



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2013

NEWS 11/15

発行所/公益社団法人全日本病院協会
 発行人/西澤寛俊
 〒101-8378 東京都千代田区猿楽町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.813 2013/11/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

一体改革に向け、あるべき提供体制へ意見・提言を総結集

第55回全日本病院学会 in 埼玉 公益法人後初の学会に過去最多2,555人

「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)は、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、過去最多の2,555人が参加、全日本病院協会の公益法人移行後初の学会として成功裏に幕を閉じた。

2025年問題、地域包括ケア、在宅医療、地域特性や病床特性に応じた病院経営、総合診療医など、第6次医療法改正を控え、これからの地域医療を考える上で鍵となるテーマが俎上にのぼり、多様な視点から考察された。

また、医療機能分化と診療報酬、地域一般病棟、消費税問題など、2014年度診療報酬改定を前に喫緊の課題が取り上げられ、様々な意見・要望が飛び交った。

さらに、夜勤・交代勤務の編成、人材紹介会社の活用、院内事故調査の指針など、病院経営をめぐる諸問題が議論され、中小病院だけでなく大規模施設の戦略・戦術が披露された。

他方で、健康寿命の延伸、職場における生活習慣病の予防、高齢者の栄養ケアなど、高齢化社会の医療と予防をめぐる啓発と事例紹介が行なわれた。

一体改革がめざす提供体制への道筋が示される中、埼玉学会は、その原点である、地域医療を守る立場を明確に打ち出す「地域医療を担う我ら一埼玉から日本へ発信」というテーマを掲げた。

その上で、全国の病院とりわけ民間病院が総結集し、改革に前向きに向か



▲様々な視点から地域医療を論じた埼玉学会は大成功を納めた(写真右は中村学会長) 間となった(4面に関連記事)。あるべき医療提供体制を提言する2日

海外の病院経営を附帯業務に追加。現地法人への出資を容認

医療法人の事業展開等に関する検討会 厚生省が医療法人の規制緩和を提案。「ホールディングカンパニー」も俎上に

厚生労働省は11月6日に初会合をもった「医療法人の事業展開等に関する検討会」に、①医療法人が海外で展開する病院経営を附帯業務に追加する、②現地法人に対する出資を、剰余金の枠内に限るなどの一定要件を付して認める、という2つの提案を行なった(2面に資料を掲載)。

同検討会は、閣議決定の「経済財政運営と改革の基本方針について」や「再興戦略」等で示された、医療を競争力

ある産業として育成する視点から医療法人に関する規制緩和を進める方針を具体化するために設置された。

事務局(厚生省医政局指導課)は、検討課題として、(1)医療法人制度のあり方、(2)医療法人等の間の連携の推進(医療法人の合併等)、(3)医療の国際展開、(4)医療機関による健康増進・予防や生活支援の推進、(5)社会医療法人制度のあり方、の5点を提示。

この日は(3)の「医療の国際展開」を

めぐる議論を、次回会合では(4)の「健康増進・生活支援の推進」、3回目には(2)「医療法人等の間の連携の推進」に関する検討を求め、年内に、(4)と(3)について合意を得たいと要請した。

(2)の中では、国民会議報告書で提起された、「ホールディングカンパニー」の枠組みや複数医療法人のグループ化等の是非も検討課題にあげられている。

社会医療法人は、現在も、過半数に満たない範囲で株式会社等への出資が

認められている。この日の議論でも、複数から「(海外法人については)過半数を超える出資ができないと経営は困難」との声が出たが、この問題も議論が避けられないとみられる。

検討会後、「海外法人への出資容認は国内における出資・融資の容認につながるか」との本紙質問に、医政局の梶尾指導課長は「それは現時点で視野にないが、検討の中で求められれば議論せざるを得ないだろう」と答えた。

「非営利ホールディングカンパニー」型医療法人等の検討を開始

産業競争力会議の医療・介護等分科会 18課題について年末に中間整理。医療法人への「会社分割」適用可否も検討

産業競争力会議の医療・介護等分科会は10月29日の会合で、今後の検討項目として「非営利ホールディングカンパニー」型医療法人を含む18課題を確認、具体的な検討を始めた。

9月2日の産業競争力会議は、健康長寿産業の戦略目標を「健康増進・予防等の市場規模を2020年に10兆円(現状4兆円)に、医薬品・医療機器や再生医療等医療関連産業の市場規模を2020年に16兆円(現状12兆円)に拡大する」ことに求め、(1)効率的で質の高いサービス提供体制の確立、(2)医療介護のICT化、(3)保険給付対象範囲の整理・検討、(4)公的保険外のサービス産業の活性化の4点について検討、年末までに「中間整

理」を行なうことを、新設した同分科会に求めている。

これを踏まえ、10月29日の医療・介護等分科会は、同分科会の増田寛也主査(東大公共政策大学院客員教授)の提案にそって、下記項目の検討を進めることで合意したものの。

