



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2014

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 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル 7F

TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.832 2014/9/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

総合確保方針決まる。9月半ばに告示、基金交付要綱等を発出

方針に「事業主体間の公平性を確保」と明記—「官民の公平性」を担保?!

9月8日の第3回医療介護総合確保促進会議は「総合確保方針」(3面)をとりまとめた。これを受け、9月半ばをめどに厚労省は総合確保方針を告示。併せて、新たな基金の交付要綱等を都道府県に発出する予定だ。交付要綱等を受けて各都道府県は基金をあてた事業の計画を厚労省に提出、10月に内示、11月に交付決定となる。

今回の促進会議は12月に開かれ、厚労省より基金交付状況等の報告を受ける。以降、同会議は常設として、2015年度から基金事業の執行状況を検証するとともに、医療・介護提供体制整備の全国的な進捗を点検していく。

総合確保方針とは「地域における医療・介護を総合的に確保するための基本的な方針」をいう。

6月に成立した一括法(医療介護総合確保推進法)において改正された「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」(医療介護総合確保促進法)に、厚生労働大臣は地域における医療・介護の総合的な確保の基

本指針を定めるものとなる。厚労省は7月25日の第1回会議に提示した「総合確保方針に盛り込むべき事項の主な論点」をもって意見募集を終え、第2回会議(8月29日)に、第1回会議で示された意見を盛り込んだ方針素案を示し、網羅的な議論を得た。

第3回目のこの日、素案に対する修正意見を反映させた最終案を各構成員が了承、方針がまとまった。総合確保方針は、医療と介護の提供体制整備に齟齬が生じないようにするために、両分野の諸計画における理念と目標、総合確保と基金事業に関する計画と既存計画の関係、各計画の作成・実施



本指針を定めるものとなる。

第3回目のこの日、素案に対する修正意見を反映させた最終案を各構成員が了承、方針がまとまった。

総合確保方針は、医療と介護の提供体制整備に齟齬が生じないようにするために、両分野の諸計画における理念と目標、総合確保と基金事業に関する計画と既存計画の関係、各計画の作成・実施

この日の会議で、構成員の西澤全日病会長は、四病協と日医の共同提言(「医療提供体制のあり方」13年8月8日)と四病協の追加提言(「地域包括ケアシステム構築に向けて」13年11月18日)の資料を提出、その要旨を説明した。

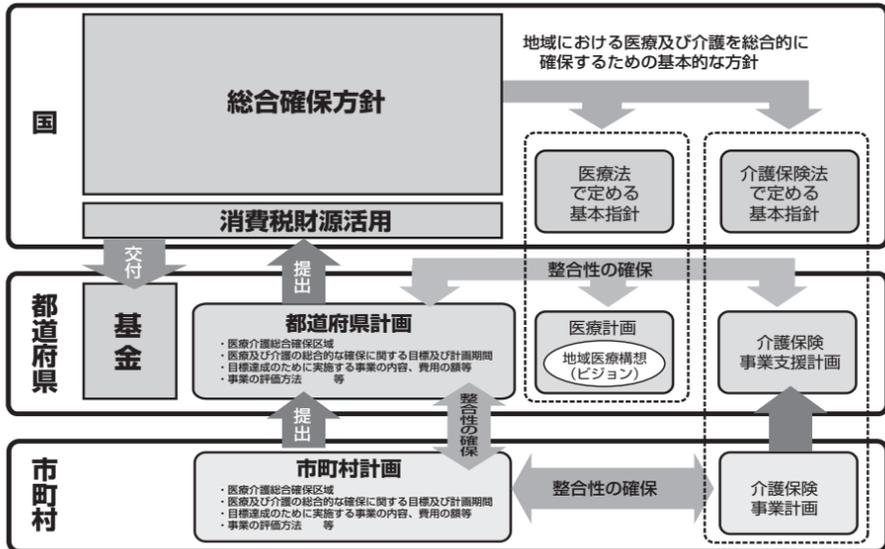
病床機能報告に用いられる機能は病棟単位に過ぎず、それを地域住民に病院類型として分かりやすく示していく

にかかわるルールなど、関連計画をインテグレートしていくための規律と規程を明確にするとともに、基金事業に関係者の声を反映させる仕組みを定めている。

医療介護総合確保推進法の附帯決議には、基金事業に関して「官民の公平性に留意する」ことが書き込まれたが、総合確保方針にその記載は特段見当たらない。

これに関する本紙質問に、保険局医療介護連携政策課の渡辺課長は「方針の中の『基金に関する基本的な事項』に『事業主体間の公平性を確保』とある」と回答、それをもって「官民の公平性」を担保するとの所見を披露した。

医療と介護に関する各種方針・計画等の関係 (事務局資料から)



西澤会長「地域医療・介護支援病院」の機能・役割を説明

この日の会議で、構成員の西澤全日病会長は、四病協と日医の共同提言(「医療提供体制のあり方」13年8月8日)と四病協の追加提言(「地域包括ケアシステム構築に向けて」13年11月18日)の資料を提出、その要旨を説明した。

