



# 全日病 NEWS 10/1

発行所/公益社団法人全日本病院協会  
発行人/西澤寛俊  
〒101-8378 東京都千代田区猿樂町2-8-8  
住友不動産猿樂町ビル7F  
TEL (03)5283-7441  
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.810 2013/10/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 厚労省 地域医療ビジョンは15年度に策定。14年度中にGL

医療部会 日程案に知事会が前倒しの作業を求める。GLの“縛り”にも不満を表明

9月13日の医療部会に、事務局(厚労省医政局総務課)は、病床機能情報報告制度の検討会がまとめた医療機能の区分案を報告。報告制度を医療法改正成立後の2014年度早々に始め、14年度中に地域医療ビジョンのガイドライン(GL)策定を終え、各都道府県は15年度にビジョンを策定して現在の医療計画に追記するという日程案を示した。

14年度のGL完成をまって15年度にビジョンを策定するというタイトな日程に、全国知事会の委員は前倒しの作業容認を求めるとともに、その内容についても、GLに拘束されることなく柔軟に作成できるようにすべきと主張した。(医療部会における在宅医療・介護連携推進の議論は3面に掲載)

医療部会で、医政局の土生総務課長は、9月4日の「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」で報告対象となる医療機能案が合意に達したことを報告。

地域医療ビジョンについては、「医療機関から報告された情報等を活用し、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を示すものとし、これを都道府県が医療計画の一部として策定する」と説明した。

地域医療ビジョンの内容として、土生課長は、以下の3点をあげた。

- (1) 2025年の医療需要(入院・外来別・疾患別患者数等)
- (2) 2025年に目指すべき医療提供体制(2次医療圏等ごとの医療機能別の必要量。在宅医療・地域包括ケアの必要量等は市町村が推計)
- (3) 目指すべき医療提供体制を実現するための施策(例/医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等)

### 知事会 GL策定前のビジョンづくり容認を提起

土生総務課長は、①医療法改正後にGLを検討する場を設置する、②GL検

地域医療ビジョンの内容を記した事務局資料には注記があり、それによると、①医療機関からの報告内容を踏まえて、病床機能の報告にもちいる各医療機能は客観的な定義が検討され、②それを踏まえて地域医療ビジョンの内容も将来的に見直され、③併せて、ビジョンを構成する各項目もより精緻に定められる、ことになる。

つまり、地域医療ビジョンを、レセプトでは得られない、病棟単位の医療提供データを集計・分析した提供体制再編の指針として作成。別途サーチにもとづいた在宅医療・地域包括ケアの再編指針ともども医療計画のⅡ部として策定する方向性が、注記からみてとれる。

都道府県は現在、厚労省のNDBを都道府県化する作業を進めているが、病棟ベースのデータを得る都道府県は、国保保険者となって財政責任を担う一方、移行にともなう医療法や健保法等の権限委譲を得て、名実ともに地域の提供体制を構築する主役となろうとしている。

討には各医療機関からの報告内容を反映させる、③GLは14年度中に策定する

と地域医療ビジョン策定にいたる手順を示した上で、前出どおりの策定日程とビジョンの内容を明らかにした。

今回の日程案は、前回の部会に提示された「13年度後半～14年度前半にGLを作成、14年度後半から報告制度を開始、15年度後半から地域医療ビジョンを策定」という案に比べると、「報告制度開始」と「GL策定」が入り替わり、医療機関からの報告内容を参照しつつGLを策定するという手順となった。

だが、この工程に、全国知事会の荒井委員(奈良県知事)は強い不満を表明。「報告制度を運用し、GLを策定した上で各都道府県はビジョンを策定するという流れでは15年度中の策定は難しい。策定期間は都道府県の実情に応じて幅をもたせてほしい」と異論を唱えた。

さらに、「地域の医療事情は千差万別であり、すべての都道府県がGLの写しを策定しては意味がない。GLが拘束的なものとならないことを期待したい」と希望した。

知事会は、当初は、地域医療ビジョンや国保運営の移管という都道府県の責任を増す動きに強く反対していた。それが、7月初めに厚労省と事務レベルの協議をもち、現在までに3回協議を重ねる中で、それら難題に対する態度を賛成に転じている。

恐らく、各種権限の委譲や消費税を投入した基金制度の設置などから、都道府県のイニシアチブが維持できると判断したものと思われる。

知事会は医療部会に寄せた意見書に「報告内容は、医療機関の『意向』ではなく『実績』であるべきである」と記し、今後どのような医療機能を選択していきたいかという医療機関のビジョンを報告内容から外すべきとした。

ビジョン策定の当事者である知事会の意見は、閣議決定の「法制上の措置の骨子」でも「十分な協議と理解を得るべき」と書き込まれているように、配慮される公算が強い。新たな論点が浮上したといえよう。



## 「特定除外見直しの影響は厚労省調査よりも大きい。慎重な議論を」

7対1・10対1の特定除外制度 厚労省調査で不明な実態が日医・四病協の調査で判明。中医協に資料提出へ

日本医師会と四病院団体協議会は共同で実施した「特定除外に該当する入院患者実態調査」の結果を、9月18日の記者会見で発表した。

現在、7対1と10対1における特定除外制度を見直す議論が中医協総会に提起されているが、同調査から、7対1では52%の病棟に、10対1では63%の病棟に特定除外患者が入院しており、特定除外患者を平均在院日数に含めると、7対1で1割強、10対1で2割近くの病院が平均在院日数要件を満たせなくなるなど、厚労省が公表した同様の調査結果では必ずしも明確ではなかった部分を解明。その結果、同制度の廃止は特定除外患者が入院している病棟に大きな影響を与える可能性があることが分かった。

日医と四病協は調査結果を中医協に提出、特定除外制度の見直しについては慎重な審議を求める方針だ。(7面に調査結果の要旨)



▲会見には(右から)猪口全日病副会長、相澤日病副会長、中川日医副会長が出席した

次期改定における入院医療の検討課題について2012年度調査を実施した厚労省は、7対1と10対1各入院基本料における特定除外患者の実態について、(1)7対1・10対1の90日超患者は13対1・15対1の同患者と同様の傾向が認められる、(2)特定除外患者を平均在院日

数の計算に入れた場合の影響の度合いは小さい、ことなどを指摘。「入院医療等の調査・評価分科会」に、14年度改定で、7対1・10対1における特定除外制度の見直しを議論するよう提起した。

これに対して、日医や病院団体の分科会委員は、①当調査の回収は169施

設(回収率9.4%)と少なく、代表性に欠ける、②7対1・10対1と15対1・13対1では特定除外患者の特性が異なる、③平均在院日数の変化は小さいというが、施設によって影響度合いは異なるため、一概に影響が小さいとはいえない、④受け皿がない中で特定除外制度を廃止すると現場は混乱するなどの疑問を示したが、反論を根拠づけるデータをもっていなかった。

そのため、日医と四病協は6月の月例懇談会で、7対1・10対1における特定除外患者の実態調査を共同で行なうことを決め、7月～8月に、日医、全日病、日病の会員から無作為抽出した2,060病院に調査票を送付。781施設から回答を得た(回収率37.9%)。

その結果、7対1の半数以上、10対1は2/3近くの病棟に特定除外患者が入院していること、特定除外患者がいる病棟における当該患者の割合は、7対1が6.7%、10対1は10.2%であることが分かった。

これは、特定除外患者の割合は当該患者がいない病棟を含む全体の3.7%(7対1)、6.5%(10対1)とする厚労省調査結果の1.6～1.8倍になる。

また、特定除外患者を含んだ平均在院日数は、10対1では3.3日長くなるが、当該患者がいる病棟に限ると4.8日も長

くなること、特定除外患者を平均在院日数に含めると、7対1で1割強、10対1で2割近くの病院が平均在院日数要件を満たせなくなるが判明した。

こうしたことから、日医・四病協は、「特定除外制度を見直した場合、影響がまったくない病棟がある一方で、かなり影響が大きい病棟がある」と推察した。

日医・四病協の調査は、また、7対1では主傷病が新生物であること、10対1では、腎不全患者の特定除外理由に人工透析だけでなく重度障害・重度意識障害・難病等もあることなど、特定除外患者の疾病等について、厚労省調査が把握していない事実を示した。

こうした結果、7対1・10対1では「当該病院での治療が必要」や「体力的に退院不可能」という回答の合計が8割以上に達しており、「特定除外患者は7対1・10対1と15対1で明らかな違いがあった」と評価した。

さらに、退院(退棟)の受皿が「不十分」と答えた病院で特定除外患者の割合が高いこともあり、日医・四病協は7対1・10対1の特定除外制度廃止を見込んだ議論に強い違和感を表明、慎重かつきめ細かな議論を求めている。

「清話抄」は8面に掲載しました。

# 主張

## IT活用による情報共有が進む中 我々は“Drip Syndrome”に陥らぬよう心すべきである

先日、診療情報管理士主催の研究で、医療と介護の連携時代における情報のあり方について講演させて頂いた。

診療情報管理士にとって「データ」という言葉はなくてはならないキーワードと言えるが、電子カルテが情報共有の主役となりつつある医療界にとって、はたして、そのキーワードがどこまで「情報」というものか、かねてから心に引っ掛かっていたことでもあり、その講演で“Drip Syndrome”について触れさせて頂いた。

“Drip Syndrome”の“Drip”とは、「data rich - information poor」の頭文字を取ったもので、その名の通り、「入力されるデータは豊富だが、真に伝えるべき情報が貧困である」という意味である。

「情報」とは、データを相手に渡すだけでなく、相手にその意味を伝え、時として意味を生みださなければならぬもので、「知識」を受け渡していくことを心がける必要がある。

一方、データに関して重要なことは、入力されるデータが抜け落ちないことに加えて、データそのものの

「正確さ」が求められている。情報を正確に入力することは言うまでもないが、今後、独居高齢者や認知症患者がますます増える中、問診などの場面では情報発信源(患者側)の記憶の不確かさも十分考慮し、間違った情報の受け渡しとならぬよう留意する必要がある。

