



全日病 NEWS 9/15

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.855 2015/9/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

地域医療構想等で熱い議論。参加3,000人超、演題693件

第57回全日本病院学会 in 北海道 「改革に自発的に対応すべし」。そのためには「我々も自ら変らなければならない」

「第57回全日本病院学会 in 北海道」(徳田禎久学会長)が、北海道支部の担当で、9月12日・13日に札幌市で開催された(写真)。演題数は693題にのぼり、会場のロイトン札幌とさっぽろ芸文館は3,000人を超える参加者であふれた。

開会式には、来賓として、二川一男厚生労働省医政局長、横倉義武日本医師会会長、高橋はるみ北海道知事、秋元克広札幌市長、長瀬清北海道医師会長ほかが列席、それぞれ祝辞を述べた。

徳田学会長は開会の冒頭挨拶で、学会テーマに掲げた「イノベーション～医の原点を見つめつつ～」には「地域医療構想等の改革に際して、我々提供者側も自ら変っていかなければならない」という思いがこめられているとの認識を披露した。

開会式の挨拶で、西澤寛俊会長も「我々はこうした制度改革に積極的に取り組んでいくが、それは追従ではなく、あくまでも自発的な対応でなければな

らない」と述べ、制度改革を自律的に乗り越える必要を訴えた。

こうした問題意識は参加者に共通した思いでもあり、北海道学会では、地域医療構想、病床(病棟)機能、調整会議など、病院界が直面する最大の課題が多くのセッションで取り上げられた。同時に、2016年度診療報酬改定を控え、回復期や地域包括ケア病棟のあり方も随所で議論された。

この10月に施行される医療事故調査制度と看護師特定行為研修に関しても、施行内容の確認と対応すべき事項等について真剣な議論が交わされた。

その中で、両制度に関する研修活動、指針(医療事故調査制度)、手順書の作成・公開あるいはeラーニング教材の開発(看護師特定行為研修)など、全日病が手がけつつある会員病院支援策があらためて発表された。

地域医療構想に関するセッションで、医療計画の基準病床数と地域医療構想



の必要病床数に関して「両者は17年度からの第7次医療計画で整合性が図られる必要があるため、その前の16年度に策定する医療計画作成指針で整合性

を確保するために必要な法改正に向けた方針が示されることになる」と展望した。(北海道学会の詳しい報告は10月1日号に掲載)

療養病床の在り方等に関する検討会 高知県が療養病床の現状を説明。構成員から転換モデルの提案

医政、老健、保険の3局合同による「療養病床の在り方等に関する検討会」は9月9日に2回目の会合をもち、2人の参考人から話を聞いた。

1人は高知県健康政策部の川内敦文医療政策課長で、人口あたりの病床数が多く、とりわけ療養病床数は全国平均の3.6倍にも達している背景を「高齢化が全国に先行して進展し、独居の高齢者が多い。家庭での介護力も弱い。通院に不便な中山間地域が多いこともあり、病院が、福祉施設の代替として、増加した介護・療養のニーズの受け皿となってきた」と説明。

2025年における医療機能別の医療需要推計を示すとともに、それを昨年

の病床機能報告の結果と単純比較した場

合に減床が求められる率を披露した。それによると、高度急性期45.3%(全国31.8%)、急性期42.1%(31.1%)に対して、慢性期は、パターンAが65.7%(31.2%)、パターンBでも53.7%(21.7%)と、全国ベースの2.1～2.5倍に達している。

川内氏は、今秋にも療養病床実態調査を実施し、その結果を踏まえて機能分化・連携の進め方や基金事業等必要な施策を地域医療構想に反映していくと、高知県の方針を明らかにした。

もう1人の参考人は全国在宅療養支援診療所連絡会の新田國夫会長で、「在宅医療から見た療養病床の役割」と題して、都市型モデルと地方型モデル、在宅療養支援型、住居モデル、在宅復帰モデルとは異なる終末期医療モデル

を構築するなど、社会的機能に位置づけられる療養型のあり方を提言した。

一方、構成員である池端幸彦氏(池端病院院長)は、療養病床から転換するモデルとして、病院内に、看護職と介護職を配置した非医療施設を設ける構想を提起。

それを、医療包摂の介護保険施設とみなすか、医療外付けの高齢者住宅とみなすかは今後の議論であるとした。

こうした実態説明やプレゼンテーションを受けたものの、構成員の多くは、さらなる詳細データの提出を求める一方、療養病床が置かれている現状と課題をなぞらう発言が多く、この日の議論は必ずしも深まらなかった。