病床機能報告に用いられる機能は病棟単位に過ぎず、それを地域住民に病院類型として分かりやすく示していく

ことが求められると指摘した上で、高齢社会に対応した付加機能を備えて地域包括ケアを支える「地域医療・介護支援病院」の機能と役割を説明。

「総合確保方針の実施に際して効率的で質の高い医療提供体制と地域包括ケアの構築が検討される。その中で、ぜひ、我々の提言を参考にしてください」と述べた。

医療機関群の見直し 係数Ⅱの配分引き上げを検討。Ⅲ群の細分化は否定

Ⅱ群は高度急性期。要件を「地域における機能」とする方向を打ち出す

9月5日に開かれた中医協・診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会は、次期改定に向けたDPC制度の見直し課題のうち、「診断群分類点数表」と「医療機関別係数」について検討の方向性を「中間とりまとめ案」に整理、中医協総会に諮ることを決めた。(2面に詳細記事)

その中で、焦点の「医療機関群のあり方」に関しては、(1)Ⅰ群を大学病院本院とする現行制度を維持する、(2)Ⅱ群の要件を「地域における機能」とし、病院が地域でカバーしている機能を対象とした基準に見直す、(3)Ⅲ群は細分化しないが機能評価係数Ⅱの配分割合の引き上げを検討する、という方向が打ち出された。

ただし、以上の方針には、それぞれ以下のような補足説明が必要だ。

(1)については、本院として求められる本来機能を満たしていない大学病院に対しては、実態を捕捉した上で、減算等何らかの措置をとるという対応が予定されている。

(2)に関しては、Ⅱ群病院をⅠ群ともども高度急性期病院に位置づける方向で病院群を固定する方向が想定されているが、現行要件のようにアウトカムによる実績のみの評価でいくとⅡ群とⅢ群間の移行が繰り返されるため、それを避けるためにも、地域(3次医療圏)で何

をカバーしているかという指標を要件化する方向の見直しが考えられている。

(3)については、DPC病院の経営安定化に配慮した基礎係数の配分割合がきわめて高い現行評価では、医療の質の向上による増収という側面が軽視されるため、医療のレベルを上げる取り組みに向かうインセンティブを弱めていないかという指摘が背景にある。

そのため、今後は、医療の質の向上をさらに評価する方向で見直すべきということで、機能評価係数Ⅱの配分割合の引き上げは「調整係数の置き換え完了に向けた枠組み」として提起されており、

したがって、Ⅰ群、Ⅱ群を含むすべてのDPC対象病院がその対象とされている。

以上の考え方は、分科会の議論の流れに沿ったものではあるが、医政局が進める機能分化・連携の方向を踏まえ



た事務局(厚労省保険局医療課)の問題意識を反映するものでもある。

ただし、事務局は、「中間とりまとめ案」で整理された検討の方向を中医協総会が大筋で了承した後の分科会で具体的な検討に入りしたいとしており、「中間とりまとめ案」で示した検討の方向は、現時点では「選択肢の1つに過ぎない」(担当官)としている。

厚労大臣に塩崎恭久氏

第2次安倍政権初の内閣改造が9月3日に行なわれ、厚生労働大臣に塩崎恭久氏が就任した。副大臣に永岡桂子氏(衆議院・自民)と山本香苗氏(参議院・公明)が、政務官には橋本岳氏(衆議院・自民)と元日看協常任理事の高階恵美子氏(参議院・自民)が就いた。

■新規募集開始の研修会 (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
2025年に生き残るための経営セミナー第5弾【追加開催】 「データ提出加算のためのデータ作成・コーディング研修」(150名)	10月9日(木) 14:00~17:00 (全日病会議室)	8,000円 (15,000円)	・内容は8月13日に開催したセミナーと同じです。 ・厚生労働省担当官が直接質問に答えます。 ・募集人数を制限することで、質疑応答の時間をたっぷり確保します。 ・8月13日開催セミナーのFAQを配布します。
2014年度特定保健指導アドバンス研修(40名)	11月8日(土) 12:30~19:05 (全日病会議室)	15,000円 (20,000円)	・シミュレーション(演習学習)を中心とした、より実践的な特定保健指導の場を想定した上級コース。 ・受講要件はHPをご参照ください。
2014年度総合評価加算に係る研修(100名)	11月8日(土) ~9日(日) (AP 秋葉原 =東京都台東区)	50,000円 (75,000円)	・本研修の、座学研修1日、ワークショップ研修1日の計2日間の受講により、「総合評価加算」の算定要件を満たします。 ・日本老年医学会会員医師も参加可能。 ・厚生労働省の指摘により、1日だけの参加はできません。
2014年度医師事務作業補助者研修(大阪会場)(100名)	10月29日(水) ~30日(木) (大阪府大阪市、AP 大阪梅田茶屋町)	30,000円 (30,000円)	・本研修は、診療報酬の「医師事務作業補助体制加算」を算定するための研修要件を満たしています。 ・本集合研修を修了し、病院内研修レポートを提出した方には、「修了証」を授与いたします。
2014年度臨床研修指導医講習会(40名)	11月8日(土) ~9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です。 ・厚生労働省の指針により、16時間以上の受講が必要となりますので、遅刻・早退した場合は「修了証書」が発行できません