意図しない虚偽の情報に振り回されないためにも、今後は個人の有用な情報が蓄積された“生涯カルテ”構築により、情報源が複数からなる、より確かなデータの蓄積が必要であろう。

治す医療から支える医療が主体と

なっていく超高齢社会では、その患者が今後どのようなかを想像できる形で、次へ情報を届けていくことが各医療機関に求められている。データの二次利用や見える化も含め、今後、IT活用によるスムーズな情報共有がますます重要となっていく。

今後は、役割分担、機能分化の時代、言い換えれば、地域全体で安心と安全・質を提供する時代であり、地域はそのためのチームと言える。地域が本当のチームとなるためには、“Drip Syndrome”に陥らぬよう、私達医療者側も充分心する必要がある。(H)

## 規制改革 「地域医療ビジョンのGLや医療計画のあり方」を検討

規制改革会議 「医療機関の業務範囲や役員・社員の要件等」も俎上。「最優先案件」に保険併用の拡大

政府の規制改革会議は9月12日の会合で、今期(2013年7月～14年6月)の規制見直し対象として取り上げる49項目を決めた。

同会議は、8月22日の会合で、今期の「当面の最優先案件」として、「保険診療と保険外診療の併用療養制度」「介護・保育事業等における経営主体間のイコールフットイング確立」ほかの3テーマを取り上げ、「年内を目処に、当会議の意見をとりまとめ公表する」ことを決めている。

前者は、「国内で開発された先進的な医薬品・医療機器を用いた医療技術、及び海外で使用され国内では未承認の医薬品・医療機器を用いた医療技術等を保険診療と併用しやすくする」規制改革を指す。後者は、「社会福祉法人、株式会社、NPOが同じ土俵でサービスの質を高め合い、提供するための環境づくりを行なう」というもの。

また、同じ日に、イノベーションの積極的評価とその価格反映を進めるべきとして、「費用対効果の考え方にもとづく諸指標(数値)の導入」などを

提言。併せて、保険財政適正化の見地から、①後発医薬品が上市された段階での大幅引き下げを含む長期収載品薬価の引き下げ、②高額療養費制度等への後発医薬品選択促進の導入、などを提案している。

こうした決定を踏まえ、9月12日は、今後1年間の検討項目として49課題を採択し、分野別WGで具体的な作業に入ることを決めた。関連法案の国会提出などから急ぐ項目は年内にも提言をまとめるとしている。

49項目のうち、健康・医療WGが受け

持つのは9項目。そのうち、「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」では、「地域医療ビジョンのガイドラインや医療計画のあり方」が対象とされた。2014年通常国会における医療法改正に間に合わせるべく、年内に提言をまとめるとしている。

また、「医療機関の業務・ガバナンス等の見直し」というテーマの下、医療機関の業務の範囲や役員・社員に係る要件等の見直しも、年内めどに提言をまとめることとされた。とくに、医療法人のあり方が俎上にのぼるとみられる。

### 健康・医療WGの検討項目

◎1. 最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築

2次医療圏の柔軟な運用や病院と診療所間等の医療機関の連携促進等について、地域医療ビジョンのGLや医療計画のあり方を含めて検討すべきではないか。

◎2. 医療機関の業務・ガバナンス等の見直し

医療機関の業務の範囲や役員・社員に係る要件等を見直すべきではないか。

◎3. 在宅医療・在宅介護の推進

外来診療を前提とした現行制度は在宅専門診療所の制約になっている。これら規制の見直しを含め、国民が安心して在宅医療・介護を受けられる仕組みを構築すべきではないか。

4. 医療関連従事者の役割分担の見直しや必要な人材の確保

医師・看護師等の役割分担の見直しや必要な医師・看護師等の確保策を検討すべきではないか。

◎5. レセプト帳票の見直しなど分析可能なデータの整備

レセプト病名の統一・コード化や、

傷病名と診療内容等の紐付けなど、レセプト帳票の様式を見直すべきではないか。

◎6. 保険者による直接審査の推進

診療報酬の審査支払事務を保険者が直接行なう場合は医療機関・薬局の合意を得る必要がある。合意を通知に変更すべきではないか。

◎7. 支払基金と国保連の役割分担の見直し  
支払基金と国保連の重複機能を統合するなど、効率化を図るべきではないか。

8. 医薬品・医療機器に係る治験前臨床

試験の有効活用

革新的な医薬品・医療機器を開発促進するために、一定の条件の下、治験前に行なう臨床試験の結果を治験データとして有効活用できるようにすべきではないか。

9. セルフケア領域に適する医療用検査薬等の見直し

医療用医薬品のうち、低リスクの検査薬は一般用医薬品として取り扱うべきではないか。

\*◎が付された項目は、おおむね2013年内に検討結果をまとめることを予定している項目。

## 医療を含む多分野の規制緩和を東京で先行、全国展開につなげる

経済財政諮問会議 民間議員 アベノミクス「第4の矢」として「東京国家戦略特区構想」を提案

9月13日の経済財政諮問会議で、下村文部科学大臣は、五輪の東京招致が決まった2020年に向けて、「国民総参加型」の社会課題を解決する国家プロジェクトを推し進めることを提案した。

防災・減災のまちづくり、交通網・都市基盤の整備、地域活性化、観光立国などの課題をきっかけ、規制改革や国家戦略特区など官民一体となった中長期プロジェクトを計画的に実施することによって雇用創出と経済再生をなすというもの。

提案について、下村大臣は、オールジャパンによる「2020ニッポン再生一夢ビジョンJAPAN(仮称)」と題した一大国家事業であると説明した。

これに続いて、佐々木則夫氏(株式会社東芝取締役副会長)を初めとする4人の民間議員は、東京五輪をアベノミクス実現の「第4の矢」にすべきであると提唱した。

東京五輪を成功に導く工程と経済政策を一体化するというもので、(1)施設整備事業へのPPP/PFI手法の活用、(2)国家戦略特区の最大限の活用、(3)

国際競争力のある都市づくり、(4)「観光立国日本」実現の加速など9つの戦略的課題をあげて、政府と民間が一体となった中長期的な取り組みを提言。

諮問会議の議論をベースに、国民参加による新たな成長メカニズムをもった中長期の経済財政政策方針を策定すべきであると論じた。

この中で、民間議員は、「国家戦略特区を活用し、東京大会までに、東京をどう変え、日本をどう変えるか、戦略的に検討する必要がある」と提起。「医療、教育、都市計画に係る規制改革を3～4年を目途に大胆に進め、オリンピックまで全国展開すべき」として、「オリンピック特区」構想を提唱した。

東京を「国家戦略特区」に指定するという民間議員の提案は、医療を柱の1つに位置づけている。

甘利内閣府特命担当大臣は、会議後の記者会見で民間議員の構想に言及。「新藤総務大臣の方で規制改革メニューの整理をしている。いろいろなメニューを総合的に組み合わせ、いくつかの戦略特区を作っていく」と述べ、政府として積極的に推し進める考

えであることを明らかにした。

### 大阪府・市 医療への株式会社参入など「国家戦略特区」創設を提案

大阪府と大阪市は「国家戦略特区」の創設を求め、9月11日に、プロジェクトの計画案を内閣官房に提出した。

提案書は、①「国家戦略特区」プロジェクト提案、②国家戦略特区に関する提案の2つからなり、前者では「医療イノベーションを大阪から世界に発信する健康医療産業」の創出など、都市再開発、イノベーション、インフラ・人材の各分野における規制緩和・税制措置を講じるプロジェクトを提案。

後者で4つの提案を行なっているが、そのうち医療にかかわる提案の要旨は以下のとおり。

◎最先端の医療サービスを提供する「国際メディカル特区」(対象地域)関西国際空港及びりんくうタウン地域

1. 外国人医師による医療行為解禁、チーム医療実施のための外国人看護師などの受け入れ推進

2. 先進医療の推進・具体化のための混

合診療の実施など

3. 高度医療を提供するため、内外から患者を受け入れる医療機関に対する病床規制の見直し

4. 株式会社による病院・診療所の参入拡大

◎公立病院の経営改革に資する先進医療の保険診療併用特区

(府内以下の医療機関に限定)

・大阪府立病院機構／大阪府立急性期・総合医療センター、大阪府立成人病センター、大阪府立母子保健総合医療センター(大阪府立呼吸器・アレルギーセンター)

・大阪市立総合医療センター

◆概要と必要な規制改革

先進医療の保険診療との併用を弾力的に可能とし、大阪府立病院と大阪市立病院で先進医療を患者に実施。もって、患者の負担軽減に寄与するとともに医療収益の増加による赤字縮小、経営改善を図る。

# 在宅医療・介護連携の推進体制を介護保険法で恒久化

医療部会 厚労省 介護保険事業計画に在宅医療・介護連携の事業や目標等を記載

9月13日の医療部会に、事務局(厚労省医政局指導課)は在宅医療と介護の連携を推進する施策の方針を示し、在宅医療・介護連携の推進体制を介護保険法で恒久制度に位置づけた上で、在宅医療連携拠点事業を新たに制度化する地域包括推進事業に組み込むとともに介護保険事業計画に在宅医療・介護連携の事業や目標等を記載するなど、市町村主体で連携推進に取り組むための介護保険法改正の内容を紹介した(1面に関連記事)。

併せて、医療計画で市町村の役割を明確化するとともに医療計画と地域医療ビジョンに在宅医療の必要量等の推計や推進体制を書き込むなど、市町村の介護保険事業計画との連動性を担保するための医療法関連の措置課題を提起、議論の俎上にのぼらせた。

