

第 32 号

2016. 3

年 6 回発行

# 日本病院会 愛知県支部ニュース

発行所 日本病院会 愛知県支部

〒450-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館内

TEL (052)263-0800 FAX (052)242-4353 E-mail : jha-aichi@byouin-k.jp

発行人

支部長 松本 隆利

## 目次

- 巻頭言  
頭がグルグル 1
- 高齢化する日本の未来 2
- 日本病院会常任理事会報告 3
- 支部理事会議事録（抄） 6
- お知らせ 6

### 愛知県支部ニュースへのご寄稿のお願い

愛知県支部ニュースは、会員の皆様の意見交換の場として会員の皆様からの情報発信をお待ちしております。テーマ、字数の制限は特にありませんので、ご寄稿よろしくお願いします。

## 巻頭言

### 「頭がグルグル」

理事 直江 知樹

日本の医療保険の中では保険診療と自費診療を合わせることは「混合診療」とされ、一部の例外を除いて禁止されている。例外とされているものとして、患者による「選定療養」と、保険導入のための「評価療養」に二分される。差額ベッド代や義歯代は前者、治験や先進医療にかかる費用は後者に該当する。いずれにおいても療養にかかる費用のうち基礎的部分については保険が使えるが、特別料金部分については自己負担（企業治験の場合は企業負担）となっている。

混合診療については大学や研究者からは緩和を求める声がある一方、日本医師会などは社会の公正性などの立場から反対を唱えてきた。2年前、政府の規制改革会議から第三の 카테고리として「選択療養」という考え方が示された。「困難な病気と闘う患者が、これを克服しようとして強く希望する治療を受けられるよう、診療の選択肢を拡大する患者が希望する保険外治療を選択しやすくすること」が目的と謳われている。先進医療とは異なり、あくまでも「患者ごとに短期間で是非を判断し」「身近な医療機関で受けられる」という案であったが、規制緩和・アベノミクス延長上の話であることは明白である。医師会のみならず保険者や患者会からも、国民皆保険制度のなし崩しの空洞化につながりかねないと猛反対にあった。

厚労省も「選択療養」には及び腰であったと聞くが、昨年5月に法制化され、6月の日本再興戦略改訂2014の中に、「患者申出療養」として書き込まれた。今年4月には施行されるが、今のところ大きな反対は起きていない。うまく“骨”を抜いたためである。患者からの申出を起点とすることは当初案と変わってはいないが、臨床研究中核病院や特定機能病院のみが窓口機能を有し、医療の中身については国が審査する仕組みを設けたことが大きい。実施状況の報告を義務付け安全性・有効性が確立すれば保険収載に向かうとも厚労省は述べている。こうなると現在の先進医療と何が違うのか、患者ニーズに合うのかなどいくつかの疑問も湧いてくる。

医学・医療が進歩すればするほど、皮肉なことだが、アンメットニーズも掘り起こされることだろう。また、医療ニーズも多様化するのでどこまでを保険でカバーすべきか、議論は拡散していく可能性もある。小生が専門とするがんの領域では新薬を中心としてコンパッション・ユースや先進医療が中心

となるが、再生医療が絡むと話は複雑だ。私も大金持ちだけが特定の医療を受けられる制度は間違っているように思うが保険制度そのものが破綻することは避けたい。結局、誰が費用を負担すべきか・・・、考えはじめると頭がグルグルしてくる。

(国立病院機構名古屋医療センター 院長)

## 高齢化する日本の未来

理事 宇野 甲矢人

「一億総活躍社会」この言葉を最初に耳にした時、真っ先に頭に浮かんだのは「一億総玉砕」という非常にネガティブな言葉でした。もちろん、私は戦後世代ですが、歴史を学ぶ中、先の大戦で日本が体験した多くの悲劇と悔恨の史実を思い出さずにはられません。そのような感情を周知としながらも、敢えて首相がこのフレーズを用いたことに、私は日本の未来に一抹の不安を感じざるを得ません。この政策は、安倍政権の目玉政策として、「希望を生み出す強い経済」、「夢をつむぐ子育て支援」、「安心につながる社会保障」の「新・三本の矢」として位置づけられています。とりわけ、私たち医療界では、3つ目の「安心につながる社会保障」が最も関係があるのではないかと思います。とはいえ、実際のところ、「希望を生み出す強い経済」の領域では“ゼロ”金利政策の断行も消費喚起には結びつかず、「夢をつむぐ子育て支援」も夢をつむぐどころか“保育園落ちた”ブログ騒動により大炎上という始末です。果たして3つ目の「安心につながる社会保障」で、医療・介護の分野において何らかの恩恵が享受できるかどうかは、甚だ疑問に思います。この政策の中で、国は介護離職ゼロを目標に掲げていますが、実際の医療界が抱える問題はもっと深刻であり、現場の恒常的な人材不足と地域医療構想に基づく病床機能整備の迷走に翻弄され、医療・介護に従事する者は疲弊しきっていると云えます。