係数Ⅱの配分見直しは全DPC病院が対象

DPC評価分科会 係数Ⅱの7項目の重みづけも検討課題となる可能性



9月5日のDPC評価分科会は、次期改定におけるDPC制度見直しに向けた検討の方向性を「中間とりまとめ案」に整理した。10月の中医協総会で了承を得た後に、本格的な議論を開始する(1面に関連記事)。

「中間とりまとめ案」は、5月28日の基本小委と中医協総会で了承を得たDPC制度に関する「今後の検討課題とスケジュール等」のうち、「診断群分類点数表」「医療機関別係数」について検討の方向性を整理している。

その基本小委と中医協総会では、医療機関群のあり方について、①Ⅲ群を細分化すべきではないか、②Ⅱ群が「大学病院本院に準じる」病院であるという概念は見直すべきではないか、③Ⅱ群とⅢ群を分ける必要があるのか考えるべきである(機能評価係数で評価する方法もあるのではないか)、という見解が示された。

分科会におけるその後の議論は、②は基本小委と中医協総会の見解に沿うものとなったが、①と③に関しては見解と異なる方向で議論が進み、今回の報告となった。

「診断群分類点数表」に関する検討課題のうち、ICD-10の2013年度版には次々回改定以降に対応する方向を打ち出し、重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)は次期改定での導入を予定してMDC作業班で具体化を進める方針を示している。

また、激変緩和措置のあり方に関しては、対象病院に対するアンケートを10月以降に実施、実態を把握した上で

検討の方向性を決めるとしている。

医療機関群のあり方については、(1)Ⅰ群を大学病院本院とする現行制度を維持する、(2)Ⅱ群の要件を「地域における機能」とし、病院が地域でカバーしている機能を対象とした基準に見直す、(3)Ⅲ群は細分化しないが機能評価係数Ⅱの配分割合の引き上げを検討するという方向で検討するとした。

このうち、Ⅰ群に関して、事務局(厚労省保険局医療課)の佐々木企画官は、機能の一部を分院に移したり、総合的機能の一部がないなど「Ⅰ群に値しない本院にはどう対応するのか」という委員からの質問に、「本院はⅠ群が原則である。減算という方法もあるが、どうするかは中医協が判断する問題だ」と答えた。

Ⅱ群については、「現在はⅠ群に準じるという相対的な要件が設けられているが、それを、何らかの絶対的な基準に変えてはいかかかということ」と説明。その際、「Ⅱ群病院はある程度高度急性期を担うもの」との認識を示した。

この提案は、Ⅰ群とⅡ群をもって高度急性期病院とみなすが、その診療圏域は3次医療圏であり、Ⅱ群病院は基本的には固定されたものとする。そのため、Ⅱ群とⅢ群との間で移行

が生じ得る現行の実績要件は好ましくなく、3次医療圏をカバーする機能を評価する独自の絶対的基準値を設けてはどうか、という論議である。

Ⅱ群に関する考え方を述べる中で、佐々木企画官は「各地域で機能別の病棟配置を考えることになる。その方向を見据えつつ…」と述べるなど、医療計画(地域医療構想)と診療報酬が整合性をもって機能分化・連携を進めるべきという視点を吐露した。

2次医療圏単位の地域医療構想に対してⅡ群病院は3次医療圏単位という違いはあるが、「Ⅱ群は高度急性期」というかたちの類型化には、今後の機能報告における高度急性期の選択に診療報酬の面で制約を課すという発想がうかがえる。

Ⅲ群に関して、中間報告は細分化を否定する一方で、医療機能別係数における係数Ⅱの比重を見直すという方向を明記した。ただし、係数Ⅱに対する財源配分割合の見直しは「調整係数の置き換え完了に向けた枠組み」として、Ⅰ～Ⅲ群すべてが対象となる。

配分割合の見直しとは係数Ⅱの比重を高める方向を意味している。基礎係数によって報酬の大枠が画一的に決まる現行制度の下では、医療の質を上げても増収につながりにくく、質を評価するはずの機能評価係数Ⅱは十分な配分を得ていない。

分科会で少なからぬ委員から示され

たこうした見解に対して、佐々木企画官は、「係数Ⅱの重みを増すことによって、各病院の取り組みを質の向上に誘導していくことができる」という認識を示した。

同企画官は、分科会後に「分科会における議論は、バラエティーに富んだⅢ群を評価する上で、今の機能評価係数Ⅱの財源は少し足りないというものだった」との認識を披露しており、財源配分の見直しはⅢ群の調整に重点が置かれる可能性がある。

その一方で、複数の委員から、7項目が等分に配分されている係数Ⅱの「重みづけも検討すべきではないか」という意見が示され、「そのことによって激変緩和措置がいらなくなるのではないか」との指摘もあった。

佐々木企画官は7項目の配分見直しに否定的な反応を示したが、「係数Ⅱに関してはまだ議論が残っている」ことを認め、今後の議論に含みを残した。

分科会は、中間報告で示された課題の検討作業を10月の基本小委と中医協総会に諮った後に開始し、14年度内に医療機関群のあり方等医療機関別係数に関する基本方針を決め、15年度から具体的な係数設定の作業を開始する予定だ。