その中で、田中構成員(慶大名誉教授)

は「現状把握も大切だが、未来から逆算していくことも大切。2025年、30年、40年までを考えると新しい機能や施設を構想していく必要がある。医療と住まいがセットとなることもありえる。色々な面から療養病床がもつ機能の組み合わせを考えてはいかがか」と発言、柔軟な発想から様々な選択肢が提示されるべきとの考えを表明した。

しかし、発言の多くは現行制度や施設の既存類型の枠内にとどまったため、この日の議論は深まらなかった。

提言は年内にまとめられ、その後、提言に盛り込まれた施策案の実現に向けた検討が、医療保険部会、介護保険部会、医療部会、中医協で展開される。

厚労省 新たな施策に「かかりつけ医による医療提供体制の構築」

2016年度予算概算要求 介護施設等の「効率性向上促進等事業」やスプリンクラー設置支援も計上

厚生労働省は2016年度予算の概算要求をまとめ、8月25日に発表した。15年度の当初予算29兆9,146億を7,529億円(2.5%)上回る30兆6,675億円を要望。4年連続で30兆円を超え、実質的に過去最大の要求額となった。

年金・医療等の経費としては6,748億

円(2.4%)増加の28兆7,126億円を計上。このうち高齢化等に伴う増加額は6,700億円とした。消費税率引上げにともなう社会保障の充実等および診療報酬改定等に関しては「予算編成過程で検討する」とされた。

医療提供体制においては、新たな施

策に「かかりつけ医による医療提供体制の構築」を掲げて4.5億円の確保を求めたほか、専門医制度に2.2億円、看護師の特定行為研修に5.2億円、医療事故調査制度に9.3億円を要求している。

介護保険に関しては、「介護サービスの生産性と質の向上」として新規に8.8

億円を計上。その中で「介護施設等の効率性向上促進等事業」(2.3億円)に取り組むとしている。

また、介護施設等におけるスプリンクラー等の設置を支援するために、新たに18億円の財源措置を要望している。

各省庁が出した16年度予算概算要求(一般会計)の総額は過去最大の102兆4,099億円に達した。財務省は厳しい姿勢で査定に臨むとしている。

2016年度税制改正要望 厚労省 医療機関の設備投資に対する特例措置を盛り込む

厚生労働省は2016年度税制改正に対する要望事項をまとめ、8月末に、財務省(国税関係)および総務省(地方税)に

提出した。医療に関しては、新たに「医療機関の設備投資に関する特例措置の創設」が加えられた。

また、個人所得に対する課税として、「健康増進・疾病予防の推進のための所得控除制度の創設」が盛り込まれた。

「消費税の医療課税のあり方の検討」

に関しては、今回、「個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当分を『見える化』することなどにより実態の正確な把握を行いつつ、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて(検討し、結論を得る)」との文言が書き加えられた。

□厚生労働省の2016年度税制改正要望から

◎健康・医療

- ・個人の健康増進・疾病予防の推進のための所得控除制度の創設
- ・医療に係る消費税の課税のあり方の検討
- ・医療機関の設備投資に関する特例措置の創設
- ・地域医療構想に沿った病床の機能分化・連携、

- 医療分野におけるICT化の推進、医療従事者の勤務環境の改善、環境問題や非常時への対応などに資する固定資産を医療機関が取得した場合に、特別償却又は税額控除を認める措置を創設する。
- ・社会保険診療報酬に係る非課税措置の存続
- ・医療法人の社会保険診療以外部分に係る軽減措置

の存続

- ・社会医療法人の認定取消しに係る一括課税の見直し等の医療法人制度改革に伴う税制上の所要の措置
- ◎介護・社会福祉
- ・サービス付き高齢者向け住宅に係る割増償却の延長

入院分科会

基本小委

中医協 総会が「中間とりまとめ」を了承。診療側から具体的な意見も

9月9日に開かれた中医協の診療報酬基本問題小委員会、診療報酬調査専門組織の入院医療等分科会が入院医療に関する2014年度調査結果の分析結果を整理した「中間とりまとめ」を了承した。

「中間とりまとめ」は引き続き開かれた中医協総会(写真)に諮られ、了承を受けた。この結果、「中間とりまとめ」に盛り込まれた16年度診療報酬改定における入院医療見直しの論点は中医協総会で議論されることが決まった。

