発行所/公益社団法人全日本病院協会 発行人/西澤電像

〒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

12

U

JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.856 2015/10/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

全日本病院学会 in 北海道

第57回全日本病院学会 in 北海道

道学会を開催。 3,000人を超える参加

地域医療構想、地域包括ケア病棟など喫緊の課題を議論

「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 (ロイトン札幌とさっぽろ芸文館)で開催され、693題の演題と 3,000人を超す参加者数を得て盛況裡に終わった。(4~6面に関連記事)

「第57回全日本病院学会in北海道」の 開会式に先立って、札幌市立幌西(こうさ い)小学校の合唱団が清楚な歌声を会場 に響かせた。NHK全国学校音楽コンク ールの北海道ブロックで金賞に輝いた児 童たちが"天使の歌声"を披露したもの。

開会式には、来賓として、二川一男 厚生労働省医政局長(当時。10月1日付 で厚生労働事務次官)、横倉義武日本医 師会長、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 ほかが列席した。

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~」につい て、徳田学会長は、冒頭挨拶で「こう した改革に際して、我々提供者側も自 ら変っていかなければならない」との 思いがこめられていると説明した。

これを受けて、西澤寛俊会長は、挨 拶で「我々は地域医療構想等の制度改 革に積極的に取り組んでいく。しかし、 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 は、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。 また、先の国会で成立した医療法改正

についても、その内容の整理・確認が 行なわれた。

二川医政局長、地域医療構想に先立った調整会議を呼びかける

特別講演で、厚労省の二川一男医政 局長は、「地域医療構想の策定を待た ずに、早目に各医療機関の協議を始め てはどうか」と呼びかけ、各医療機関 が地域医療構想に能動的・自立的に対 応することを訴えた。

地域医療構想のセッションで、厚労 省の佐々木昌弘医師確保等地域医療対 策室長は、①各県による地域医療構想

の策定は2016年半ばが目安となる、② 基準病床数と必要病床数の整合性を図 る場合は第7次医療計画(2017年度~) 策定前の医療計画作成指針(16年度)で 方針を示すことになる、③17年度末の 25対1経過措置と介護療養病床の廃止 問題は17年の通常国会で議論される、

徳田禎久学会長の開会挨拶(要旨)

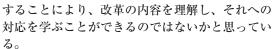
我々医療提供者に厳しい、大きな 変革を迫る医療政策が昨年打ち出さ れ、病床機能報告制度とそれにもと づく地域医療構想の策定が実施され



人口減と高齢化によって2025年の医療・介護の 需要が変わる中、各圏域に身の丈にあった医療提 供体制を再構築せよということかと理解している が、このような国の方向付けに対して、我々医療 提供者側が一喜一憂するのではなく、我々自らも 変革をすべきだろうという認識で、今学会のテー マは「イノベーション」と、サブテーマを医療関 係者の気概も込め、「医の原点をみつめつつ」とさ せていただいた。

西澤寛俊会長の挨拶(要旨)

我々全日本病院協会は現在進行中 の改革に積極的に取り組んでいる。 今学会にも、これらのプログラムが 多く組まれている。この学会に参加



今学会のテーマはイノベーションへの対応と医 の原点である。そこには、改革に単に追従するの ではなく、我々が自ら新らしい発想で自発的に改 革を進めるが、その際に医の原点に立ち返るべき という思いが込められている。

ぜひ、この学会の成果を地域に持ち帰って、今 まで以上に、自律的かつ積極的に改革を推進して いただきたいと願っている。

横倉義武日本医師会長の挨拶(要旨)

と展望した。

全日本病院学会は、医師、看護師 を初め、病院にかかわる多くの方々 が参加する学術研修の場として、わ が国の医療界の発展に多大な貢献を 果たしてきた。



6月30日に骨太方針が閣議決定され、2018年度 までの3年間で社会保障費の伸びを1兆5千億とす ることが示された。私どもは、医療政策は財政 主導ではなく、社会保障が社会の安定に寄与し ていることを念頭に置いて、実行されるべきで あると考えている。

全日本病院協会は地域医療で活躍されている ·般病院で構成された団体である。医療提供体 制の中で民間病院としてのあり方を主張してい ただきたいと思っている。

地域医療連携推進法人制度が創設。 2017年度に施行

医療法一部改正法 施行5年後に検討。社会福祉法の改正と外国人技能実習法は継続審議

2015年の通常国会は9月27日に閉会 し、戦後最長245日の審議を終えた。今 国会で、医療法一部改正法が9月16日 の参議院本会議で可決・成立した。

社会福祉法等一部改正法案は7月31日 の衆議院可決を経て参議院に送付され たものの審議にいたらず、また、外国人 技能実習法案は衆議院の審議途中で会 期を終え、それぞれ継続審議となった。

外国人技能実習制度の適正な実施を 図る外国人技能実習法案に関しては、 新たな技能実習制度の施行と同時に対 象職種に介護を追加することが想定さ れている。また、社会福祉法等一部改 正法案には社会福祉法人制度の大幅な 改革措置が規定されている。

両法案とも安全保障関連法案や派遣 法改正法案をめぐる与野党攻防の影響 を受けて審議日程が大きく遅れたもの だが、所管する厚労省と法務省(外国 人技能実習法案) は次の臨時国会で審 議に付されるものとみている。

成立した医療法一部改正法の概要は 以下のとおり。

- 1. 地域医療連携推進法人制度の創設 (医療法第7章に明記)
- 2. 医療法人制度の見直し
- (1)経営の透明性の確保とガバナンス の強化
- ・基準に該当する医療法人は公認会計 士等による監査・公告を行なう。
- ・医療法人は、役員と特殊の関係があ る事業者との取引報告を作成して都道 府県知事に届け出る。
- ・医療法人は、理事の忠実義務、任務懈 怠時の損害賠償責任等を規定。理事会 の設置、社員総会の決議による役員の 選任等に関する所要の規定を整備する。 (2)医療法人(社会医療法人等を除く) が都道府県知事の認可を受けて実施す る分割に関する規定の整備
- (3)社会医療法人の認定等に関する改正 ・都道府県をまたいで病院や診療所を 開設している場合で、基準に適合する 社会医療法人は、当該病院所在地の都 道府県知事だけで認定が可能。
- ・社会医療法人の認定を取り消された、 一定要件に該当する医療法人は、救急

医療等確保事業の実施計画を作成し、 知事の認定を受けたときは収益業務を 継続して実施できる。

改正法において、一般社団法人であ る地域医療連携推進法人の社員はそれ ぞれ1つの議決権をもつとされたが、議 決権に関して不当に差別的な取り扱い や社員が提供する経済価値に応じた異 なる取り扱いをしない定めが定款にあ れば、「この限りでない」とされた。

また、理事は3人以上とし、そのうち 「少なくとも1人は、診療に関する学識 経験者の団体の代表者その他の医療連 携推進業務の効果的な実施のために必 要な者として厚生労働省令で定める者 であること」とした上で、代表理事を1 人置くことを求めている。

この代表理事について、参議院厚生 労働委員会は、附帯決議に「地域医療 連携推進法人の代表理事は医師又は歯 科医師を選任することを原則とするこ と。また、医師又は歯科医師以外の者 を代表理事とする場合でも、営利法人 等との利害関係、利益相反を厳重にチ

エックし、医療の非営利性を損なわな いようにすること」を要求、省令等に盛 り込むことを求めた。

今回の規定事項に関しては施行5年 後に必要な検討を加えることが附則に 明記されたが、前出の附帯決議は、とく に地域医療連携推進法人を取り上げ、 「地域医療構想の達成のために有効に 機能しているか、地域の医療提供体制 に過不足が生じていないか等について 十分検討し、必要な措置を講ずる」こ とを求めている。

同改正法には、主たる部分に関して は公布の日から2年以内に施行される が、医療法人分割規定と社会医療法人 認定等の事項は1年以内に施行する旨 が明記されている。

同改正法の公布日を含め、厚労省は施 行にいたる日程の検討を進めているが、 後者は2016年度の上半期(4月~9月)、 前者に関しては17年度の施行を想定し、 省令等改正の準備を進めていく方針だ。

地域医療連携推進法人だけでなく、 医療法人の定款に関する部分も本則だ けでは不明な点が多く、政省令や通知 がまたれるところだ。

「清話抄」は8面に掲載しました。

進化する病院機能評価。更新審査を受けようではないか

日本医療機能評価機構は今年創立 20周年を迎え7月27日に記念式典を 行った。これを機会に「医療機能評価 を通じて、患者さんが安心して医療 を享受でき、職員が働きやすく、地域 に信頼される病院づくりに貢献す る」という次世代医療機能評価のビ ジョンを策定した。

そしてビジョン達成のためのアジェ ンダを発表した。①地域医療の質向 上に寄与するための評価、②医療の質 改善を促進させるための組織への支 援、③医療の質改善を促進させるた めの職員・個人への教育、からなる。

監督官庁による病院監査ではな く、医療業界人が参加した第3者機 関による病院の機能評価は画期的な 事業であり、今では常識的になって いる病院の運営管理の質の向上に寄 与してきた。2012年から運用を始め た評価項目 (3rdGVer.1.0) は早くも 本年マイナーチェンジしVer.2.0とな った。機能評価は進化し続けている。 それにもかかわらず、最近は認定

病院数が減少していることが目立 ち、特に、更新しない病院が増加し ている。更新しない理由として、 「苦労して認定をもらうメリットが ない」「評価のノウハウは理解した のであとは自分たちで評価する」等 が挙げられている。

メリットとしてよく言われる診療報 酬での加算は難しい。あとは機能評 価を国民に知ってもらうために、日 本医療機能評価機構はPRにお金をか けるべきである。「あのCMで見た、