□DPC制度に係るこれまでの検討結果(中間とりまとめ案) (編集部注)以下の各項目には9月5日の議論内容が書き加えられる可能性がある。

<p>1. 「診断群分類点数表」に係る検討課題</p> <p>①ICD-10(2013年度版)に係る対応について 現時点でのスケジュール上、H28年度改定での対応は課題が多いため、次々回改定以降の対応とすることも含め検討してはどうか。</p> <p>②重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)について 導入を検討するMDCは、01(脳血管疾患など)、04(肺炎など)、05(心不全、虚血性心疾患など)、06(結腸、直腸の悪性腫瘍など)、07(リウマチなど)、10(糖尿病など)、12(卵巣、子宮の悪性腫瘍など)としてはどうか。</p> <p>・14桁コードの上10桁に関しては従前と同様、ツリー図による構造を維持し、原則として下4桁に対応する範囲に関してCCPマトリックスによる精緻化を検討してはどうか。</p> <p>・MDC作業班でCCPマトリックス導入の検討を進めてはどうか。</p> <p>2. 「医療機関別係数」に係る検討課題</p> <p>①適切な医療機関群のあり方に関する検討</p> <p>【Ⅰ群のあり方】 ・Ⅰ群を大学病院本院として評価することを維持してはどうか。</p>	<p>・「Ⅰ群の中で分院に機能を移している病院」および「総合的な機能の一部(精神科病床など)を備えていない病院」にヒアリングを実施し、今後の取り扱いを検討してはどうか。</p> <p>【Ⅱ群のあり方】 ・Ⅱ群の病院は地域における機能を要件として、それを満たす病院としてはどうか。</p> <p>・そのための絶対値による基準値の選定については引き続き検討することとしてはどうか。</p> <p>(考え方) ・絶対値を基準値にした場合に、それを目指して診療行為がゆがめられる可能性があるため、基準値の策定にあたっては慎重な検討を要する。</p> <p>・今後は、地域における医療機関の機能の観点も要件として考慮していく必要がある。</p> <p>【Ⅲ群のあり方について】 Ⅲ群の細分化は行わないこととしてはどうか。</p> <p>(考え方) Ⅲ群の中には規模が小さくても、専門性の高い高度な医療レベル、医療の質を持った医療機関があり、必ずしも診療の科目数が多ければレベルが高いというわけではないことを踏まえ、見直しをしていくべ</p>	<p>きではないかという指摘があったが、専門性の高い高度な医療レベル、医療の質を持った医療機関であっても、それぞれの機能評価係数Ⅱの項目において評価はされているのではないかと。</p> <p>②調整係数の置き換え完了に向けた枠組み 【医療機関群および基礎係数・機能評価係数Ⅱの基本的な考え方の整理】 基礎係数・機能評価係数Ⅱの重み付けの見直しを検討してはどうか。</p> <p>(考え方) 医療レベル、医療の質を上げたとしても基礎係数により画一化されており、現状、機能評価係数Ⅱでは十分に評価されていないのではないかと指摘があるが、機能評価係数Ⅱの重み付けを拡大することで、さらに医療機関の医療の質向上に対する努力を評価することができるのではないかと。</p> <p>③激変緩和措置のあり方 【激変緩和措置のあり方について】 ・実態を把握するためにも特別調査(アンケート)を行ってはどうか。</p> <p>・アンケートを踏まえた上で、激変緩和措置の方向性を決めてはどうか。</p>
--	---	--

年内の結論へ、次々回からとりまとめに向けた議論

医療法人業展開等に関する検討会 新型法人創設以外にも、ガバナンス、社会医療法人の要件、医療法人分割等と目白押し

医療法人の事業展開等に関する検討会が2ヵ月半ぶりに開かれた。議論に先立ち、事務局(厚労省医政局医療経営支援課)は、日本再興戦略等で年内に結論が求められている課題を提示、議論を並行させて、年内とりまとめを目指す意向を表明した。

具体的には、(1)非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設、(2)医療法人の透明性の確保とガバナンスの強化(外部監査の義務化、MS法人との関係の適正化、財務諸表公告の義務化、医療法人会計基準の法令化、理事長と理事の責任範囲の明確化)、(3)社会医療法人の認定要件の見直し、(4)医療法人の分割の4点をあげた。



このうち、「外部監査の義務化」と「財務諸表公告の義務化」は一定レベルの医療法人を想定し、とくに、財務諸表の公告は社会医療法人を含めて検討する。

「理事長と理事の責任範囲の明確化」は、①法令、定款、社員総会決議に対する忠実義務、②競業および利益相反取引の制限、③社員に対する報告義務、④損害賠償責任がテーマとなる。

「社会医療法人の認定要件の見直し」は「全国一律ではなく、地域の実情を踏まえた要件とする」ことが課題になる。

事務局は、いくつかの県から、例えば、複数県にまたがって医療施設をもつ場合に施設が集中している県をもって認可を判断することや、「へき地医療への支援実績」の対象を現行の診療所のみから病院を含むへき地医療機関に

