



全日病 NEWS 7/1

21世紀の医療を考える全日病 2015

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.850 2015/7/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

5期目

第3回定時総会

西澤寛俊会長の続投決まる。副会長は5人体制

全日本病院協会は6月20日に第3回定時総会を東京都内のホテルグランドパ

レスで開催、役員等の改選を行なった結果、立候補者した55名を定款で定め

る定数内として全員理事に選任した。

続いて開かれた会長等選定理事会は西澤寛俊会長を次期会長に選定。副会長と常任理事の選任を五選なった西澤会長に委ねた。

西澤会長は猪口雄二氏、安藤高朗氏、神野正博氏の副会長留任を決めるとともに、新たな副会長に織田正道氏、美原盤氏を指名、さらに20名を常任理事に選んだ。

かくて、5期目を迎えた西澤執行部

が成立した。

西澤会長は就任のあいさつで、地域医療構想等の制度改革と2016年度診療報酬改定に対応するために、①副会長を5人に増やしたと、②委員会体制を見直す考えであること、と新体制の方針を示した。

そして、委員会委員には地方から若手を登用、スピード感にあふれた会務活動を目指す意向を明らかにした。(8面に続報。7面に新役員名簿等)



内閣官房専門調査会 2025年の必要病床数を推定

病棟ベースの病床数とは異なる、患者数を病床稼働率で割り戻した参考値

政府の社会保障制度改革推進本部の下に設置された「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」は6月15日に、2025年の医療機能別必要病床数の推計を含む第1次報告をまとめた。

第1次報告は、2025年の全国の医療機能別必要病床数を、高度急性期13.0万程度、急性期40.1万程度、回復期37.5万程度、その合計は90.6万床程度と推定。慢性期は療養病床の入院受療率目標値の違いに応じて24.2万~28.5万床程度と予測。その結果、4医療機能の合計を114.9万~119.1万床と推計した。

この推計値に対して、2013年医療施設調査の病床数と比較して、「2025年に病床が〇〇床削減される」といった解釈が報道等で流布されている。

しかし、2013年の病床数は現にある許可病床の数であり、医療需要(患者数)から導かれた病床数とは異なる。もう一つ比較対象とされている2014年7月時点の病床機能報告も、医療機能別ではあるものの、病棟単位の病床数を報告したものに過ぎず、各病棟に入院している機能別の患者数(医療需要)を反映したものではない。

したがって、2025年の推計数と2013年あるいは2014年の病床数は概念が異なるものであり、両者を比較することに意味はないといえる。

今回の推計は、あくまでも2025年の医療需要(患者数)の予測が1義的な目的であり、その患者数を病床稼働率で病床数に割り戻したものであり、異なる病期の患者が混在する病棟単位の病床数とは違う。したがって参考値に過ぎない。

必要なことは、こういう推計結果がどういう仮定と考え方の下で出てきたかを地域医療構想策定GLから理解し、各地域の機能別の医療需要を受け止め、それに対応すべき地域と各医療機関の課題を把握し、それぞれのニーズをもつ患者に適した医療提供が可能となる提供体制はどうあるべきかという視点から、地域医療構想の策定と調整会議の話し合いに臨むことではないか。

西澤寛俊会長は、推計結果を踏まえたメッセージ(別掲)で、上記の考え方を明らかにした。(3面に関連記事、4~5面に第1次報告の要旨)

専門調査会による病床推計値は、今後、医療費適正化計画に記載される医療費目標を算定する方法に使われるが、地域医療構想に書き込まれる医療需要と病床数の具体的推計は、各都道府県の手元に委ねられる。

この推計結果に関して、厚労省は6月18日に医政局地域医療計画課長名の文書を各都道府県に送付、「今回の推計値は参考値の位置づけである」として、「単純に『我が県は〇〇床削減しなければならない』といった誤った理解とならないよう」留意を求めた。

具体的な推計値は構想区域の設定いかに変動が生じるなど、不確定要素に満ちている。したがって、厚労省は「今回の推計と各都道府県の推計が異なることはあり得る」(北波地域医療計画課長)としている。

厚労省は推計値などのデータセットを6月10日に各都道府県に手渡した。6月16日には1回目の都道府県研修会を開催、推定ツールを活用できる人材の育成を開始した。研修会は7月、10月とつごう3回開催される。したがって、本格的な策定作業は夏以降になるとみられる。

6月15日の専門調査会に、厚労省は「地域医療構想の実現に向けた今後の対応」として、(1)回復期の充実(急性期からの病床転換)、(2)医療従事者の需給見通しと養成数の検討、(3)慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保の3点を示した。

その中で、「(病床)転換の妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要」とした上で、リハ関係職種の確保を進めるなど「病床の機能分化・連

携に対応して医療従事者の需給の見直しを検討」する考えを提示。

病床転換に合わせて医学部入学定員等についても検討するとし、「この夏以降にも検討会を設置して検討を開始する」ことを明らかにした。

慢性期に関しては、7月に、医政、保険、老健3局合同で療養病床をテーマとした現場中心の検討会を立ち上げ、介護療養病床を含む療養病床の今後のあり方など、医療(在宅)と介護サービスの整備をめぐる検討を開始する方針だ。

都道府県は、こうした議論も見据えながら病床推定の具体的な作業を進めることになるが、地域医療構想の策定を

外部に丸投げする県がある一方、地域医療構想調整会議に準じた場を設けて関係者にデータを公開しつつ、議論の共有を図る考えの県もある。

区域や県をまたぐ患者の出入にどう対応するか、療養病床以外の慢性期患者を受け入れる在宅医療・介護の整備は可能かなど、構想作業の中で各都道府県は難題への回答を迫られる。

そうした中、病院団体は都道府県と積極的な連絡をとりながら、データの閲覧を求めつつ、より望ましい医療提供体制の構築に向けて2025年までの課題の所在と解決方向の提案をするべき立場にあり、支部組織には大いなる自覚が求められている。

回復期の定義、地域包括ケア病棟の位置づけを明確化

2025年の医療機能別必要病床数の推計を中心的にまとめた専門調査会「医療・介護情報の分析・検討WG」主査の松田晋哉産業医大教授は、6月15日の専門調査会後の記者会見(写真)で、「これはあくまでも病床数の推計であって患者数の推計ではない」と語った。

高度急性期から慢性期にいたる4区分に該当する患者以外にも、療養病床には、医療区分1の7割および入院受療率の地域差解消分に該当する患者がいる。この患者を在宅等でみるという例をあげつつ、いくつかの仮定を経て推計された医療需要(患者数)を最後は病床稼働率で割り戻し、「病床数はこのぐらいだろうという目安を出したに過ぎない」と説明した。

一方、全日病における講演(6月20日)で、厚労省医政局地域医療計画課の北波孝課長は、「病床機能報告は定義を踏まえて医療機関によって表示された機能であり、当然ながら、需要という形であれば(それと)ずれが出てくる。病棟にはいろいろな病期の方がいるのを見て(病棟の機能を)判断したのだろう。一方で、医療需要の推計は各病期の患者発生量を見ており、(両者は)概念的に違う」と述べた。

その上で必要病床数を導いた病床稼働率に触れ、「基本的に病床稼働率というものをどんなふうを設定すれば、(病床が)多くなるか、少なくなるかは、いかようにも調整できる。前の一体改革のときのように70%という設定をすれば病床数は多く出てくる」と述べ、一見中立的な推計方法であるが、そこに政策的な判断が働く余地があったことを示唆した。

北波課長は、また、都道府県知事の権限に言及。「地域で不足している機能を充足させることが地域医療構想の目的であり、知事の権限もその範囲にとどめている」とし、遊休ベッドを除くと「現に稼働している病床を削減させる権限はない」と述べた。

さらに、「回復期を限定的に考えている人が多い。GLの病床概念も若干限定的だ。精緻化していく必要がある。地域包括ケア病棟をどこに分類するか、まだ未整理の部分がある。議論をしていきたい」との考えを明らかにした。7月にも再開される地域医療構想策定GL検討会で議論していくものとみられる(北波課長の講演要旨は次号に掲載)。

「清話抄」は3面に掲載しました。

2025年の必要病床推定結果に対する西澤会長の談話

2025年の全国ベースの積上げによる必要病床数が115~119万床程度と発表された。

この数字は地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて推計した値を積上げたものである。

即ち、医療機能(高度急性期機

能・急性期機能及び回復期機能)ごとに医療需要(1日あたりの入院患者延数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して病床必要量を推計したものである。

一方、現状(2013年)として出された、134.7万床(医療施設調査)は許可病床数であり、病床機能報告の123.4

万床は各医療機関が病棟単位で報告した各病期の総病床数である。

即ち、今回示された現状(2013年)の病床数と、2025年の必要病床数は、定義が異なるものであり、単に数字を比較することは意味がないと考えべきである。

大事なことは、どの地域の患者も

その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指した医療提供体制を構築することであり、そのために、今回の推計の考え方や方法を充分理解し、各構想区域における調整会議の協議において活用することである。

主張

「在宅」が地域医療構想と地域包括ケアの鍵を握る。地域の連携体制が重要

昨年10月に病床機能報告制度がスタートし、都道府県では地域医療構想の策定が急がれているところである。

日本の各地で、超高齢社会を支えるために「地域包括ケアシステム」を構築する動きが活発化してきており、今後、地域における自院の立ち位置を明確にし、強みを活かした経営戦略・社会貢献の必要性を日に日に実感している。

厚労省から「地域医療構想策定ガイドライン」が示され、地域において

必要となる病床数(医療需要)をDPCデータなどを用いて推計し、病床機能報告の結果(医療供給)と照合し、需給バランスをとるべく構想を策定していくことが示された。

しかし、医療需要の推計に用いるデータには、何らかの要因によって病院を受診できなかった患者に関するデータは含まれておらず、需要を低く見積もり、病床数削減ありきの話になることが危惧される。

病床数削減の実害を被るのは国民であることは明白であることから、

日本の医療体制が崩壊しないように注視していく必要がある。

さらには、地域医療構想と地域包括ケアシステムの双方で重要な役割を担うのは「在宅」であることは周知の事実であるが、現在は在宅医療を手掛ける医師が少なく、このまま新たな医療提供体制にシフトしていくことは非常に困難だと言える。