あのポスターで見た病院機能評価認 定病院なのか、それなら信頼できる」 と思ってもらえることがメリットに なるのではないか。

自分たちで評価することは大変意義 あることであり、継続的質の評価はま さにそれである。しかし、自己評価だ けでは自己満足と甘えに陥る可能性 がある。あくまで第3者の評価を受け ることが大事なことである。5年に1 度は、ぜひ更新審査を受け、自己評 価を見直してみる必要がある。(KA)

塩崎厚労大臣、16年半ばまでに地域医療構想策定を終えると明言

経済財政諮問会議民間議員が改定資料の中間報告と諮問会議での議論を要求。塩崎大臣認める

9月11日の経済財政諮問会議(写真) は経済・財政一体改革の具体化に向け た2016年度予算編成のあり方として、 社会保障の問題を取り上げた。

新浪剛史氏(サントリーホールディン グス株式会社代表取締役社長) 等4人の 民間議員は、経済・財政再生計画の初 年度である16年度予算編成に関する意 見書の中で4つの重点課題を示し、そ れぞれについて「歳出改革を具体化し、 16年度予算に明確に反映すべき。また、 これらの改革により、どの程度の歳出 抑制効果が生まれるのかを明らかにす べき」と求めた。

4つの重点課題の筆頭に「医療費の 都道府県別格差の半減に向けた取組」 を掲げるとともに、「16年度診療報酬 改定(改定率及び病床再編、後発医薬 品の使用促進、調剤費適正化等に向け た個別設定)、地域医療構想と整合的 な都道府県ごとの医療費水準や医療提 供体制に関する目標設定」との一文が 書き添えられた。

また、その関連で、「来年度の重要 課題である医療・介護の提供体制や診 療報酬体系の検討に当たっては、2014 年度診療報酬改定の成果評価、医療費 適正化計画の直近までの成果等を評価 し、それを踏まえ、議論を進めるべき。 これまで11月初旬に医療経済実態調査 結果報告、12月初旬に薬価調査・材料 価格調査結果を公表。例えば、中間整 理等の形で、各種データを早期に諮問 会議に報告し、政策の具体化に反映す べき」とも記し、16年度改定の重要資 料となるデータを、中医協等に報告す る前に諮問会議に中間報告するよう求 めた。

意見書を説明した新浪議員は、「試 算によれば、1人当たり医療費が最も 低い千葉県に対する格差を各自治体が 半減すれば、2兆円の抑制になる。こ れは大変な差ではないか。当然だがこ こが本丸であり、また、努力をする都

道府県が報われる仕組みを作っていく べきではないか」と論じた。

そして、「その鍵となるのが、病床 再編やジェネリックの使用促進、調剤 費の適正化などだ。平成28年度に診療 報酬改定があるので、そこで踏み込ん だ形で実現してほしい」と要求した。

この進言に、塩崎臨時議員(厚生労働 大臣)は「医療費の都道府県別格差の 半減に向けた取り組みの重要性はよく 認識している」と応じ、「地域医療構想 の策定を今年から3年間かけて行なう が、私どもは来年半ばまでに策定する よう、各都道府県に呼びかけている」 と答え、前倒しで地域医療構想を策定 させる方針を明らかにした。

その上で、「地域医療構想、整合的 な医療費目標の設定、診療報酬改定等 を通じた病床の機能分化、連携による 効率的な提供体制づくり、医療費の見 える化と地域差の是正、かかりつけ医 や在宅医療の推進、調剤報酬の見直し、



後発医薬品の使用の促進とその価格適 正化を進めてまいりたい」と当面する 重要課題を列挙し、真摯な取り組みを 約した。

さらに、「平成28年度の診療報酬改 定の議論に当たっては、前回改定の効 果の検証はもとより、医療費の動向等 の分析をしっかり行ないたい。こうし たデータを可能な限り示して、議論を 一緒に進めてまいりたい」と述べ、改 定に臨む上で医療費等データを揃えて 「見える化」をはたすとともに、諮問会 議で必要な議論をしてもらうという姿 勢を明確にした。

第3期医療費適正化計画の16年度策定に向け、15年度中に基本方針

地域差分析と分析ツール・データブック開発で検討会。15年度中に都道府県に配布

医療費適正化計画に盛り込む目標と 将来医療費推計の作業を進める内閣官 房専門調査会の「医療・介護情報の分 析・検討WG」は、9月15日、厚労省か ら、医療費適正化計画策定に向けた工 程と作業課題について報告を受けた。

5月に成立した医療保険制度改革関連 法案において、高齢者医療確保法に規定 されている医療費適正化計画に「地域医 療構想と整合的な目標」を盛り込むこと が決まった。目標は「医療の効率的な提 供の推進」と「医療費の水準」からなる。

これまで目標は特定健診等の数値目

標、各都道府県の平均在院日数短縮、後 発医薬品の使用割合であり、医療費に 関しては「見通し」であった。それが、 目標に格上げされた上で、地域医療構 想における"目標"が新たに追加された わけだ。

現在の医療費適正化計画は第2期 (2013~17年度)。これを、各都道府県 が、16年度半ばまでに地域医療構想の 策定を終え、その"目標"との整合性を 確保かつ医療費目標を盛り込んだ内容 で計画を見直し、「最速で16年度から」 第3期医療費適正化計画(~24年度)を

策定する、というのが厚労省が考えて いる前倒しのシナリオである。

そのためには「本年度中に医療費適 正化基本方針を策定する必要がある」 ことから、厚労省は、WGへの報告で、 保険局に「医療費適正化計画に係る医 療費適正化効果指標等検討会」を設置 したことを明らかにした。

この検討会は、主に当WGにおける 医療費推計式等の検討に供するため に、NDB等を活用した具体的な分析を 実施する目的で保険局の調査研究事業 (非公開)として設置さされ、10月から

各都道府県内の公共施設等

検討を開始する。

産業医大の松田晋哉教授、東京医科 歯科大学大学院伏見清秀教授、東北大 学大学院の藤森研司教授など6人からな り、①医療費の地域差分析、②都道府 県に配布する分析ツール・データブッ クの開発をテーマに12月までに大枠を 固める、その後年度末にかけて細部を 検討。その結果は年度末に策定される 医療費適正化計画基本方針(告示)に盛 り込まれるとともに、15年度内に都道 府県に配布する分析ツールやデータブ ックとしてまとめられる予定だ。

<称号> メディカル クラーク®

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験とし て、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

医事業務管理技能認定試験

<称号> 医事業務管理士®

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、 病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

医師事務作業補助技能認定試験

<称号> ドクターズクラーク®

【主催】公益社団法人 全日本病院協会 · 一般財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得 科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

■受験資格

■試験会場

■受 験 料

■受験料 7,500円

■受験資格 問いません

■試験日 年12回(毎月)

実務経験等があります

■受験料 9,000円

■試験科目

〈実技 I 〉 患者接遇 〈学 科〉 医療事務知識

〈実技Ⅱ〉 診療報酬請求事務(明細書点検)

■試験科目

〈実技 I 〉 患者接遇・院内コミュニケーション

〈学 科〉 医事業務管理知識

〈実技Ⅱ〉 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助職としての ■受験資格

■試験会場 各都道府県内の公共施設等

8,000円

■試験日 年3回(7月·11月·3月)

問いません

■試験会場 各都道府県内の公共施設等

■試験日 年6回(奇数月) ■試験科目

〈実 技〉医療文書作成

●試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。

●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

-般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿楽町 2-2-10-1923 TEL 03 (3294) 6624 http://www.jme.or.jp

〈学 科〉 医師事務作業補助基礎知識

病床機能報告と診療報酬とで病棟機能の整合性がないとの指摘が多数

16年度診療報酬改定の基本方針 医療保険部会は基本認識と基本的視点を了承。医療部会は異論・修正の声が多数

2016年度診療報酬改定の基本方針策定に向けた議論が、社会保障審議会の医療保険部会(9月11日)と医療部会(9月16日=写真)で始まった。

厚労省は、両部会に、16年度改定をめぐる「基本認識」、改定の「基本的視点」と「検討の具体的方向」に関する考え方を示し、「具体的方向」に検討テーマを例示した。

その一方で、医療部会には別途「医療提供体制改革の観点からの主な論点」を提示、① 医療需要の変化への対応、②医療従事者の確保、③質の高い医療の効率的な提供、④医薬品・医療機器の産業振興の4テーマからなる具体的な論点を示した(別掲)。

両部会に提起した基本認識は、「基本的視点」の前提となり、16年度改定をどう位置づけるか、改定をどう方向づけるかという問題意識となる。

厚労省は、そこに、(1)超高齢社会における医療政策の基本方向、(2)地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築、(3)経済・財政との調和の3点を掲げた。超高齢社会と地域包括ケアシステムは改定方針のベース部分には初めて登場するキーワードだが、(1)には、「『治す医療』から『治し、支える医療』への転換」や「費用対効果の考慮」といった理念的な方向性が、(2)には医療・介護一体改革を推進するという戦略的な方向性が打ち出されている。

「経済・財政との調和」も初めて提起される考え方で、16年度改定を牽引するコンセプトに据えたいとする厚労省の意向がうかがわれる。

こうした提案を医療保険部会は大筋了解とした。しかし、医療部会では厚労省案に数 多くの質問や異論が相次ぎ、総論をめぐる意見集約にはいたらなかった。

基本方針には、毎回「基本的な視点」として、(1) 医療機能の分化・連携の推進、(2) 患者にわかりやすく QOLを高める医療、(3) 充実が求められる領域の評価、(4) 効率化できる領域の適正・効率化という4つの考え方が掲げられてきた。

両部会で基本方針にかかわる資料を 説明した厚労省保険局の渡辺医療介護 連携政策課長はそのことに言及し、今 回も、「基本的にこれまでの基本的な視 点を踏襲してはいかがか」と提案した。

同時に、時々の情勢認識を反映して、「病院勤務医(医療従事者)の負担軽減」「救急・産科・小児・外科医療の再建」「医療と介護の役割分担の明確化」「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」といった重点的に配分すべきテーマを「重点課題等」として明確にしてきたとも説明。