拡大することなど、具体的な見直しを求める要望があがっていることを紹介、多面的に考える必要を示唆した。

この日は主に非営利ホールディングカンパニー型法人の議論に時間をかけたが、委員には賛否よりも質問や具体的イメージをたずねる向きが多く、議論集約の難しさがうかがわれた。

「透明性の確保とガバナンスの強化」および「社会医療法人の認定要件」に関しては駆け足な議論で終わった。

事務局は次回10月上旬の会合で各論の議論を一巡させ、11月以降、意見集約に入っていきたいとしている。(詳細は次号に掲載)

厚生労働省 15年度の概算要求は31兆6,688億円と過去最高

厚生労働省は2015年度予算概算要求をまとめ、8月末に財務省に提出した。15年度予算に対する同省の要求・要望額(一般会計)は31兆6,688億円で14年度当初予算を3.0%上回り、過去最高額となった。社会保障関係費は自然増を見込んで8,155億円増の29兆8,558億円となった。

社会保障の充実と消費税率上げに伴う支出増は、引き上げの決定を踏まえて予算編成過程で検討されるため概算要求には反映されていないが、同省は、15年度の増収分のうち社会保障費に充当する額は、8%のままだと約1兆3,500億円、15年10月に10%になると約1兆8,000億円になると見込んでいる。

新規項目を中心とする主な個別項目は以下のとおり。

- ①専門医に関する新たな仕組みの構築に向けた支援 3.7億円
- ②医療事故調査制度の実施(新規)11億円
- ③医療分野におけるICT化の推進及び基盤整備(新規)45億円

- ④医療情報の利活用等の推進(一部新規)26億円
*DPCデータの一元管理と利活用に向けたデータベース構築を含む
- ⑤医療の国際展開等(一部新規)20億円

- ⑥災害医療体制の充実等(一部新規)197億円
*未耐震の災害拠点病院や救命救急センター等の耐震整備を含む
- ⑦医療・介護施設等における防災の取

- 組の推進(新規)240億円
*有床診、中小病院、介護施設等のスプリンクラー等の整備を支援
- ⑧社会福祉法人経営の健全性・透明性の確保(新規)8.4億円

15年度税制改正要望

厚生労働省 社福の租税特別措置法特例適用の継続を盛り込む

厚生労働省は2015年度の税制改正要望をまとめ8月29日に公表した。社会医療法人の認定要件の見直しが見込まれているが、見直し後も現行非課税措置を継続適用するという項目が盛り込まれた。また、社会福祉法人の見直しが見込まれる中、同法人に対する租税特別措置法の特例適用の継続が要望項目にあがった。

医療等の主な項目は以下のとおり。
○医療に係る消費税の課税のあり方の検討
消費税率が10%に引き上げられることが予定される中、医療機関等の仕入

れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、医療関係者、保険者等の意見も踏まえ検討し、結論を得る。

- 社会保険診療報酬に係る非課税措置(事業税)の存続
- 医療法人の社会保険診療報酬以外部分に係る軽減措置(事業税)の存続
- 社会医療法人の認定制度の見直しに伴う税制上の所要の措置

社会医療法人の認定要件見直しを行なうに当たり、現在措置されている非課税措置等を見直し後も適用する。また、認定を取り消された医療法人が一定要件を満たす場合は、認定を受けて

いた時期の収益全額を取消年度の益金に算入する取扱いを免除する措置を講じる。

○医療保険制度改革に伴う税制上の所要の措置

*個人の健康・予防に向けた取組に応じて、各被保険者の保険料に差を設けることを可能とするなどのインセンティブの導入等

○社会福祉法人制度等の見直しに伴う税制上の所要の措置

社会保障審議会福祉部会における見直しの検討結果を踏まえて税制上の措置を講じる。

診療関連死調査手法の研究班

「センター等の助言で院内調査の精度を高める」—意見が一致

診療関連死調査のガイドライン案を検討している2014年度厚労科研「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究班」(研究者・西澤寛俊全日病会長)は9月3日、第3者中立機関となる「医療事故調査・支援センター」の業務をテーマに議論した。

研究者の西澤寛俊全日病会長が会合後の記者会見で明らかにしたところによると、この日は、(1)病院から報告された内容の整理分析のあり方、(2)遺族からの申請で行なわれるセンターの調査のあり方について、が議論された。

まず、(1)については、①病院からの報告にセンターが不備や誤りを指摘するのは不効率であり、院内調査を行なう段階でセンターに相談する仕組みが必要ではないか、という意見が示された。

また、②報告の分析に際しては院内の当事者全員に聴取したかどうかを確認する必要がある、という意見もあった。

院内調査報告の分析に関しては、③院内調査報告全体の蓄積を踏まえて、全国レベルで再発防止につなげるような分析の視点が大切である、④院内調査報告は地域や医療機関によって差が大きいので、全国のレベルを向上させていくようなセンターの支援が必要ではないか、という指摘もあった。

(2)のセンターによる調査に関しては、「(院内調査に対して)どちらが上という関係ではなく、単に機能の違いに過ぎず、並列の関係である。したがって、院内調査を中心とし、センターは院内調査をサポートするというかたちにし