11月8日の会合には厚生省を招き、検討項目ごとに同省の見解を質した。

厚生省は、「非営利ホールディングカンパニー」型医療法人の新設、医療法人の合併、附帯業務の範囲等については13年度から14年度にかけて結論をまとめる方針であると表明。社会医療法人の要件緩和に関しては、「適当ではない」と反対した。

の検討

- ・社団医療法人と財団医療法人との合併方策の検討
- ③医療法人の附帯業務の拡充
 - 一定用途に限り、医療法人所有の遊休スペース等の賃貸事業を附帯業務に追加
- ④自治体病院等の公設・公的病院の医療品質情報の更なる開示
- ⑤社会医療法人の認可要件の緩和
- ⑥社会福祉法人の透明化
- ⑦病床機能分化の推進
 - ・診療報酬体系と医療計画等との整合性の確保
 - ・急性期病院における資源の重点化とそれに向けたインセンティブ付けの方策
 - ・施設改修費用、耐震化費用等、医療機関の資金ニーズを充足するためのツールとしてのヘルスケアリートの活用方策
- ⑧介護サービスの品質改善

2. 公的保険外のサービス産業の活性化

- ①セルフメディケーションの一層の推

進

- ②混合介護の普及・促進
- ③医療・介護のインバウンド、アウトバウンドの促進

3. 保険給付対象範囲の整理・検討

- ①保険収載のあり方
- ②保険外併用療養の大幅拡大等
- ③保険給付の適正化

4. 医療介護のICT化

- ①地域医療介護連携ネットワークの普及促進
- ②診療情報システムの標準化、電子カルテに記載されるデータ構造等の標準化
- ③電子処方箋の実現

5. フォローアップ

先進医療ハイウェイ構想(抗がん剤)、日本版NIHの創設、PMDAの体制強化、都市部での高齢化対策としての地域包括ケアシステムの構築等、既に日本再興戦略に盛り込まれている主な施策について、フォローアップを行い、着実な進捗・改善を図っていく。

医療・介護等分科会の今後の具体的な検討項目(骨子)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 1. 効率的で質の高いサービス提供体制の確立 | ①「非営利ホールディングカンパニー」型医療法人制度の検討 |
| ②「非営利ホールディングカンパニー」型医療法人の合併規制等の見直し | ・会社法の会社分割と同様のスキーム |

「診療科ごと地域別定員の目途の設定・公表」を提起

規制改革会議の健康・医療WGが提供体制の論点案まとめる

規制改革会議の健康・医療WGは11月8日の会合で、検討項目の1つである「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」に関する論点案をまとめ

た。来年6月の実施計画(答申)へ向けた作業の一環である。

論点には、すでに第6次医療法改正項目に入っているものもあるが、新た

な検討項目として、①保険者等による医療機関の外部評価と公表、②就業可

能医師数の把握、③都道府県による診療科ごとの地域別定員の目途の設定と公表、④一定条件下の病院統合による開設者変更への柔軟対応、⑤病床規制の撤廃の検討、⑥ゲートキーパー機能の確立、などをあげている。(3面に「論点案」を掲載)

全日病のAMAT(災害時医療支援活動班)の全容決まる(4面に掲載)

一般病院 損益差額は^{11年度}-0.9%から^{12年度}-0.4%へわずかながら改善

2013年の実調結果 前改定を反映、急性期系の国公立が収支を大きく改善

厚労省は11月6日の中医協・調査実施小委員会に、2014年改定の基礎資料となる2013年医療経済実態調査結果の概要を提示、調査実施小委は同日の中医協総会に報告した。

前改定をはさむ2011年度内と12年度内に決算を迎えた2期の収支が対象。2期にわたる通年調査は11年実施の実調から始まり、今回が2回目。病院については1,429施設から回答を得た(回答率54.5%)。

それによると、一般病院(介護収益の割合が2%未満)の損益差額は、11年度の-0.9%から12年度の-0.4%へと、わずかながら改善した。この結果について、事務局(厚労省保険局医療課)は「概ね横ばいである」という認識を示した。

開設主体別にみると、医療法人が4.3%

から4.4%へと黒字基調の下で横ばいとなったのに対して、国立(国立病院機構、労働者健康福祉機構)は-0.5%から-0.1%へ、公立(都道府県、市町村、地方独立行政法人)は-6.5%から-5.8%へと大きく戻したものの、いずれも赤字幅の圧縮にとどまり、両者は対照的な結果を示した。

この日は支払側・診療側ともに意見を控え、11月半ばに見解を表明するとしたため、実調結果をめぐる議論はなかった。その中で、支払側の白川委員(健保連)は「国公立病院は損益のマイナスが続いている」と指摘。事務局に詳細なデータを求めるなど、国公立の赤字実態に強い関心を示した。