その上で、16年度改定に際した基本 認識として、①超高齢社会における医

□医療保険部会における議論

9月11日の医療保険部会は正味1時間

ほどを使って16年度改定基本方針にか

かわる議論を行なったが、医療保険制度 の持続可能性を重視する見地から、「経

済・財政との調和」など基本認識や基本

的視点を容認した上で、プラス評価を

いましめる観点からの意見が多く出た。

は、厚労省の提案を首肯した上で、「か

かりつけ医、かかりつけ歯科医、かか

りつけ薬剤師・薬局等の評価」を取り上

げ、「これは薬局に新しく点をつけると

読める。しかし、薬局が本来果たすべ

き機能はまだ不十分ではないか。機能

その中で、白川委員(健保連副会長)

療政策の基本方向、②地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築、③経済・財政との調和の3点を検討、基本方針に加味すべきではないかと提案した。

このうち、②については、「次々回の介護との同時改定を念頭に置いた介護報酬との連携」という視点が含まれると指摘した。

ここに明記された「超高齢社会」「地域包括ケアシステム」というキーワードは、改定基本方針の基本的視点や重点課題等には初めての登場となる。

また、これも初めてとなる「経済・財政との調和」という点については、その具体的視点に「骨太方針2015、日本再興戦略2015、規制改革実施計画等の指摘事項への対応」を例示した。

渡辺課長は、さらに、基本認識を踏まえた「改定の基本的視点」を4点あげ、それぞれに「検討の方向」となる課題を例示した(別掲)。

の充実というのであれば分かるが、評価という表現はやめてほしい」と批判。

かかりつけ医やかかりつけ歯科医を 評価することにも懐疑的な意見を述べ、 この一文の書き直しを求めた。

一方、武久委員(日慢協会長)は、かかりつけ薬剤師の評価という提案に、薬剤師外来があるなどの例を示して、病院薬剤師の評価も検討の俎上にのぼらせるよう求めた。

一方、病床機能報告における病棟単位の機能区分と診療報酬の病棟種別の間に整合性がないと指摘する声も多く出た。

□**改定の基本的視点と具体的方向性** *厚労省が医療保険部会と医療部会に提示

| 「視点」の例 | 「方向」の例 | | |
|--|---|--|--|
| 医療機能の分化・強化、連携と 地域包括ケアシステムを推進す る視点 | ・病床機能の分化・強化、連携に合わせた入院医療の評価 ・地域包括ケアシステム推進のための多職種連携による取り組みの強化(退 院支援、医療介護連携、医・歯・薬連携、栄養指導など) ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ・医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化 ・チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み等を通じた医療従事者の負担軽減 | | |
| 患者にとって安心・安全で納得 できる効率的で質が高い医療を 実現する視点 | ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価・ICTを活用した医療連携や医療に関するデータの収集の推進・質の高いリハビリの評価等、疾病からの早期回復の推進 | | |
| 重点的な対応が求められる医療 分野を充実する視点 | ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 ・「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価 ・地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価 ・難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価 ・救急医療、小児医療、周産期医療の充実 ・口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科 医療の推進 ・薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化 ・医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価 | | |
| 効率化・適正化を通じて制度の 持続可能性を高める視点 | ・後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組み ・退院支援等の取組による早期退院の推進 ・残薬や多剤・重複投薬を減らすための取組の推進など、医薬品の適正使用 を推進するための方策 ・いわゆる門前薬局の評価の見直し ・電症化予防の取り組みの推進 | | |

医薬品、医療機器、検査等の市場実勢価格を踏まえた適正な評価



この問題を指摘した白川委員は、「この2つの関係を将来的にどうしていくのか。次回改定はともかく、この方向性について医療部会、医療保険部会、中医協で議論していく必要がある」と論じた。

武久委員も同様の指摘を行ない、「とくに地域包括ケア病棟で機能報告をする上の混乱が生じてる」と指摘、医政・保険両局の緊密な協議を求めた。

□医療部会における議論

9月16日の医療部会は正味1時間半を 使って16年度改定基本方針の議論を行 なったが、厚労省の提案に対して、と くに医療系の委員から異論が示された。

西澤委員(全日病会長)は「医療提供体制改革の観点からの主な論点」に明記されている「医療従事者の確保」が「改定の基本的視点と具体的方向性」にはないことを指摘し、「ぜひ重点課題として取り上げるべきではないか」と提案。

さらに、質向上の取り組みも診療報 酬でフォローされるべきとして、基本 方針に盛り込むよう求めた。

このほか、中川委員(日医副会長)は調剤技術料を改定の主たる論点にすべきとの見解を表わすとともに、「4つの病床機能のどれを選択しても安定した医療提供が担保される報酬が必要である旨を基本方針に明記すべきではないか」と主張。

また、相澤委員(日病副会長)は、「地域で異なる人口減少に医療提供体制がどう対応していくか。そのためには、改定基本方針に、医療提供体制と地域包括ケアシステムを合体させた視点を盛り込むべき」と論じた上で、以下のように機能分化に疑問を唱えた。

「機能分化とは病床のことか、それとも病棟あるいは病院のことを言うのか。これが巧みに使い分けられているため、病院界は混乱している。これに関連して、今の入院基本料は病院単位だが、(病棟単位で臨むならば)病棟群という考え方もある。それとも病床単位の評価とするのか、考え方を整理してほしい」

さらに、加納委員(医法協会長)は、 高齢者の救急に対応した提供体制の整 備が急務として、2次救急の評価を重 点課題にするよう求めた。

□**医療提供体制改革の観点からの主な論点(たたき台)** * 厚労省が医療部会に提示

| □医療症状体制以中の観点からの主な調点(たたさロ) * 厚牙省が医療部会に従不 ○医療需要の変化への対応 | | | |
|---|--|--|--|
| 病床機能の分化・連携 | ・ 各都道府県が地域医療構想を策定する中、地域医療構想策定GLに基づき、内閣官房において2025年に必要な病床数が試算された。 ・地域ごとに、病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない 医療・介護を提供するため、地域医療構想に沿って4つの医療機能をバランスの取れた形で確保する必要。 | | |
| 在宅医療・地域包括ケア システムの推進 | ・地域包括ケアシステムの構築に必要な、かかりつけ医を中心とした多職種協働による在宅医療の推進に資するよう、適切な評価を含めた整備が必要。 ・生活状況に対応したサービス提供の適切な評価が必要。 | | |
| 医療分野におけるICT化 の推進 | ・現在、「規制改革実施計画」等に基づき、情報通信技術(ICT)を活用し、電子カルテの普及、地域医療情報連携ネットワークの構築、遠隔医療等のICTを通じた診療への活用等について支援しているところ。 | | |
| ○医療従事者の確保 | | | |
| チーム医療の推進 | ・医療の高度化・複雑化が進む中で、質が高く安全な医療を提供するため、チーム 医療を推進していくことが必要。 | | |
| 勤務環境の改善 | ・医療従事者の離職防止や定着を促進し、医療の質の向上や患者満足度の向上等を 図るためにも、医療機関における厳しい勤務環境の改善が必要。 | | |
| ○質の高い医療の効率的な提供 | | | |
| 救急医療、小児医療及び 周産期医療の充実 | ・救命救急センター、小児救命救急センター、周産期母子医療センター等の整備を 進めているが、救急医療等については、今後も更なる充実が必要。 | | |
| 医療安全管理体制の向上 | ・医療安全管理体制の充実が求められている中で、医療事故の原因を究明し、再発 防止を図る医療安全対策は積極的に推進される必要。 | | |
| 医科歯科連携の推進 | ・口腔機能と全身疾患の関連に着目した医科歯科連携の促進が必要。 | | |
| 後発医薬品の使用促進 | ・「骨太方針2015」に「2017年央に70%以上とするとともに、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」という新たな目標が設定され、更なる使用促進に向けた取組が必要。 | | |
| ○医薬品・医療機器の産業振興 | | | |
| 質の高い臨床研究・治験 の成果の活用 | ·「健康・医療戦略」等に基づき、次世代のより良質な医療の提供のため、質の高い臨床研究及び治験の実施やその成果の活用による革新的医薬品等の開発の推進、治療法の改善等を促進するための拠点や体制構築を支援しているところ。 | | |
| 医薬品、医療機器、検査 等のイノベーションの推 進等 | ・厚労省として「医薬品産業強化総合戦略」を策定したが、我が国で革新的新薬・ 医療機器等が創出されることは、国民の生命・健康の向上に貢献するとともに、産 業政策の面からも重要。そのためにはイノベーションの適正な評価が重要。 | | |

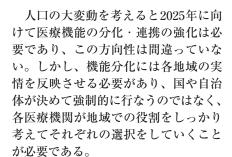
■現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病HPをご参照ください)

| 研修会名(定員) | 日時/会場 | 参加費/会員(会員以外) | 備考 |
|---|----------------------------------|----------------------|---|
| 平成27年度 臨床研修指導医 講習会 (40名) | 11月14日(土) ~15日(日) (全日病会議室) | 65,000円 (85,000円) | ・本講習会は厚生労働省の開催 指針に則った指導医養成講習会 となっています。 ・受講要件、プログラム等は全 日病HPをご参照ください。 |
| 2025年に生き残るための経営 セミナー第11弾「マイナンバ ー制度に対応するために」 (100名) | 11月10日(火) (全日病会議室) | 8,640円 (16,200円) | 平成28年1月からの行政手続に 必要となる「マイナンバー制度」 を理解していただくセミナーで す。 |