地域医療構想の実現には、日医と四病協の合同提言にもあるように、地域包括ケアシステムで在宅医療を担当する「かかりつけ医」が地域医療

の中心的役割を担うと共に、地域医療機関も地域の実情に応じて積極的に関わり、かかりつけ医と連携して、円滑に高齢者を受け入れる病院・病棟の創設、連携制度の構築を進めていくことが重要であると考えられる。

地域医療構想が「絵に描いた餅」にならぬよう、まずは地域に密着した包括ケアシステムを確立させ、それを上手く構想に盛り込んで行くことが、新たな医療構想の実現に繋がるのではないだろうか。

(N)

機能分化へ「診療報酬の特例」活用を検討

経済財政諮問会議 「骨太方針2015」素案を固める。16年度、18年度の改定方針も明記

6月22日の経済財政諮問会議は「骨太方針2015」の素案について議論を行った。

素案は、2020年度の財政健全化目標達成を堅持しつつ、「デフレ脱却・経済再生」と「財政健全化」の両立を目指すもので、前者においては積極的な産業

育成・市場拡大の施策を、後者には地方財政を含む歳出改革・歳入改革の推進をベースにまとめられている。

その中で、社会保障改革に関しては、(1)諸改革の前倒し実施、(2)社会保障関係費の実質的増加(消費税増収分の投入を除く)を年1.5兆円ほどとする抑

制の18年度までの継続方針、(3)医療費適正化計画における都道府県別の1人当たり医療費格差の半減、などが盛り込まれている。

診療報酬関連では、①高齢者医療確保法の「診療報酬の特例」の活用、②16年度改定と18年度同時改定におけ

る機能に応じた病床の点数と算定要件の適切な評価、収益状況を踏まえた評価といった方針が書き込まれている。

今回の諮問会議で取りまとめ、7月には、骨太方針を踏まえ、16年度予算の全体像と概算要求基準について議論する予定だ。

「経済財政運営と改革の基本方針2015(素案)」における医療に関する記述(骨子)

●社会保障と地方行財政改革・分野横断的な取組等は特に重点分野として取り組む。

●社会保障改革の基本的な考え方
・社会保障関係費の実質的増加が高齢化による増加分(1.5兆円程度)となっている。その基調を2018年度まで継続していく。この点も含め、2020年度に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す。

・主要な改革は2018年度までに集中的な取り組みを進める。2020年度までの改革の工程を具体化していく中で、前倒し実施も含めた検討・取組を進める。

●医療・介護提供体制の適正化
・都道府県ごとの地域医療構想を策定し、都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の「見える化」を行い、それを踏まえた病床の機能分化・連携を進める。

・療養病床は入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を着実に挙げる。

このため、慢性期の医療・介護ニーズに対応する提供体制について、医療の内容に応じた制度上の見直しを速やかに検討する。また、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点から踏まえた医師・看護職員等の需給について検討する。

・外来医療費も重複受診・重複投与・重複検査等を適正化しつつ、地域差の是正を行う。

・地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定、都道府県別の1人当たり医療費の差を半減させることを目指す。国において2015年度中に目標設定のための標準的な算定方式を示す。

・かかりつけ医普及の診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する。

・地域医療介護総合確保基金の2015年度からのメリハリある配分や、医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高齢者医療確保法の「診療報酬の特例」の

活用、機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた評価など、2016年度診療報酬改定及び2018年度同時改定における対応、都道府県の体制・権限の整備の検討等を通じて、都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。

●負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化

・医薬品や医療機器等の保険適用に際した費用対効果の考慮は、2016年度改定で試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入をすることを目指す。生活習慣病治療薬等について費用面も含めた処方あり方等を検討する。

●薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革

・後発品の数量シェアの目標値を2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする。平成29年度にその目標の達成時期を決定する。

・後発品の価格算定ルールの見直しを検討するとともに、特許の切れた先発品の保険制度による評価のあり方、保



▲諮問会議後の会見で「骨太方針」の議論を説明する甘利内閣府特命担当大臣(6月10日)

険制度における後発品使用の原則化等について検討する。

・薬局全体の改革について検討するとともに、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や医師との連携による地域包括ケアへの参画を目指す。

・2016年度改定で、調剤報酬について、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化を行い、患者本位の医薬分業の実現に向けた見直しを行う。

規制改革会議 第3次答申 薬局構造規制、新薬の処方日数制限、調剤報酬の見直しを求める

政府の規制改革会議は6月16日の会合で「規制改革に関する第3次答申」をとりまとめ、安倍首相に提出した。

医療分野に関しては、調剤報酬を含む薬局に関する規制の見直し、処方日数制限など医薬品にかかわる規制の見

直しが中心となった。

その中で、厚労省が保有しているNDB(レセプトと特定健診の情報からなるデータベース)やDPCデータの整備と活用が不十分であるとし、その体制と仕組みの見直しを細かく求めた。

「規制改革に関する第3次答申」から

●薬局における診療報酬とサービスのあり方の見直し

①かかりつけ薬局の要件を具体化するなど薬局全体の改革の方向性について検討する。

②薬局の機能やサービスに応じた診療報酬となるように、調剤報酬のあり方を抜本的に見直し、門前薬局の評価を見直すとともに、患者のメリットが実感できる薬局の機能は評価し、提供したサービスの内容に応じて報酬を支払う仕組みに改めるなど、努力した薬局・薬剤師が評価されるようにする。

③薬局にサービス内容とその価格を表示し、利用者が薬局を選択できるよう

にする。さらに、利用者がサービスごとに利用の可否を選択できるよう、サービス提供のあり方を検討する。

・リフィル処方せんの導入や分割調剤の見直しに関する検討を加速し、結論を得る。

【①は2015年度検討・結論、②は15年度検討・結論、次期改定において措置、③は15年度検討・結論、16年度措置、④は15年度検討・結論】

●保険薬局の独立性と患者の利便性向上の両立

・保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置さ

れるような現行の構造上の規制を改める。保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる。

【15年度検討・結論、16年度措置】

●医薬品に関する規制の見直し

・新医薬品の14日間処方日数制限の見直し【15年度検討・結論】

・市販品類似薬の保険給付のあり方等の見直し【15年度検討・結論】

・スイッチOTCのさらなる推進【15年度措置】

●医療情報の有効活用に向けた規制の

見直し

・NDBの研究利用の法的位置付けの検討【「行政機関の保有する個人情報保護に関する法律」の見直しに合わせて検討・結論】

・NDBにおける民間利用の拡大【15年度検討・結論、16年度措置】

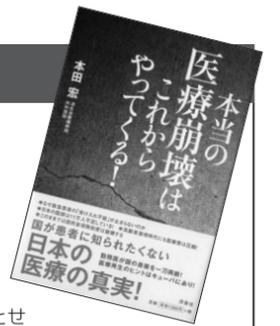
・病床機能報告制度の活用【都道府県HPでの結果公表は15年度措置、既存調査との重複の見直しは医療施設調査及び患者調査の見直し時期等に合わせ、17年度措置】

一冊の本 book review

『本当の医療崩壊はこれからやってくる』

本田 宏 著 発行●洋泉社 定価●1,404円(税込)

高齢者の激増にも拘らず医療費を抑制し、医師不足を放置していることがわが国の医療を崩壊させていくと警鐘を鳴らし続けてきた本田宏先生の近著。埼玉県栗橋市という医師が少ない地で長く診察に当たった先生が綴る医療現場の現状と医療再生の方策は読者の心を掴む。今年お父様を亡くされ、また病院を退職された先生の思いを単なる「遺書」とせず、医療者として、国民として医療制度の在り方を考える端緒とすべき一書である。(A)



療養病床必要数の鍵は在宅に移る「医療区分1の70%」への対応

松田教授 データを活用し議論する場の設置が地域医療構想の最大の重要な点

2025年の医療機能別必要病床数推計結果に関する松田晋哉産業医大教授の発言

「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」(6月15日)後の記者会見から *1面記事を参照

●この病床数でうまくいくと考えるか。
松田教授 これはあくまでも病床数の推計であって患者数の推計ではない。GLにもとづいて療養病床の医療区分1の7割が在宅に移ったと推定した場合の病床数である。我々は、同じ定義でみた場合に患者数はこのぐらいで、(病床稼働率で割り戻すと)病床数はこのぐらいだろうという目安を出したに過ぎない。在宅医療と介護施設で医療を受ける人も含めて慢性期としているが、この慢性期の患者を病床で診るのか、在宅あるいは介護施設で診るのかは、それぞれの構想の中で決めていただくわけで、実際に利用可能な資源をどう活用していくかは、調整会議で議論していただくものと理解している。

●これを絵に描いた餅に終わらせないためにはどうすることが大切か。
松田教授 まずは、医療の現状をきちんと理解していただくことが大切なのではないか。20年前の急性期と今の急性期はかなり違う。患者の主体が60歳

前後だった頃はまさに急性期だったと思う。しかし、後期高齢者がかなり増え、慢性期疾患をベースに肺炎や骨折といったイベントを起こしていくときに必要な急性期は、(昔と)意味合いが違ってくると思う。介護や在宅で予防的なことをしていかなければならないし、認知症という問題も出てくる。やはり、データにもとづいて、医療提供体制を変えていく必要があるのではないかと。こうした医療の現場で起こっていることをたぶん国民は理解していない。もしかしたら医師も明確には意識していないかもしれない。したがって、大学病院の入院患者が平均70歳を超えている時代に、急性期から慢性期、在宅さらには介護まで、どういう提供体制が望ましいのかということでも共通認識をもっていただくことが、色々な議論をしていく上で前提となる。

これは(関係者)皆が考えなければならない。そうした意味で、データにもとづいて考え、議論していく場がで

きたということが、この一連の事業でもっとも重要なことではないか。

●療養病床の減少は受療率の効き目が大きいからか。
松田教授 パターンA、B、Cの差は受療率であるが、一番効くのは医療区分1の人が7割外に出るということだ。これが外に出れるか出れないかは、それぞれの地域での話し合いにもよるだろう。要するに医療ニーズの低い人たちを地域でどのようにみていけるかを、患者の視点に立って考えていくということではないか。