基本小委で、診療側は、「中間とりまとめ」に対して具体的な意見を表明した。鈴木委員(日医常任理事)は、「重症

度、医療・看護必要」にかかわる「A項目のみに着目した評価」導入の提起に対して「そのマイナス面の検討が欠けている」と、懐疑的な所見を述べた。

これに対して万代委員(日病常任理事)は「A項目を重視する方向性」を肯定。その上で、A項目に内科系評価項目が少ないと指摘し、今後、論点に取り上げる意向を表明した。

同委員は、地域包括ケア病棟入院料についても、「もっと急性期医療ができるようにすべきだ。また、地域でどういう規模の病院が担っていくべきか」という点が明確にされるべき。病床数に応じた評価という視点もあってよい



この問題意識を明らかにした。退院支援担当者に関しては、両委員とも、専従は避けるべきとの見解を表明した。

再入院の調査対象は「計画的」「計画外」に絞り、「予期せぬ」は廃止

DPC評価分科会 再入院日も「4週間以内」に見直し。「治癒」「軽快」の定義は継続議論に

8月31日に開かれた診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会(写真)は、退院患者調査における退院時転帰と再入院の定義について議論した結果、現行の「予期せぬ再入院」という指標を廃止し、再入院については「計画的」か「計画外」かで判断するという方向で見直すことで合意した。

「退院時転帰」における「治癒」と「軽快」の定義に関しては、事務局(厚労省保険局医療課)が示した見直し案に委員から対案が出るなど意見が様々に分かれたために、継続議論となった。

この日の議論は、「治癒」と「軽快」および「予期せぬ再入院」に関するヒアリング(7月27日)の結果を踏まえたもの。

退院患者調査で、「治癒」は「退院時に、退院後に外来通院治療の必要が全

くない、またはそれに準ずると判断されたもの」と、「軽快」は「疾患に対して治療行為を行い改善がみられたもの。原則として、その退院時点では外来等において継続的な治療を必要とするものであるが、必ずしもその後の外来通院の有無については問わない」と定義されている。

ヒアリングでは、この「治癒」の定義に、治癒率がきわめて高いあるいは低い双方の病院から「違和感がある」「定義が分かりにくく院内で徹底・浸透していなかった」などの意見が示された。

そこで、池田委員(国際医療福祉大学)は、この日の分科会で、諸外国で「治癒・軽快」がアウトカム指標として用いられる範囲は限定的であると報告した上で、「治癒+軽快の割合」を用い

ることを提案した。

これを受け、事務局は、(1)「治癒」と「軽快」を合わせて「改善」と定義する、(2)「軽快」を「おおむね治癒」と「軽快」に分ける、という2案を示し、見直しを提案した。

しかし、委員からは「改善という表現に違和感が残る」「おおむねという基準は分かりにくい」といった異論が相次ぎ、「治癒+おおむね治癒で治癒としてはどうか」との対案も示された。

定義の変更は、過去の調査データとの比較可能性をどう確保するかという問題も生じる。事務局は「少し整理し、あらためて提案したい」と議論を引き取った。

「再入院」に関しては、6週間以内の再入院である場合に「計画的再入院」「予期された再入院」「予期せぬ再入院」のいずれかを明記することになっているが、「予期された」あるいは「予期せぬ」の解釈に退院時の患者に対する説明の有無や患者による理解・認識の有無が関係するなど、その判断の線引きに曖昧さが残るとの指摘がヒアリングでも示された。

この点について、池田委員は「諸外国ではもっぱら計画外の再入院がアウトカム指標として重視されている」ことを指摘。事務局は「DPC病棟から退院4週間以内のDPC病棟への計画的再入院と計画外再入院をモニタリングする」ことを提示したところ、基本的に了承された。

この新たな定義に関して、事務局は、再入院調査における新たな定義は再転帰にも適用する方向で検討する旨を明らかにするとともに、「再入院の新たな定義は再入院調査に用いるもので、診療報酬における“7日以内の同一病名の再入院は一連として取り扱う”規定とは別物である」との注釈を加えた。

事務局は、また、2014年度のDPCデータを用いた14年度改定の影響の評価・検証結果を示し、(1)DICでコーディングする際の症状記添付のルール継続、(2)「入院の契機となった傷病名」と同一の傷病による「7日以内再入院ルール」で一連の入院とはみなされていない「詳細不明コード」を一連の入院とすることを提案、いずれも了承を得た。