第57回全日本病院学会

機能分化は強制的に行なうものではない」

特別講演「日本医師会の医療政策」から 横倉義武日本医師会長



医療提供体制構築に対する我々の考 え方は、2013年8月の日医・四病協共 同提言の中の「基本方針」で、「地域

の医療・介護・福祉との連携の下、地域 包括ケアシステムの実現に向けて、在 宅医療を含めた地域特性にあわせた柔 軟な医療提供体制を構築する」と記し

国は、2025年医療需要の推計結果を 示して、全国の病床数を減らさなけれ ばならないというが、それは違う。

構想は医療機能別の医療需要と現状 の病床数を踏まえて策定されるが、現 状の病床数を表わす病床機能報告は機 能を病棟単位で選択するというもので

ある。

しかし、医療制度において、1つの 病院が複数の機能を担うことを禁じら れているわけではない。

地域医療構想は、各病院が区域の中 でどういう機能を果たしているかをよ く確認し、将来の需要を見極めて、ど ういう機能でいくかを自ら選択してい くことに意義がある。

地域医療に対する不安は地方でとく に高い。それだけに、地域ごとに、地 域全体を俯瞰した地域包括ケアシステ

ムが必要であり、その中で医療機関の 連携、医療と介護の連携が実現されな ければならない。

骨太2015には過去3年間の社会保障 費の自然増が1兆5,000億円であったこ とから、それを基準に今後の自然増と していく考えが盛り込まれた。14年度 の医療費は前年度から約0.7兆円増えて いる。16年度の概算要求に厚労省は社 会保障費の6,800億円増を計上したが、 これが確保されるか否かが16年改定の 重要な点となる。

地域包括ケア病棟、院内事故調査、看護師特定行為研修、病院におけるプライマリ・ケア等で情報収集・意見交換

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「第57回全日本病 院学会 in 北海道」(徳田禎久学会長)は、 各委員会が直面する課題を俎上にのぼ らせる委員会企画に、時宜にかなった テーマが出揃った。

医療保険・診療報酬委員会の「地域包 括ケア病棟について」では、全日病が 厚労省から得たNDB (特定健診等とレ セプトからなるデータベース) のデー タセットから調べた亜急性期入院医療 管理料の分析結果が発表された。NDB データの分析研究は病院団体では初め ての事例となる。

このセッションで、神野正博副会長は、 中医協傘下の「入院医療等の調査・評価 分科会」が16年度診療報酬改定に向け た入院医療実態調査の検討結果を詳し く説明。16年度改定で、地域包括ケア 病棟入院料における手術料外出しの是 非が議論される見通しを明らかにした。

神野副会長は、また、「重症度、医 療・看護必要度をより急性期医療にふ さわしく見直すことが確実だが、厚労 省は、7対1における患者割合要件を現 行の15%から17%に引き上げる可能性 がある」と予測した。

シンポジストの仲井培雄氏(芳珠記 念病院理事長) は、地域包括ケア病棟 について独自の機能論を展開し、その 積極的な活用を提唱した。

従事者委員会企画の「病院における 事務職―経営陣に加わる要件とワーク ライフバランスへの対応」では3人の女 性事務長が登壇。病院経営者と共通す る視点に加えて、とくに家庭をもつ女 性のニーズであるワークライフバランス の導入と実践という従事者の視点を経 営に生かすことの重要性を訴えた。

医療の質向上委員会企画「院内事故 調査制度について」は、事故当事者に 対する事情聴取の進め方、医療安全管 理や情報システムなどの院内体制、事 故発生直後から報告作成にいたるマネ ジメントと、院内事故調査のあり方に ついて詳しい解説を行なった。

10月施行となる医療事故調査制度と の関係について、座長の飯田修平常任 理事は、「医療事故調査制度は"医療に 起因して"と"予期せぬ"の2条件が満 たすものを対象としているが、医療法 改正で医療安全管理が義務とされてい る現在、院内事故調査は対象かどうか ということとは別にやらなくてはなら

ないということを確認いただきたい」 と述べ、注意を喚起した。

病院のあり方委員会は、「病院のあ り方に関する報告書2015版」を分担執 筆中の講師3人が、①ICTの医療分野へ の応用、②産業としての医療、③地域 医療構想を越えた医療提供体制をテー マに、それぞれの見解を述べた。

②を担当した神野副会長は、地域に おける連携は統合が鍵となるとの認識 を示した上で、「マクロ的には、今、垂 直統合・垂直連携が求められている。 しかし、地域では水平統合を追求中で あり、この両方が必要である」と述べ るとともに、水平と垂直の統合・連携 の推進によって「今や、病院の品質か ら地域の品質が問われる時代に入って いる」との認識をあきらかにした。

プライマリ・ケア検討委員会企画の 「病院におけるプライマリ・ケア強化の ための他職種連携のあり方」は、他(多) 職種連携を院内から院外へと広げてい くことがプライマリ・ケアの強化につ ながるとの認識の下、他(多)職種連携 を支える教育・講座の実例とその考え 方などを詳しく紹介した。

看護師特定行為研修検討プロジェク

ト委員会による「看護師特定行為研修 制度」のセッションは、厚労省の岩澤和 子看護課長から同制度の詳しい解説を 受けた。

「2025年には10万人に研修を受けて ほしい」と語る同課長は、「研修を修了 した看護師が自院に何人必要か考えて ほしい」と医療機関に積極的な養成を 呼びかけ、その研修体制として、「共 通科目は指定研修施設だが、区分科目 は協力施設で受けることもできる」こ とからとくに協力施設を増やす必要が あるとし、「できれば2次医療圏に1つ ほしい」との見解を明らかにした。

シンポジストの星北斗星総合病院理 事長も「10万人の育成を達成するため には2次医療圏に1つ以上の研修施設が 欠かせない」ため、「一定規模以上の医 療機関は引き受けるべきだ」と提案し つつ、315時間という研修時間がネッ クとなるとの懸念から、「全日病には ぜひ eラーニングを作ってほしい」と 要望した。

座長を務めた神野副会長は、全日病 として、①研修指導者講習会の開催、 ②手順書の作成と公開、③指定研修機 関に対する支援(共通科目のeラーニ ング化)を手がけていることを明らか にした上で、「会員病院、なかでも臨 床研修施設には、ぜひ指定研修機関に 手上げしてほしい」とアピールした。



上会開▲



▲サ高住の介護・医療ニーズへの対応状況



▲医療法人



▼救急防災



▲医療法人制度改革と2025年に向けた医療法人の経営戦略



▲よさこいソ-



▲SAPPORO Medical COLLECTION



▲閉会式

「第58回全日本病院学会 in 熊本」 のご案内

「第58回全日本病院学会 in 熊本」(学会長・山田一隆熊本県支部長) は、熊本県 支部の担当で、2016年10月8日・9日に熊本市内で開催されます。



▲札幌市立幌西小学校合唱団

第57回全日本病院学会 in 北海道

転換の妨げとならない診療報酬の設定が必要



特別講演「今後の医療提供体制」から 二川一男厚生労働省医政局長(当時)

厚生労働省としても、医療費を際限なく伸ばせるわけではないが、一方で、必要な医療は提供していかなければならないという立場。そのためには、医療者自らが効率よく医療を提供する体制を構築しなければならない。その体制を整えるのが地域医療構想である。

医療は各医療機関の中で完結できるものではない。隣の医療機関と協調しつつ、お互いの役割分担をよく話し合って、医療サービスを効率よく提供していく必要がある。必要な医療は提供するが、無駄な医療はしない、そういう体制が各地域で必要ではないかと考える。

こうした計画は、普通は、県が策定 したことを受けて、各医療機関が「さ てどうしようか」と考え始めるという 流れかもしれないが、地域医療構想に 関しては、県の策定を待つのではなく、 早目早目に協議を始めてもらってはど うかと思っている。

そうした協議を通じた機能選択の方 向性を前提に、各医療機関には、医師、 看護師、その他医療職種の配置等を考 えていただくことになる。このように、 競争するのではなく、協議をして、協 調していってほしいというのが、地域 医療構想の趣旨である。

今年6月に2025年の医療需要と病床必要量の推計値が公表された。このうち慢性期の病床については、必要量から導くというよりは、地域差の縮小を踏まえて推計している。

しかし、これで国民の医療ニーズを 満たせるわけではなく、「在宅医療等」 で追加的に対応する患者が30万人前後 あると推計されている。「在宅医療」で はなく「在宅医療等」ということだが、 この部分をどのようにやっていくかと いうのが課題だと思っている。

この点については、現在、検討会で 議論をしていただいており、年内ぐら いには選択肢を出してもらい、その後、 制度化へ向けて、どれを具体化する必 要があるのか議論をしてもらう予定。

昨年の病床機能報告をみると、回復期の病院・病棟がもう少し必要ということが分かる。それに向けては、ハード面の整備も新たに必要になるが、この点は補助金を用意している。

また、転換に当たっては、その妨げ とならない診療報酬の設定が必要にな る。医政局としては、保険局・中医協 にそうした面の支援をお願いしていか なければならない。

また、病床のタイプが切りかわっていくと、必要な医師数・看護師数が違ってくる。したがって、医療従事者の需給見通しも見直していかなければならない。

医師については偏在の解消に努めなければならないが、全体の養成数をどうしていくかという問題もある。現在の医学部定員は18歳人口に対して130人に1人、もう少しで90人に1人になるので、そこまで必要かどうかという議論になることだろう。同様に、看護師についての検討も始めていこうと考えている。(編集部注/本講演は9月12日に行なわれたもので、二川医政局長は10月1日付で厚生労働事務次官に就任している)

医業経営・税制委員会企画「地域医療構想について」から

「この10月の病床機能報告では回復期の定義に留意してほしい」

□佐々木昌弘厚労省医師確保等地域医療対策室長の講演(「地域医療構想について」)から



地域医療構想に対する 関心は大変に高いのは喜 ばしいことで、自らどう 動いていくべきなのかと

いう点で関心が高いようだ。こうした中で、国は次の一手を考えている。具体的には、7月に病床機能報告の検討を再開するとともに療養病床のあり方等に関する検討会を設置した。また、医療人材についても今後検討会を設置する。

地域医療構想は一面でデータの塊といえる。このデータは、自分の病院を どうイノベーション、またはリノベーションしていくのかを考える道具である。 地域医療構想を考える上で高齢化の 地域差が重要な鍵を握る。高齢者の動線、動ける距離を考えると、その地域の実情に応じた医療提供体制を、自分の病院と地域でイノベーション、リノベーションしていく必要がある。