在宅医療連携拠点を介護保険法に位置づけるという方針に、西澤委員(全日病会長)は疑問を示し、「そのことの是非を、一度医療部会で議論すべきではないか」と提起した。

## 厚労省 医療計画・地域医療ビジョンに在宅医療の必要量等を記載

医療部会で、事務局は、在宅医療と介護の連携の推進に取り組む厚労省の方針として、社保審の介護保険部会で検討されている介護保険法の改正事項について報告した。

その主な内容は次のとおり(9月1日号で既報)。

(1) 介護保険法で在宅医療・介護の連携推進体制(連携拠点の機能等)を恒久的の制度とし、全国的に取り組む。

(2) 在宅医療・介護連携拠点の機能を明確にし、介護保険事業(支援)計画に記載する。

(3) 在宅医療連携拠点事業を含む在宅医療・介護の連携推進事業を介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となって取り組む。

(4) 現行制度では包括的支援事業は全事業を地域包括支援センターに一括委託すると規定されているが、在宅医療・介護の連携推進事業は、他の事業とは別に、実施可能な事業体(在宅医療連携拠点)に委託する仕組みを導入する。

(5) 複数の市町村による共同事業を認める等の措置を図る。

(6) これまで在宅医療の提供体制等への関与が少なかった市町村の取組を推進するために、都道府県が積極的に支援するようにする。

以上の取り組みを要約すると、在宅医療・介護の連携は(医療保険ではなく)介護保険の絶対的命題とし、市町村を当事者とし、連携事業の委託先を(地域包括支援センターから)医師会等の実績ある団体に移す仕組みをつくり、都道府県に後方支援を義務づけ、取り組

み内容と目標をそれぞれ介護保険事業(支援)計画に記載させる、ということになる。

こうした枠組みがうまく機能するかは、委託先となる在宅医療連携拠点と地域ケア会議の連携であるが、この枠組によって、市長村の医師会等は介護事業とそのスタッフとの連携により取り組まざるを得ず、地域包括ケアの構築に正面から向き合わざるを得なくなるという期待が厚労省にはある。

こうした考え方は一理あるものの、これら施策の議論と決定プロセスが介護保険の側のみで行なわれているのは疑問の残るところだ。

医療部会で、事務局は、医療サイドの立場から在宅医療・介護連携の推進

### 在宅医療・介護連携の推進にかかわる論点

- 医療計画の中での市町村の役割を明確に位置づけるべきではないか。
- 在宅医療・介護の連携事業の推進を図るため、市町村の介護保険事業計画に記載された目標を達成できるよう、医療計画・地域医療ビジョンでも在宅医療の必要量等の推計や、目標達成のための施策等の推進体制を確保していくべきではないか。
- 市町村への支援として、在宅医療連携拠点事業で蓄積された知見やノウハウを整理して情報提供をするとともに、例えば、市町村や地域医師会等における連携コーディネーターの育成等に対する支援が必要ではないか。

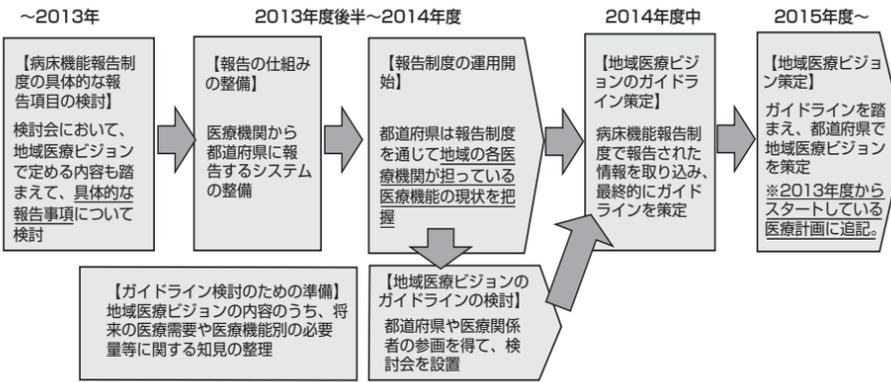
にかかわる論点を提示した(別掲)。事務局の報告や論点提起に対して、西澤委員(全日病会長)は「在宅医療・介護連携と在宅医療の連携とよく似た言葉が使われている、両者の違いを明確にしてほしい」と注文。

その上で、「在宅医療連携拠点を介護保険で位置づけるというが、その是非を一度医療部会で議論すべきではないか」と提起した。

邊見委員(全国自治体病院協議会会長)は「地域包括医療という概念を打ち出す必要があるのではないか」と問題提起したように、厚労省の在宅医療・介護連携推進施策に対する戸惑いと疑問は医療系委員に少なくない。

事務局は在宅医療・介護連携推進にかかわる医療法関連事項について引き続き議論する方針だが、11月末にはまとめたいとしている。

### 地域医療ビジョン策定スケジュール(案) \* 1面記事を参照



### 地域医療ビジョンについて(事務局資料から) \* 1面記事を参照

○地域医療ビジョンについては、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、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を示すものとし、これを都道府県が医療計画の一部として策定する。

○地域医療ビジョンで定める具体的内容は、主に以下のものが考えられる。

1. 2025年の医療需要/入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制/2次医療圏等(在宅医療・地域包括ケアについては市町村)ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策/(例)医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

\*地域医療ビジョンの内容については、病床機能報告制度により報告された情報を分析して、各医療機能の客観的な定義が検討されるようになることと併せて、将来的に見直すとともに、各項目がより精緻に定められていくようになると考えられる。

○地域医療ビジョンの詳細な内容やGLの検討  
・地域医療ビジョンのより詳細な内容や策定のためのGLは、都道府県や医療関係者等も参画する検討会を設置し、具体的な検討を行なう。

・GLでは、2次医療圏等ごとの医療需要の将来推計、医療機能別の必要量を算出するための標準的な計算式(\*)等を示すとともに、都道府県の業務負担を考慮し、都道府県・2次医療圏等レベルでのビジョン策定に必要なデータに加えて、グラフ化等の可視化を行なうべきではないか。

\*計算式は、都道府県が地域事情等を勘案して、補正を行うことができるようにする等の配慮をして定めるべきではないか。

# 「病院の経営の安定化をめざすことを視点にコストを議論する」

診療報酬基本問題小委員会 1年ぶりに基本診療料の議論を再開。議論の視点を確認

中医協の診療報酬基本問題小委員会(基本小委)が9月25日に開催され、基本診療料の議論の進め方を話し合った結果、「病院の経営の安定化をめざす」ことを視点として、入院基本料の議論を再開することで合意した。

基本診療料の議論は昨年4月11日の中医協総会で基本小委で行なうことが決まり、基本小委で昨年10月までに5回議論がもたれた結果、支払側と診療側は、「看護師配置の多寡で評価を分けている現行入院基本料を医療必要度など新たな要素による評価に組み替える」という方向で再検討することで概ね合意に達していた。

その後、基本小委は2回開かれたが、入院基本料は取り上げられることなく、議論は休止の状態が続いた。そのため、9月4日の中医協総会で診療側西澤委員(全日病会長)が強く再開を求めた結果、1年ぶりの議論となったもの。

事務局(厚労省保険局医療課)は、議論のたたき台として「一般病棟入院基本料のコスト情報の把握・活用につい

て」と題したペーパーを用意。報酬水準の議論とコスト情報の把握・活用との関係性を問う論点を提示した。

議論の冒頭、西澤委員は「昨年7月18日の基本小委ですでに論点が示されているが、それらはどれひとつ議論されていない。1年以上も過ぎて、本日、同じような論点が示された。一体、この1年の空白は何だったのか」と、議論を棚上げしてきた厚労省に苦言を呈した。

その上で、「これからは、基本小委を月1~2回定期的に開催する中で、論点を1つ1つ片付けていきたい」と注文した。

西澤委員の意見に、支払側白川委員(健保連専務理事)は、「基本診療料を引き続き議論することは同感であり、基本小委で議論することにも賛成である」と応じた。

白川委員は、議論の進め方について、「病院の経営がどうあるべきかという観点で基本診療料を議論するのが正しい方向ではないか」と提起。「個々のコストではなく、病院運営上のコストと

いう全体的な捉え方をした上で、病院の経営の安定化をめざすことを目的にコスト情報を活用するという考え方がいい」という認識を示した。

この提案を、西澤委員は「質の高い医療を提供したときに病院をキチンと経営、かつ、それが継続できる」診療報酬であるべきという点で認識は一致していると受け止め、「そのために色々な調査等を行なっていく。では何から調

査するかいうときに、分かりやすいのが基本診療料であり、その中で入院基本料が一番分かりやすいということで議論が始まった」と原点を再確認した。

その上で、「このように歩み寄りながら、お互いの一致点を見出しながらやっていきたい」と、議論の再開を評価した。

他の診療側委員も白川委員の提案を評価。基本小委は、そうした方向で議論を展開していくことを確認した。



▲西澤会長(左)は基本診療料の議論を続行すべきと主張、支払側からも賛同を得た

# 「介護・医療連携のためには市町村が医療行政の主体となるべき」

都市部の高齢化対策に関する検討会 介護保険法改正へ提言 中核病院に在宅部門設置、病・診に訪問看護を促すべき!?