2014年度の概算医療費は40兆円寸前。国民医療費ベースでは大台突入

医療費 伸び率は鈍化の兆し。しかし、1人当たり医療費は依然増加基調

厚労省が9月3日に発表した「2014年度医療費の動向」(概算医療費=速報値)によると、わが国の14年度の医療費は前年度から約0.7兆円(対前年度比1.8%)増え、39兆9,556円に達した。12年連続で過去最高を更新する増加となった。

診療種類別の内訳は、入院16.0兆円(構成割合40.2%・対前年度比1.7%増)、入院外13.8兆円(34.5%・1.3%増)、歯科2.8兆円(7.0%・2.9%増)、調剤7.2兆円(18.0%・2.3%増)となった。

概算医療費は医療保険・公費負担医

療分の医療費を集計したもので、労災・全額自費等の費用は含まれず、国民医療費の約98%に相当する。したがって、14年度の国民医療費は40兆7,710億円と推計され、わが国の医療費が40兆円台に乗せたのはほぼ確実となった。

前年度からの伸び率は10年度3.9%、11年度3.1%、12年度1.7%、13年度2.2%、14年度1.8%と鈍化の兆しをみせているが、1人当たり医療費は、同28.6万円、29.6万円、30.1万円、30.8万円と増加をたどり、14年度は過去最高の31.4万円となった。

1人当たり医療費は、被用者保険に対して国民健康は2倍、75歳未満に対

して75歳以上は4倍以上の水準で推移している。

受診延日数は10年度の26.2日から14年度は25.6日と減少傾向にあるが、1日当たり医療費は同13.9千円から15.5千円へ増加した。

14年度の概算医療費の構成割合は内科74.6%(29.8兆円)、歯科7.0%、保険薬局18.0%。概算医療費に占める病院の割合は53.4%(21.3兆円)で、医療機関種別にみると、法人病院は概算医療費の26.9%(10.74兆円)を占め、以下、公的病院19.3%(7.72兆円)、大学病院6.6%(2.65兆円)、個人病院0.6%(0.22兆円)となっている。

■現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病HPをご参照ください)

Table with 4 columns: 研修会名(定員), 日時/会場, 参加費/会員(会員以外), 備考. It lists several seminars including '第4回看護師特定行為研修指導者講習会' and '平成27年度第1回病院職員のための認知症研修会'.

Book review section titled '一冊の本 book review'. It features a book titled '『中央社会保険医療協議会診療報酬改定の軌跡 診療報酬アーカイブス 1950-2014年』' with details on its content and price.

病院におけるプライマリ・ケア医の役割をテーマに講演

全日病の「経営セミナー」第9弾 中小病院 専門医制度で一時的医師不足の可能性。「プライマリ・ケアの実践が勝機」

全日本病院協会が主催する「2025年に生き残るための経営セミナー」の第9弾が、「病院の生き残りのためのプライマリ・ケア医の活用と育成」というテーマで、9月2日に本部会議室で開催された。

冒頭挨拶で、西澤会長は「プライマリ・ケアは高齢化の下できわめて大切な領域となる。制度的にも総合診療の専門医が創設された。そうした中、なぜ病院にプライマリ・ケア医が必要なのか、病院で何を担うのか、プライマリ・ケア医は何を望んでいるのかということが本日の主題である」と、テーマについて解題した。

「プライマリ・ケアが病院になぜ必要か」と題して基調講演を行なった丸山泉常任理事は、まず、新たな専門医制度について「多くが地域医療を想定した研修プログラムになっていない」と指摘、「とくに中小病院は一時的に医師の確保が

難しくなる恐れがある」と懸念を示した。日本プライマリ・ケア連合学会の理事長を務める丸山常任理事(写真)は、今後増える患者像の特徴として多疾患、認知症、虚弱の3つがあると述べ、「こうした患者に対応するには、待つのではなく、外に出ていく医療への転換が必要になる」と言明。「これが総合診療医に求められていく」と強調した。

さらに、「総合診療医がいるといたないとで、患者からみて、シームレスな医療は大きな違いが生じる」とも述べ、病床の機能分化と在宅医療化が進行していく中、総合診療医の有無こそが患者本位の医療の質を支えていくとの認識を示した。