ここには、各都道府県や構想区域のベースとなる2次医療圏に共通の方法はあり得ない。47とおりの、344とおりの取り組みが生まれてしかるべきである。ただし、目指していく姿を共有していくためには共通の指標が必要になるため、必要病床数に関する計算式とバックデータを用意した。

大切なことは必要病床数を定めたとして、そこからどうしていくのかである。

地域の中でのポジショニングを考え、 それを地域の中で議論していき、地域 の実情に応じた形での医療提供体制 を、自分の病院そして地域でイノベー ション・リノベーションしていく。

そこにこそ意味があるので、数字合 わせには何の意味もないと考える。

いわゆる団塊の世代が後期高齢者になってから患者数も増えていく時代に備え10年かけて取り組んでいくのが地域医療構想である。

こうした中、各都道府県による策定 が完了するのは来年度半ばまでが目安 かと思っている。

療養病床については介護療養型の法 律上の期限は平成29年度までだが、医 療法における療養病床25対1の特例も29年度までである。したがって、スケジュールを逆算的すると、平成29年の1月から始まる国会の中で、制度改正をする場合は、審議していただくことになる。

ところで、今年の病床機能報告についてお願いしたいことがある。それは回復期のことである。

回復期は急性期を経過した患者さんへの在宅期、退院に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能であり、その事例として回復期リハをあげているが、リハビリを行なっていなくても、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療は回復期に当てはまるということを明記させていただいた。このことを各病院で共有していただきたい。

地域医療構想 机上の構想となる可能性。 医療費抑制なら高機能病床を削減

□池上直己慶応義塾大学名誉教授の講演から



地域医療構想について は、病床機能区分によっ て果たして病床が再編で きるかということが第一

の課題となる。病床機能区分の名称と 機能は必ずしも一致しておらず、患者 が病棟の機能区分にもとづいて入院先 を選ぶことはないと思う。

これによって病床の区分変更(転換) と削減は実現するかというと、区分の 変更については、各区分の境界点は目 安にすぎないとされている上、1つの 病棟に異なる区分の混在も認められる ので、調整会議で区分変更を求める根 拠は乏しい。

一方、病床の削減については病院に 既得権があるので、特に民間病院に対 する知事の対応には限界がある。特に 慢性期病床では休眠病床の可能性も低 く、この点からも削減は難しい。

各病院は境界点をクリアし、より高い機能の病棟になるために、より濃密な医療を提供する可能性がある。人口減で医療需要が減少しても、入院患者は減少しない可能性がある。

次に慢性期病床であるが、療養病床の多い区域の病床を減らせば医療費が適正化されるとの結論だが、療養病床の1日当たり医療費は低いので、効果は限定的である。療養病床が減っても介護施設費・居宅費及びサ高住入居者の生活保護費は増加する。

そもそも2005年にも、同じ理由つまり 地域格差が大きいという理由で削減を 目指し、診療報酬に慢性期包括評価を導 入したが、療養病床は減少しなかった。 次に基金の財源で再構築できるかという課題であるが、再構築に要する財源としては不十分であり、効果には限界がある。

診療報酬との関係をみると、病床機能 区分の機能と診療報酬の規定は一致し ていない。地域包括ケア病棟は急性期、 回復期、慢性期のいずれも可能であり、 DPCの医療機関係数は病院単位であり、 病棟単位ではない。地域医療構想では 地域の独自性が強調されているが、診 療報酬は全国一律が大原則である。

以上から、地域医療構想は国のGLとデータに従って機械的に策定され、現場の反対で頓挫して、机上の構想に終わるのではないかと予測する。

特に問題は、病床が不足する東京、 神奈川、埼玉、千葉、大阪、沖縄の6都府 県に対する対応はどうするのかという ことである。

増床のために基金を交付するのか、 その際に、各構想区域に病床4区分ご との必要量の充足を求めるのかという ことである。例えば、都心の医療圏に 回復期病床の整備をするのか、これま での医療計画との整合性はどうするの か、基準病床数が充足している場合に 必要病床数ではどう対応するのか、と いうことがある。

私の代替案は高機能病院・病床の削減 である。医療費を抑制したいのであれば、 入院単価の高い高機能病院の病床を削減したほうが効果的である。介護費や 生活保護費への費用の移転もないので、 社会保障費全体の抑制にもつながる。

こうした高機能病院は公的助成を受けているので、知事は命令できる立場にある。もちろんこれは構想区域ではなく、県単位で対応する必要がある。

□地域医療構想策定の状況─地域からの報告

●鹿児島支部 (鉾之原大助市比野記念病院理事長)

鹿児島県は、専門調査会による2025年の推計で3万600床から1万700床削減されるとされた。削減率は全国でもっとも高い。平成22年度の国勢調査では高齢者単身世帯の割合が全国1位、高齢者夫婦世帯の割合が全国3位であるなど、歴史的経緯も含め、病床が多い事情は色々ある。県知事の医療難民は出さないという考えのもとで、療養病床削減には慎重に対応してきた。

県は地域医療構想検討委員会を今年7月に設置し、来年8月とりまとめの日程で策定を進めている。しかし、今年4月に県保健福祉部長が代わったことで情勢は大きく変わった。

検討委員会への住民代表の参加は拒 否され、昨年度、県医師会長が委員長 に就任することについて合意していたにも関わらず、部長自ら委員長に就任するという提案が出された(最終的には、県医師会長が委員長に就任することが承認された)。また、二次医療圏ごとに開催する会議を「検討会」から「懇話会」と改称、郡市医師会長ではなく、地域振興局の部長を議長に据えた。

同じ県知事の下で状況はここまで変化した。県の対応の変化の背景には国保の都道府県への移管が影響しているのだろうか。今、我々は県議会の理解を得ようと努力している。

●北海道支部 (中村博彦中村記念病院理事長・院長)

地域医療構想は全道の病院を代表して北海道病院協会が道との調整にあたっている。組織率70%を超える病院協会は、全日病北海道支部が理事長ほか

主要な役員についている。

病院協会は医療政策委員会が中心となって道との話し合いを行なうとともに、会員に対する情報の発信、基金の調整、各地の調整会議に病院協会役員を参加させる働きかけなどを展開している。

北海道の地域医療構想策定にあたっては、構想区域間の医療提供体制の役割分担、広域性による地域格差、医師の偏在と不足、中小自治体病院の存在などの課題がある。

国と道はデータをもって将来の方向性を示しているが、我々医療提供側も根拠となるデータを示して、ともに道の課題を克服する方向で議論をしていきたい。(編集部注/地域医療構想策定に関する北海道の状況は8面の北海道支部報告を参照)

●猪口雄二座長(全日病副会長)

鹿児島と北海道で、医療提供体制も

構想策定の状況も対照的である。もはや1つのルールで全国を律することはできない。それぞれの地域で関係者が知恵を絞って地域事情に対応した提供体制を構築していかなければならないということではないか。

最後に1点、佐々木室長にうかがいたい。地域医療構想として今回2次医療圏ごとの必要病床数が示されたが、医療計画には2次医療圏ごとに基準病床数がある。両者はいつごろ一体化されるのか。それとも一体化されないのか。

●佐々木室長

両者は法律の条文上の根拠が異なるので、一体化するには法改正が必要になる。整合性を図るためには、17年度からの第7次医療計画策定の前の16年度に策定する医療計画作成指針で法改正に向けた方針を示すということになるだろう。

石井孝宜氏の特別講演

枠組を変える地域医療構想。地域ごとの特性を踏まえた議論が必要

第57回全日本病院学会 in 北海道 量的抑制機能を発揮した14年度改定。高コストの急性期病院を直撃。次は療養病床と外来

「診療報酬のリバウンドと医療政策のパラダイムシフト〜財務の視点からふたつの変化を考える〜」と題した特別講演で、石井孝宜氏(石井公認会計士事務所所長=写真)は、冒頭で、病床規模が大きな公的病院等の決算の推移を紹介。2010年度、12年度、14年度の診療報酬改定を経る中、単価と収入は増加をたどりながらも、14年度の損益は10年度に比べて大きく落ち込んでいる事実を明らかにした。

同氏によると、病院経営にもっとも 大きな影響を与えたのは「急性期病床 の位置づけを明確にして医療資源の集 中投入による機能強化」を図った14年 度改定であった。

とくに、7対1の病院は、その新たな施設基準を満たすために入院患者構成の変更を行なう一方で平均在院日数の維持・短縮化に努めた結果、病床利用率の低下が避けられなかったと説明。

その上で、「患者の回転が悪化するの にコストが変化しなければ病院経営の 赤字化は必至」と指摘。そのコストが 大幅に増えていると注意を喚起した。

そして、「2008年を大底とした医療費の大抑制時代を、予算を使わないように我慢を重ね、様々なコストを抑えて耐えてきたが、10年と12年の改定で利益が出てきたということで、人、モ

ノ、情報にそれなりの予算をつけるようになった」と背景を概括。

「病院経営は固定費が大きい。規模が大きい病院ほどコストを下げることはきわめて難しい」と説明した。

この14年度改定について、石井氏は「改定をとおして診療報酬が極めて強く量的抑制機能を果たし始めた」との認識を披露し、「14年の4月以降、とてつもないどんでん返しが起きている」と、とくに急性期系の病院は「診療報酬のリバウンド」に留意する必要がある、と警告した。

その一方、「特定領域に特化した計画入院型の外科病院や病床区分を機能実態に適合させた病院、そして、前回改定の中心テーマである急性期病床の位置づけの明確化から外れた100床未満の一般病院や、主に急性期以外の領域を担っている病院群と精神科は余り影響を受けていない」と総括した。

他方、講演の後段は、内閣府専門調査会による2025年の医療機能別必要病床推定値が意味するところを示し、急性期病院に限らずすべての病院に影響が免れない「医療政策のパラダイムシフト」(枠組みの変化)が始まっていると述べ、警鐘を鳴らした。