●地域医療構想を創る都道府県に、この推計をどのように活用してほしいと考えているか。
松田教授 都道府県にはデータが行っており、国として都道府県対象に研修会を行なう。研修会では、推計ツールの使い方を覚えてもらい、その上で、それぞれの地域でデータから何に着目するかなど各地域の医療の現状を把握してもらった上で、2025年にどうなる

かを考えてもらう。

では、2025年に医療介護をどのように提供する体制を整えることがこの地域は望ましいのか、それは療養病床のところを中心になると思うが、それを考え、そのシナリオを書いていただくという研修になる。

●パターンA,B,Cのどれを現実的と考えているのか。
松田教授 どれが現実的であるかは分からない。それはそれぞれの調整会議で、その区域ではどうしていくかを考えていただくテーマではないか。私どもはGLに書き込まれた定義にしたがって推定をするための資料をつくってきたわけだが、実際の推計は、我々が触れないデータもあるため、厚労省でやってもらっている。我々はあくまでも、この基準でやるとどうなるかということを考えるためのロジックを提示したに過ぎず、そこに一切の価値判断を入れていない。価値判断をするのはそれぞれの区域の調整会議だと考えている。

厚労省 急性期からの病床転換を妨げない診療報酬上の基準等を設定

「地域医療構想の実現に向けた今後の対応について」 6月15日の専門調査会に厚労省が提示

○今後、都道府県が策定する「地域医療構想」の実現に向けて、以下の対応を図っていくことが必要。

1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)
2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討
3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)等について

○急性期中心の病棟から回復期(リハビリや在宅復帰に向けた医療)の病棟への転換など自主的な取組を進める必要。

○その際に必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により補助を行い、病床転換を誘導。

○また、各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。

2. 医療従事者の需給見通しと養成数の検討について

○「地域医療構想」による病床推計等を踏まえ、医療従事者の需給について見直ししていく。

※回復期病床の充実のためには、リハ関係職種の確保を進めていく必要があるなど、病床の機能分化・連携に対応して医療従事者の需給の見直しを検討。

○こうした見直しの中で、医学部入学定員等についても検討していく。この夏以降にも、検討会を設置して、検討を開始する予定。

3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

(1) 基金を活用した在宅医療、介護施設等の計画的な整備

・「地域医療介護総合確保基金」を有効的に活用して、在宅医療・介護施設等を着実に整備。

・特に、平成30年度から始まる第7次医療計画及び第7期介護保険事業計画には、必要なサービス見込み量を記載し、計画的・整合的に確保。

(2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直し

・(1)に加えて、厚生労働省に有識者による検討会を直ちに設置し、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制のあり方について、検討を

開始。年内をメドに見直しの選択肢を整理。

【検討内容】

- ① 介護療養病床を含む療養病床の今後のあり方
- ② ①以外の慢性期の医療・介護サービス提供体制のあり方

【スケジュール】

・6月下旬を目途に第1回会議を開催し、年内をメドに制度改正に向けた選択肢を整理。

・来年以降、厚生労働省社会保障審議会において、制度改正に向けて議論。(介護療養病床は、現行法では平成29年度末をもって廃止されることとなっている。)

清話抄

意識改革の必要性

日々の診療・経営の中で、国民・患者の意識改革が必要ではないかと常に感じている。治療の中で、医療側がエビデンスに基づいて生活習慣に対する指導や自主運動指導をしても実践しない方がいる。また、薬の飲み忘れや薬剤情

報の不備により重複処方など薬に関する無駄も相変わらず多い。

こうした問題について、医療側のみならず患者側も意識を持ってくれば、不要な治療や処方が減らせたりなくすることもできるかもしれない。ひいては医療費削減につながるのではと考えている。

また、昨今は高齢患者の入院が多いが、退院可能な時期になり退院の話を切り出すと「家では看られない」、在宅での種々のサービスや高齢者住宅な

どの説明をすると「お金がない」、結局老健や特養待ちのため病院での入院が長引く結果となってしまふ。

昨年、病床機能報告制度により病院は自院の病床機能を明らかにし、さらに今年度から都道府県が策定する地域医療構想にこの結果が反映され、今後の病院運営に多大な影響を及ぼしてくると考えられる。それに対して、病院経営者はさらなる意識改革や努力が求められる。

現在、少子高齢化により国の社会保

障費用が増大し、それに対して医療業界がどのように対応しているのか、また、現在の医療の状況がどのようになっているのかなどを国民・患者にもっと情報提供・教育・啓蒙など実施し、国民・患者側がどうして行けばよいのか、意識改革を促していかなければならないと考えている。

国や行政任せではなく、我々医療人もさらに積極的に意識改革に乗り出したい。

(黒)

一般社団法人 全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました



個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 一般社団法人 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは… **(株) 全日病福祉センター**

TEL (03) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

都道府県は必要に応じて地域医療構想を見直すべし

新しい人口推計も取り入れ、3年後の2018年度を目途に見直しを検討すべき

「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」第1次報告(概要) 6月15日

II. 医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たっての基本的考え方

○必要病床数等の将来推計に当たっては、人口推計等、全国統一のルールで行う必要がある。地域の実情を勘案するに当たっても、人口構造の違いなど、客観的に説明可能なものの範囲にとどめるべきである。医療提供体制については、地域差の是正をはじめとして、病床の機能分化や効率化を着実に進める必要がある。その上で、解消しきれない地域差については、当該都道府県に、その要因等の公表も含め、説明責任を求め、更なる是正の余地がないか、チェック・検討できるような枠組みを構築することが重要である。

○地域の医療ニーズの実態に即した将来推計が行われること、さらには地域医療構想のような中長期的なビジョンに沿って政策が推し進められていくことは、医療機関にとって、推計結果を盛り込んだ地域医療構想を踏まえ、将来における地域の医療ニーズに即した病棟・病床のあり方を検討することが可能となり、経営上の見通しを立てる上で有用である。

○2025年までに残された期間を踏まえ、都道府県は、2018年度からの次期医療計画の策定を待たず、早急に地域医療構想を策定するようにすべきである。次期医療計画の策定時には、今回の地域医療構想の策定の際に明らかとなった課題なども踏まえ、都道府県は、必要に応じ、地域医療構想の見直しを行うことが考えられる。

○2018年度からの次期医療計画の策定に当たっては、医療情報等を活用し、現行の二次医療圏について見直し・再編も含めて検討を行い、構想区域と一致させた上で医療提供体制の構築を図るべきである。

III. 医療機能別病床数の推計方法及び推計結果の概要等

○2025年における全国の医療機能別病床の推計結果の概要は以下のとおり。

・高度急性期に対応する必要病床数は13.0万床程度となる。

・急性期に対応する必要病床数は40.1万床程度となる。
 ・回復期と在宅医療等の境界点(C3)は、医療資源投入量として225点とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅をさらに見込んで175点で推計するとともに、回復期リハビリ病棟入院料を算定した患者数(療養病床も含む)を加えた患者を回復期で対応するとした結果、37.5万床程度となる。

・現在の療養病床の入院患者のうち、一定の患者(医療区分1の患者の70%)は、2025年には介護施設や高齢者住宅をはじめとする在宅医療等で受け止めることが適当。加えて、入院受療率地域差の2025年までの解消を目指すべきである。入院受療率の地域差解消として、都道府県は構想区域ごとに、①全ての構想区域の入院受療率を全国最小値(県単位で比較した場合の値)にまで低下させる(パターンA)、②構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させるが、その割合は全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる(パターンB)、③パターンAからBの範囲内で定めた入院受療率目標の達成年次を2025年から2030年とする(パターンC=2025年は2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とする)、のいずれかで目標を定める。これを踏まえて2025年の必要病床数を推計すると、(1)パターンAの目標を全ての二次医療圏で採用した場合は24.2万床程度、(2)パターンBの目標を全ての二次医療圏で採用した場合は27.5万床程度、(3)パターンBを前提に要件が該当する全ての二次医療圏でパターンCの目標を採用した場合は28.5万床程度となる。

・以上から地域ごとに推計した値を積み上げると、2025年の4つの医療機能を担う必要病床数の合計は115~119万床程度となる。この推計結果は、現在の一般病床と療養病床の合計が134.7万床であることを踏まえれば、近年減少傾向となっている病床数の動向とも整合する。

○人口の動向等によっては、病床数の増加が必要な地域も発生することに留意する必要がある。また、

病床機能の報告結果と比較すると、4つの医療機能ごとに病床の大幅な増減を伴う、調整が必要な地域が発生することも考えられるが、調整の過程で、全体として病床数が増加して、かえって非効率なものにならないようにする必要がある。

○病床機能の2014年度の報告結果は、各医療機関が定性的な基準で医療機能を選択、今回の推計の考え方等が示されない中で報告された。今後は、本調査会の検討成果と整合的なものとなるよう病床機能の定量基準の検討を進め、報告制度の機能別病床数が推計で示された姿に取れんしていくよう取り組みを進めていくべきである。

○介護施設や高齢者住宅さらには外来医療を含めた在宅医療等の医療・介護ネットワークによる対応が追加的に必要になると想定される患者は、2025年で29.7~33.7万人程度と見込まれる。

○今回の改革は、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護ネットワークの構築と併行して進めていくものであり、直ちに現在の療養病床の急激な削減を行ったり、現在入院中の患者を追い出したりすることを強制するものではない。

IV. 今後の課題

○今回は現段階で活用可能なデータ等を基に、病床数の推計方法とその結果等についてとりまとめを行ったが、今回の推計作業で明らかになった課題も踏まえ、今後とも、更なるデータの収集・可視化・活用や推計方法の精緻化等に取り組み、エビデンスベースの改革を推進していく必要がある。

○今後、構想区域の見直しを検討したり、どの地域の患者がどの地域の医療機関にかかっているかなどを詳細に分析したりするためには、医療情報に患者の住所地情報も備わっていることが重要である。すでにDPCデータには郵便番号情報が備わっているが、NDBデータにおいて住所地情報を盛り込む方法を検討すべきである。