てはどうか」「センター調査が行なわれる必要が少なく済むように、センターは院内調査に対する支援に注力すべきではないか」などの意見が出た。

これ以外に、「提言された再発防止策を病院がきちんと実践しているかどうか検証する業務をセンターに設ける必要があるのではないか」との指摘もあった。

以上の議論について、西澤会長は、

医療事故調査制度 省令等の案作成へ厚労省が検討会を設置

厚労省の二川医政局長が「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究班」の会合(9月3日)を訪れ、医療事故調査制度の2015年10月施行に向け、厚労省に医療事故調査制度に関する省令や告示等の案を審議する検討会を10

「全体的に、(1)については、院内調査の質と全国的な再発防止の取り組みが向上していく方向で蓄積された報告書の整理と分析を行なっていく、ということではないか。(2)に関しては、院内調査の報告に対する相談支援を充実させてはどうか、医療機関の再発防止に対するフォローアップが必要というのが主な意見であった」と整理。

その上で、「本日はとくに意見の食い違いはなかった。院内調査が一番大切であるという認識で研究協力者の意見は一致した」とまとめた。

月に設置する旨を明らかにし、その審議に同研究班の議論内容を反映させたいとして、議論の中間報告を求めた。

会合後の記者会見で研究者である西澤全日病会長が明らかにした。

病床機能報告制度 10月1日から受付開始。今年は11月14日締切

9月19日に「報告マニュアル」を郵送予定。厚労省が報告制度のページを開設

厚生労働省は9月10日に同省Webサイトに「病床機能報告制度」のページを開設、10月1日施行「医療機関による病床機能報告制度」の行政情報掲載を開始した。各医療機関はこのページから報告様式をダウンロード、入力の上、CD=R等で郵送するか、このページにアップロードすることになる。

報告事項は、(1)医療機能、(2)構造設

備・人員配置等に関する項目、(3)具体的な医療の内容に関する項目からなる。

医療機能の報告項目は、①7月1日現在の機能、②6年が経過した時点の機能の予定、③来年や2年後など短期の機能変更予定がある場合に、時期のめどと変更後の機能(任意)、④2025年度時点の機能(任意)、からなる。

電子レセで請求している医療機関

は、このうちの(1)と(2)を期限内に報告しなければならない。

報告は10月1日から受付を始めるが、初年度の今年は提出期限が11月14日に延長された。延長は今年限りの措置で、来年以降は10月31日が期限となる。

(3)に関しては、厚労省が電子レセから集計したデータを11月21日以降送ってくるので、その内容を確認の上、必

要に応じて医療保険の対象ではない診療行為の追記を行ない、12月12日までに戻すことになる。

報告には医療機関IDが使われるが、IDは、9月19日に郵送予定の「報告マニュアル」の送付状に記載されるという。マニュアルそのものはこのページからもダウンロードできる。

こうしたやりとりの相手は同省の業務委託先であるみずほ情報総研で、報告作業に関する疑義照会の窓口(みずほ情報総研)のメールアドレスや電話番号も同ページで案内されている。

□総合確保方針の要旨(1面記事を参照)

(1)医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築は、地域で医療・介護を総合的に確保していく「車の両輪」である。

(2)医療計画と市町村介護保険事業計画・都道府県介護保険事業支援計画の間の整合性を確保することが必要。

・2018年度以降、医療計画の2次医療圏と都道府県介護保険事業支援計画の老人福祉圏を一致させるよう努める必要がある。

・2018年度までの間に、市町村は第6期介護保険事業計画で、地域支援事業を踏まえて、在宅医療・介護の連携の取組を具体的に定めるとともに、地域の医師会等と連携して在宅医療・介護の連携のための体制を充実させていく。都道府県は、その具体的な支援策を第6期介護保険事業支援計画で

定める。

・地域医療構想の中で示す在宅医療の課題や目指すべき姿は、介護保険事業計画との整合性にも留意して定められる必要がある。

(3)医療・介護の総合的確保目標や目標達成に必要な基金事業に関して、市町村は市町村計画を、都道府県は都道府県計画を作成する。

・都道府県計画は医療計画と介護保険事業支援計画との整合性を図ることが必要。また、地域福祉計画、都道府県医療費適正化計画、健康増進計画等と調和が保たれるものとする必要がある。

・都道府県計画と市町村計画の間の整合性を確保する。計画作成に際して、都道府県と市町村は保健・医療と介護・福祉の部局間の緊密な連携体制

を整備することが重要。在宅医療・介護の連携推進事業は、都道府県の保健・医療および介護・福祉と市町村の介護・福祉の部局間が連携する必要がある。

・都道府県計画と市町村計画を作成・変更する時は、医療保険者、医療機関、関係団体等の関係者から意見を聴取する等、意見反映のために必要な措置を講じるよう努める。

(4)都道府県計画および市町村計画は区域ごとの目標を設定する。

・都道府県計画における医療介護総合確保区域は2次医療圏と老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定する。市町村における医療介護総合確保区域は介護保険法の日常生活圏を念頭に置いて設定する。