まず、推定値から、三重県、鹿児島 県、北海道、東京都をとりあげて分析 を加えた。

そのうち、人口も増えず高齢化はほぼ終わってきている鹿児島県は、既存病床数に対して全体で-31.9%、急性期病床は-58%になるとされたが、「高度急性期は減らなくて済む」こと、今後も人口が増え高齢化が進む東京都中心に病床全体は大幅に増加すること、人口が減る一方で高齢化が進むとほぼっぱい、全体の増減率は全国平均とほぼ一緒で、高度急性期はほとんど変わらないものの、急性期病床の大幅な減少が推定されていることなどを解説。

「県によって随分と状況が違うし、同じ県でも2次医療圏によって全然違う」とし、「それぞれの地域が、それぞれの地域の意識としてきちんと認識をしながら、対応していかざるを得ない」との所見を明らかにした。

では、推計値の基となったデータからなにを導くのか。石井氏は、現在の全体充足状況(入院、入所、その他定員の全体数の全国対比)、今後の高齢化、病床機能のバランスの変化、病院の構成と分布の4点を視点にデータの整理・分析をしていく必要があるとし、以下のような認識を披露した。

(1) 現時点で全体充足状況が多い地域は2025年に病床は減っていく可能性がある。



(2) 現時点で高齢化がある程度進んでいる地域も、今後病床数が減っていくと思われる。

(3) 現在の機能別病床数の構成と今後の高齢化に伴う病床機能の変化もみていく必要がある。

(4) 地域における病院の構成と分布状況。例えば大病院が多くて寡占状態なのか、中小病院の群雄割拠分布なのかということによっても予測が違ってくる。

その際、「構想区域の特性によって 議論すべき問題の所在がまったく変わってくる。そのことを当事者がしっかり認識した上で、議論を始めなければならない」と注意を喚起した。

石井氏は、また、「急性期にかかわる議論はおおむね終わったというのが政府の認識だ。次の課題は療養病床であり、その進め方は入院受療率を前面に押し出した地域差の是正である。それだけでなく、そろそろ外来医療費にも手をつける」との認識を表わし、「病院の世界に大変動が起こりつつある」と警鐘を鳴らした。

子ども医療の地方単独事業への国庫負担調整措置が議論の俎上に

子どもの医療制度で検討会。自己負担と国保国庫負担のあり方等を検討

子どもの医療制度の在り方等に関する検討会が厚労省内に設置され、9月2日に初会合がもたれた。少子化対策の一環として、今後の子どもの医療のあり方等について検討を加えることが検討会の目的。

事務局(厚労省保険局総務課)は、大きく、(1)受診状況、提供体制、自己負担など、子どもの医療に関する現状を把握、その上で、(2)子どもの医療のかかり方、子どもの医療提供体制と自己負担のあり方、国保の国庫負担のあり方など、子どもの医療に関する課題の確認と対応策提言の2点を検討会の検討事項とした。

事務局は保険局総務課が務めるが、 検討会そのものは医政、雇用均等・児 童家庭、保険の3局長によって開催さ れる、省内横断の検討会である。

検討会の開催趣旨に、事務局は、「少子高齢化が進む中、子育て支援、地方 創生、地域包括ケア等に関して実効性 のある施策の展開が求められており、 子どもの医療分野において、そうした 観点から今後の在り方等についての検 討を行う」と記した。

「地方創生」という政策概念がキーワードの1つになっているのが目新らしいが、検討会の検討事項には「国保の国庫負担のあり方」という一項も入っ

ており、一見すると分かりにくい。

この問題について、第1回の会合に、委員の1人は「子どもの医療の自己負担の一律減免には反対。国保の国庫負担の調整措置は適切である」とする意見書を出した。

子どもの窓口負担は3割学齢前は2割)だが、対象年齢、所得制限等の違いはあるものの、すべての都道府県で管内市町村に補助が行なわれ、各市町村が自己負担の減免を実施している。

この地方単独事業において、多くの 市町村が都道府県の対象年齢等を拡大 しているだけでなく、子ども医療費窓 口無料化を実施しているところも少な くない。

この減免措置に対して、厚労省は、一部負担金の軽減化にともなう波及効果で医療費が増加した分は当該自治体が負担すべきという論理から国保の国庫負担を減額している。

この"ペナルティ"に、子育て支援=地方創生という見地から自治体は見直しを求めてきたが、全国知事会はこの7月の「国への緊急要請」で、「全ての子どもを対象にした子どもの医療費助成制度の創設」と「(それが)創設されるまでの間の子どもの医療費助成に係る国保の国庫負担金の減額制度の廃止」を求めた。

国保に関する国と地方の協議(国保基盤強化協議会)がこの2月に合意した文書(「国民健康保険の見直しについての議論のとりまとめ」)は、「子どもに係る均等割保険料の軽減措置の導入や地方単独事業に係る国庫負担調整措置の見直しといった地方からの提案についても、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論していく」と明記。

子ども医療費自己負担の軽減化の制

度化に関する議論を、国保の都道府県 移管に向けた国と地方の協議事項に位 置づけた。

子育て支援等による若い世代の定着 を願う地方と財源不足という足枷を踏 まえて保険制度を運営する国との間で、 少子対策と地方創生といっても政策の 優先度が違ってくる中、2つのテーマ の政策が問われるこの検討会で、子ど も医療にかかわる地方単独事業への国 庫負担調整措置の見直しが議論される 予定だ。

事務局は、月1回程開催し、来年の夏 をめどに報告をとりまとたいとしてい る。

健康局を組織改編。難病対策課を新設

「厚生労働省組織令の一部を改正する 政令」が9月15日に閣議決定され、9月 18日に公布された。これを受け、10月 1日をもって、健康局を中心とする組 織改編が行なわれた。

健康局は、疾病対策課を「がん・疾病対策課」に、がん対策・健康増進課を「健康課」にそれぞれ名称変更した上で「難病対策課」を設置。総務課を除くと、現行どおりの結核感染症課を含む4課体制とした。

これにともなってエイズ対策を疾病対策課から「結核感染症課」に移管し、 さらに「エイズ対策推進室」を新設した。

一方、医薬食品局は健康局から水道

課と生活衛生課の移管を受け、「医薬・ 生活衛生局」へと名称を変更した。

2016年度税制改正要望を決定

全日病は2016年度税制改正要望をまとめた。要望事項は、昨年と同様、(1) 医療に対する消費税の原則課税、(2) 医療機関に対する事業税特例措置(社会保険診療報酬の事業税非課税措置、医療法人の事業税軽減措置)の存続、(3) 社会医療法人の寄附金税制の整備及び認定取消し時一括課税の見直し、(4) 公益社団法人と一般社団法人等の固定資産税等減免措置、(5) 病院用建物耐用年数の短縮、(6) 東日本大震災被災地域への優遇税制、からなる。

会計監査院 医療費適正化施策の検査結果を総理大臣に報告

会計監査院は医療費適正化にかかわる厚労省施策に対する検査結果を報告書にまとめ、衆参議院の議長と内閣総理大臣に報告するとともに、9月16日に公表した。

会計検査院法の規定にもとづくもので、医療費適正化関連施策だけでなく、病床転換助成事業、NDBシステムの運用状況、レセプトの1次審査・2次点検の実施状況、保険医療機関に対する指

導監査の実態等も合わせて検査の対象 となった。その結果から以下の所見(要 旨)を表わした。

(1)医療費適正化計画については、医療 費適正化のための各種の施策を着実に 実施するとともに、医療費適正化計画 の実績に関する評価を適切に行うこと。

・特に、レセプトデータの突合・分析 等を行うことを一つの重要な目的とし て構築されたNDBシステムは、特定健 診等が医療費適正化に及ぼす効果についてデータを十分に活用した適切な評価を行うことができるようにするため、データの不突合の原因等を踏まえたシステムの改修等を行うなどの措置を講ずること。

(2)レセプト1次審査又は再審査の具体的内容、審査結果の理由等を可能な限り助成対象保険者等に伝えるよう審査支払機関に周知するとともに、当該審

査内容、審査結果の理由等を把握した場合には、レセプト2次点検の点検内容を適宜見直すなど、レセプト2次点検を一層効率的かつ効果的に行うよう助成対象保険者等に指導等を行うこと(3)医療機関等に対する指導については、「集団的個別指導」と「個別指導」を指導大綱等に即して適切に実施していなどの事態が見受けられた。地方厚生(支)局本局及び事務所に指導大綱等に即して適切に実施するよう改めて指示するとともに、事務所等における実施体制を一層整備すること。

同時改定に向けた介護報酬改定検証調査の内容固まる

介護給付費分科会看取りとターミナルなど、医療提供に関する医療・介護の横断調査を実施

9月18日に開かれた社会保障審議会・介護給付費分科会 (写真) は、(1) 2015年度介護報酬改定の検証調査 (15年度調査) の調査票、(2) 介護事業経営実態調査、(3) 介護保険サービスに関する消費税の取扱い等について議論した。

15年度改定の検証調査は診療報酬の 改定検証調査と同様、介護報酬改定の 効果検証と実態の把握が目的で、次期 改定の重要な基礎資料となる。

15年度は影響が比較的早く出る改定 項目を中心に調査されることになり、 そのテーマは、①リハビリと機能訓練 の機能分化とそのあり方、②介護保険 施設等における医療ニーズへの対応の あり方、③認知症高齢者への介護保険 サービス提供の実態、④介護保険サー ビスにおける質の評価に関する調査研 究などの7項目となった。

この日は介護報酬改定検証・研究委員会がまとめた調査票案がそれぞれ示され、基本的に了承された。修正を求める意見の反映は田中滋分科会長(慶應義塾大学名誉教授)と事務局(厚労省老健局老人保健課)に委任された。