○医療機関では入院患者の「重症度、医療・看護必要(5面へ続く)」

□2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース) *調査会の推計値を基に編集部で作成

	2013年の病床数(千床)			2014年の病床数(千床)※2					2025年の病床数(千床)									【医療機関所在地ベース】						(参考) 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数(2025) (千床)
	一般・療養病床(2013)※1			合計	うち高度急性期	うち急性期	うち回復期	うち慢性期	4医療機能合計(2025)※2			一般・療養病床(2013)との差(②-①)			うち高度急性期	うち急性期	うち回復期	うち慢性期			パターンA	パターンB	パターンC	
	合計①	うち一般病棟	うち療養病床						パターンA	パターンB	パターンC	パターンA	パターンB	パターンC				パターンA	パターンB	パターンC				
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1233.9	191.1	581.1	109.6	351.9	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3	
北海道	83.6	60.1	23.5	75.6	7.2	36.8	5.3	26.1	68.7	72.1	73.2	▲14.9	▲11.5	▲10.3	7.3	21.9	20.4	19.0	22.4	23.5	27.7	24.6	23.5	
青森県	16.5	13.5	3.0	14.1	1.6	8.0	1.4	2.9	11.7	11.8	11.8	▲4.8	▲4.7	▲4.7	1.2	4.1	4.2	2.2	2.3	2.4	2.9	2.8	2.8	
岩手県	15.0	12.2	2.8	13.2	2.0	6.1	1.5	3.4	10.5	10.7	-	▲4.5	▲4.4	-	1.0	3.3	3.7	2.5	2.6	-	2.6	2.4	-	
宮城県	21.1	17.9	3.2	19.1	2.8	10.8	1.5	3.9	18.7	18.8	-	▲2.4	▲2.4	-	2.3	6.6	6.0	3.8	3.9	-	3.0	3.0	-	
秋田県	12.6	10.2	2.4	10.9	0.6	6.9	0.6	2.7	9.0	9.1	9.1	▲3.6	▲3.5	▲3.5	0.9	3.3	2.5	2.3	2.4	2.4	2.1	2.0	1.9	
山形県	12.0	9.9	2.1	11.7	2.0	5.8	1.1	2.6	9.2	9.3	-	▲2.8	▲2.7	-	0.9	3.1	2.9	2.3	2.3	-	1.4	1.4	-	
福島県	21.5	17.3	4.2	19.7	1.6	12.4	1.2	4.3	15.1	15.3	15.4	▲6.4	▲6.2	▲6.1	1.5	5.4	5.2	3.0	3.2	3.3	3.6	3.4	3.3	
茨城県	27.0	21.0	6.0	23.7	2.0	13.5	1.6	6.4	21.4	21.7	-	▲5.5	▲5.2	-	2.2	7.4	7.1	4.7	5.0	-	4.8	4.6	-	
栃木県	18.3	14.1	4.2	16.2	3.5	7.3	1.2	4.0	15.2	15.5	-	▲3.2	▲2.9	-	1.7	5.4	5.2	2.9	3.2	-	3.7	3.4	-	
群馬県	21.0	16.1	4.9	18.1	1.7	9.9	1.6	4.8	17.2	17.5	17.6	▲3.8	▲3.5	▲3.4	1.7	5.5	6.1	4.0	4.3	4.3	4.1	3.8	3.8	
埼玉県	50.6	38.4	12.1	46.4	7.7	22.8	3.6	12.2	53.1	54.2	-	+2.5	+3.6	-	5.5	18.0	16.7	12.9	14.0	-	12.5	11.5	-	
千葉県	47.0	37.2	9.8	43.7	6.8	22.6	3.8	10.4	49.3	50.0	50.0	+2.3	+2.9	+3.0	5.6	17.9	15.3	10.6	11.2	11.2	9.1	8.5	8.5	
東京都	108.3	85.7	22.6	101.9	30.0	41.5	6.9	23.5	111.8	113.9	-	+3.5	+5.5	-	15.9	42.3	34.7	19.0	21.1	-	22.1	20.2	-	
神奈川県	62.9	49.3	13.5	58.5	12.9	27.3	4.3	13.9	71.0	72.2	-	+8.1	+9.4	-	9.4	25.9	20.9	14.8	16.0	-	13.4	12.3	-	
新潟県	23.1	18.1	5.1	22.2	3.5	10.6	1.4	6.4	18.1	18.3	-	▲5.1	▲4.9	-	1.7	5.7	5.7	5.0	5.2	-	4.3	4.1	-	
富山県	14.4	9.2	5.2	13.5	1.5	6.0	0.6	5.3	8.9	9.5	9.6	▲5.5	▲4.9	▲4.8	0.9	3.3	2.7	2.0	2.6	2.6	5.2	4.7	4.6	
石川県	15.9	11.4	4.5	14.7	2.2	6.5	1.0	4.9	11.3	11.9	11.9	▲4.6	▲4.0	▲4.0	1.2	3.9	3.7	2.4	3.0	3.1	5.0	4.4	4.4	
福井県	10.3	7.8	2.5	9.5	1.6	4.2	0.9	2.7	7.4	7.6	-	▲2.9	▲2.7	-	0.7	2.6	2.6	1.4	1.6	-	2.5	2.3	-	
山梨県	9.2	6.9	2.3	8.4	1.2	3.9	0.9	2.3	6.8	6.9	6.9	▲2.5	▲2.3	▲2.3	0.5	2.0	2.6	1.6	1.8	1.8	1.7	1.6	1.5	
長野県	20.4	16.2	4.2	17.9	2.9	8.9	1.8	4.2	16.7	16.8	-	▲3.7	▲3.6	-	1.9	6.5	5.1	3.2	3.3	-	2.7	2.7	-	
岐阜県	18.5	14.7	3.8	17.0	2.1	10.1	1.1	3.6	14.9	15.0	-	▲3.6	▲3.5	-	1.7	5.8	4.8	2.6	2.7	-	2.8	2.7	-	
静岡県	34.4	23.8	10.6	31.3	6.0	12.7	2.8	9.6	26.0	26.9	-	▲8.3	▲7.5	-	3.2	9.1	8.0	5.8	6.6	-	8.2	7.4	-	
愛知県	59.2	45.0	14.2	55.1	13.7	23.6	5.0	12.6	56.6	57.8	57.8	▲2.6	▲1.4	▲1.4	6.9	20.6	19.5	9.6	10.8	10.8	12.8	11.7	11.7	
三重県	17.3	12.8	4.5	16.2	2.4	8.0	1.3	4.4	13.3	13.6	13.7	▲3.9	▲3.7	▲3.6	1.4	4.3	4.4	3.3	3.5	3.6	3.6	3.3	3.3	
滋賀県	12.8	10.0	2.8	12.1	1.7	6.2	1.1	2.9	11.1	11.3	-	▲1.7	▲1.5	-	1.3	3.9	3.6	2.3	2.6	-	2.9	2.7	-	
京都府	30.3	23.9	6.4	28.2	5.4	12.3	2.1	8.3	29.4	29.9	-	▲0.9	▲0.3	-	3.2	9.5	8.5	8.1	8.7	-	7.9	7.4	-	
大阪府	91.4	68.5	22.9	85.3	11.5	43.5	7.2	22.9	97.7	101.1	101.5	+6.3	+9.7	+10.1	11.8	35.0	31.4	19.5	22.9	23.3	25.5	22.4	22.0	
兵庫県	56.2	41.4	14.8	51.8	5.2	28.2	4.5	13.8	50.5	52.2	52.4	▲5.7	▲4.0	▲3.8	5.9	18.2	16.5	9.9	11.5	11.8	14.6	13.0	12.8	
奈良県	14.2	10.9	3.3	13.5	1.7	6.9	1.5	3.3	12.8	13.0	13.1	▲1.4	▲1.2	▲1.2	1.3	4.4	4.3	2.9	3.1	3.1	2.8	2.6	2.6	
和歌山県	13.1	10.2	3.0	12.1	1.6	5.7	1.1	3.5	9.3	9.5	9.5	▲3.9	▲3.7	▲3.6	0.9	3.1	3.3	1.9	2.1	2.2	2.8	2.6	2.5	
鳥取県	7.4	5.6	1.8	6.9	1.7	2.6	0.7	1.7	5.8	5.9	-	▲1.6	▲1.6	-	0.6	2.0	2.1	1.1	1.2	-	1.3	1.2	-	
島根県	9.2	6.9	2.3	8.3	2.2	2.7	0.9	2.3	6.2	6.3	6.4	▲3.0	▲2.8	▲2.8	0.6	2.2	1.9	1.5	1.7	1.7	1.8	1.7	1.6	
岡山県	26.1	20.8	5.3	22.9	5.0	9.2	2.5	6.1	19.6	20.0	20.2	▲6.5	▲6.0	▲5.9	2.2	6.8	6.5	4.0	4.5	4.6	5.1	4.7	4.5	
広島県	35.2	24.4	10.8	32.5	4.7	14.1	3.2	10.3	27.5	28.7	29.0	▲7.8	▲6.5	▲6.2	3.0	9.2	9.9	5.3	6.6	6.9	11.8	10.6	10.4	
山口県	23.4	13.4	9.9	21.8	2.8	7.5	1.7	9.6	13.2	14.4	15.7	▲10.2	▲9.0	▲7.6	1.3	4.4	4.6	2.8	4.1	5.4	9.7	8.6	7.4	
徳島県	13.3	8.7	4.6	12.0	1.5	3.6	1.6	5.2	8.2	8.7	9.0	▲5.1	▲4.6	▲4.2	0.7	2.4	3.0	2.0	2.5	2.9	4.5	4.1	3.7	
香川県	13.9	10.8	3.0	12.2	1.1	6.3	1.0	3.5	9.9	10.1	10.1	▲4.0	▲3.8	▲3.7	1.1	3.4	3.4	2.0	2.2	2.3	2.9	2.7	2.7	
愛媛県	21.0	15.4	5.6	19.0	2.1	8.7	1.7	6.3	14.1	14.6	14.7	▲6.8	▲6.4	▲6.2	1.3	4.7	4.8	3.3	3.7	3.9	5.5	5.0	4.9	
高知県	16.2	9.5	6.8	14.8	1.5	4.9	1.5	6.8	9.3	10.2	11.2	▲6.9	▲6.1	▲5.0	0.8	2.8	3.3	2.4	3.2	4.3	6.5	5.7	4.8	
福岡県	74.0	51.5	22.5	66.0	9.3	26.6	7.0	22.9	61.6	64.7	65.4	▲12.3	▲9.3	▲8.5	7.3	21.3	21.1	11.9	14.9	15.7	24.9	22.1	21.4	
佐賀県	13.5	8.7	4.8	12.1	0.6	5.6	1.1	4.6	8.3	8.8	9.1	▲5.2	▲4.7	▲4.4	0.7	2.6	3.1	1.8	2.3	2.7	4.6	4.1	3.8	
長崎県	23.3	16.3	7.1	20.5	1.5	9.8	2.3	6.7	15.4	16.3	16.9	▲7.9	▲7.1	▲6.5	1.5	5.4	5.7	2.9	3.7	4.3	7.5	6.7	6.2	
熊本県	31.8	21.8	10.1	28.9	2.5	11.3	4.1	10.9	19.3	20.4	21.2	▲12.5	▲11.4	▲10.6	1.9	6.0	7.0	4.4	5.4	6.2	10.7	9.7	9.0	
大分県	18.9	15.6	3.3	17.2	1.3	10.0	2.0	3.7	14.4	14.6	14.6	▲4.4	▲4.3	▲4.2	1.3	4.9	5.4	2.8	3.0	3.1	4.2	4.1	4.0	
宮崎県	16.5	12.2	4.3	14.5	0.7	8.3	1.5	3.8	10.5	10.9	11.0	▲5.9	▲5.6	▲5.4	1.0	3.4	4.0	2.2	2.5	2.7	4.5	4.1	4.0	
鹿児島県	30.6																							