現在、課題山積の医療界ですが、近年、今後の要介護者人口の急激な増加と介護労働力不足が取り沙汰されるようになり、いわゆる2025年問題が急浮上してきました。この2025年問題も、まだ先のことと思っていたものの、ふと気がつくとき既に10年を切り、着実にカウントダウンが始まっています。現在の介護従事者は約180万人ですが、2025年には253万人が必要とされるものの、現時点では215万人程度の見通ししか立っておらず、38万人が不足する計算となっています。果たして、国はこの差を何を以て埋めるつもりなのでしょう。EPAによる外国人労働力の取り込みを進めるのでしょうか。それとも、定年延長による高齢労働者に期待しているのでしょうか。はたまた、要介護者を在宅へ強硬に移行させるつもりなのでしょう。ここで、先程の政策と結びつくことに気がつきます。介護を本業とする人材が足りなければ、家族に介護させればよいという安易な考え方が根底にあるのではないのでしょうか。在宅介護を推し進めるには、介護する家族が離職しなくてもよい社会基盤の構築という大義名分が必要であり、実際には雇用者側へ多大な負担を強いる政策のようには思えません。

また、地域医療構想計画に基づく病床機能整備と地域包括ケアシステム構想の構築についても、このまま国の思惑通りに進んでゆくのでしょうか。病床の地域偏在があることは事実ですが、それらを行政主導で調整することには甚だ無理があるように思われます。今後、増床を制限することはできても、減床を強制することは現実問題として難しいことは明白です。一方、地域包括ケア構想の考え方自体は必要だと思いますが、しっかりとした環境が整備されていない中、構想だけが先行しても、実現は難しいように思われます。実際には、多くの疾患を抱える高齢者は、病床削減により病院を追い出され、介護の体制が不十分な在宅に戻されても、結局行き場を失ってしまうだけではないのでしょうか。2011年に鳴り物入りで制度が創設されたサ高住も、サービスの分かりにくさや事業運営の難しさから、制度としての確立が不十分なようです。また、一部の事業者は、不当な料金契約を提示したり、適切なサービスを提供しないなどの問題も生じているようです。これらは、医療・介護分野への企業参入のハードルを下

げたことによる弊害ではないかと思えます。やはり、医療や介護分野事業の許可は、ノウハウをもった医療法人や社会福祉法人などに限定されるべきであり、安易な規制緩和がもたらした功罪はきっちりと検証されなければなりません。新たな仕組みを作ることも必要ですが、今ある病床の有効な活用を検討することの方が、より現実的で重要なことであるように思われます。

“保育園落ちた 日本死ね”とても荒々しい言葉ではありますが、今の日本の燃える状況を端的に表しているように思えます。本来、政治は国民のためにあるべきであり、国民の未来を創生するものでなければなりません。今の日本は、医療行政をとっても、明るい未来を創造する可能性を持っているとは到底思えません。ただ、今を憂い、政策を批判するだけでは、前へ進むことはできません。私たちは、少なくとも地域住民の方々や、共に働く医療従事者とその家族の為にも、適切な医療の提供に努め、社会に貢献することが役割だと考えます。今、目の前にあるのは複雑な医療施策という茨の道ですが、決して回り道することなく、固い決意と叡智を持って、一步一步前に進んでゆきたいと思えます。診療報酬改定、医療法改正、地域医療構想計画の整備、新専門医制度の開始、私たちに立ち止まっている時間はありません。

(医療法人鉄友会宇野病院 理事長)

## 日本病院会報告 平成27年度第8回常任理事会報告 (平成28年2月27日)

副支部長 末 永 裕 之

### 1. 承認事項

平成28年度の予算案等が審議され承認を受けた。

### 2. 報告事項

#### ○ 医療の安全確保推進委員会

昨年7月に開催された「医療事故調査制度の施行に向けて」の参加者からの質疑に対しQ&A集として配信する。

本制度の見直しについて：自民党WGが立ち上がり、議論が進められている。医師法21条関連の法律そのもの見直しになるかどうかの省令等の見直しは法律の見直し後になる。

医療安全に係る実態調査(第2回)を予定。

#### ○ 医療経営・税制委員会

四病協は「医療に係る消費税に関する緊急要望」を日医に提出。

要望は日医の要望に沿った形で作成され、政治家との折衝を考慮して「仕入れ税額控除を受けることが出来る方式」にした。

課税化ではなく、非課税の全額還付について議論していかなければならない。

岡山大学が地域医療連携推進法人設立を目指しており、アライアンスの形では、給食センター、IT環境、薬剤の共同購入、事務部門の集約化などが始まっている。

#### ○ 栄養管理委員会

平成28年度のセミナーは「医師・歯科医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー」とし、10月15～16日お茶の水の全電通ホールで開催。内容を一新し、NST専門療法士の申請時にポイント化できるようにする。