その上で、「中小病院の勝機はプライマリ・ケアをどう病院のコアに取り込んで、そこにどうサブ・スペシャリティを配することができるかにある。それだけ

に、より多くの中小病院に総合診療医の研修施設になってほしい」と結んだ。

続いて、赤穂市民病院内科部長の一瀬直日氏が登壇。同院でプライマリ・ケア医が担う日常診療の実態を紹介しつつ、その役割を論じた。

一瀬氏は、同病院における家庭医療研修に後期研修医が定着かつ増加している実績を踏まえ、総合診療外来から、救急外来、附属診療所の外来、さらには禁煙、物忘れなど専門外来にいたるまで幅広く不在科をカバーしている現状を紹介。

それぞれの科ですぐれて多疾患に対応しているプライマリ・ケア医を、①小児から高齢者・妊産婦まで診る包括性で内科専門医とは異なる、②入院管理にとどまらず地域の医療問題や健康増進にまで関わる点で病院総合医とは異なる、③家庭医療研修カリキュラムを



修めて総合診療専門医資格を取得する点でへき地総合医や在宅ケア専門医とも異なると、その総合能力を対比的に説明した。

最後に、亀田ファミリークリニック館山院長の岡田唯男氏が「プライマリ・ケア医は病院に何を望むか」と題して講演した。岡田氏は「プライマリ・ケアは家庭医療そして総合診療科とニア・イコールであるが、内科医とは異なる」とした上で、「プライマリ・ケアの提供に特化した専門分野であり、内科や小児科等と並列の関係にある」と説明。

さらに、「プライマリ・ケアはジェネラリストとして、地域のニーズの大半に対応することが役割である」と説いた。

大学病院型、地方センター病院型、診療所型からなる研修基幹施設

総合診療科の専門研修プログラム整備基準 専門研修Ⅰ・Ⅱを各6カ月。内科6カ月、小児・救急各3カ月含む計18カ月の専門研修

日本専門医機構は、総合診療科にかかわる専門研修プログラム作成の指針となるプログラム整備基準をまとめ、8月27日に附属資料ともども発表した。

総合診療科の専門研修プログラム整備基準は同機構の今年4月の理事会で基

本了承された後、総合診療専門医に関する委員会の手で精査が加えられてきたが、同機構の「研修プログラム研修施設評価・認定部門 研修委員会」による審査・認定を終え、公表にいたったもの。

公表されたのは、専門研修プログラム

整備基準のほかに専門研修カリキュラム、指導医マニュアル、プログラムの施設体制など附属資料12点。その中で、専門研修施設の認定基準を別掲のとおり示した。

総合診療専門医に関する委員会は、

引き続き、整備基準に基づいたモデルプログラムの作成と整備基準に盛り込まれていない事項に関するQ&Aの作成を進めており、プログラム申請関連情報とともに10月半ばをめどに発表する予定だ。

□「専門研修プログラム整備基準」から

●専門研修基幹施設の認定基準

1. 次に示す総合診療専門研修Ⅰまたは総合診療専門研修Ⅱの施設基準を満たすこと。大学病院は研修全体の統括組織としての役割を果たしている場合はその限りではない。

【総合診療専門研修Ⅰ】

診療所または地域の中小病院(以下の要件を満たせば病床数では規定しない)で、外来診療(学童期以下が5%以上、後期高齢者が10%以上)、訪問診療(在宅療養支援診療所・病院またはこれに準じる施設)および地域包括ケアの研修が可能な施設。総合診療専門研修指導医を、その部署で同時に研修する専攻医3名あたり1名以上置くこと。

【総合診療専門研修Ⅱ】

総合診療部門を有する病院(以下の要件を満たせば病床数などで規定しない)で、一般病床を有し救急医療を提供し、臓器別でない病棟診療(高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等)と臓器別でない外来診療(救急も含む初診を数多く経験し、複数の健康問題をもつ患者への包括的ケアを経験等)の研修が可能な施設。総合診療専門研修指導医を、その部署で同時に研修する専攻医3名あたり1名以上置くこと。

2. プログラム統括責任者が常勤で勤務し、コーディネーターとしての役目を十分果たせるように時間的・経済的な配慮が十分なされていること。(以下略)

●専門研修連携施設の認定基準

総合診療専門研修プログラムは、「専門研修施設群の構成要件」(後出)に示す複数の診療科のローテーション研修を前提としており、科別に施設の認定基準を以下のように設定する。