厚労省の「都市部の高齢化対策に関する検討会」は9月20日、今後急速に進む都市部高齢化にともなう介護・医療サービスのあり方に関する提言を報告書にまとめた。

その中で、地域を面で支えるために、(1)多様な介護サービスの新たな担い手として社会福祉法人を想定する、(2)事業者間の業務提携、複数法人間の連携等を容易にする制度的な枠組みや地域

ごとの柔軟な人員配置基準を検討する、(3)中核病院に在宅診療部門の設置を求めるとことや医師臨床研修で在宅医療を必修項目とすることを検討する、(4)今後の医療行政は市区町村が主体となって取り組むことが重要、(5)病院・診療所の訪問看護ステーション併設を促進する、などの具体的検討課題を示した。

また、東京杉並区で進められている保養地型特養の設置に理解を示す一

方、都市部からの流入を期待した地方の特養設置の思惑には慎重な見解を示した。その上で、高齢者が「健康なうちに移住」することが望ましいとした。

近年増加をたどる「サ高住」には「住所地特例の適用を検討すべき」と提案。高齢人口に対して特養増設が困難な東京に対しては、老人福祉圏域を超えた施設整備を提起した。

事務局(厚労省老健局総務課)は、同

報告書の提言内容を来年の通常国会に提出する介護保険法改正案に盛り込むとともに、2015年度からスタートする次期介護保険事業計画にも反映させる方針だ。

医療・介護連携に関する提言には医療法にかかわる措置も多く、今後、医政局がどう対応するかが注目される

## 都市部の高齢化対策に関する検討会報告書「都市部の強みを生かした地域包括ケアシステムの構築」から(要旨) 9月20日

### 3. 都市部の強みを生かした地域包括ケアシステムの構築

(1)在宅医療・介護を徹底して追求する(施設を運営する社会福祉法人の在宅サービスへの取組)

都市部には介護施設を運営する社会福祉法人が多くあり、多様な介護サービスに取り組むよう促すことで在宅サービスの充実が図られる。市区町村や地域包括支援センターが中心となって、地域の社会福祉法人、ケアマネジャーなどとともに、地域の具体的なサービスの普及方策を検討すべきである。

また、地域全体で面的な支援を進めるために、事業者間の業務提携、複数法人間の連携などを容易にする制度的な枠組みを検討すべきである。地域全体の効果的な人員配置を考え、適正かつ柔軟な人員配置基準のあり方等も検討すべきである。

(在宅医療の推進、在宅医療・介護連携)

地域包括ケアシステム構築のためには、在宅医療・介護の提供体制の充実と医療・介護連携の推進が必要である。

具体的には、緊急時の往診、看取りなどの役割を積極的に果たす在宅療養支援診療所の整備や機能強化を図ることが必要。在宅病や在宅診療の整備のみならず、都市部の既存医療機関、特に病院の在宅医療への参画や支援を促すことを検討すべきである。

多くの医療機関が在宅医療に参画することを促すため、例えば、地域で中核をなす病院に段階的に在宅診療部門の設置を求めると、医師臨床研修において在宅医療の実施を必修項目とすることも検討すべきである。

特に、今後増加する退院による在宅復帰の際に円滑に適切な在宅サービスにつなげることや再入院をできる限り防ぎ在宅生活を継続するため、在宅医療・介護の連携強化が求められている。

医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が多いといった現状にあり、医療側からも取組の強化が求められている。

医療計画の策定等、これまでの医療行政は都道府県が実施してきたが、在宅医療と介護の連携という観点からは、今後は、都道府県との連携のもと、市区町村が主体となって取り組むことが重要。

(訪問看護の推進)

今後、都市部では訪問看護従事者の確保策に取り組むべきである。具体的には、都市部では、病院・診療所で訪問看護を実施することや訪問看護ステーションの併設を促進することが考えられる。また、病院の看護職員が病棟看護と訪問看護をローテートする勤務形態を導入していくことも考えられる。

訪問看護の提供主体の多様性を図ることに加え、看護師を配置する老健施設を運営する医療法人等による訪問看護ステーションの併設促進を検討すべきである。

(2)住まいの新たな展開を図る

(多様な住まい・住まいの実現)

団塊世代の多様な価値観に対応するような多様な「住まい」「住まい方」が、これまで以上に求められる。そこで注目すべきなのが、有料老人ホームや平成23年に創設されたサービス付き高齢者向け住宅の存在である。

(医療・介護サービスとの連携)

地方自治体の住宅部局と福祉部局はこれまで以上に連携することが求められている。例えば、今後一斉に高齢化が進む大規模団地やニュータウンの改築・再開発の際には、医療・介護サービスの提供を組み合わせていくことが必要である。また、今後の街づくりを進めるに当たっては、医療や介護の拠点が、どのような考え方で、どこに配置

されているのが望ましいかを検討するなど、都市部局と福祉部局の連携も必要である。

(サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例)

制度創設時には介護保険3施設を対象としていた住所地特例の対象を平成18年度には有料老人ホーム全体にまで拡大した経緯を踏まえると、有料老人ホームのうちサービス付き高齢者向け住宅に該当するものに住所地特例を適用することが考えられる。

介護保険の対応も踏まえ医療保険の住所地特例も検討する。その際、入居後に75歳を迎えた場合に国保の住所地特例が後期高齢者医療に引き継がれないという問題も併せて検討が必要。

### 4. 都市部における施設整備等

(2)広域型施設の整備数の圏域間調整(整備数の圏域間調整)

東京都の特殊事情を踏まえたとき、施設入所のニーズを老人福祉圏域内の枠内で調整することが困難な場合は、東京都内の老人福祉圏域間で整備数を調整する方策が考えられる。

圏域間で整備数を調整する場合は、東京都の介護保険事業支援計画に調整する整備数を明記するとともに、圏域をまたぐ要介護高齢者を受け入れる際には、特養の入所判定において、運用上入所しやすくなるような形をとることを認めるべきである。

あわせて、東京都の場合は、2次医療圏と一致させている老人福祉圏域の設定方法も検討すべきである。

以上の点に関して、他の都市部は圏域内での施設整備が困難な状況にはないとのことであり、特に東京都において対応が求められる問題だと考えられる。(地域コミュニティや自治体間のつながりが強い場合の事例)

東京都杉並区では、静岡県南伊豆町

に保有する施設跡地を利用した保養地型特養の設置を検討している。今後、本事例と同様の取組が都道府県をまたいで実施される場合には、双方の介護保険事業支援計画で明記する形で調整することが最低限必要である。

他方、地方の市町村が都市部からの不特定多数の入所を期待して特養等を整備することは、地域包括ケアシステムの構築を進めている各地域の医療・介護サービス需給に意図しないギャップを生じさせることにもつながりかねず、慎重に検討すべきである。

(3)地方への早期からの住み替え

地域包括ケアの観点からは、健康なうちに移住し、移住先で歳を重ね、要介護状態となったらその地で介護サービス等を利用することが望ましい。地方が都市部からの移住を期待するのであれば、特養のみを整備するのではなく、自立型の住まいを用意し、医療・介護サービスを届けるという形を目指すのも一つではないかと考える。(好事例の共有等)

東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、東京都の1都3県は、地理的な近接性のみならず、住民の職・住環境が密接しており、共通した課題もあることから、首都圏という範囲で継続的に連携・協議していくことが重要である。

### 6. おわりに

本とりまとめに盛り込まれたうち、「市区町村が主体となった在宅医療・介護連携」「サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例」「施設の整備手法や整備数の圏域間調整」等は、法改正、基準等の運用面の見直し、予算の手当といった対応が必要である。

今後、この取りまとめを受けて、社会保障審議会介護保険部会や介護給付費分科会等で具体化に向けた議論が進むことを期待したい。

## 厚労省 地域ケア会議で全国担当者会議を開催

地域ケア会議開催率は77%。法的位置づけを前に意識改革を促す

厚労省老健局は9月20日に「地域ケア会議推進に係る全国担当者会議」を開催、全国の都道府県と市区町村から集まった介護保険担当者約300人に、「地域ケア会議は市町村が地域包括ケアを構築していく上で大変重要な会議である」(朝川振興課長)と、地域ケア会議の開催と活用を呼びかけた。

地域ケア会議は、元々は、多職種協働にもとづく個別ケースのケアマネジメントを支援する実務者レベルの会議であったが、2025年に向けて地域包括ケアの構築を進める中で、①具体的な課題に対処する個別レベルの会議、②日常生活圏全域にわたる地域課題への対応を協議する市区町村レベルの会議、さらには、③地域包括支援ネットワークの構築や政策形成の課題に対応する市区町村を超えたレベルの会議など、幾

層にも重なる、要介護者・家族、介護・医療関係者、行政・住民などからなる会議体へと発展、地域包括ケア体制を支える有力なツールになりつつある。

会議の開催主体は多くが地域包括支援センターであるが、市町村が開催することも少なくない。ただし、昨年6月に厚労省が行なった調査によると、「地域ケア会議を開催している」と回答した保険者は1,202と77%にとどまっている。

会議の目的や機能などは、これまで2012年3月29日の老健局高齢者支援課・振興課・老人保健課の3課長連名通知で示されてきたが、今年3月に「地域ケア会議運営マニュアル」が完成。現在、マニュアルの周知普及を進めながら、すべての市町村に地域ケア会議を根づかせるための取り組みが行なわれている。



そうした介護現場や自治体の意識改革を急ぐのは、来年の法改正で地域ケア会議を介護保険法に位置づける方針があるからだ。

初めて開催した地域ケア会議に関する全国担当者会議で、厚労省の担当官は、社会保障制度改革国民会議の提起を受け、「2015年に始まる第6期の介護保険事業計画は『地域包括ケア計画』と位置づける」と宣言。地域包括ケアを2025年までに構築していく上で、この

第6期計画がターニングポイントになる」と指摘した。

その上で、ミクロ(介護保険事業計画)とマクロ(個別のケアマネジメント)をつなぐのはニーズの「量的な把握」と「質的な把握」であり、地域ケア会議における事例検討・検証、利用者や関係者の声などを踏まえた政策への反映という質的把握のプロセスが第6期計画の鍵を握っていると述べ、地域ケア会議の重要性を訴えた。

# 地域医療指数「体制評価指数」に精神科を追加。在宅医療の評価は否定的

DPC評価分科会 DPC制度見直し議論の「中間報告」をまとめる

9月20日の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、2014年度診療報酬改定に向けたDPC制度見直しに関するこれまでの検討状況を「中間報告」にまとめた。

多くのDPC対象病院には関心が高かった医療機関群Ⅱ群の細分化は見送られた。

機能評価係数Ⅱの評価項目について

は、①「データ提出指数」にデータの質を評価する新たな方法等の導入を検討する、②「効率性指数」に後発医薬品の使用割合による評価の導入を検討することで合意。

地域医療指数の「体制評価指数」に関しては精神科の役割を評価する方向性を盛り込む一方、在宅医療については否定的な考えを示している。

この日の分科会は、機能評価係数Ⅱにかかわる特別調査を行ない、その結果にもとづいて「救急医療入院」「後発医薬品の使用割合」「入院時の持参薬」の各割合が他と比べて著しく高い病院と著しく低い病院を分科会に招いてヒア