(5)計画期間は原則として1年間とするが、個別の事業については実施期間を複数年とすることも可能とする。

(6)基金を充てて実施する事業の範囲は、①地域医療構想達成に向けた医療機関の施設・設備の整備事業、②居宅等における医療の提供事業、③介護施設等の整備事業、④医療従事者の確保事業、⑤介護従事者の確保事業、⑥その他省令で定める事業、である。

・基金の事業を決定する際は関係者の意見を反映させる措置を講じるよう努めるとともに、会議や議事録の公開等決定プロセスの透明性を確保する必要がある。また、事業主体間の公平性を確保し、適切かつ公正に行われることが必要。

AMAT隊員養成 来年2月の研修から職種別のプログラム

AMAT指定病院制度と研修について 災害時医療支援活動指定病院に104会員病院。希望病院も申請を受付

常任理事 救急・防災委員会委員長 加納繁照

AMATは、平成25年11月1日に開催された第8回常任理事会で、民間病院相互の連携をさらに強固にすべく、救急・防災委員会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)の活動要領案が承認されて、発足した。併せて、AMAT隊員養成研修の開催も決定された。

この修正活動規則にもとづく、AMATの「指定病院制度」について説明する。

全日病では、都道府県支部に1つ以上の「災害時医療支援活動指定病院」(指定病院と略す)を置くこととし、さらに災害時医療支援活動を中核的に行う病院を「幹事指定病院」、その幹事指定病院を支援する病院を「副幹事指定病院」とした。

その指定病院は、救急・防災委員会が支部の意見を参酌の上選定し、常任理事会が指定するものである。

規則では、指定基準を「医療支援活動の実績がある会員病院、及び支部より推薦のあった会員病院とする」としているが、具体的には、①過去15年間に医療救護班の派遣実績がある会員病院、②今回の東日本大震災に医療救護班を

派遣した病院、③前記①②いずれの選定基準にも該当しない支部については支部長の病院、④その他、の4点を選定基準として、全国で104病院を指定した。

救急・防災委員会で選定させていたのだが、これ以外にも、会員が希望すれば、「全日本病院協会 災害時医療支援活動指定病院 申請書」をもって申請できるようになっている。今後、「指定病院」の申請を希望される際は、支部経由にて申請書のご提出をお願いしたい。

次に、AMAT研修について説明する。救急・防災委員会は、災害時医療支援活動班(AMAT)の活動要領にもとづいて、その隊員養成を図るためにAMAT研修ワーキンググループを設置した。

そして、日本医科大学付属病院高度救命救急センターの布施明先生をはじめ、日本救急医学会の著名な先生方にご協力をいただき、DMATや日本赤十字災害派遣チームを参考に、DMAT研修に劣らない、2日間の中身の濃い養成研修のプログラムを作成していただいた。

第1回研修は平成26年2月8・9日の2日間にわたって全日病本部で実施、27病院(105人)の参加を得て、盛況のもとに終了した。

初日は「AMAT概論」「トリアージ」「災害時の情報通信」といった講義に加え、医療専門職には「トリアージ机上訓練・タグ記入」の実習を、業務調整員には「ロジステクスの基本」「通信確保と衛星電話」という講義・実習を実施。

2日目は「医療連携、関係機関の役割」「指定病院支援及び避難所をめぐる課題」「災害要援護者」の各講義に加え、「AMAT派遣シミュレーション」(実技)をこなし、全員が筆記試験と実技からなる試験を受けた。

AMAT隊員の登録、認証、更新等については、「AMAT隊員養成研修」を修了、または同等の学識・技能を有するものをAMAT隊員として登録・認証し、AMAT研修を修了し班編成ができる病院を「AMAT病院」とした。平成26年7月現在で42病院がAMAT病院となっている。

登録者の更新は5年毎に行われ、資格の更新要件は救急・防災委員会が定め

ることとしている。

平成26年度は、5月24・25日(東京)、9月19・20日(福岡)、2月21・22日(東京)と、計3回の研修を組んだ。5月の研修には19病院・60人の参加を得たが、9月の研修も60人・20病院と定員いっぱいの申込みを得るなど、会員病院の熱心な参加意欲を感じることができた。

来年2月に開催する研修からは、医療職種(医師・看護師)と業務調整員の2つに分けていた研修内容を、医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、業務調整員に細分化して実施する予定であり、逐次、研修内容の充実を図ってゆく方針である。

AMATの現地司令塔となる災害時指定病院管理者研修も早々に実施し、ゆくゆくはAMAT技能維持研修等の実施も予定している。

大規模災害はいつ、どのような形で発生するか予測できない。しかし、発生時にはAMATの機能が十分に発揮できるよう活動したいと考えているので、多くの会員病院に参加いただきたく、ご協力をお願いしたい。

四病協「医療の消費税を課税とし、軽減税率を適用すべし」

与党税制協議会のヒアリングで要望

自民、公明両党からなる与党税制協議会は、7月から8月にかけて、経済団体を対象に消費税への軽減税率導入に関するヒアリングを実施したが、四病院団体協議会は8月29日のヒアリングに招かれ、軽減税率導入に賛成する立場を表明した。