損益差額のプラス、マイナスという違いは、公立病院改革プランに象徴され

るように、公私間の経営風土・意識・環境による違いが大きい。

それに加え、わずか0.1ポイントの医療法人と0.4~0.7ポイントの国公立との間に改善割合で大きな差がついた点に、前改定における急性期への重点配分の反映がうかがえる結果となった。

実際、改定後の医業収益(12年度の

対前年度比)をみると、国立が3.1%、公立が2.3%と大きく増収したが、医療法人は0.8%と微増にとどまった。

総損益差額も、国立病院は-8.3%から0.4%へと著しく好転、公立病院も1.8%から2.7%へと改善をみせたが、医療法人は3.8%で変わらない横ばい状況を示している。

□診療報酬評価別の損益差額推移

	全体	DPC対象病院	7対1	10対1	13対1	15対1	療養病床入院基本料1
11年度	-0.9%	-1.1%	-1.6%	-1.0%	4.6%	-0.2%	6.3%
12年度	-0.4%	-0.1%	-0.4%	-1.1%	3.3%	-0.5%	4.9%

□病床規模別の損益差額推移(一般病院)

	20~49床	50~99床	100~199床	200~200床	300~499床	500床以上
11年度	-2.8%	0.6%	0.3%	-1.9%	-1.4%	-1.3%
12年度	-2.2%	0.5%	0.7%	-2.4%	-0.3%	-0.2%

改定翌年ながら医業収支率は全体で0.6ポイント低下

全日病・2013年病院経営調査報告 東京 医業収支率が6.1ポイント悪化。赤字病院の割合も前年比7ポイント増の31%

全日病は2013年の病院経営調査をまとめた。今年5月単月の収支が対象で、客体数は、これまでの500病院抽出から調査時の全会員病院(2,437病院)へと拡大した結果、回答数は831病院(回答率34.1%)に達した。

医業収支率は全体で105.5%と昨年より0.6ポイント悪化した。ただし、13年

と12年とも回答に応じた病院をみると106.1%と0.5ポイント回復している。

地域別の医業収支率は、地区はほぼ横ばいであるのに対して、東京が101.6%と6.1ポイントも落ち込んだ。赤字病院の割合も、全体が23%のところ、東京は

31%と格段に多く、しかも、昨年より7ポイント増えている。

調査結果を踏まえ、病院経営調査報告は、「例年、改定のある年は収支状況が悪化するが、翌年は持ち直すという傾

向があった。しかし、2011年と13年は改定翌年でも悪化している。14年改定では、7対1、重急性期入院医療管理料等に大きな変更が起こる可能性が高く、留意する必要がある」と総括した。

□医業収支率の状況

	医業収支率		赤字病院(医業収支率100%未満)の割合	
	2012年	2013年	2012年	2013年
全体	106.1%	105.5%	21%	23%
東京	107.7	101.6	24	31
指定都市	106.1	106.1	19	22
その他	105.9	106.1	21	22

□病院特性別の医業収支

	2012年	2013年
全体	106.1%	105.5%
~199床	107.2	106.1
200床~	105.3	105.2
DPC対象病院	104.7	104.7
DPC非対象病院	106.2	107.6
回復期リハ病床入院料算定病院	107.5	108.5
亜急性期入院医療管理料算定病院	105.6	105.9
在宅療養支援病院届出病院	107.4	103.1

□一般病棟入院基本料ごとの医業収支率(届出変更推移別)

	13年5月現在					
	7対1	7対1経過措置	10対1	13対1	15対1	
12年5月現在	7対1	104.8%	111.8	—	—	—
	7対1経過措置	101.4	105.5	—	—	—
	10対1	105.5	—	104.9	109.5	—
	13対1	—	—	110.6	105.1	—
	15対1	—	—	—	111.1	108.2

*上記表中、12年5月現在の「15対1」算定病院には、別途、13年5月現在に特別入院基本料に移行した病院があり、その医業収支率は118.7%であった。

2014年度改定基本方針の骨子案

「医療法改正による対応に先駆けて改定に取り組む」

厚労省保険局の宇都宮医療課長は、11月8日の社保審医療部会および医療保険部会に、2014年度診療報酬改定基本方針の骨子案を提示した。

「骨子案」は、基本認識で「診療報酬と補助金を適切に組み合わせつつ、医療法改正による対応に先駆けて、診療報酬改定に取り組む」ことを表明。重要課題では「入院医療・外来医療を含

めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に重点的に取り組む」ことをあげた。

その検討方向として、以下の点を重点課題にあげている。

(1) 入院医療

急性期病床の機能の明確化、急性期後の受皿となる病床の整備、有床診の

機能に応じた評価 等

(2) 外来医療

診療所・中小病院の主治医機能の評価、大病院の専門外来の評価 等

(3) 在宅医療

在宅療養支援診療所・病院の機能強化、在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療の推進、訪問看護ステーションの大規模化の推進、