調査は10月にも開始され、来年3月 には分科会に結果が報告される。

このうち、リハについては、評価の 視点を「機能訓練」のみから「活動」と 「参加」へと広げたり、多職種連携にも とづくリハ・マネジメントの仕組みな ど15年度改定で重点的な見直しが行な われた。

検証調査では、通所リハ、通所介護、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護、介護保険3施設について各500~1,500事業所を対象に、機能訓練もしくはリハ提供の内容、人的配置、利用者の満足度などを調べる。

医療ニーズへの対応に関しては、医療サービスの提供体制と提供状況の実態に加え、看取りとターミナルケアの実態も調べ、施設類型間の差異や特徴をなどを把握する。

特養(対象2,000施設程度)、老健(2,000施設程度)、介護療養型(1,600施設程度)とともに医療療養病床(1,200施設程度)も調査対象に加えられた。18年度同時改定のテーマの1つが介護施設に対する医療提供のあり方となるという点だけでなく、医療提供に関する、医療保険から介護保険にいたる慢性期の横断調査は前例にとぼしいこともあり、きわめて注目される調査となる。

認知症対応に関しては、介護保険すべての施設・事業所を対象に、介護保険データベースを活用した概況調査とともに、1万ヵ所程度を対象にサービス提供の実態や利用状況などを調査する。

精神病床や療養病床は対象に入らないが、介護保険の全サービスを対象とする認知症に関する本格的な横断調査は初めてとなる。

これら調査の実施に関しては、テーマごとに調査検討組織が設置され、調査設計から報告書作成にいたる工程を管理する。医療ニーズの調査は6人の委員からなるが、病院からは日慢協副会長の安藤高朗氏(全日病副会長)と池端幸彦氏が参加している。

このほか、この日は、介護事業経営 実態調査の見直し検討に関する論点と 現在までの議論の整理が示され、介護 事業経営調査委員会に付託する検討点 について意見が交わされた。

介護事業経営実態調査については、 「15年度予算編成における大臣折衝事 項」(15年1月11日)で、「サービス毎の収 支差その他経営実態について改善措置

大阪府 MedCity 21 所長 福本真也

株式会社初田製作所

賛助会員は87人となった。

他に1人の退会があり、在籍準会員は

賛助会員として以下の入会が承認された。

代表取締役社長 初田和弘

を講じ、17年度に実施する介護事業経 営実態調査に確実に反映させる」と明 記された。

したがって、今年の12月までに調査 設計の案を固め、改定2年目の16年度 には調査を実施する必要があり、その 具体案の提案を、付設の介護事業経営 調査委員会に付託している。

論点としては、(1)実態調査は、現在、改定後2年目の3月の1ヵ月を対象としているが、それを通年あるいは複数年とするかどうか、(2)サービスごとにしている実態調査を法人単位の調査とするか(その際、キャッシュフロー、内部留保、借入金も把握するべきか)、

(3) 介護報酬の設定に際してサービス間の収支差率を比較しているが、税等の費用を控除する前の収支差率を用いるのは課税法人と非課税法人の間に不公平をもたらさないか、などがあげられている。

この日の議論では、「診療報酬改定に 用いる医療経済実態調査のように、複 数年を対象とするとともに、経年調査 も行なうべきではないか」とする意見が ある反面、「複雑な調査にすると零細 な介護事業所の多くは回答できなくな る」との声も多くあがり、議論の行方 は混とんとしている。

厚生労働事務次官に二川一男医政局長

厚生労働省は9月25日に局長以上の 人事異動を発表、厚生労働事務次官に 二川一男医政局長が就任する。同省は、 また、課長級以上の異動を内示した。 発令はいずれも10月1日付となる。

【主な異動】括弧内は前職

▽厚生労働事務次官 二川一男(医政局長) ▽厚生労働審議官 岡崎淳一(労働基準局長) ▽医政局長 神田裕二(医薬食品局長) ▽健康局長 福島靖正(大臣官房審議官=医政担当) ▽医薬・生活衛生局長 中垣英明(内閣官房内閣審議官=内閣官房副長官補付) ▽社会・援護局長 石井淳子(政策統括官=労働担当) ▽政策統括官(社会保障担当)武田俊彦(大臣官房審議官=医療保険担当) ▽大臣官房審議官=医療保険担当)▽大臣官房審議官(医政担当=老健局・保険局併任) 梅田珠実(国立病院機構医務担当理事) ▽大臣官房審議官(医療保険担当) 谷内繁(大臣官房審議官=賃金、社会・援

護・人道調査担当) ▽医政局総務課長 (医政局医療経理室長併任) 中村博治 (保険局国民健康保険課長) ▽医政局 地域医療課長 迫井正深(老健局老人保 健課長) ▽健康局総務課長 大西証史 (年金局事業管理課長) ▽健康局が ん・疾病対策課長 佐々木健(大臣官 房企画官=保険局医療課併任)▽新 設·難病対策課長 松原徳和(支払基金 経営企画部長) ▽老健局総務課長 日原 知己(復興庁統括官付参事官)▽老健 局介護保険計画課長 竹林悟史(雇用均 等·児童家庭局少子化対策企画室長) ▽老健局老人保健課長 佐原康之 ▽保 険局総務課長 渡辺由美子 (保険局医療 介護連携推進政策課長=医政局、老健 局併任) ▽保険局保険課長 宮本直樹 (職業安定局雇用開発部障害者雇用対 策課長) ▽保険局国民健康保険課長 榎本健太郎 (老健局介護保険計画課長) ▽保険局医療介護連携推進政策課長 城 克文(医政局経済課長)

関する検討会等について報告があり、質疑 が行なわれた。

●「地域横断的な医療介護情報のICT化により世界最先端の臨床研究基盤等の構築を加速するための研究(AMED)」の実施

本会が、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)から受託した標記研究の分担機関に参加することになった旨の報告

があった。 ●研修会等の開催

看護師特定行為研修指導者講習会、「2025年に生き残るための経営セミナー」第10弾、病院職員のため認知症研修会、災害時の病院管理者等役割研修、特定健診保健指導関連研修会、診療報酬関連研修会、「HOSPEX JAPAN 2015」における全日病セミナーほかの開催計画が報告された。

●病院機能評価の審査結果

平成27年8月7日付で以下の12会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。
□主機能(3rdG/Ver.1.0以降=主機能

順不同)

◎一般病院 1

東京都 寿康会病院 新規 京都府 向日回生病院 新規 福岡県 井上病院 更新

◎一般病院2

北海道 江別病院 更新 北海道 手稲渓仁会病院 更新 秋田県 市立横手病院 更新

埼玉県 白岡中央総合病院 更新 三重県 岡波総合病院 更新 福岡県 久留米大学病院 更新

◎リハビリテーション病院北海道 星が浦病院 更新◎慢性期病院

埼玉県 埼玉あすか松伏病院 新規 大阪府 高村病院 新規

8月7日現在の認定病院は合計2,262病院。そのうち本会会員は1,018病院と、会員病院の41.7%、全認定病院の45.0%を占めている。

2015年度第6回常任理事会の抄録 9月11日 於 札幌市内・ロイトン札幌

【主な協議事項】

●2015年度の委員会委員

2015度の委員会委員名簿が承認された。

●2016年度の税制改正要望

厚生労働大臣宛の2016年度税制改正要 望書案が承認された。

●療養病床の問題について

2017年度末で廃止が決まっている介護 療養病床と25対1看護配置の経過措置に 関して、高齢者医療介護委員会で議論し、本 会の見解案をまとめる方針が確認された。

●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。 長野県 北野病院 理事長 北野敬造 和歌山県 中江病院 理事長 中江 聡 沖縄県 沖縄リハビリテーションセンター病院 理事長 宮里好一

他に2人の退会があり、在籍正会員は 2,445人となった。

:,445人となった。 - 準会員として以下の入会が承認された。

【主な報告事項】

69人となった。

●茨城等の水害に対するAMATの出動

台風18号の影響による関東・東北地方の水害に対して南町田病院が医療救護班を派遣、DMATと連携しつつ、患者搬送先に対する支援活動を実施した旨の報告があった。

●審議会等の報告

中医協総会、診療報酬基本問題小委、入院医療等の調査・評価分科会、DPC評価分科会、地域医療構想策定ガイドランに関する検討会、健康情報拠点薬局(仮称)のあり方に関する検討会、療養病床の在り方等に

個人情報が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 5283-8066 FAX 5283-8077

報告 地域医療構想と支部の取り組み(3) 北海道支部

□北海道における「地域医療構想」策定作業の進捗状況

最大の課題は大学病院、公的病院、高度医療民間病院が集中する札幌圏

道・医師会・病院協会が緊密に協議。既に21のうちの16圏域で調整会議を開催

1. 北海道における医療提供体制再構築に関する取り組み

北海道では、10年ほど前から、広域 医療・医師看護師などパラメディカル を含めた医療従事者の著明な偏在・大 幅な集約化連携の遅れなど、山積する 医療提供体制の課題に関して徐々に議 論が深まってきていた。

このような中、平成21年度地域医療 再生基金配分の際に、電子レセプト情 報等データベース整備事業 (国保レセ プト情報の分析による診療実態分析) がおこなわれ、「データに基づいた提供 体制の議論」が始まり、平成25年12月 より北海道保健福祉部と北海道医師会、 北海道病院協会(組織率71%。全日病会 員はほぼ加入)、研究者等による「地域 医療に関する勉強会」(期間:地域医療

ビジョン策定まで)が、平成26年4月に は保健福祉部に組織横断的な「地域医 療推進局」が設置され、この課題に関 する行政の強い意思が示された。

さらに、道は政策大学院大学に保健 福祉部職員を継続的に派遣し、医療介 護福祉政策ならびにデータにもとづく 情報分析を学ばせることをここ4年に わたって進めており、合同勉強会に提 出する資料は客観的なデータで埋めら れるものに変化して来ていた。