リングを行なうという計画を承認した。「中間報告」と特別調査はいずれも中医協に諮られる。

## DPC評価分科会「DPC制度に係るこれまでの検討状況（中間報告案）」 9月20日

### 1. 基礎係数（医療機関群関連事項を含む）について

#### (1) Ⅲ群のあり方について

Ⅲ群の細分化は行なわないこととしてはどうか。

#### (2) Ⅱ群の要件について

臨床研修実績の評価には協力型臨床研修病院の研修実績を含めず、基幹型臨床研修指定病院の採用数の実績のみによって算出することとしてはどうか。

### 2. 機能評価係数Ⅱについて

#### (1) 基本的な考え方

機能評価係数Ⅱの基本的な考え方は2012年度改定の考え方を引き続き維持することとしてはどうか。

#### (2) 現行6項目の見直し

##### ①データ提出指数

データの質を評価する新たな方法等について検討することとしてはどうか。

##### ②効率性指数

後発医薬品の使用割合による評価の導入について検討することとしてはどうか。

##### ③地域医療指数

体制評価指数は「4疾病・5事業」に「精神疾患」を加えた「5疾病・5事業」について、評価項目の導入を検討することとしてはどうか。「精神疾患」については、DPC病院における精神科の役割を評価すべきという意見があった。「在宅医療」については、現時点ではDPC対象病院を在宅医療の観点から評価する指標を作るのは難しいのではないかという意見があった。

④その他の指数（複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数）

現行の評価方法を基本としつつ、必要な見直しを行うこととしてはどうか。

### 3. その他

#### (1) 算定ルール等について

①高額薬剤に対応するために導入された点数設定方式について

前改定で試行的に導入した高額薬剤に対応する点数設定方式は次回改定以降も引き続き継続することとしてはどうか。

か。高額な薬剤を使用する診断群分類だけでなく、高額な材料を用いる検査（心臓カテーテル検査等）等への適用について検討することとしてはどうか。

②退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルールについて

一連と見なされる3日以内の再入院を1入院として取り扱うルールは、適切な見直しに向けて引き続き検討することとしてはどうか。

(2) 退院患者調査の様式1の記録方式の見直し

次回改定以降は、退院患者調査の様式1はより拡張性の高い記録方式によって提出することとしてはどうか。

## 2014年度改定に向けたDPC/PDPSの「中間報告案」に疑問

# Ⅲ群病院の細分化見送り——特性・機能が異なる病院が同じ括りでよいか？

DPC病院の在宅機能評価を否定——在宅急変対応を「急性期」とする医政局検討会と異なる見解に疑問



診療報酬調査専門組織DPC評価分科会委員  
常任理事 病院のあり方に関する委員会委員 美原 盤

9月25日のDPC評価分科会で取りまとめられた「中間報告（案）」に記された内容のうち、特に全日病の多くの会員病院に対して影響が大きいと考えられる内容について、個人的な見解を述べたい。

まず、基礎係数に関して、Ⅲ群病院の細分化は行わないことが明記された。1,326施設あるⅢ群病院（全DPC病院の89%）には多様な病院が含まれ、各々が担っている役割あるいは効率性や複雑性などのパフォーマンスに大きなバリエーションがあるものの、これらについて次期診療報酬改定では考慮しないということである。

「これ以上細分化すると現場が混乱する」「バリエーションは機能評価係数によって評価していくべき」等がその理由であるが、将来的には引き続き十分な検討がなされるべきである。

実際に、昨年度の当院実績では、医療機関別係数に占める割合は基礎係数が73%、暫定調整係数が11%、機能評価係数Ⅰ（ストラクチャーの評価）が14%、そして機能評価係数Ⅱ（パフォーマンスの評価—当該年度の当院数値は全対象

病院中最高）はわずか2%でしかなかった。

さらに、将来的に暫定調整係数が全て機能評価係数Ⅱに置き換わったとしても、機能評価係数Ⅰと同程度にしかならず、基礎係数の1/5にも満たない。

DPC病院の平均値（入院収益6.4億円/月・349床＝第18回医療経済実態調査）をベースに、ざっと試算してみると、機能評価係数ⅡがⅢ群の平均値（0.0212）から最高値（0.0376）になった場合の増収額は+5,400万円/年、基礎係数がⅢ群（1.0418）からⅡ群（1.0832）になった場合は+1.4億円/年であった。

つまり、いかに自院のパフォーマンスを上げる努力をしても、基礎係数の

影響には到底及ばないのである。

総合と単科、都市部と過疎地、500床以上と100床未満、救急中心で高密度短期集中の病院と高齢者や慢性期の急性増悪にじっくり対応する病院とが、「類似した機能の病院群」として一括りにされることには違和感を覚えるを得ない。

また、機能評価係数Ⅱの項目の一つである地域医療指数の中で、在宅医療の評価は見送る方向性が示された。

病院機能分化が推進される中で、急性期医療を対象とするDPC病院における在宅機能を評価することが適切かという疑問に基づくものである。

一方、「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」（以後検討会）では、所謂ポストアキュート、サブアキュートの在宅患者の急性期対応は「急性期」病棟が担うものとしている。すなわち、DPC評価分科会では在宅医療は急性期医療ではなく、検討会では急性期医療に位置づけているという矛盾が生じている。

個人的には、急性期とポストアキュート、サブアキュートは異なる機能と捉えるべきと考えている。在宅医療を機能評価係数Ⅱに加えるか否かは別として、国民の視点に立てば極めて重要な機能であり、適切に評価されるべきと思われる。

## 中医協総会 DPC調査2件を承認。救急入院・持参薬の割合が高い病院等にヒアリング

9月25日の中医協総会は、DPCに関する2013年度特別調査として、(1)ヒアリング調査、(2)「病院指標の作成と公開に関する調査」の実施を承認した。

ヒアリング調査は、DPC病院の平均からみて、①入院患者に占める様式1「救急医療入院」の割合、②後発医薬品の使

用割合、③入院中の内服薬の使用割合がそれぞれ著しく高い病院と著しく低い病院を事前調査から選び、分科会に招いて実態をたずねるというもの。

「病院指標の作成と公開に関する調査」は、DPCデータを活用して、自院が提供している医療の実態をホームペー

ジ上で公開している体制の評価を機能評価係数Ⅱに加えることの可否を検討するために、そうした取り組みに対する各病院の意識と実態を調べるもの。

同評価の追加可否は、調査結果を踏まえ、2014年度改定以降に検討することになる。

外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）ワークショップ開催（参加費無料）

## <『進む医療の国際化』を見据えた、医療機関における今後の対応 ～認証制度（JMIP）受審をきっかけに>

国際化の進展に伴い、各医療機関で外国人患者受入れ体制の整備が必要とされる中、厚生労働省の支援事業として構築された「外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）」は、日本医療教育財団が認証機関となり昨年度よりスタートしました。今年3月には初の認証医療機関も誕生しています。本ワークショップでは厚生労働省による「医療の国際化」に関する講演のほか、認証病院による具体的な取組事例のご紹介もあります。是非、貴院での国際化に向けたお取組にお役立てください。

### <開催日時>

#### 大阪会場

日時：平成25年11月7日(木) 13:30～16:00  
会場：ホテルグランヴィア大阪 20階「孔雀の間」  
大阪市北区梅田3-1-1

#### 名古屋会場

日時：平成25年11月19日(火) 13:30～16:00  
会場：キャスルプラザ 4階「梓の間」  
名古屋市中村区名駅4-3-25

### <プログラム>

- I 「医療の国際化に向けた取組み」（厚生労働省 医療国際展開戦略室）
- II 「医療の国際化における医療機関の現状」（真野俊樹氏/多摩大学教授）
- III 「認証制度の概要」（一般財団法人 日本医療教育財団）
- IV 「認証医療機関の取組事例」（地方独立行政法人 りんくう総合医療センター）
- V 「コーディネータから見る外国人患者受入れについて」（山田紀子氏/一般社団法人 MEJ）
- VI 「外国人患者受入れに関するリスク回避について」（鎌倉広明氏/木挽町総合法律事務所）
- VII 「認証制度受審のポイント」（一般財団法人 日本医療教育財団）

ワークショップの詳細とお申込みは JMIP ホームページより ⇒ <http://jmip.jme.or.jp>

《お問合せ先》 一般財団法人 日本医療教育財団 外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）事務局 Tel：03-3294-6625 Fax：03-3294-1787 Email：jmip@jme.or.jp

# 制度骨格は現行維持。募集定員は改正。到達目標は見直しの場を設置

医師臨床研修部会 多くの課題は次回見直しに先送り。研修病院の主張通るも、大学の改革論も盛り込む

2015年4月からの制度見直しについて検討を進めている医道審議会の医師臨床研修部会に、事務局(厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室)は報告書案の「たたき台」を提示。部会は、年内とりまとめに向けた最終的な議論に入った。

「たたき台」(骨子を別掲)には、論点ごとに今回の見直しの考え方が整理され、部会はこの日、おおむねこの方向でまとめることを確認した。

その「たたき台」は、医師臨床研修の基本理念は現行の考え方を堅持するとしている。ただし、到達目標は「卒前教育や新たな専門医の仕組み等の動向を踏まえつつ」見直しが必要があるとして、臨床研修の評価手法ともども、「次回の見直しに向け、別途、臨床研修部会の下に検討の場を設けて見直す」とされた。

到達目標の今次見直しを見送ったことに伴い、研修プログラムの診療科、必修科目、各研修期間、基幹型臨床研修病院における症例の考え方など、医師臨床研修制度の主たる部分の改正も5年後(20年度)の見直し課題とすることで、部会の意見はほぼまとまった。