在宅歯科医療の推進、在宅薬剤管理指導の推進 等

(4) 連携ネットワーク

入院、在宅、歯科、薬局、看護、介護等のネットワークにおける円滑な移行や切れ目のない連携 等

医療部会および医療保険部会における議論は2回目とあって、「骨子案」はサムネイル的な箇条書きにとどまっているが、一体改改革の視点からの改定方針は、すでに確済済みであることから、医療課は、あと1~2回の議論で改定基本方針をまとめたとしている。

「ホールディングカンパニー」とともに複数医療法人のグループ化も検討

医療法人の事業展開等に関する検討会 厚労省「非営利性の確保等を前提に検討」。「医療法人制度のあり方」も視野

「医療法人の事業展開等に関する検討会」(11月6日)に示された事務局資料から *1面記事を参照

□検討会の開催要綱

●検討内容

- (1) 医療法人制度のあり方について
- (2) 医療法人等との連携の推進について
- (3) 医療の国際展開について
- (4) 医療機関による健康増進・予防や生活支援の推進について
- (5) 社会医療法人制度のあり方について
- (6) その他

●検討スケジュール

「検討内容」のうち、まずは(3)(4)(2)の順に議論を進め、(3)と(4)は年内を目途にとりまとめるとともに、その他の事項についても順次検討を進める。(来年度以降の検討スケジュールは今後検討)

□今後、検討会で議論していただきたいテーマと主な論点について

以下は医療法人の「非営利性の確保」

等を前提に検討する。なお、論点については、例示として、現時点で想定されるものを挙げている。

●健康増進・生活支援に係る取組について
医療法人が、通院している患者や入院又は通院していた患者等に対して配食を行なう業務を、医療法第42条に規定する、病院等の業務に支障がない限り行なうことができる附帯業務に位置づけてはどうか。

●医療法人の合併等について
・中小規模の医療法人を大規模集約する目的ではなく、地域の医療提供体制として連携を強め、地域医療の再構築を進める観点や経営に行き詰まった医療法人を健全な形で再生するという観点から、医療法人の合併や権利の移転等に関して検討を行なうべきではないか。
・国会議事等が提案する「ホールディングカンパニーの枠組み」や複数の医療法人のグループ化等について、どの

ように考えるか。

●医療法人に係る医療の国際展開に係る論点について

医療法人が海外で病院を運営する事業について、
①本来業務である病院等の業務に支障がない範囲内で行われること
②海外においても適正な内容の医療を行なうことを条件に認めてはどうか。

・具体的には、医療法人が海外で病院を運営する事業について、医療法第42条に規定する、病院等の業務に支障がない限り行なうことができる附帯業務に位置づけてはどうか。
・また、海外で行なう医療の適正性を担保するため、例えば、定期的に事業報告書を厚生労働省に提出させるとともに、適宜必要に応

じて報告を求めるなどの仕組みを導入してはどうか。

・医療法人が海外で病院を運営する事業を行なうに当たっては、当該医療法人が、海外で病院を運営する現地の法人に対して出資する必要がある。

・これについて、海外における業務が失敗したとしても、国内における医療の提供に与える影響を最小限にするため、例えば、出資の価額については、医療法人の剰余金の額の範囲内にするなど一定の要件を設けることを前提に認めてはどうか。



中医協総会 2014年度改定の議論

診療側 亜急性期機能に疑問表明。病室単位の容認を求める

宇都宮医療課長「2次救急病院の指定は選択的要件の1つに過ぎない」

10月30日●在宅医療(4) 在総管・特医総管、在宅患者訪問診療料等について

中医協は診療側委員に新たに中川俊男氏(日医副会長)と長瀬輝誼氏(日精協副会長)が就任した。

この日は、10月23日に議論できなかった「在宅医療における患者紹介等への対応」と「在宅医療を専門に行なう保険医療機関」等について意見を交わした。

【事務局の提案＝論点】

◎在宅医療における患者紹介等への対応

(1)在宅時医学総合管理料と特定施設入居時等医学総合管理料は、訪問診療料と同様、「同一建物」と「同一建物以外」で分けた評価体系とする。(今後は量的な観点のみならず、質的な観点からの充実も進めていく。その場合に、現在議論している主治医機能のある医療機関の評価との連動を検討する必要がある)

(2)在宅患者訪問診療料は訪問診療の計画や診療内容の要点を診療録に記載する規定はあるが、「診療時間」「訪問先名」「患者の状態」を記載することは要件となっていない。そこで、