直ちに療養病床を削減したり、退院を強制するものではない

分化した病床機能にふわさしい設備人員体制を患者の状態像に応じて定める必要

(4面から続く)

度」情報を対象病棟で毎日測定している。例えば、この情報をより一般化することで、医療の実態に即した分析に活用できるようになる可能性がある。

○療養病床については、例えば、回復期リハ病棟で実施されている日常生活機能評価なども参考に、患者像をより明らかにする取組を行うなど、適切なエビデンス蓄積のための基盤整備等について検討していく必要がある。

○今回の推計については、今後、地域医療構想を踏まえた医療提供体制改革や地域包括ケアシステム構築の各地域における進捗状況なども踏まえながら、新しい人口推計も取り入れた形で3年後の2018年度を目途に見直しを検討すべきである。医療資源投入量

等についても定期的に検証し、必要に応じて見直すことが必要である。適正な指標の設定等を行い、地域医療介護総合確保基金が病床機能の分化・連携に有効に活用されているかの検証を行うべきである。

○国や地域で我が国の優れた医療・介護情報を分析・活用できるシステムを構築することにより、地域連携パスの構築や医療費適正化対策の取組などを病床数の見直しなどに反映していくことも可能となる。特に、NDBのレセプトデータ等の利活用を促進するための方策を検討すべきである。

○病床の機能分化に当たっては「機能分化した病床機能にふわさしい設備人員体制を確保することが大切」(国民会議報告書)である。施設基準などの構造面を患者の状態像に合ったものとするよう見直していく必

要があるとともに、その病床に求められる医療が提供されているのかの評価も併せて進めていくことが重要であり、適切な診療報酬体系の構築に加え、アウトカム評価を含めた診療プロセス等の分析・評価や臨床指標の策定などが課題となる。

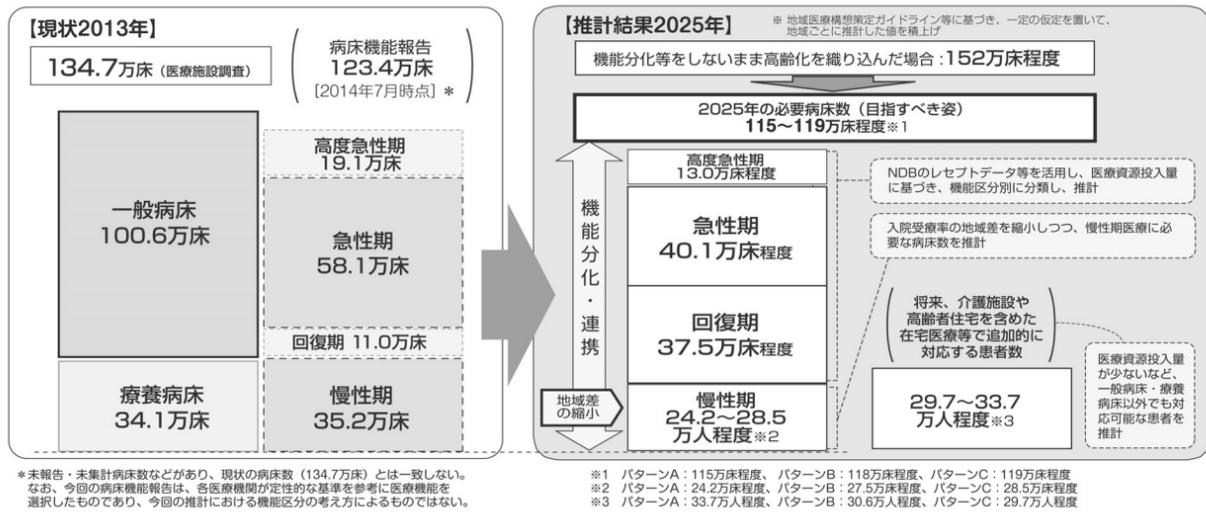
○今後、上記のような医療機能に応じた体制の整備をまず進めていくこととし、その上で、患者の状態像に応じて人員配置を傾斜させ、平均在院日数の短縮も図るなど、より質が高く効率的な医療提供体制の構築に向けた検討を進めていくことが考えられる。また、さらに医療提供体制の改革を進めるためには、医療制度及び医療保険制度の中に、在宅復帰率の向上など医療の質の向上につながる仕組みを組み込んでいくことも検討する必要がある。

(今後の専門調査会における検討の方向性)

○医療費適正化計画の見直しについては、「都道府県が地域医療構想と整合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定」(15年1月の「医療保険制度改革骨子」)することとされている。地域医療構想の策定にあわせて、これと整合的な医療費適正化計画を策定していく必要があるが、本調査会も、その策定に資するよう、医療費水準のあり方や医療費適正化対策のあり方も含め、医療・介護情報の活用方策の一環として検討を進めていく。

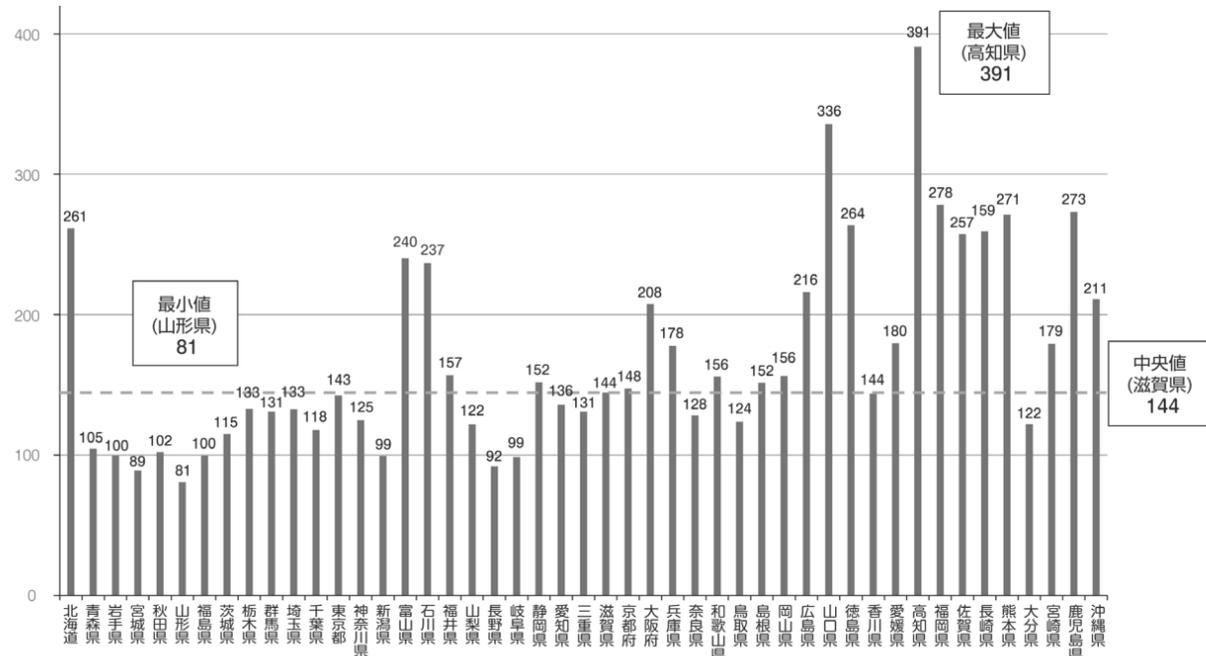
○医療提供体制改革を円滑に進めていくためには、病床の機能分化・連携の推進や療養病床の入院受療率の地域差の縮小等の改革も踏まえ、地域医療における在宅医療機能や外来医療機能でどう対応していくかに加え、医療と介護の連携をいかに深めていくか、さらには、今回の改革と一体となって取り組むべき地域包括ケアシステムをいかに構築していくかが重要になってくる。本調査会も、今後は、介護情報も活用して、医療・介護の両分野一体的にエビデンスベースの検討を進めていく必要がある。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果



療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果

- 都道府県別・医療機関所在地ベース
 - ・一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
 - ・概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
 - ・将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。
- 都道府県別・医療機関所在地ベース・患者住所地ベース
 - ・医療機関所在地ベースと患者住所地ベースを比較すると、都道府県単位で見ても患者の流出が発生している。
 - ・大都市部など、一部の地域では、患者の流出が大きくなっている。
 - ・医療機能ごとに流出の状況が異なる地域がある。

厚生労働省 内閣官房専門調査会の推計値は参考値の位置づけ

単純に「我県は〇床削減しなければならない」とするのは誤った理解!