ヒアリングに出席したのは西澤全日病会長、堺日病会長、伊藤医法協副会長、南日精協常務理事の4人。

四病協は、「消費税率10%時の軽減税率導入について前向きな検討をお願いする」と軽減税率の導入に賛成する意見を表明した上で、「今後の税率引き

上げを考えると、国民負担が増えないようにするために、医療については非課税よりも軽減税率の適用対象とする方が、より社会政策上の配慮という効果が期待できる」と述べ、医療に対す



る消費税を課税に転換した上で、軽減税率の適用対象とするよう要望した。

控除対象外消費税「10%引上時は困難だが、10%の間に解決すべき課題」

全日病の2014年度夏期研修会 野田毅氏が語る。診療報酬による対応も困難視。2018年を念頭に抜本策を検討か

全日病の2014年度夏期研修会が熊本県支部(山田一隆支部長)の担当で、8月31日に熊本県阿蘇市で開かれ、阿蘇立野病院の上村晋一理事長、熊本県看護協会の高島和歌子会長、自民党税制調査会の野田毅会長が講演した。



野田毅自民党税制調査会長の講演要旨

上村氏は「阿蘇地域における医療の現状」と題し、人口当たりの医師数や医療従事者数が熊本県11医療圏で最も少ない阿蘇医療圏における医療機関連携の取り組みを紹介した。

阿蘇地域の入院患者の圏内受診率は4割以下と低く、住民の多くは他圏で受診している。急性脳卒中の9割、急性心筋梗塞の10割など、重症救急患者の約7割が他の医療圏に流出している。

上村氏は、「昔から圏域で自己完結というのが夢であった」と述べた。その現状を変えたのは地域医療再生基金で、23億円が阿蘇の医療連携強化や救急医療再生に投入された。

その中心が「中核病院の機能強化・整備プロジェクト」で、公立(阿蘇市国民健康保険)の阿蘇中央病院が療養病床

を転換するなど急性期に特化した上で新築移転、阿蘇医療センターと改名、この8月に診療を開始した。

阿蘇中央病院の再生は公立病院改革プランにもとづくもので、地方公営企業法の一部適用から、指定管理者を配置して全部適用へと転換、収益向上を目指す態勢を整えた。

このプロジェクトに地域の医療機関は「阿蘇中央病院経営改革委員会」を立ち上げて協力、救急患者は阿蘇医療センターに集めるという連携体制が構築されたという。

上村氏は、「これで圏内の受診率が2割上がった。我々は過疎地における医療再生のモデル地域になろうとしている」とプロジェクトを高く評価した。

その上で、「公的病院周辺の民間病院

は何をすべきか」と提起。①連携の充実、②役割分担の徹底をあげ、「急性期は阿蘇医療センターにまかせ、その後の回復期以降を民間がしっかりやっていく」と整理。「急性期をまかせた医療センターをしっかりとしたものにして地域全体の底上げを図りたい」と今後を展望した。

高島氏は「地域における看護提供体制の今後の展望」と題して、県内の看護提供体制を概括した上で、今回の医療法等改正が突き付けた課題に看護提供者がどう対応していくべきかを具体的に論じた。

続いて登壇した野田毅自民党税制調査会長は「消費税引き上げが医療界に与える影響と病院の今後の対応」という演題で、医療消費税をめぐる状況を解説した(別掲)。

3党合意の一体改革は消費税10%を前提としたもの。消費税の引き上げは10%が一步で、8%は半歩に過ぎない。医療と介護の計画期間が一体となる2018年には、10%を超えた長期の展望を出せるだけの説得力のある絵を出す責任が政治の側にある。軽減税率については60団体からヒアリングしている。我々はその導入を10%の話としては予定していない。医療界からもそういう要請があったが、それがいかに難しいかご理解いただきたい。8%のときには病院団体にご理解いただいて、我慢してもらった。その時

に「10%のときにはなんとかしてほしい」という話があり、我々は頭に置いている。しかし、この問題を本格的にやろうとすると、法人税の課税のあり方の問題を含め、根本から見直していく必要があるテーマと連動していく。同時に、診療報酬のあり方と連動してくると思うので、部分だけとってうまくいくということになかなかならない。しかし、どこかでやらなければならない。このままずるずるやっていったら絶対うまくいかない。これは分かっている。ではどの段階でやるのか。10%に

なったときではなく、その次のステップではしっかりしていかなければならない。と、今のままの延長で10%のときも知らん顔というわけにはいかない、ということも我々も承知している。診療報酬で(消費税を)カバーするという論理には難しい問題がある。保険者にすれば「消費税が上がったから保険料がなんであがるのか」という話になりかねない。これに自己負担も関連してくる。これらの問題をどう乗り越えるか、つまり、診療報酬のあり方の問題とこの問題が連動してくることも併せ

て考えておかなければいけない。(以下は会場からの質問に答えて) この問題を診療報酬体系の中だけで乗り越えるというのは至難の業だ。診療報酬体系のやり方そのものも含めて見直す必要がある。次回改定では、そんなことを頭に置きながら対応する必要がある。そのときには今の消費税の扱いも頭に置きながら対応するが、それらがセットしてできあがるのが2018年ということを頭に置きながら勉強を重ねる必要があると、個人的にタイムスケジュールを考えている。この問題は3年ぐらいかかる仕事だ。