- ①患者等への説明と同意の確認を行ない、診療時間、訪問先名、患者の状態等を診療録に記載し、その内容を患者、家族等へ説明することを要件に含める。
- ②同一建物の訪問診療は診療実態に応じた適正な評価とする。
- ③加えて、その対象患者や適切な訪問診療の内容について検討する。
- (3)患者紹介料については、療養担当規則の改正等により禁止する。

◎在宅医療を専門に行なう保険医療機関について

フリーアクセスを確保しつつ在宅医療を推進していく中で、在宅医療を専門に行なう保険医療機関を認めてはどうか。その際、在宅医療を行なう保険医療機関の外来応需体制についてどのように考えるか。

[考えられる要件案(例)] 在宅医療を

行なうことの被保険者への周知、急変時に患者から相談を受ける連絡先の確保、患者が外来受診できる連携医療機関の確保、訪問診療を行なう地域範囲の限定、など

【議論】

診療側の鈴木委員(日医常任理事)は「在宅医療における患者紹介等への対応」に関する3提案を概ね了承したが、在宅患者訪問診療料への時間要件導入には同意できないとし、ガイドラインの活用を提案した。

同じく万代委員(日病常任理事)も、事務局資料で20分要件が示唆されていることを披露し、「時間要件を入れると訪問診療が萎縮する」と強く反対した。

これに対して、支払側は事務局案を基本的に支持。「高齢者が暮らしている施設にも規制をかけるべき」「紹介ビジネス自体を法で規制すべき」など、厳しい対応を求めた。議論はもっぱら紹介料のやりとりを封じる対策に終始した。

在宅医療専門の医療機関については、鈴木委員が「在宅医療に限った診療所というのは、今後のかかりつけ医を中心とした地域包括ケアを推進する上でふさわしくない」と難じた。診療側の安達委員(京都府医師会副会長)は、「外来はかかりつけ医機能の1つであり、在宅医療専門の医療機関にも外来応需を求めるべきだ」との見解を表明した。

この意見に、白川委員は「在宅専門がかかりつけ医的な機能の下で行なわれるのが理想ではあるが、24時間の緊急対応と外来は難しい。例え、訪問する医師が変わろうが、24時間在宅というものを希望する患者も少なくない。今は、色々な形態を模索すべきではないか」と反論、現行在支診を補完する機能に期待を寄せた。

診療側「大病院における長期処方禁止」を提起

11月1日●「入院医療等の調査・評価分科会」の報告

「2013年度入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめ」のうち、12年度調査にもとづく中間まとめ案(8月1日号参照)は、8月21日の中医協総会で議論済みであることから、分科会におけるその後の追加修正に関する説明にとどまり、この日は、13年度調査にもとづく改定項目の提案点(10月15日号を参照)について説明が行なわれた。

7対1・10対1の特定除外制度の廃止、7対1経過措置の廃止、金曜入院・月曜退院や正午退院各減算措置の継続、紹介なし患者等初・再診料減算の適用拡大などをめぐり、活発な議論が展開された。

【議論】

支払側は分科会が提起した改定項目

と改定の方向性をすべて妥当とした。

これに対して、診療側は、7対1等の特定除外患者の死亡を含む退院経路に関する詳細データがないことや金曜入院・月曜退院や正午退院の各減算措置の適用施設がないことなどを指摘し、拙速な結論を戒めた。

金曜入院・月曜退院や正午退院の各減算措置について、白川委員は、措置の継続は必要としつつも、「その適用基準についてはあらためて議論すべき」と応じた。

紹介なしに受診した患者等の初・再診料減算を500床以上の全病院に適用拡大するという案に、診療側は「精神科単科(や療養病床のみの病院)は外

すべき」と主張した。支払側からは特段の反対意見がなかった。

この提案に関連して、鈴木委員は、逆紹介率を推進するために「大病院における長期処方禁止を考えるべき」と提起、安達委員も同調した。

宇都宮医療課長は「多剤投与の問題もある。一度議論することにやぶさかではない」と応じた。

鈴木委員は、また、分科会の「とりまとめ」に書き込まれた7対1病床の医療機能の定義に疑問を表明、「1回議論すべきだ」と提起。

中川委員は同じく亜急性期の定義を取り上げ、「在宅の急変時の受け入れ」を機能とした場合に、「在宅で急変した高齢者は亜急性期病床に搬送される

11月6日●費用対効果評価の「中間整理」

費用対効果評価専門部会からの報告(議論の中間的な整理)が了承された。

「中間整理」は、評価の対象は医薬品と医療機器の保険収載可否と償還価格が中心となるが、先進医療の保険適用を判断する際も対象とするとしている。また、費用対効果を評価する際の指標については、QALY(QOLを反映した生存期間である質調整生存年)を採用す

医療部会

特定行為実施、医療事故調査等法改正事項を了承

11月8日の社保審医療部会に事務局(厚労省医政局総務課)は、医療法等の法改正と省令等改正を図る事項として、チーム医療推進会議のとりまとめ結果、特定機能病院と地域医療支援病院の承認要件見直しの議論状況、医療事故調査の仕組み案をそれぞれ報告、部会は基本的に了承した。