厚生労働省が都道府県に送付した「注意喚起」の文書 ※1面記事を参照

「6月15日の内閣官房専門調査会で報告された必要病床数の試算値について」

6月18日 厚生労働省医政局地域医療計画課長

この試算値については、都道府県別の数値も合わせて報告されましたが、一部新聞等では〇〇床削減等を見出しで報道されました。その後の問合せ等を見ますと、これから地域医療構想の策定等を進められる各都道府県の担当者のみなさまをはじめ、関係者に、あらためて正しくご理解いただく必要があると考えます。

○今回の推計値は、地域医療構想ガイドラインで示した計算方法を一定の仮定をおいて機械的に全国の人口推計等を代入して計算した参考値としての位置づけであること。

○昨年の医療法改正で都道府県知事の対応の規定を新設したが、不足している医療機能の充足等を求めるものなどであり、稼働している病床を削減させるような権限は存在しないこと。

○地域医療構想は、地域の実情に応じて、都道

府県、医療関係者等が話し合い、将来の医療需要の変化の状況を共有し、それに適した医療提供体制を構築するための、あくまでも自主的な取組が基本であること。

○また、地域医療構想は2025年に向けての取組であり、個々の医療機関の医療提供の方針を踏まえつつ、丁寧に調整を行っていくものであり、直ちに何らかの措置を講じさせるものではないこと。

○何よりも、在宅医療等も含めた地域での医療提供体制を全体として検討される中で、必要に応じた適切な医療提供体制、病床数となっていくものであること。

以上のようなことを踏まえ、単純に「我が県は〇〇床削減しなければならない」といった誤った理解とならないようにお願いします。

日病協

次期中医協委員に万代・猪口両氏の推薦を決める

12の病院団体が構成する日本病院団体協議会は6月26日の代表者会議で、10月26日に任期(2年)満了を迎える日病協推薦の中医協委員について話し合った結果、現委員である万代恭嗣氏(日本病院会常任理事)の続投を決めた。万代委員は2011年10月27日付で中医協委員に就任しており、今回で3期目となる。

また、13年10月に中医協委員に就いた長瀬輝誼氏(日精協副会長)は1期で勇退することになったため、後任に猪口雄二氏(全日病副会長)を推薦することを決めた。

猪口全日病副会長は、現在、日病協・診療報酬実務者会議の委員長を務めている。四病協および全日病においても医療保険・診療報酬委員会の委員長に永く就いている。

厚生労働省においては、中医協に付設された慢性期入院評価分科会(現在の入院医療等の調査・評価分科会)、同医療機関のコスト調査分科会の各委員を経験、現在はレセプト情報等の提供に関する有識者会議の構成員でもある。

こうした、診療報酬に関する豊富な知識と活動実績が評価されたもの。

地域包括ケア病棟 要件緩和が必要との認識が大勢。機能明確化とセットの議論か

中医協総会 入院医療で議論。支払側は7対1要件のさらなる厳格化を求める

6月10日に開催された中医協の診療報酬基本小委は、「入院医療等の調査・評価分科会」がまとめた2014年度入院医療実態調査の報告を受け、議論を行なった。

この議論で、診療側の万代委員(日病常任理事)は、地域包括ケア病棟について、「3つの機能を担うとされているが、その要件は妥当であったのか。見直しが必要ではないか。とくに手術や高額薬剤費は包括から外さないと救急に対応できない」と問題提起した。

続いて開かれた中医協総会は、「入院医療(その2)」として、急性期病床と地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)に関する議論を行なった。

事務局(厚労省保険局医療課)は、7対1については「急性期入院医療の体制や急性期病床で診るべき患者に関する評価等について引き続き検討する」ことを論点に上げ、要件の厳格に向けた議論を進める方向性を示唆した。

地域包括ケア病棟については「病態がより複雑な患者や在宅復帰が困難な患者の診療に関する評価のあり方等についてさらに検討すべき」と提起。ポストアキュートの患者が多い同病棟に在宅の急性増悪や地域の軽症急性期、2次救急など、サブアキュートの患者に

間口を広げる方向性での検討を求めた。

事務局の地域包括ケア病棟に対する問題意識は、6月19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」における論点提起に反映された。

総会に提出された資料の中で、今年4月時点の7対1一般病棟入院基本料届出病床は36万3,900床(約1530施設)と、昨年10月から約2,300床(約20施設)の減少にとどまったことが明らかにされた。

地域包括ケア病棟の届出数は、昨年10月より、入院料1が約2万300床(約490施設)、同2が1,400床(約30施設)、入院医療管理料1が9,300床(約600施設)、同2が約800床(約60施設)と病床数で29%、施設数で27%増えた。その結果、合計で約3万1,700床(約1,170施設)となった。

この結果について、支払側の白川委員(健保連副会長)は「7対1からの転換は我々の想定を大きく下回った」と失望感を露わにし、「次期改定では、看護必要度、在宅復帰率、平均在院日数など、要件をより厳しくする方向で一般的な見直しの議論をすべきと考える」と述べた。さらに、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たさない残り85%の患者の姿が見えない」として、7対1病床の患者の実態を明らかにするよう事務局に求めた。

地域包括ケア病棟については、「要件が厳し過ぎないか。現状にあてはまらないものもある。どういう機能を果たすべきか考える中で、要件を考え直していくべきである」と述べるなど、地域包括ケア病棟の機能と施設基準・報酬が合致していないとの認識を示した。

一方、診療側の鈴木委員(日医常任理事)は、7対1を届け出た500床以上病院の3%に地域包括ケア病棟入院料の届出があること(15年4月現在)を指摘し、「急性期大病院のケアミックス化は機能分化に逆行する。平均在院日数を維持するために地域包括ケア病棟に転換させる動きは制限し、高度急性期と急性期に特化できるようにすべき」と主張。とくに自治体病院を取り上げ、「過

剰な病床は削減すべきではないか」との見解を披露した。

7対1自体に関しては、「7対1は中小病院もっており、多様性が認められるべきだ。7対1の判断はもう少し時間をかけるべきではないか」と述べた。

地域包括ケア病棟に比較的軽症な患者が集中しているとの指摘に対しては、「経口摂取ができないなど重症な患者については在宅復帰率の計算から外するという方法もある」と提案した。

7対1に関する鈴木発言に、診療側万代委員は、「機能を病院単位でとらえて発言しているが、機能分化は病院単位がいいのか、それ以外(病棟単位)もあるのではないかとということも含めて考えていくべきだろう」と注釈を加えた。

□「入院医療(その2)」の論点

●急性期入院医療の論点

急性期病床の機能分化及び医療機関間の連携の推進を図るため、急性期入院医療の体制や急性期の病床で診るべき患者に関する評価等について引き続き検討していくべきではないか。

●地域包括ケア病棟及び在宅復帰の促進に係る論点

・地域包括ケア病棟について、受入がなされている患者は特定の状態に集中

する傾向がみられるが、地域包括ケアシステムの中で期待される役割を踏まえ、病態がより複雑な患者や在宅復帰が困難な患者の診療に関する評価のあり方等について、さらに検討すべきではないか。

・医療機関において、在宅復帰を支援するための院内の体制や他の施設との連携の推進等についてどのように考えるか。

地域包括ケア病棟 対象患者の拡大や回り八との機能の違いの明確化が課題

入院医療等の調査・評価分科会 厚労省 「手術の外出し」「退院困難な患者受け入れ促進策」を論点にあげる

「入院医療等の調査・評価分科会」は、6月19日、2014年度入院医療等調査結果の各論の検討を開始した。この日は、(1)地域包括ケア病棟入院料、(2)総合入院体制加算、(3)医療資源の少ない地域に配慮した評価、を取り上げた。

このうち、地域包括ケア病棟入院料に関して、事務局(厚労省保険局医療課)は、回復期の機能にそって患者を幅広く受け入れるために、病態がより複雑な患者や在宅復帰が困難な患者に対する診療の評価を検討すべきとして、①手術料等を包括外とすること、②より

入念な退院支援を要する状態の患者の受け入れを促すことの2点を提起した。

分科会の大勢は事務局提案に肯定的であるが、一部の委員からは「出来高算定は一部の手術とすべき」「(手術の)対象疾患や状態像を明確にすべき」との声もあがった。リハや高額薬剤を出来高にすべきとの意見は特段出なかった。

リハに関しては、「回復期リハ病棟との機能の違いを明確にすべき」という提起があった。

また、「退院の見通しが立っている患者や介護面で課題の少ない患者が多く、

受け入れている患者は特定の状態に集中する傾向がみられている」との事務局指摘に関連して、「患者選別が行なわれている」と懸念する声もあがった。

総合入院体制加算について、事務局は、①加算1の化学療法件数要件の緩和、②加算2への実績要件の導入、③加算1と2に共通する「精神疾患を合併する患者など、多様な患者を受け入れる」ための要件のあり方、の3点を提起とした。

加算2の要件厳格化には賛成の声があがる一方、「加算2をとりながら診療

実績が乏しい病院は規模が小さい可能性がないか」としてデータの精査を求める意見もあった。

医療資源の少ない地域に配慮した評価に関しては、「患者流出率20%未満」を外すなど地域要件を変えた場合に、対象地域が現行の30医療圏から41医療圏に増えるという予測を示したほか、事務局は「10対1病院を対象に加える」などを検討点にあげたが、「地域事情に対する特例的な対応は診療報酬では難しいのではないか」との意見も出るなど、議論は深まらなかった。

地域包括ケア病棟に関する調査結果の概要 (事務局資料から編集部が整理)