したがって、今回の改正は、主たる論点については、研修医の募集定員設定方法の見直しのみということで決着がつく見通しだ。

募集定員に関しては、前回(10年度)の改正で、研修医の都市部集中を回避する手段として、都道府県別の定員に上限を設けた上で研修病院定員の設定方法を定めたが、その際、①都道府県の定員の上限値は前年度実績の90%を下回らない、②臨床研修病院の定員は前年度研修の内定者(マッチ者)の実績を下回らない、という経過措置を設けた。

この激変緩和措置を今年度末で廃止することで部会は一貫している。しかし、一部の委員には、定員の大幅な減少が避けられない病院には地域への医師派遣が難しくなるなどの影響が避けられない事態になることへの懸念もあった。

この問題について、「たたき台」は、前回(8月8日)の議論を踏まえ、まずは、研修希望者と定員総数の比を「現在の約1.237倍から、当初は1.2倍程度とし、

将来的に1.1倍程へと漸次減らしていくことが適当」と書き込んだ。

受け入れ数と定員の乖離が研修医の偏在を促しているとの認識から、15年度開始研修医の募集から乖離を1.2倍程度に縮め、19年度研修医の募集時には1.1倍程に収斂させていくと、「目標指数」を明記したことになる。

他方で、「都市部の定員をさらに削減することは慎重な対応が必要である」として、都道府県定員の上限は「高齢者人口や人口当たり医師数等を総合的に勘案して設定する必要がある」と提起。各研修病院の定員に関しても「都道府県上限の範囲内で都道府県が一定の柔軟性をもって定員を調整できるような仕組み」、さらに、大学病院には「医師派遣の実績をより考慮した定員の設定が求められる」と明記し、募集定員総数と乖離しない中で調整の余地を都道府県に残すことを提案した。

15年度の研修医から現行形となった医師臨床研修であるが、プログラムの弾力化等にもかかわらず、大学病院に入局する研修医の数は制度開始前と比べると大きく減っている。

そのため、今回の見直し議論で、大学病院の委員は、医学部教育の改革が進んでいることや新たな専門医制度が始まるなどを根拠に、現行制度を再構築する必要を声高に語った。

制度の再編は、到達目標の見直し、研修結果評価手法の確立、研修期間の短縮化、研修プログラムの自由化など、多岐の分野について主張された。

そうした多くのテーマが宿題とされ、次回見直しまで先送りされたわけだが、臨床研修制度のあり方は「卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との連続性の観点から、総合的に検討を続けていくべきである。特に、卒前教育の充実に伴う臨床研修の見直しについては、今後も卒前教育の動向等を注視し、十分な検討が望まれる」と末尾に記すなど、「たたき台」は、もっぱら、制度の理念と骨格の維持を訴える研修病院の主張を織り込みながらも、制度の抜本的見直しを求める大学病院にも十分配慮するものとなった。

よって異なり、必ずしも一様ではない。医局制度の存続に危機感を強める大学病院の委員は、卒前教育で実習を実施し、卒後は早期に専門コースに進むという制度への再設計を求め、たびたび、「プライマリ・ケア」という概念に疑問を投げかけた。理念からの「プライマリ・ケア」排除が、あたかも医師臨床研修再構築の「一丁目一番地」とみなしているかのようなのである。

こうした背景をもつプライマリケアの議論で、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、「プライマリ・ケアという言葉は、医療者だけでなく、国民にも浸透している。

時代とともに用語の定義も変化していくが、現在、プライマリ・ケアが何であるか分からないようでは、医療人としての見識が疑われる。あえてこの言葉を外したり、注釈をつける必要はない。むしろ、報告書にも記述を残し、我々はプライマリ・ケアのできる医師を養成するのだという姿勢を明らかにした方がよい」と主張した。

桐野座長(国立病院機構理事長)は、「プライマリ・ケアとは何かを細かく書くとは必修科目との兼ね合いも出てくる」ことから、「注釈を付ける程度にとどめてはどうか」と議論を引き取った。

## 医師臨床研修部会報告書案(たたき台)の骨子

- 現在の基本理念は堅持することが適当。「プライマリ・ケア」の具体的な内容について補足を加えることも考えられる。
- 到達目標や臨床研修の評価手法は、今次ではなく、次回見直しに向け、別途、臨床研修部会の下に検討の場を設ける。
- 全体の研修期間は現行の2年以上で差し支えないと考えられるが、将来的には、見直すことも考えられる。
- 研修プログラムにおける望ましい診療科や各科の研修期間は、到達目標と一体的に見直すことが考えられる。
- 「年間入院患者3,000人以上」の要件は当面維持し、基準に満たない病院は訪問調査により評価する等の対応が考えられる。必要症例のあり方は、到達目標と一体的に見直すことが考えられる。
- 少なくとも必修(病院独自の必修とを含む)科目の診療科には指導医が必要である。
- 研修希望者に対する全体の募集定員数は、現在の約1.237倍から、当初は1.2倍程度とし、将来的に1.1倍程度に向け、漸次減らしていくことが適当。
- 募集定員にかかわる激変緩和措置は、都道府県上限と各病院のいずれも

- 平成26年3月をもって廃止する。ただし、都市部定員のさらなる削減には慎重な対応が必要。そのため、都道府県の定員上限は高齢者人口や人口当たり医師数等を勘案して設定する必要がある。各研修病院の定員について、都道府県上限の範囲内で都道府県が一定の柔軟性をもって調整できる仕組みも必要。大学病院は医師派遣実績をより考慮した定員設定が求められる。
- 原則、地域枠の学生もマッチングに参加して病院を選択することが望ましい。
- 臨床研修病院群については、例えば、「同一の2次医療圏内又は同一の都道府県内」(施行通知)を越える場合は正当な理由が必要である等、一定の基準を設けることが望ましい。
- 将来的には研修病院に第三者評価を義務づける方向が考えられる。
- 基幹型臨床研修病院の指定申請は講習会を指導医受講済みが前提となるべきである。
- 臨床研修制度のあり方は、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との連続性の観点から、総合的に検討を続けていくべきである。特に、卒前教育の充実に伴う臨床研修の見直しについては十分な検討が望まれる。

## 神野副会長 プライマリケア記述の削除求める意見に反論

現行制度の基本理念については、「省令施行通知」で、「プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない」という解釈が示されている。

この「プライマリ・ケア」をめぐる、この日の部会では「この言葉は(報告書から)削除した方がよい」という意見が出た。「プライマリ・ケア」という理念を

支持する委員からも、「その解釈を明らかにした方がいい」といった声が相次ぎ、しばし、議論となった。

基本的診療能力の獲得を目標にかかげる新医師臨床研修で、プライマリケアとスーパーローテート方式は制度理念を大きく支えるものだ。ただし、プライマリケアの定義や解釈は、医療提供体制の推移や医療者の置かれた立場などに

一冊の本 book review

『超高齢化社会を生き抜くために 地域包括ケアの展望』

宮島俊彦著 発行●社会保険研究所定価 ●1,680円(税込)

今、豊かな長寿社会を語る時、「地域包括ケア」を知らずには語れない。

本書は、この「地域包括ケア」の政策責任者(厚生労働省老健局長)だった著者自らが、その現状認識とそこから生まれる将来への政策提言を、住まい、医療、介護、予防、生活支援、さらには認知症施策の方向性まで詳細に述べている。

まさに地域医療に携わる我々が知りたいことが満載され、この1冊で「地域包括ケア」のすべてが分かる必読の書である。是非、ご一読されたし。(0)





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 東京都千代田区猿楽町2-8-8  
住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

# 健康寿命延長めざす取り組みで2025年に5兆円の節減 厚労省が予防・健康管理の主要施策と目標をまとめる

厚生労働省はこのほど、日本再興戦略などを踏まえた、「国民の健康寿命が延伸する社会」をめざす予防・健康管理に関する主要施策をまとめ、8月20日に公表した。

そのうち、推計が可能な施策については2025年度の医療費・介護費の効果を推計、これら施策を通じた効果によって、5兆円規模の医療費・介護費の節減を目標にしている。

「健康寿命延伸社会」に向けた取り組みの概要は以下のとおり。

## I. 高齢者への介護予防等の推進

①介護・医療情報の「見える化」等を通じた介護予防等の更なる推進(介護費約0.6兆円の効果額を目標)

地方自治体が地域の实情に応じて効果的・効率的な介護予防・保健事業を行えるよう、地域単位での介護・医療関連情報の「見える化」等による介護予防等の推進。

②認知症早期支援体制の強化(医療費約

0.1兆円の効果額を目標)

認知症の人が住み慣れた環境で暮らし続けられるよう医療・介護で早期支援体制の構築

③高齢者の肺炎予防の推進(医療費約0.8兆円の効果額を目標)

高齢者の誤嚥性肺炎の予防に向けた口腔ケア、成人用肺炎球菌ワクチン接種の推進

④生涯現役社会の実現に向けた環境整備等

高齢者と地域社会のニーズの有効なマッチングの仕組みの整備等を支援、シルバー人材センターの活用

## II. 現役世代からの健康づくり対策の推進

①レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進(①～③で医療費約2.4兆円強の効果額を目標)

医療保険者におけるレセプト・健診情報等を活用したデータヘルス計画の策定、効果的な保健事業の実施

②特定健診・特定保健指導等を通じた生

活習慣病予防の推進(①～③医療費約2.4兆円強の効果額を目標)

・健康づくり大キャンペーン、特定健診とがん検診の同時実施など、健診受診率向上に向けた取組の推進

・メタボ該当者の減少や糖尿病有病者の増加の抑制、糖尿病の重症化予防、非肥満の高血圧対策の実施

③たばこをやめたい人を支援するたばこ対策の推進(①～③で医療費約2.4兆円強の効果額を目標)