チーム医療推進会議からの報告は、(1)特定行為実施にかかわる体制案、(2)診療放射線技師と臨床検査技師の業務範囲などパラコメディカルの現行規定等の見直し、からなる。

事務局は、併せて、外国医師等の臨床修練制度の見直し案も提示した。その要旨は以下のとおり。

- ①最長2年の滞在有効期間を最長2年まで更新できるようにする
- ②受入病院の責任で、外国医師等の能力水準、適切な指導体制、事故等の賠償能力を確保する仕組みに改め、厚労大臣が関与する手続・要件を簡素化する
- ・厚労大臣による指導医認定制度を廃止し、受入病院が指導医を選任する
- ・受入病院と連携した病院・診療所における臨床修練を許容する
- ・不適切な事例が発覚した場合の対応(立入検査権限)を整備する
- ③入国前でも臨床修練の許可を受けることができるようにする
- ④一定の要件を満たす場合は、教授・

ことになるのか」と質した。

宇都宮課長は、「在宅急変の際に亜急性期しかないという意味ではない。急性期を含むそうした病床にいくということだ」と釈明した。

中川委員は、さらに、亜急性期病床の要件案に「2次救急病院の指定」とあるのを取り上げ、「2次救急病院はすべて急性期の病院だ。ここに亜急性期の病院を入れようとしているのは問題だ」と難じた。

宇都宮課長は「2次急の指定は選択的要件の1つに過ぎない」と説明した。

一方、鈴木委員は、「亜急性期病床の病棟単位というのは中小病院には難しい。病室単位も認めるべきではないか」と主張した。

る意見と否定的な意見とを並列した。

部会は、引き続き、具体例に当てはめながら検討を進め年内に中医協総会に報告する方針だ。

この導入について、部会で、関原部会長は「今後は、来年度からの試行的導入に向けた議論になる」と述べている。(同日の中医協総会で議論された医療経済実態調査の結果は2面に掲載)

臨床研究を目的として来日する外国医師が診療を行なうことを容認する

特定機能病院と地域医療支援病院の承認要件見直しに関する報告は10月30日の検討会の議論内容を整理したもの。両タイプのあり方(医療法における位置づけ)の議論は今後の議論に先送り、今回は承認要件に限った見直しとすることで合意し、新承認要件案を固めた。次回、12月の会合で取りまとめる予定だ。ただし、この見直しは法改正ではなく、省令改正事項となる。

当初案からの大きな修正は、特定機能病院に更新制を導入する案をやめた点だ。地域医療支援病院については、「紹介率80%、または、紹介率60%かつ逆紹介率30%、または、紹介率40%かつ逆紹介率60%」と、現行指定病院の9割がクリアできる要件となった。

医療事故調査制度に関する報告は、5月29日にとりまとめた内容を踏まえ、法改正骨子を論点とするかたちで提示された。その中で、調査対象に「予期しなかった死産」を追加したほか、第3者機関は「医療事故調査・支援センター」と仮称され、「その業務の一部を都道府県医師会、医療関係団体、大学病院、学術団体等の外部の医療の専門家に委託することができる」としている。

事故調査のGLについて、事務局は、厚労省の責任で策定する意向を示した。

規制改革会議の健康・医療WG(11月8日)「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」に関する論点案(要旨) *1面記事を参照