議論をする医療提供者側もデータを 見ながらの意見陳述なので、それまで の抽象的な議論はなくなって具体的提 案がなされるようになり、会議の質も 向上した。



2. 「地域医療構想」 策定作業の進捗状況

平成27年1月、北海道総合保健医療協 議会(総医協)地域医療専門委員会(医 育機関 · 医師会 · 北海道病院協会 · 歯科 医師会・薬剤師会・看護協会等) におい て、道ははじめて以下の項目に関する 策定議論の方向性を提示した。

- (1) 地域医療構想の策定単位について (2)「全道での議論」と「地域での議論」 の順番・流れについて
- (3) 策定時における地域での議論につ いて

4月には平成27年度第1回総医協地域 医療専門委員会が開催され、その場に、 道から具体的な「地域医療構想 | 策定の 方針が示された。

そして、7月の第2回委員会で、あら ためて「地域医療構想策定について-地域医療構想策定方針、構成、調整事 項、スケジュール、国からの提供デー 夕、専門調査会報告、厚労省通知、必 要病床数推計」の提示があり、本格的 議論が開始された。

議論の結果、①各圏域での調整会議 開催前に全道レベルでの議論を専門委 員会で行うこと、②厚労省から開示さ れる検討に資する基礎データを確認後 に再協議すべしとの結論となり、提案 スケジュールを1ヶ月ほど先送りする こととなった。

各調整会議を再開する前に全道レベ

ルでの議論を行なうというのは、北海 道には2次医療圏21あるものの、その1 つにすぎない札幌圏に人口の約1/2が 集中し、その他に10~30万人の中核都 市を持つ圏域が9つある一方、全体で も人口3~5万人で高度急性期・急性期 医療が成立していない圏域もあること から、あらかじめ隣接圏域合同の会議 をもつべき地域もあり、事前調整が必 要となるためである。

これまで、専門委員会では、当然の ことながら、医育機関、医師会、病院 協会代表のみによって議論されてきた。 加えて、北海道では、各構想圏の状況 は人口や医療提供体制などの面で大き な差異がある。こうしたことから、8 月末に、道と医療提供者側代表のみに よる「地域医療構想に関する懇談会」 が開催された。

懇談会では、地域医療推進局地域医 療課が作成したデータ集(道が保有す るデータとして市町村毎推計必要病床 数や疾病別データ。厚労省から提供さ れた、地域医療構想策定支援ツールと 医療計画作成支援ツール、病床機能報 告制度の平成26年度集計結果、2次医 療圏別医療機能別病床数推計)を参考 に、各構想医療圏における調整会議の 立ち上げと、その際専門委員会から全 道共通事項・特定地域における事項に

□「北海道地域医療構想」策定のスケジュール *地域医療専門委員会(4月23日)にて改訂

| 年 月 | 検 討 内 容 等 | | |
|------------|--|--|--|
| 平成27年3月31日 | ・国が「地域医療構想策定ガイドライン」を策定 | | |
| 4月 1日 | ・国が関係政令・省令を改正・施行 ⇒構想の策定に関する規定及び実現するために必要な措置に関する規定 | | |
| 6月目途 | ・道において、国が提供するデータに基づき、北海道おける必要病床数を算定 | | |
| 6月以降 | ・北海道総合保健医療協議会地域医療専門委員会において、道の「地域医療構想策定方針」を決定 ⇒策定スケジュール、構想区域の設定、地域での議論の進め方等 | | |
| 7月~ | ・関係者との認識共有(医療関係者、自治体、保健所等) ・各地域において、「地域医療構想調整会議」を設置、議論 ⇒各種データの共有、必要病床数の調整等 ・シンポジウムの開催 | | |
| 平成28年3月~ | ・地域医療専門委員会において、「地域医療構想(素案)」の取りまとめ ・パブリックコメントの実施 ・「北海道医療計画[改定版]」の見直し(北海道医療審議会への諮問・答申)、公示 (北海道告示) | | |

関する留意点や議論すべき点などにつ いて活発な議論が展開された。

その結果、今後、各構想圏調整会議 における議論内容を確認しつつ、専門 委員会での議論を適時開催するという

常任理事·北海道支部 支部長 徳田禎久

ことになった。

現時点での策定スケジュールは表の通 りで進行している。

3. 「地域医療構想」策定における課題

北海道では、厚労省から地域医療推 進局に出向中の地域医療課長が大変積 極的であった。

平成26年からこれまでに、全道に14 ある(総合)振興局(広域に対応するた め北海道の行政区画単位に道庁の出先 機関として設置) に出向き、各圏域で すでに計47回もの説明会を行うととも に、各圏域で独自の医療介護福祉連携 や街づくりを行っている市町村でのヒ アリングを先頭に立って行った。

そして、これらも踏まえた具体的な 提案をポイントとしてまとめ、「いよ いよ始まる地域医療構想(ビジョン)策 定作業」として、各種講演会で積極的 に発信している。

その内容は以下のとおりである。

ポイント①

○地域医療構想は、「地域における2025 年の必要病床数」と「その実現に向けた 施策」から成り立っており、当該地域 における将来の医療提供体制の「形」 「枠」を定めるもの。

個別医療機関の具体的な役割は、構 想策定後に地域医療構想調整会議で議

○地域医療構想は、策定して終わりで はなく、構想が現実のものとなるよう、 2025年、さらにはその先に向けて関係 者が継続して取り組んでいくための中 長期的な枠組み

ポイント2

○地域医療構想策定を急ぐ必要はない が、策定が遅くなった場合、新基金(地 域医療介護総合確保基金) の道への分 配に影響がでる恐れに留意

(参考) 厚労省は、「地域医療構想の達 成に向けた医療機関の施設又は設備の 整備に関する事業」に重点化して配分 していく方針を提示。

○現時点では、地域での議論の時間を 十分とるため、

平成27年度中から平成28年度の早い 時期での策定を目指す

ポイント(3)

○慢性期の患者の一部について、「在 宅等」で対応することが可能と想定し ているが、いわゆる純粋な在宅だけで はなく、早めの住み替えによるサ高住 や、「等」に含まれている特養における 受け止めも想定している。

特に北海道においては、あらゆる地 域で在宅医療を推進することは現実的 ではないことから、このような病床と 在宅との中間的な受け入れがポイント となる。

ポイント④

○ガイドラインは参考であるが、将来

の医療需要の推計方法や必要病床数の 算定方法は厚生労働省の省令で決まっ ているため、必要病床数は、国が提供 するデータに基づき、一定程度機械的 に算定する必要がある。

○算定された必要病床数を踏まえつ つ、二次医療圏を越える患者の流出入 の推計の分析や疾患別の動向の分析等 を詳細に行っていく必要がある。

ポイント5

- ○「なぜ、構想をつくるのか」「何を目 的にするのか」の確認が必要。
 - ・単に各地域において必要な病床数 を決めることにとどまらず、将来に わたって地域における医療を確保し、 医療・介護サービスを切れ目なく受け られる体制としていくための検討
 - ・関係者間で目標を可視化・共有し、 足りない医療機能の補充や共倒れの 防止を協議

ポイント⑥

- ○分野横断的な検討の必要性
- ・高齢化に伴い慢性期疾患が増加し、 医療のあり方が「生活を支える医療」 に転換していくことが求められてい ることなど、医療を取り巻く環境の 変化を踏まえ、介護や生活支援施策 との一体的な検討のみならず、住宅 や交通、さらには、まちづくりや地 域活性化等の分野も含め、分野横断 的で幅広い観点からの検討が必要

ポイント(7)

- ○構想を実効性のあるものにするには どうしたらよいのか。
- ・「医療機関の自主的な取組」「医療機 関間の話し合い」と、「地域医療介護 総合確保基金による支援」が基本的な
- ・強化された知事の権限への誤解と 限界の周知
- ・基本的には、

「経営を左右する重要事項だからこそ、 医療機関自身で判断していただく」 行政は「話し合いの場を提供すると ともに、客観的なデータを提供する」 もちろん、「一緒に考える」

- ・医師、看護師等の医療従事者確保 対策が構想実現に必須
- ・取組が進まない場合にどうなるか… を考える

現時点で、調整会議が開催されたの は16圏域であり、今後1~2ヶ月以内に 全道で実施されるが、最大の懸念は、 2医育大学病院や公的病院が集中する 上、高度医療を行う民間専門病院も多 い札幌圏である。



人材育成こそ喫緊の課題である

現在、全国で地域医療構想策定会議 が開かれている。当初○○床削減と報 道され、てんやわんやの騒ぎになった が、強制的な削減ではなく自主的な収 れんであることが判り、落ちついてき たように思われる。

しかしながら、医療需要・介護需要と

も遅いか早いかの違いはあるが減少し ていくので、我々医療機関は、自院の 将来像を描き、地域での生き残りを考 えねばならず、それぞれの地域で今あ る医療資源を最大限活用し、足りない 機能は機能変更していく事になると思

ただ、県・地域医療圏での検討会に 参加して感ずるのは、今後の医療・介 護を担う人材不足の検討がなされてい ない事である。さらに、現在、医療・ 介護を担っている我々自身の高齢化も

一顧だにされていない事である。最も 大事な医療・介護を担う人材が不足す れば、すばらしい地域医療構想も「絵 に描いた餅」になると危惧している。

そのような時に、先日、TVの国会 中継で、野党議員より、福島県立川口 高校において介護・福祉に関する授業 を2・3年次に受講しているとの紹介が あり、中高時代より介護・福祉を担う 人材育成の必要性を安倍首相に質問を していた。

首相も賛同し、人材育成を検討して

いきたいと答えていたが、今回の地域 医療構想は、住民・行政・医療・介護関 係者全員が自分達の住む地域の将来像 を一緒に考える良い機会と思われる。

少子高齢化・人口減時代に、いかに して生き残るのか? そして、遅きに 失した感じはあるが、それを担う人材 育成についてどうするのか? 地域の 住民と膝を交えて、話し合っていくこ とも、地域医療構想の重要な一面であ ると思う。

(寛)