たばこクイットラインによる禁煙相談や禁煙支援、技術支援の推進

④日本人の長寿を支える『健康な食事』の推進

日本人の長寿を支える『健康な食事』の基準を策定。コンビニ、宅配業者等と連携した普及方策の実施

⑤がん検診の受診率向上によるがんの早期発見

特定健診とがん検診の同時実施、被用者保険者と市町村のがん検診情報の共有に向けた連携の推進

⑥こころの健康づくりの推進

こころの健康に関する普及啓発、職場のメンタルヘルス対策の推進、うつ病の早期発見・早期治療の実施

⑦妊産婦や乳幼児期からの健康づくりの推進

発達・発育の段階の把握や疾患の早期発見のための妊産婦や乳幼児に対する健診の推進

## III. 医療資源の有効活用に向けた取組の推進

①後発医薬品の使用促進(医療費約1.0兆円の効果額を目標)

ロードマップの推進、医療保険者による差額通知等の取組を拡大

②ICT活用による重複受診・重複検査等の防止(医療費約0.1兆円の効果額を目標)

ICTを活用した地域医療等ネットワークの推進、医療保険者において、医療機関と連携しつつレセプトデータ等を活用した保健指導の推進

# 四病協 病院の水道光熱費を調査。電気・ガス料金が大幅増

四病院団体協議会の医業経営・税制委員会(委員長・伊藤伸一医法協副会長)は8月に実施した「水道光熱費に関する調査」の結果をまとめ、9月25日の四病協総合部会に報告した。

医療機関における省エネ化は、東日本大震災の後、さらなる普及をみせて

いるにもかかわらず、病院からは「水道光熱費の負担が年々増している」という声がかかる。こうした声に触れ、四病協の医業経営・税制委員会は水道光熱費の実態を把握するために調査した。4団体から各100病院計400病院を無作為に抽出、149病院から有効

回答を得た(有効回答率37.2%)。

25.5%の病院が過去3年以内に省エネ設備を導入するなど、各病院は節電等に努めており、電気、ガス、水道、重油・灯油の使用量はいずれも、2011年、2012年とも対前年比でマイナスであったが、電気とガスの料金はともに2年

連続、対前年比がプラスであった。

原油やLNG(液化天然ガス)の価格上昇は今後も続くと考えられ、総合部会で、同委員会は「次の改定で病院運営コストの大きな増加要因として反映を求めるべきではないか」(小森医法協副会長)と提起した。

調査結果を踏まえ、四病協は、水道光熱費の増加による病院経営収支の圧迫への対応を厚労省に要望する予定だ。

## 日医・四病協「特定除外に該当する入院患者実態調査」結果から(抜粋) 9月18日 \*1面記事を参照

□特定除外患者の割合と平均在院日数など

・特定除外患者の割合は7対1で3.9%、10対1で6.8%であった(厚労省調査は7対1で3.7%、10対1で6.5%)。特定除外患者ありの病棟に限ると、その割合は7対1で6.7%、10対1で10.2%である。

・特定除外患者ありの病棟に限ると、特定除外患者を含む平均在院日数は7対1で1.4日、10対1で4.8日延びる。また、特定除外患者を平均在院日数に含めると、7対1で1割強、10対1で2割近くの病院が平均在院日数要件を満たせなくなる。

・退院の受皿や退院後の在宅医療を担う医療機関が不十分と答えた病院では「特定除外患者あり」の病院が多かった。

□特定除外患者の病態など

・診療科別では脳神経外科で、脳血管疾患の平均在院日数が長く、特に特定除外患者の割合が高かった。このほかにも診療科別にかなりばらつきがある。

・7対1の特定除外患者は主傷病が新生物であり、特定除外の理由も、まさに悪性新生物治療中である。主傷病が新生物の患者では、当該病棟でなければ治療が困難で退院できない状況にある患者が7割以上(分母に退院見込の患者を含まない)であった。また、7対1では脳血管疾患を主傷病とする特定除外患者の多くがリハビリ実施中である。

・10対1の脳血管疾患患者の特定除外理由としてリハビリ実施中の割合が高い。

また、10対1では、腎不全患者の特定除外理由に、人工透析のみならず重度障害・重度意識障害・難病等も見られる。

・自由記述欄では、神経内科の患者、重症循環器疾患や呼吸器疾患、重症心身障害児者等についても、特定除外制度の見直しにより大きな影響を受ける可能性があるとの指摘があった。

□7対1について(一部再掲)

・入院期間90日超の患者ありの病棟が約6割である。

・自院で急性増悪した場合に自院で対応する病院が半数以上ある。

・退院(退棟)の受皿が不十分(やや不十分を含む。以下同)と回答した病院が約5割である。

・自宅等に退院する際に在宅医療を担う医療機関等が不十分と回答した病院が約4割である。7対1から在宅復帰することの困難さを示唆している。

・退院後に急性増悪したときに自院で受け入れると回答した病院は約8割である。

・7対1の特定除外患者は、主傷病が新生物であり、特定除外の理由も、まさに悪性新生物治療中である。主傷病が新生物の患者では、当該病棟でなければ治療が困難で退院できない状況にある患者が7割以上(分母に退院見込の患者を含まない)であった。また、7対1では、脳血管疾患を主傷病とする特定除外患者の多くがリハビリ実施中である。

## 2013年度 第2回理事会・第5回常任理事会・第1回支部長会の抄録 8月24日

### 【主な協議事項】

#### ●支部長及び副支部長等の承認

2013～14年度の支部長・副支部長の名簿、各支部が制定した規約、各支部が締結した支部業務の委託覚書がそれぞれ一括承認された。

#### ●2013年度委員会委員名簿等の承認

2013年度委員会の委員名簿、四病協と日病協各委員会の全日病委員名簿がともに承認された。

#### ●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以下の指定が承認された。

◎日帰り人間ドック

岡山県 岡村一心堂病院

神奈川県 新百合ヶ丘総合病院

日帰り人間ドック実施は483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 豊武会幌東病院 理事長 小野智英

北海道 北都病院 理事長 野口和哉

富山県 中村記念病院 外科医長 中村万里

富山県 丸川病院 院長 丸川浩平 他

別途3人が退会した結果、在籍会員は

2,445人となった。

準会員として以下の入会が承認された。

青森県 ナンブクリニック 理事長 陰山俊之

賛助会員として以下の入会が承認された。

東洋羽毛工業株式会社

(神奈川県 代表者取締役・柳場 弘)

### 【主な報告事項】

#### ●受審支援セミナーの開催

「第14回機能評価受審支援セミナー」を埼玉学会前日の11月1日に同じ会場(埼玉県さいたま市)で開催する旨の報告があった。

#### ●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)

7月5日付で以下の11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 札幌センチュリー病院 新規

愛知県 名古屋共立病院 更新

高知県 島津病院 更新

◎療養病院

東京都 河北前田病院 新規

徳島県 東洋病院 更新

◎複合病院

北海道 札幌ライラック病院 新規

栃木県 黒須病院 更新

東京都 田崎病院 更新

東京都 日の出ヶ丘病院 更新

広島県 興生総合病院 更新

佐賀県 河畔病院 更新

7月5日現在の認定病院は合計2,381病院。そのうち、本会会員は972病院と、会員病院の40.0%、全認定病院の40.8%を占めている。

**全日病・医法協共催  
2013年度「臨床研修指導医講習会」開催のご案内**

日時●11月 9日(土)10:00～22:00  
11月10日(日) 8:20～16:30

会場●東京都内 ホテルヴィラフォンテーヌ汐留 1F会議室  
東京都港区東新橋1-9-2 汐留住友ビル内

定員●48名

対象●①臨床研修病院又は研修協力施設、②臨床研修病院又は研修協力施設への申請を検討されている施設。①・②において7年以上の臨床経験を有する医師

参加費●会員病院8万円(宿泊費・食費・資料代を含む) 会員以外10万円

締切日●10月31日(定員になり次第締切ります)

\*詳細は全日病HP掲載の案内資料をご参照ください。

**全日病主催  
「第14回機能評価受審支援セミナー(埼玉会場)」開催のご案内**

テーマ-新評価体系(3rd G:Ver.1.0)の本質に迫るPart2

日時●11月1日(金)12:30～16:00\*全日病学会の前日

会場●さいたま市 大宮ソニックシティ 6F  
(JR大宮駅徒歩3分)

定員●診療領域/70名、看護領域/80名、  
事務管理領域/80名(1施設6名まで)

参加費●1名につき会員病院 5,000円、  
会員以外 7,000円

締切日●10月25日(定員になり次第締切ります)

\*詳細は全日病HP掲載の案内資料をご参照ください。

**全日病主催  
「業務フロー図作成講習会」開催のご案内**

日時●11月23日(土)10:00～18:00(講義・演習)  
11月24日(日) 9:00～17:00(演習)

会場●全日本病院協会 大会議室  
東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F  
(JR総武線水道橋駅東口下車徒歩4分)

参加料●無料(テキストは別途購入していただきます)

定員●35病院(多職種が参加して業務フロー図を作るため、薬剤師と看護師の参加が条件で、医師も参加が望まれます。他職種の参加も可能。1病院3～5名でお申し込み下さい)

締切日●10月11日(定員になり次第締切ります)

\*詳細は全日病HP掲載の案内資料をご参照ください。

# 学会と連携した総合診療医のシンポに注目

## 第55回全日本病院学会 in 埼玉 機能評価では訪問審査の実演が。会場内に無料託児所を設置

11月2日、3日にさいたま市の大宮ソニックシティで開催される「第55回全日本病院学会 in 埼玉」(埼玉県支部担当・中村康彦学会長)のプログラムが固まった。事前登録の受付も終わり、事務局は、現在、参加者に手渡す「抄録」の完成を急いでいる。

プログラムで注目される1つは、シンポジウム1の「日本プライマリ・ケア

連合学会との連携シンポジウム」だ。「地域に密着した病院での総合診療医の養成」をテーマに、5人のシンポジストがそれぞれの視点から総合診療(専門)医のあり方を論じる。