●医療計画の抜本的見直しを行なうことが必要。

①医療計画、介護保険事業支援計画、医療費適正化計画、地域医療再生計画等を一元化し、将来の医療提供体制の全体像を描くべき。

②医療のICT化を織り込んだ医療計画を策定すべき。

③保険者等による医療機関の外部評価とそのデータを公表し、医療機関間の競争をより促すべき。

④地域ごとの患者数に応じた必要医師・看護師数、医療機器数等の指標を設け、医療計画に盛り込むべき。そのためには、地域ごと就業可能な医師数、潜在

的看護師数、入院と外来別患者数等必要な統計データを把握し、厚労省として一元的に管理・公表すべき。

⑤都道府県は診療科ごとに地域別定員の目安を設け、公表すべき。また、医師不足の地域や診療科への就業インセンティブを充実させるべき。

⑥2次医療圏を広域化するなど医療圏の範囲を柔軟に見直すべき。

●病床規制等の従前の規制の抜本的見直し

(1)病床規制の撤廃も含めて検討し、以下のような見直しを行なうべき。

①公的病院と民間病院それぞれに非稼働病床の削減方策を検討すべき。その

際、保険診療を担う民間医療機関は、都道府県知事が保険者の意向を踏まえた上で非稼働病床の削減を命じることができるようすべき。

②あらかじめ医療計画の期間満了後の状況に適した基準病床数の推計を行なうべき。

③既存病院の建替え・補修の場合や別の2次医療圏に属する病院が統合する場合に開設者が変わる場合などには柔軟に対応すべき。

(2)真に急性期医療を担う病院にのみ7対1が適用されるよう、平均在院日数の要件等の厳格な適用を行なうべき。

(3)地域医療支援センターの事業は地

域の中核を担う病院へ委託すべきではないか。

●プライマリケアの専門医(ゲートキーパー機能)を中心としたネットワークの確立

フリーアクセスを担保しつつ、プライマリケアの専門医がゲートキーパー機能を担う、以下のような新たな医療提供の仕組みを確立すべき。

①地域医療の中でのゲートキーパー機能を確立すべきではないか。

②ゲートキーパー機能の確立のために、プライマリケアの専門医として必要な資格や継続的な研修等の制度について検討すべきではないか。

厚労省「これからの5年が将来を決める重要な期間」

第55回全日本病院学会 in 埼玉 江利川元事務次官「提供体制は地域特性を踏まえて対応—都道府県に権限と財源を与える」

「地域医療を担う我ら—埼玉から日本へ発信」をテーマに掲げ、11月2日、3日にさいたま市で開催された「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)は、総演題数が689題に達した上、参加登録者も全日病学会史上最多の2,555人へのぼるなど、昨年の神奈川学会を凌駕する盛り上がりを見せた(1面記事を参照)。

特別講演で、厚労省医政局の佐々木室長は、2014年度に開始予定の医療機能情報報告制度、15年度の地域医療ビジョン策定、18年度の、次期医療計画と介護保険事業計画の策定そして同時改定という工程を説明。「これからの5年が皆さんの将来を決める重要な期間となる」と、注意を喚起した。

同じく特別講演で、元厚生労働事務次官の江利川毅氏は、今後の改革において「医療保険制度は全国的視点で対応するが、医療提供体制は地域特性を踏まえて対応していく」ことがベースであり、「都道府県の役割を大きくする。そのために権限と財源を与える」流れであるとの認識を表わした。

7月に全日病が公表した「プライマリ・ケア宣言2013」を踏まえて行なわれた日本プライマリ・ケア連合学会との連携シンポジウムで、西澤会長は、「今後も同学会と全日病が共同して討論会や研修を実施し、総合診療医の普及に協力しあっていきたい」と、抱負を明らかにした。

地域一般病棟について講演した猪口副会長は、全日病が調査した地域一般病棟的な機能をもつ急性期病院のデータ、厚労省の中医協や医政局検討会における機能分化の議論、さらには日医・四病協共同提言の医療機能区分案を紹介。

「多様な議論が起きている。問題は、急性期における在宅医療と介護対応をどのように位置づけるかである」と整理しつつ、「次の改定で拡大される亜急性病床が医政局のいう急性期と回復期のどちらになるのか」が重要な分岐になると指摘した。

他方で、「地域一般病棟的な病院(病棟)は必要だが、その呼称は見直すべきかと考えている」ことを明らかにした。

「消費税の今後について」講演した自民党税制調査会の野田毅会長は、10%に上がるときに医療の非課税問題をどう取り扱うかについて、「乗り越えなくてはならない様々なハードルがある」という認識を披露した。

■中村康彦学会長の挨拶(要旨)

様々な彩りに満ちた「彩の国」埼玉で開催される全日本病院学会は、第55回という歴史を誇る、全日病の公益法人移行後初となる、記念すべき学会である。

全国2,455の会員病院が一堂に会し、社会的環境の大きな変化と各地域の事情を踏まえながら、地域医療の今後あるべき姿や役割を議論するのが埼玉学会である。議論を重ねる中で、地域医療を支える民間病院がどう対応すべきかを明らかにできれば、各病院が今後とるべき対策を見出す契機になることだろう。

■西澤寛俊会長の挨拶(要旨)

機能分化、在宅医療推進、医療・介護の連携などからなる一体改革の方向が示され、対応して医療法等改正が議論されている。我々はこの対応に積極的かつ主体的に取り組んでいかなければならない。

日医と四病協は医療提供体制に関する提言を行なった。これから医療提供側は、この提言にそって、改革に主体的に取り組んでいく。

しかし、こうした改革は、地域医療の現場で、地域に密着した医療を提供している皆さん方が中心にならないとできない。今学会のテーマは、まさに、そうした考えを体現するものである。

■横倉義武日医会長の特別講演要旨

私は会長就任以来「地域医療の再興」を強く訴えてきた。我々の願いは「必要とする医療が過不足なく受けられる社会」である。地域医療の再興と質の向上をとげ、上で高齢化が大きなファクターになるが、我々は、医療法による基盤整備とかかりつけ医を含む診療報酬上の評価を両輪とすべきであると考えている。