なお、総合診療専門研修はⅠとⅡで構成されるが、Ⅰについては診療所や地域の中小病院における外来診療や在宅診療を中心とした総合診療の経験、Ⅱは一定規模の病院における病棟診療や救急診療を中心とした総合診療の経験を積むことを目的としている。また、内科・小児科・救急科研修においては総合診療カリキュラムを基盤としながら各領域での豊富な臨床経験を積むことを目的としている。

【総合診療専門研修Ⅰ】

診療所または地域の中小病院(以下の要件を満たせば病床数では規定しない)で、外来診療(学童期以下が5%以上、後期高齢者が10%以上)、訪問診療(在宅療養支援診療所・病院またはこれに準じる施設)および地域包括ケアの研修が可能な施設。総合診療専門研修指導医を、その部署で同時に研修する専攻医3名あたり1名以上置くこと。

【総合診療専門研修Ⅱ】

総合診療部門を有する病院(以下の要件を満たせば病床数などで規定しない)で、一般病床を有し救急医療を提供し、臓器別でない病棟診療(高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等)と臓器別でない外来診療(救急も含む初診を数多く経験し、複数の健康問題をもつ患者への包括的ケアを経験等)の研修が可能な施設。総合診療専門研修指導医を、その部署で同時に研修する専攻医3名あたり1名以上置く。

・内科／(1)基幹型または協力型臨床研修病院である、(2)内科病床数が50床以上、(3)内科常勤医が5名以上在籍、(4)内科指導医が3名以上在籍、(5)内科専門研修プログラムに参加している、の5つを満たす施設。研修にあたっては内科指導医が指導する。

・小児科／常勤の小児科指導医がいる病院で外来・救急・病棟の(日常的によく遭遇する疾患を中心とした)研修が行える施設。研修にあたっては小児科専門医等が指導する。

・救急科／救命救急センターもしくは救急科専門医指定施設もしくは救急科専門医等が救急担当として専従する一定規模の医療機関(救急による搬送等1,000件以上/年)。なお、研修にあたっては救急科専門医あるいは救急に専従する医師が指導すること。

・その他の領域別研修としてプライマリ・ケアと関連の深い診療領域(一般外科・整形外科・精神科・産科婦人科・皮膚科・眼科・耳鼻科など)の研修を行える病院または診療所。各領域の専門科指導医を1名以上置くこと。

●専門研修施設群の構成要件

総合診療専門研修プログラムは、複数の連携施設の協力体制が基盤となり、その中にある基幹施設が研修全体をコーディネートするスタイルとなる。その施設群の構成要件として3年以上の研修期間において、以下の基準を満たさなければならない。

(1)総合診療専門研修は診療所・中小病院における総合診療専門研修Ⅰと病院総合診療部門における総合診療専門研修Ⅱで構成され、それぞれ6ヶ月以上、合計で18ヶ月以上の研修を行う。

(2)必須領域別研修として、内科6ヶ月以上、小児科3ヶ月以上、救急科3ヶ月以上の研修を行う。

(3)その他の領域別研修では、研修目標の達成に必要な範囲で外科・整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などの各科での研修を行う。

●専攻医受入数についての基準

・プログラム全体での、専攻医の年間受入数の上限は、総合診療専門研修Ⅰ及びⅡを提供する施設で指導にあたる総合診療専門研修指導医の総数の2倍とする。

・ローテーションする各診療科が同時期に受け入れできる専攻医の数は、指導を担当する医師1名に対して3名までとする。

●診療実績基準(基幹施設と連携施設)

・総合診療専門研修Ⅰ 延外来患者数400名以上/月、延訪問診療件数20件以上/月

・総合診療専門研修Ⅱ 延外来患者数200名以上/月、入院患者総数20名以上/月

・内科研修 入院患者総数40名以上/月

・小児科研修 延外来患者数400名以上/月

・救急科研修 救急による搬送等の件数1000件以上/年

・複数の研修施設によって各診療領域の研修施設群を構築することで上記の基準を満たすことも可能であり、その場合は施設単位で必ずしも上記基準を満たさなくても良い。また、各研修施設についてはそれぞれ経験が望ましい経験目標があるので、資料を参考にしながら十分な経験が可能となるように配慮する。

