注目される。

「規制改革実施計画」では、「経済再生に即効性をもつ規制改革、緊急度の高い規制改革から優先的に検討」する視点から、①再生医療、②医療機器、③一般健康食品の機能性表示、④医療のICT化の規制改革に重点的に取り組む考えを具体化している。

「日本再興戦略」は健康長寿産業を戦略的分野に位置づけ、2020年に健康増進・予防、生活支援関連産業の市場規模を10兆円(現在4兆円)に、医薬品、医療機器、再生医療の医療関連産業を16兆円(現在12兆円)に拡大するとした。そのため、①日本版NIHの創設(次期

通常国会に法案提出)、②先進医療の対象を大幅拡大するために外部機関等による専門評価体制を創設して評価の迅速化・効率化を図る(最先端医療迅速評価制度=先進医療ハイウェイ構想:本年秋を目途に抗がん剤から開始)、③レセプト等電子データの活用、地域におけるカルテ・介護情報の共有、ナショナルデータベースの積極的活用(とくにすべての健保組合等にレセプトデータの分析・活用の事業計画策定を求め=健康保険法等に基づく厚労大臣指針を今年度中に改正)、などの措置を打ち出している。