○入院患者は高齢者が多く、そのピークは80～84歳となっている。疾患別には骨折・外傷、肺炎、脳梗塞が多い。骨折・外傷の患者が1/3強を占めているが、肺炎、脳梗塞は7対1・10対1病棟(入院日数が15～60日の患者)と似た割合を示している。
○患者の59%が自院の急性期病床から、18%が他院の急性期病床から、12%が

自宅からの入棟。入院理由は、全体としては「治療のため」が多いが、他院急性期病床から入棟した患者は88%がリハを目的としている。
○ほとんど検査や画像診断を要しない患者も一定程度入院している。処置の実施は一般病棟・療養病棟より少なく、回復期リハ病棟に近い。手術の実施はほとんどみられない。

○患者の7割が個別リハを受けており、急性期病床から転棟した患者にその割合が高い。その大部分は脳血管疾患等リハと運動器リハで、脳血管疾患リハの約半数が廃用症候群に対するリハであった。個別リハの平均は1人1日2単位をやや超える程度である。1人当たり提供単位数の分布は幅広く、患者の状態に応じて異なる頻度でリハが提供されている。

○退院の見通しが立っている患者や介護面で課題の少ない患者が多く、受入がなされている患者は特定の状態に集中する傾向がみられている。在宅復帰率も70%を上回る医療機関が大多数であった。退棟先は主に自宅であるが、家族のサポートや介護施設の確保等が困難なために退院予定が立っていない入院患者が一定程度存在している。

事務局が提示した論点と課題から (下線は編集部)

□地域包括ケア病棟入院料

【論点】

●地域包括ケア病棟は期待された役割を果たすことができているか。地域包括ケアシステムの中で期待される役割を踏まえ、病態がより複雑な患者や在宅復帰が困難な患者の診療に関する評価のあり方等をどう考えるか。

・地域包括ケア病棟の包括範囲や施設基準は、本来、受け入れが期待される患者の受け入れを進める上で適切に機能しているか。多様な状態の患者の受け入れが滞らないよう、例えば、手術料等を入院料の包括外とすることについてどのように考えるか。

・退院支援の体制等について機能強化を図りつつ、より入念な退院支援を要する状態の患者の受け入れを促すことについて、どう考えるか。

□総合入院体制加算

・総合入院体制加算の届出を行っている医療機関であっても、重症な救急患者や小児・周産期、精神疾患を合併する救急患者の受入実績に乏しい医療機関が存在するほか、重症の入院患者の割合も様々であった。

・総合入院体制加算1の実績要件のうち、最も満たすのが困難とされる要件は「化学療法が4000件/年」、次いで「人工心肺手術が40件/年」であった。
・総合入院体制加算2の届出医療機関に、満たすことが望ましいとされる6つの実績要件をほとんど満たしていない施設が一部みられた。これらの施設は病床規模が小さく、平均在院日数が長く、診療実績に乏しい傾向にあった。

【論点】

●小児・周産期や精神疾患を合併する

救急患者の受入を含め、総合かつ専門的な医療の提供を図る観点から、総合入院体制加算の施設基準の要件についてどう考えるか。

・精神疾患を合併する患者等、多様な患者の受け入れが確保される要件をどう考えるか。

・実績要件のうち最も満たすことが困難とされる化学療法の件数要件をどう考えるか。

・総合入院体制加算2の実績要件のあり方についてどう考えるか。

□医療資源の少ない地域に配慮した評価

・医療資源の少ない地域に配慮した評価の利用状況は極めて低調である。

・当該評価の対象地域に関する現行の要件には、①患者の流出率が一定以上の場合には対象とならない、②医療従事者数自体は要件とされていない、③

2次医療圏の中心部が離島でない場合は離島に所在する医療機関であっても対象とならない、等の特徴がある。

・このほか、7対1や10対1の医療機関は対象ではないことが、対象医療機関が少ない原因であるとの指摘もある。

【論点】

●当該評価の利用が低調である要因と対応についてどう考えるか。

●当該評価を引き続き実施するとした場合に、その要件について、どう考えるか。例えば、①患者流出率の要件を緩和することや医療従事者が少ないこと自体を要件とすることについてどう考えるか、②2次医療圏の一部が離島となっている場合も対象とすることについてどう考えるか、③その他の要件について(10対1を算定している医療機関の取り扱い等) どう考えるか。

平成26年度 事業実績報告書(前文)

全日本病院協会における平成26年度事業実績について報告する。全日病は、その理念の下、制度や環境変化に対応した、多岐にわたる事業活動を行った。平成25年4月1日より、「公益社団法人全日本病院協会」となり、平成26年度も公益法人としての活動のさらなる充実、そして全国の支部活動との連携・推進を行った。また、本部社屋の移転については平成25年6月に行われ、平成26年度は多くの研修会、委員会、等が本部社屋にて開催されており、特に週末の利用については、空いている日がない状況であった。平成26年4月は診療報酬改定が行われ、個々の病院にとっては方向性を示さなければならない改定内容が盛り込まれた。また、6月には地域医療介護

確保総合推進法が成立し、このための基金や地域医療構想、病床機能報告制度、等が具現化もしくは骨格が固まった。これらの矢継ぎ早な政策に対応するため、「2025年に生き残るための経営セミナー」を企画し、様々な観点より第1～8弾、計11回開催した。平成26年度の事業活動は、総会、理事会、常任理事会を始め、本書「第3. 事業活動 1. 委員会活動」にあるように(1)～(21)の委員会活動が行われた。その事業内容については、極めて多岐にわたっており、本書を参照されたい。第56回 全日本病院学会は、福岡県支部が担当し陣内重三学会長の下、平成26年9月20日、21日、ヒルトン福岡シーホークにおいて開催された。参加登録者数は2,789名、一般演題数557題で

あり、多くの講演、シンポジウム等が行われた。また、夏期研修会は、平成26年8月31日に熊本県支部が主催し、阿蘇リゾートグランヴィリオホテルにおいて開催された。「第3. 事業活動 3. 研修会等」は、(3)～(29)の研修会・講習会が開催された。また、「第3. 事業活動 4. 調査研究活動」は、(1)～(21)の調査・研究活動が行われ、各方面に発表された。四病協・日病協に関しては、すべての会議に全日病として参加し、活発な議論を行っている。さらに、「第3. 事業活動 5. 要望及び陳情活動等(資料添付)」にあるように、(1)～(9)の要望活動を全日病または四病協、日病協として行ってきた。これらの内容についても、本書を参照されたい。また、人

間ドック事業、認定個人情報保護団体としての事業、日本医師会・四病協の懇談会も継続して行なわれている。厚生労働省補助事業として、昨年に引き続き「医療の質の評価・公表等推進事業」を、同省老人保健事業推進費等補助金として「サービス付き高齢者向け住宅における介護・医療ニーズへの対応能力に関する評価手法に関する調査研究事業」を受託し、調査・研究を行った。このように、多方面にわたる幅広い活動を行ってきた全日病であるが、今後も公益法人として、国民の健康および福祉の増進を図るため、会員病院、都道府県支部とともにさらなる事業の充実と発展を期す。

全日本病院協会役員名簿 (2015年6月20日～2017年6月定時総会終結時まで) ○印は各職における新選出を表わす

Table with 3 columns: Position (e.g., 会長, 副会長), Name, and Affiliation (e.g., 北海道 (医) 西岡病院 理事長). Lists various board members across different regions.

2015年度第1回常任理事会の抄録 4月18日

【主な協議事項】
●2014年度事業実績報告
2014年度事業実績報告書(案)が承認された。
●支部事務局の業務委託覚書等の変更
青森県支部と岡山県支部の事務局業務委託覚書の変更がいずれも承認された。
●入会者の承認(敬称略・順不同)
正会員として以下の入会が承認された。
北海道 新札幌豊和会病院 院長 八十島孝博
宮城県 赤石病院 理事長 赤石 隆
宮城県 泉ヶ丘クリニック 院長 山陰 敬
埼玉県 慶和病院 理事長 樋口和博
東京都 石川島記念病院 院長 南雲正士
愛知県 斉藤病院 理事長 斉藤伸一郎
愛知県 山下病院 理事長 服部昌志
大阪府 真心会病院 理事長 相模昭彦
山口県 尾中病院 理事長 尾中宇蘭
ほかに4人の退会があり、在籍正会員は2,431人となった。

健康増進等事業」報告書について報告があった。
●「疾患別リハにおける専従の常勤事者関する要望書」
四病協が厚労省保険局長宛に提出した標記要望書について報告があった。
●総合診療専門医
日本専門医機構が決定した総合診療専門医の研修プログラム等について報告があった。
●病院機能評価の審査結果
3月6日付で以下の会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった旨の報告があった。
□主たる機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)
○一般病院1
青森県 ときわ会病院 更新
兵庫県 ベリタス病院 更新
岡山県 竜操整形外科病院 更新
愛媛県 瀬戸内海病院 更新
福岡県 杉循環器科内科病院 更新

○一般病院2
宮城県 みやぎ県南中核病院 更新
神奈川 けいゆう病院 更新
神奈川 川崎南部病院 新規
愛知県 大同病院 更新
大阪府 育和会記念病院 更新
兵庫県 新須磨病院 更新
愛媛県 宇和島徳洲会病院 更新
福岡県 古賀病院2 更新
○慢性期病院
青森県 増田病院 更新
東京都 久米川病院 更新
東京都 回心堂第二病院 更新
愛知県 木戸病院 更新
○精神科病院
大阪府 浅香山病院 更新
福岡県 筑水会病院 更新
3月6日現在の認定病院は合計2,270病院。そのうち本会会員は1,004病院と、会員病院の41.4%、全認定病院の44.2%を占める。

一般社団法人 全日病厚生会の 全日病ベネフィット

病院で働く皆様の毎日を応援！ 約50万のサービスを優待価格で使い放題

多岐にわたるジャンルのサービス(専門ステーション)を数多く揃えております。宿泊施設、レジャー、スポーツといった分野はもちろん、グルメ、ショッピング、育児、健康、介護まで会員特典サービスをご用意しております。

- 1 約500,000の福利厚生優待
2 年間400%を超える利用率！

●サービスの詳細はホームページをご参照ください。

ベネフィット・ステーション 検索

※ 入会申し込みは随時受け付けています。

福利厚生サービス導入のメリット！！

- 職員の 定着率向上
採用活動 強化
損金算入 可能
育児・介護 支援制度

福利厚生サービス「全日病ベネフィット」特別価格

Table with 4 columns: 項目, 職員数, 通常料金, 特別価格. Shows pricing for different employee counts, with a special rate of 300円/名 for 1,001+ employees.