□「専門研修施設群の構成要件」から

●プログラムの施設体制

プログラム統括責任者が在籍する専門研修基幹施設の種別により、(1)大学病院基幹型、(2)地方センター病院基幹型、診療所基幹型の3つに分類

●プログラムの施設体制の基準

<必須>

・総合診療専門研修Ⅰ/診療所・中小病院

・総合診療専門研修Ⅱ/病院の総合診療部門

・内科/内科領域の研修病院

・小児科/小児科領域の研修病院

・救急科/救急科領域の研修病院

<オプション>

・その他(整形外科、産婦人科、精神科等)/総合病院あるいは専門クリニック等

厚労省佐々木室長招いて「地域医療構想研修会」を開催

全日病九州支部連絡協議会 連絡協議会初の研修活動。福岡県支部と佐賀県支部が地域医療構想の情勢を報告

全日病九州支部連絡協議会(代表・陣内重三福岡県支部長)は、8月29日に福岡県医師会館で「地域医療構想研修会」(写真)を開催、定員(200人)を上回る会員が参加した。

厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室の佐々木昌弘室長が「医療法と医療計画と地域医療構想」と題して講演したほか、福岡県支部と佐賀県支部から、地域医療構想策定にかかわる「各県の現状と今後の予定」について報告が行われた。

その後、参加者と講師等の間に質疑応答が繰り返され、最後に、猪口雄二副会長が中央情勢の解説をベースに総括的講義を行なって幕を閉じた。

九州支部連絡協議会は、策定段階に入った地域医療構想に関する各県の情

勢を把握することを第1義の目的としつつ、地域医療構想に限らず、支部間の情報と意見の交換を図る目的で7月29日に発足し、その場で今回の研修会が企画された。

研修会は井上健一郎長崎県支部長の司会で進められ、織田正道副会長が開会の挨拶を行なった後、陣内重三代表が、連絡協議会発足の経緯を含め「研修会」の狙いを説明した。

そして、10月に、福岡県私設病院協会が厚労省の北波地域医療計画課長を招いた研修会を予定していることを明らかにした。

続いて、福岡県支部の津留英智氏(全日病医療保険・診療報酬委員会副委員長)と佐賀県支部の古賀義行支部長が地域医療構想策定の動きを中心に自県の情

勢を報告した。

その中で、津留氏は、福岡県は現行2次医療圏を構想区域と仮定、医療圏ごとに設置される調整会議のメンバー構成案を固めていることを明らかにした。その上で、10月から始まる調整会議と構想策定会議を軸に構想案がまとめられるとして、隣県との協議、構想区域の確定を含む同県の策定過程を詳しく紹介。同時に、策定における同県の課題や模擬調整会議や研修会など県医師会を中心とする医療側の取り組み状況を説明した。

続いて登壇した厚労省の佐々木室長は、地域医療構想に関する都道府県研修会で用いた資料を使って構想の考え方と策定プロセス等ガイドラインの内容を詳しく解説。併せて、病床機能報告の改善など、今後の検討課題を紹介した。

講演で、佐々木室長は、「地方にはローカルルールがある場合がある。また、厚労省の考え方が正しく伝わっていない可能性もある。地域医療構想に関しては他県との情報交換に努めていただきたい」と述べる一方、「医療法改正で知事権限が強化されたというが、実は、まったく強化されていない。ましてや、すでにある病床を取り上げるということはまったくくない」などの例

をあげ、流布されている情報や誤解に惑わされないよう、正確な理解と冷静な対応を求めた。

医療機能区分に関しては、「定量的指標の開発が必要とってきたが、例えば、高度急性期の3,000点という目安が経営コンサルタントの商法に使われていることを考えると、本当に定量的指標がいいのかということも含め、次年度以降の報告に向けた検討課題の議論を秋以降進めていく」との展望を示した。

最後に登壇した猪口副会長は、総括的講演で医療機能区分を取り上げ、患者ごと、したがって病床単位でみた区分はあるが、それが1つに収斂して病床単位の区分として現出するという論理に疑問を唱えた。

次に、療養病床の2025年必要病床数を取り上げ、「必要病床数には介護療養や25対1の18年3月末廃止も反映されている。この1~2年の間にどう対応すべきか、全日病としても情報を発信していきたい」と述べた。

その上で、「療養病床は重要な社会的資源である。削減しなければということでは使わなくなってしまうのはもったいない。活用の方法を真剣に考えたい」との意向を明らかにした。