機能評価委員会の「新評価体系を体験して～ライブ『ケアプロセス』」は、今年度の受審から適用されている新バージョンの評価体系を、サーベイヤ

による訪問審査の実演によって説明する意欲的な企画だ。

2025年問題から地域包括ケア、医療機能分化、地域一般病棟、さらには「看護職の夜勤・交代勤務編成」など、今後の医療動向を探るには欠かせない企画が揃った埼玉学会だが、会場内に無料託児所(要予約)を設けるなど、参加者に対する便宜の提供にも優れた企画力を発揮している。

**第55回 全日本病院学会 in 埼玉**  
「地域医療を担う我ら」～埼玉から日本へ発信～  
事前参加登録 募集中  
2013年7月1日(月)～  
2013年9月10日(水)  
開催期間 2013年11月2日(土)～3日(日)  
会場 大宮ソニックシティ(さいたま市) 〒330-8649 埼玉県さいたま市大宮区本町1-7-5  
学長 中村 康彦 公益社団法人全日本病院協会 埼玉支部長 兼 理事 兼 会長 兼 代表理事 兼 事務局長  
学長補佐 丸山 泰幸 公益社団法人全日本病院協会 埼玉支部副支部長 兼 理事 兼 代表理事 兼 事務局長  
事務局 丸山 泰幸 公益社団法人全日本病院協会 埼玉支部副支部長 兼 理事 兼 代表理事 兼 事務局長  
〒330-8649 埼玉県さいたま市大宮区本町1-7-5 大宮ソニックシティ 大宮ソニックシティ大ホール  
TEL: 048-779-5301 FAX: 048-779-5302  
E-mail: ajha55saitama@ach.or.jp

### 第55回全日本病院学会 in 埼玉

**学会テーマ/地域医療を担う我ら ～埼玉から日本へ発信～**

担当 ● 全日本病院協会埼玉県支部 (中村康彦支部長)  
 学 会 長 ● 中村康彦 (医療法人社団愛友会 上尾中央総合病院 理事長)  
 実行委員長 ● 丸山泰幸 (医療法人社団幸正会 岩槻南病院 理事長)  
 期 日 ● 11月2日(土)、3日(日)  
 会 場 ● 埼玉県さいたま市大宮ソニックシティ (JR大宮駅から徒歩3分)  
 事 務 局 ● 埼玉県支部 (048-779-5301) E-mail/ajha55insaitama@ach.or.jp  
 埼玉学会ホームページ <http://ajha55saitama.org/>

### ■主なプログラム(予定)

11月2日(土)	
特別講演 I	横倉義武 日本医師会長
特別講演 II	原 徳壽 厚生労働省医政局長
特別講演 III	寺本民生 帝京大学医学部長・臨床研究センター長
シンポジウム 1	日本プライマリ・ケア連合学会との連携シンポジウム
シンポジウム 2	若手経営者育成 地域包括ケアと病院経営者の役割 —医師・医療機関に期待される役割—地域包括ケア構築に向けて
学会企画 I	看護職の夜勤・交代勤務編成
学会企画 II	事務セッション 第1部 病院経営管理における戦略と戦術—慢性期 第2部 病院経営管理における戦略と戦術—リハビリテーション病院 第3部 病院経営管理における戦略と戦術—急性期・中小病院 第4部 病院経営管理における戦略と戦術—急性期病院2・基幹病院
委員会企画	救急・防災委員会 全日病における災害支援～AMATを中心として～ 医療従事者委員会 人材紹介会社の活用の実態 医療保険・診療報酬委員会 医療機能分化と診療報酬

■参加費(抄録集を含む)

協会会員		一般および学生	
理事長・院長	左記以外の方	一般	学生
事前登録	30,000円	10,000円	12,000円
当日登録	35,000円	12,000円	15,000円
			当日のみ 3,000円

### 11月3日(日)

特別講演 IV	江利川 毅 医療科学研究所理事長(元厚生労働事務次官)
特別講演 V	上山博康 禎心会病院脳疾患研究所長
市民公開講座	天野 篤 順天堂大学大学院医学研究科心臓血管外科学教授
学会企画 III	NST 高齢者の栄養ケア～今そこにある危機にチーム医療で立ち向かう～
学会企画 IV	シンポジウム 2025年のあるべき医療の姿～地域のみんで支える医療の実現～
学会企画 V	第1部事務セッション 中小病院の生き残り戦略 第2部事務セッション グループ病院における経営戦略と戦術
学会企画 VI	女性経営者 今なぜ看護部長ではなく看護職副院長なのか?～看護師が動けば病院が変わる～
委員会企画	医療制度・税制委員会 消費税の今後について～最新情報～ 医療の質向上委員会 院内事故調査の指針について 若手経営者育成事業委員会 地域特性や病床特性に応じた病院の経営戦略 ランチョンセミナー (8会場) 機能評価委員会 新評価体系を体験して～ライブ「ケアプロセス」～ 病院のあり方委員会 地域一般病棟 人間ドック委員会 職場における生活習慣病の予防と特定健診・特定保健指導 ランチョンセミナー (9会場)

## 全日病 AMAT等をテーマに無料公開セミナーを開催

HOSPEX Japan 2013 10月24・25日に東京ビッグサイトの会場内特設ルームで

全日病は、10月23日～25日に東京ビッグサイトで開かれる「HOSPEX Japan 2013」で医法協とともに公開セミナーを開催する。昨年に続く2回目の「病院団体セミナー」で、「HOSPEX Japan」の入場者は無料で参加できる。会場は、「HOSPEX Japan」の中の特設ルーム(定員150名)。全日病は、10月24日と25日の2日間をつかって、救急・防災委員会を初めとする5委員会がそれぞれのテーマで講演等を行なう。「HOSPEX Japan」は、日本病院設備学会(現日本医療福祉設備学会=1972年設立)が学会に併設する展示会として1974年に開設した、40年の歴史を誇る、わが国最大規模の病院・福祉設備機器専門展示会。日本医療福祉設備協会と日本能率協会が主催している。昨年の「HOSPEX Japan」には3日間で約5万7,000人が来場したが、その3割近くを病院診療所関係者が占めてい

る。入場者の関心は高く、5つのプログラムで構成された“全日病セミナー”には平均100人の参加があった。今年の企画で注目されるのは、救急・防災委員会による「AMAT—災害時の病院等支援」というプログラムで、東日本大震災における支援活動の経験を踏まえて全日病が創設した医療支援組織(AMAT)の全体像が明らかにされる予定だ。そのほかにも、広報委員会が「人口減少社会に向かう日本の医療福祉の現状と将来予測—特に首都圏に焦点を当てて」、人間ドック委員会が「中国における最近の医療事情—病院、人間ドック、介護・福祉の面から」、医療保険・診療報酬委員会が「診療報酬についてわかりやすく解説」、そして、介護保険制度委員会は「在宅療養支援—情報共有と医療・介護の連携」と題した企画が、それぞれ確定している。



### □「HOSPEX Japan 2013」の全日病・医法協主催セミナー

10月23日(水) 日本医療法人協会	
11:00	病院における消費税のゆくえ 四病協医療経営・税制委員会委員長、医法協副会長 伊藤伸一
13:30	社会保障制度改革国民会議の結論から見える医療の未来 東京医科歯科大学大学院教授 川淵孝一
14:40	医療事故調査制度と病院団体合意 医法協常務理事 小田原良治
15:25	医療安全と証拠制限契 弁護士(井上法律事務所) 井上清成
10月24日(木) 全日本病院協会	
11:00	広報委員会 人口減少社会に向かう日本の医療福祉の現状と将来予測 —特に首都圏に焦点を当てて— 全日病広報委員会特別委員 国際医療福祉大学大学院教授 高橋 泰
13:00	人間ドック委員会 中国における最近の医療事情 —病院、人間ドック、介護・福祉の面から— (座長) 全日病常任理事・人間ドック委員会委員長 西 昂 栄研化学株式会社常務執行役中国事業室長 浅野慎一郎
10月25日(金) 全日本病院協会	
10:00	救急・防災委員会 AMAT—災害時の病院等支援— (座長) 全日病常任理事 救急・防災委員会委員長 加納繁照 日本医科大学大学院准教授 布施 明 武蔵野赤十字病院救命救急センター部長・日赤災害医療コーディネーター 勝見 敦 全日病常任理事、東京都医師会副会長、東京都災害医療コーディネーター 猪口正孝
13:00	医療保険・診療報酬委員会 診療報酬についてわかりやすく解説 全日病副会長 猪口雄二 大倉山記念病院事務局長 西本育夫
15:00	介護保険制度委員会 在宅療養支援—情報共有と医療・介護の連携— 本庄内科病院理事長・院長 本庄弘次

### 清話抄

「団塊の世代」が高齢者世代に  
鹿児島県のホームページに掲載されている平成24年10月1日現在の人口ピラミッドでは、60歳から65歳までの人口が一番多く、「第一次ベビーブーム」という注釈がありました。いわゆる団塊の世代です。団塊の世代は、昭和22

年(1947年)から昭和24年(1949年)に生まれた方々で、平成24年から平成26年に順次65歳に到達します。いよいよ団塊の世代が高齢者世代になってきたのです。大多数の方々は、今は健康で、生活に支障を生ずる状況は有りませんが、健康寿命が男性70.42歳、女性73.62歳(厚労省国民健康づくり運動プラン策定委員会資料による)と言われているので、数年後には、医療や介護サー

ビスが必要になると予想されます。要介護度が低ければ、在宅で通所サービスや訪問サービスを受けられますが、更に年齢が進むと要介護度が高くなり、介護サービスの密度や医療の必要性も高くなっていきます。団塊の世代が65歳になったことは分かっていたことであり、何か新しい発見をした訳ではありませんが、大都市、中都市、地方都市、郡部は、それぞれに医療・介護サービスを提供するに当

たって、高齢者の状況、医療機関や介護サービス事業所の立地数など様々な地域の実情があります。地域における問題を解決し、地域の実情に合った医療・介護サービスの提供体制を構築すること、とりわけ、医療機関は在宅医療を推進しながら、多職種による地域連携体制の構築を急ぎ足で進めていかなければならないと改めて考えた次第です。(鉦)