●問合せ (一社)全日病厚生会 〒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

「中央と支部の連携と情報共有を図り、支部活動を強力に進める」

第3回定時総会 5選の西澤会長、委員会体制の見直しを表明。委員に地方の若手起用も明言

6月20日に東京都内のホテルグランドパレスで開催された全日病の第3回定時総会は2014年度事業報告の報告を受けるとともに、2014年度決算と顧問・参与の委嘱の議案をとともに議決、さらに、2017年6月の定時総会までを任期とする次期役員等を選任。

その結果、理事には立候補した55名全員が、監事には古畑正氏(東京都・古畑病院院長)と五十嵐邦彦氏(東京都・公認会計士)が、議長に木村佑介氏(東京都・木村病院名誉院長)、副議長に宮城敏夫氏(沖縄県・浦添総合病院理事長)が再選された。

直ちに開かれた会長等選定理事会は西澤寛俊会長の再選を決め、第5次西澤執行部が成立した。(1面記事を参照)

第3回定時総会には武見敬三参議院議員、羽生田俊参議院議員、中川俊男日医副会長、野中博東京都医師会会長が参列し、挨拶した。

冒頭の挨拶で、西澤会長は、地域医療構想に象徴されるように、地域の医療提供体制構築に対する都道府県の影響力が決定的に強まってきたことに触れ、「今まで全日病は本部の活動が主体であったが、今後は、地域しながら支部の活動がきわめて大切となる。我々は、これからは支部の活動を強力に推し進め、その上で、中央と支部のきちんとした連携と情報の共有を図らなければならない」と述べ、今後の制度改革に本部と支部が一体となってあたっていく必要をあらためて説いた。



▲副会長に就任した織田正道氏

承認を受けた2014年度の決算は、経常収益計6億1,534万円に対して経常費用計が5億7,369万円となった結果、経常増減額に4,165万円を計上、13年度に引き続き黒字となった。

会長として5期目を迎えた西澤寛俊氏は、猪口雄二氏、安藤高朗氏、神野正博氏の現職3人に加えて、織田正道氏と美原盤氏の2人を新たに起用、副会長を5人とする布陣をした。

織田正道氏(佐賀県・織田病院理事長)は2005年4月に理事に就任、2期目の2007年4月に常任理事に選出された。以後、プライマリ・ケア検討委員会と国際交流委員会の委員を務めながら、医療従事者と広報の2委員会の委員長という重責を果たしてきた。



▲副会長に就任した美原盤氏



一方、美原盤氏(群馬県・美原記念病院院長)は2009年4月に理事に就き、公益社団法人となった13年6月に常任理事に選出された。群馬県支部長を兼ね

る一方、財務・総務、病院機能評価、学術、病院のあり方の4委員会で活動、厚労省にあっては中医協傘下DPC評価委員会の委員を長く務めている。

西澤会長の就任挨拶

制度改革が非常に速く進められている、これに対する我々全日病の対応は改革のスピードに遅れている。したがって今後の2年間はスピード感を重視してまいりたい。今回の改選で副会長が3人から5人になったが、新たなしかも若い血を入れ、スピード感をもって会務をまっとうしてまいりたい。

委員会活動は重要であるが、その委員会の構成が今の制度改革に対応できているかを検討、委員会体制を制度改革に対応できるものへと見直していきたい。また、委員には地方の若手の活動家に入っていただきたいと考えている。各支部には、ぜひ、有望な若手を推薦していただきたい。

2015年度の活動は、来年の診療報酬改定と現在進行中の制度改革への対応につける。この2つに、ぜひ、スピード感をもって対応していきたい。

制度改革は病床機能報告制度と地域医療構想の2つが大きな柱であるが、これ以外にも、医療事故調査制度がある。これへの対応もスムーズにまいりたい。

さらに、看護師特定行為の制度もある。特定行為ということ、急性期あるいは救急における看護師の役割とイメージであるが、これからは、地域医療とくに地方において看護師の役割が大きくなるので、特定行為ができる看護師の存在は非常に重要になる。

全日病は厚生労働省から「看護師の特定行為に係る指導者育成事業」の実施を委託されている。全国8カ所で行うのでぜひ参加していただきたい。看護師特定行為研修にもこれから対応を検討していく所存である。今まで以上に協力を賜りながら、一丸となって、制度改革への対応と質の高い医療へ尽力してまいりたい。

支部訪問/第11回 群馬県支部

群馬県は県医師会と県病院協会の力が強く、各病院団体とも直接県とのパイプをもてないでいる。その中で、群馬県支部は「いい病院をつくる」という視点から独自の研修会を企画、地域の病院に対する支援を展開、支部会員も増加基調にある。

美原盤支部長(公益財団法人美原記念病院院長)に群馬県支部の現状をたずねた。(支部訪問は不定期に掲載します)

「全日病に入るといい病院になれる」との確信が支部活動を支える

病院の質向上に資する研修会に注力。とくに看護師対象の講習会が好評

美原盤氏は2003年に、県医師会会長を兼務していた鶴谷嘉武氏(故人)から受け継いで、群馬県支部長に就任した。爾来12年、会員数も現状維持から増勢に転じるなど、支部の強化に努めてきた。

群馬県支部の会員数は25病院。群馬県の病院数は131(2015年3月現在)で、そのうちの26が国公立を含む公的病院、残る105病院が民間病院だ。民間病院における組織率は24%にとどまっており、組織拡大の余地は大きい。

群馬県は県病院協会の存在がきわめて大きく、県医師会との緊密な連携の下、県とは太いパイプを保っている。日病、医法協、日慢協など他病院団体も独自の基盤をもつ中、病院団体に伍して会員増強を図るのは決して容易なことではない。

一般社団である群馬県病院協会は前出鶴谷氏等が奔走して1998年7月に設立された。県内の各病院団体から理事への参加を得ているほか、県内を地域ブロックに分け、各ブロックの代表的な病院の管理者も理事に登用、まさにオール群馬の病院団体だ。

県医師会と共同歩調をとり、群大附

属病院とも共同活動を組むなど、群馬の病院界を主導。比較的后発ながら、会員数は121病院と県内全病院の92%を占める「ガリバー型」の存在となった。

県からの情報提供や意見聴取は県医師会と精々県病院協会どまりで、個々の病院団体には届かないという。もっとも、昨年の医療介護総合確保基金基金では、県病院協会ですら、当初は相手にされなかったようだ。

「何も話がこないのので県に問い合わせたら医師会には情報提供したという。で、県病院協会に話きたのは事業案の締め切り直前でした。それで協会の会員に振ったところ、意外なほど多くの案が直接県に寄せられたのです。ところが、県が当初予定した事業は箱ものばかり、しかも、病院団体との協議もない。それにも意見を申し上げたところ、ようやく関係団体のヒアリングが実現したという始末でした。しかし、結局決まった事業は、公的中心の、前々から予定されていたものばかりで、会員病院の案は採用されませんでした」

強力な県医師会とその後塵を拝する県病院協会の「二頭体制」に、美原支部長は忤怩たる思いでいる。

ックスにはいたっていない。

美原支部長は早くから全日病の活動に参加し、医療の質や提供体制のあり方などで様々なデータや情報に接し、また、多くのネットワークを得てきた。他方、専門病院の立場から自院のデータや情報の発信に努め、データを踏まえた意見表明も積極的に行なってきた。

こうした活動が評価されて中医協傘下のDPC評価分科会の委員にも就任、全日病においても、第3回定時総会(6月20日)の役員改選を経て副会長に就任するにいたった。

美原支部長は「私は全日病で大変いい経験を重ねてきた。これは自院の経営に大いに役立ちました」と自らを振り返った。

「私は全日病に入るといい病院になれると信じています。その機会を支部の会員にも提供したいのです」—この思いが今の支部活動を支えているという。

「現在、各病院が欲している情報は、1つが地域包括ケアと地域医療構想。もう1つがどうすればいい病院になれるかです。前者は地域全体の今後の行方、後者は自分の病院の行方にかかわる問題です。これを可能な限り支部でやりたいと考えています」

「全日病も本部研修が大変充実している。しかし、地方がそのすべてに参加することはできない。また、支部会員ならではの講師リクエストもある。それをかなえるのが我々支部の研修会



▲群馬県支部は看護師の講習会に力を入れている(2014年8月)

です」

例えば、この2月には日病と共同で地域包括ケアに関する研修会を開催。5月には支部単独で「高次脳機能障害の概念と看護」の研修会を実施している。

とくに看護師を対象とした講習を重視しており、「看護管理者のためのマネジメント研修」は3回目を昨年12月に開催、「看護管理者のためのコーチング(2)」に100人を集めた。

看護協会による案内を得ているほか、ツイッター等も利用し、支部会員以外の病院からの参加も募っている。

「まずは看護師に関心をもってもらい、参加してもらおう。そうすれば院長も関心をもってくれます。支部会議のときに同時開催すると会員先生の会議出席率は確実にあがります」と笑う。

「一生懸命頑張る病院は会員になる可能性がある。だから、我々は、いい病院になるための講習会を重ねたり、必要な情報を提供して、地域の病院を支援していく。これが結果として支部会員につながるのです」と美原支部長は断言。

「毎回本部から送られる『全日病ニュース』もちゃんと地域の未加入病院に配布していますよ」と付け加えた。

日病とも共同で地域包括ケア研修会を開催

群馬県支部の現状について、美原支部長は「役員会の機能が弱いかも知らない。会議も年2~3回ほどしか開いていない」と反省の弁を述べた。もっとも、役員の間はメーリングリストでつな

がっているの、いつでもコミュニケーションはとれているという。

メーリングリストは支部の全会員をつなぐツールでもあるが、書類の郵送に頼る会員も少なくなく、その活用はまだマ