AMATが内閣府・東京都合同の医療活動訓練に参加

9月1日に内閣府と東京都が合同で実施した「平成27年度大規模地震時医療活動訓練」に全日病のAMAT(All Japan Hospital Association Medical Assistance Team)が参加した。さらに、同日実施された「平成27年度東京都・立川市合同総合防災訓練」に東京都病院協会(河北博文会長)の医療救護班がAMATのユニフォームで参加。それぞれ、行政機関による大規模防災訓練への参加へ道筋をつけるとともに、AMATを国民・医療関係者等に周知するという所期の目的を果たした。

内閣府が実施する総合防災訓練の一

環である「大規模地震時医療活動訓練」は、首都直下地震を想定した、各地からのDMATの参集と活動、広域医療搬送等の図上・実動訓練を通して、当該活動の組織体制の機能と実効性に関する検証を行ない、医療機関や防災関係機関相互の協力の円滑化を図ることを目的に実施された。

訓練会場は東京都区中央部の医療活動拠点本部である日本医科大学付属病院。AMATからは南多摩病院(益子邦洋院長)が参加、DMATとともに、参集した各医療救護班の連絡調整など司令塔の機能を確立・維持する訓練活動

を行なった(写真左)。

「大規模地震時医療活動訓練」と連携した9都府県市合同防災訓練の幹事会場としての役割も担った「東京都・立川市合同総合防災訓練」は、多摩直下地震で多数傷病者が発生し、災害医療センター(立川市)に設営された緊急医療救護所だけでは対応困難となったため、隣接した昭和記念公園に緊急医療救護所を拡張したとの想定で実施された。

立川市医療救護本部(医療救護活動拠点)を経た緊急医療救護所本部からの支援要請を受けて、都病協から医療



救護班7班が出動したというのが訓練のシナリオであったが、そのうち、AMATにも参加している白鬚橋病院、いずみ記念病院、南町田病院、等潤病院がAMATのユニフォームをつけた医療救護班を送りこんだもの(写真右)。

当該医療救護班からは「本訓練でAMATを、医療関係者のみならず行政関係機関にも周知することができた」との声があがった。

四病協 2016年度税制改正要望を提出

四病院団体協議会は2016年度の税制改正要望をまとめ、9月4日に塩崎厚生労働大臣宛に提出した。

税制改正要望の重点事項は、昨年度と同様、次の12項目からなる。

- ①社会保険診療報酬等の消費税非課税の見直し
- ②医療機関に対する事業税特例措置の存続
- ③福島原発事故にともなう賠償金の非

課税

- ④持分のある医療法人が持分のない医療法人に移行する際の移行税制の創設
- ⑤相続税・贈与税の納税猶予制度の医療法人への拡充
- ⑥医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の拡充
- ⑦社会医療法人に対する寄附金税制の整備および非課税範囲の拡大等
- ⑧医療法人の法人税率軽減と特定医療

法人の法人税非課税

- ⑨特定医療法人の存続と要件の緩和
- ⑩病院用建物等の耐用年数の短縮
- ⑪社団医療法人の出資評価の見直し

⑫医療従事者確保対策用資産および公益社団法人等に対する固定資産税等の減免措置

四病協 救急医療の診療報酬で要望書

四病院団体協議会は2016年度診療報酬改定における救急医療の要望事項をまとめ、9月2日に厚生労働省唐澤保険局長宛に提出した。

要望事項は、①深夜、時間外(土曜日に限る)、休日に限定されている夜間

休日救急搬送医学管理料の算定要件の緩和および同管理料点数の引き上げ、②同管理料に加算される精神科疾患患者等受入加算の対象への認知症患者の追加、③救急医療管理加算1および2のさらなる評価、の3点からなる。

一般社団法人全日病厚生会 病院総合補償制度に

「医療事故調査費用保険」が追加されます！

10月1日からスタートする「医療事故調査制度」において、万が一、予期せぬ死亡事故が発生した場合に、医療事故調査によって支出する各種費用を負担する保険制度となります。
※平成27年10月1日からご加入いただけます。

<補償対象となる調査費用(例)>

- 死体の解剖、死亡時画像診断を実施するために支出した費用
- 院内事故調査に参加する外部委員に対して支出した謝金等の費用
- 医療事故調査制度を行うために必要な費用であって、保険会社が妥当と認めたもの。



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式会社

●ご加入のお申込、お問合せは…

一般社団法人 全日病厚生会 TEL: 03-5283-8066
株式会社全日病福祉センター FAX: 03-5283-8077