TPPを初めとする政府が進める改革は、国民皆保険を守るという点では信頼しているが、財政問題から様々な医療費抑制策が求められているという問題がある。混合診療の問題は、保険外併用療養の弾力的な運用によって対応可能と考える。

■厚労省医政局長の特別講演要旨(代理・佐々木昌弘医師確保等地域医療対策室長)

実は、厚労省の患者調査を基にした2035年の入院患者推計値は、2005年時点の約180万人に対して2011年時点では約160万人と、20万人の違いが生じている。これが、事実としてそうであるのか、データの誤差の範囲であるのかをよく読み取り、将来の政策を考えていきたい。皆さんの先読みを裏切らないような策を打っていきたい。

今国会で社会保障のプログラム法案が成立するだろう。年が明けると医療法改正が行なわれる。その結果、早ければ2014年度から病床機能の報告が始まることあり得る。その内容を基に2015年度に地域医療ビジョンを策定、2025年の将来像を予測することになる。この将来像が適切なものか、全日病の皆さんの現場感覚からよく議論していただきたい。

地域医療ビジョンは、都道府県が5年に1度作っている医療計画の一部として将来を予測するもので、その基となるのが病床機能の報告である。

2015年度に地域医療ビジョンを策定すると、次に2018年度に、新たな医療計画と介護保険事業計画の策定そして診療報酬と介護報酬の同時改定が実施される。これらは2017年度内に作業される。したがって、これからの5年が皆さんの将来を決める重要な期間となる。この5年間、皆さんとともに集中して取り組んでまいりたい。



▲9時開会にもかかわらず沢山の人が受付に並んだ



▲東日本大震災の復興に耳を傾ける参加者(ランチョンセミナー)

埼玉学会の点描



▲立ち見も出た一般演題(医療安全6)



▲関心の高いテーマに満席の人が集った(医療機能分化と診療報酬)



▲企業展示に見入る参加者



▼消費税について語る野田毅衆院議員



▲開会式風景

□次回学会の予定

第56回全日本病院学会(陣内重三学会長)は、2014年9月20日・21日に、福岡県支部の担当で、福岡市ヒルトン福岡シーホークを会場に開催される。

AMATの活動要領決まる。第1回養成研修を2月に東京で開催

全日病の災害時医療支援活動班 急性期から亜急性期をカバー。主に民間の被災病院や救護所・避難所を支援

11月1日に開かれた第8回常任理事会は、救急・防災委員会(加納繁照委員長)がまとめた災害時医療支援活動規則修正案と災害時医療支援活動班(AMAT)の活動要領案を承認。併せて、AMAT隊員養成研修の開催を決定した。

2008年10月18日に施行された災害時医療支援活動規則は、災害時医療支援活動指定病院など、全日病における、主に大災害に備えた災害時医療支援活動の体制と運営を定めている。

今回の改正は、会員病院におけるAMATの編成を促し、被災地に医療支援チームを機動的に派遣できる体制を整備することが目的。「規則」には、AMAT(All Japan Hospital Association Medical Assistance Team)とは「災害時医療支援活動班」である旨が明記された。

この改正によって、47都道府県の各支部に災害時医療支援活動を中核的に行う「災害時医療支援活動幹事指定病院」と当該病院を支援する「災害時医療支援活動副幹事指定病院」が設けられ、副幹事を含む指定病院は、災害発生時の情報を被災地から全日病本部に送るとともに、災害時のAMAT活動拠点の確保を担うことになる。

AMATは、医師、看護師、業務調整員(薬剤師、事務職員、メディカルスタッフ)各1名の編成を最低単位とするなど、その具体的な活動要領も定めた。

それによると、派遣は概ね48~72時間以内が基本で、長期間に及ぶ場合は2次隊・3次隊を追加派遣するという。

活動内容は、東日本大震災でDMATとJMATの間に生じた空白を埋めるべ

く、急性期から亜急性期にかけて集中的に投入、会員を含む主に民間の被災病院や救護所・避難所を支援するとともに、ヘリ以外の方法による広域搬送もてがけることを想定している。

AMATを希望する会員病院のためにAMAT隊員の養成研修を実施、修了者を登録する制度を設けたが、AMAT隊員には同等の経験を有する者も登録できる仕組みとしている。登録は5年ごとに更新が必要となる。

救急・防災委員会はAMAT研修WGを設置し、DMATや日本赤十字災害派遣チームを参考に養成研修のプログラムをまとめた。

救急・防災委員会の加納委員長と猪口正孝副委員長(東京都災害医療コーディネーター)は、11月2日の埼玉学会でAMATに関するシンポジウムを開催した後の記者発表で、「AMAT隊員養成研修」を来年2月8日・9日に全日病本部で開催することを明らかにした。



▲記者発表ではAMATの制服(右端)が紹介された