#### ○ 医療制度委員会

平成29年度、31年度で終了する医学部臨時定員増の継続の有無と、医師の地域偏在・診療科偏在等の議論

・地方の病院での医師不足 地域格差がある 全体として足りない。

- ・医学部の偏在が医師の偏在に繋がっている。
- ・はっきりとした基準がなく、何を以て足りないというのが不明。 妥当な医師数をどのように把握していくのが問題。 等

○ 地域医療構想の進捗について

- ・各都道府県の地域医療構想の状況一覧を提示 県によっては既に骨子案等が出されている。
- ・大阪府では高度急性期は府全体で、急性期は二次医療圏単位で、回復期・慢性期は市町村単位で診ていく方向。 病院団体、医師会、二次医療圏との代表者で話し合われている。
- ・東京都は医師会主導で進められている。

○ 四病協日本専門医機構に関する打ち合わせ会

機構への質問事項に対する回答に関して更なる意見

- ・研修プログラム作成に対する妨害や承認以外の事項についても申し入れや相談が出来るような仕組みにしてほしい。
- ・専攻医は地域医療を学ぶことになっているが、地域医療を必ず学ぶことを確約して欲しい
- ・基幹施設だけでなく連携施設についても不服申し立てが出来る仕組みにしてほしい。
- ・専門医の指導医要件について、緩和するように学会に指導して欲しい。
- ・基幹施設となるための基準を満たすための要件を緩和して欲しい。
- ・サブスペシャリティ領域については議論が進んでいない懸念がある。
- ・専門医の資格を取らないもしくは取れないものに対する対応はどうか。

○ 医業経営・税制委員会

医療機関等における消費税問題について

- ・「全ての仕入れ税額控除を受けることが出来る方式」の具体的方策を今後検討していき参院選を見据え6月までに提案をまとめる。
- ・高額な設備投資にかかる消費税への対応策として、基金を創設して負担した消費税を還元する仕組みが考えられるが、その財源を診療報酬に求めるのではなく税を投入することを主張すべき。

○ 中医協関係は診療報酬改定の内容が明らかになったため割愛する。

かなり厳しい改定内容となっている。

3. 協議事項

○ 新専門医制度について

来年4月からの新専門医制度開始を遅らせるか否か、まで含めて専門医部会(仮)で議論することになったことに関して

- ・やはり学会主導となっている。専攻医労働条件もはっきりしない。部会に意見を出す必要がある。
- ・進捗状態は学会により異なる。大阪では内科は二次医療圏ごとに基幹病院を決める。学会により基幹施設の考え方が異なる。(連携に準ずるところが基幹になるケースも) 研修中断に対する処置がはっきりしていない。
- ・地域医療委員会では偏在が進む懸念を持っている。医師が減り連携施設になりにくい。地域枠がどのように配置されるのか。研修基幹3年のうち1年出すと言っても・・・ 指導医の偏在がまだある。
- ・外科ではNDB登録が無ければ連携病院になれない。 監督省庁がない。
- ・地域枠、自治医大にも偏在がある。総合診療に進む人でサブを持ちたい人が置いてきぼり。機構が各学会の寄合所帯で責任と権限がない。金の問題はプロフェッショナル・オートノミーではなく国から出せばよい。
- ・機構が出来たとき「質を高め良質な医療が出来ること」と言われていたが、「総合診療専門医」が鍵となる。社員に病院の代表が入っていない。

- ・①補助金、②身分、③自治医大卒が専門医を取りにくい、④救急・総合診療科は二階建ての地階、⑤整形の基幹条件は専門医6人で大学のみとなる、⑥都会集中
- ・内科はほぼ問題がない。外科は大学中心に。専門バカが多くなっている。
- ・機構が責任をとれない。学会に頼らざるを得ない。学会による質の違いを何とかしたかったはず。
- ・NDBで医師の必用量は分かるはず。偏在も減らせる。
- ・学会でばらばら。学会でお金を取って認定するのはCOIで問題。それで第三者評価となった。総合医とするか総合診療医とするかの意見があったが最後は金沢先生の思いで総合診療医となった。日医、医学会、病院長医学部長会が発足社員となった。身分は途絶えないようにしたい。身分は基幹病院に。お金は誰が？ 15プログラムは出ている。厚労省が無関係はあり得ない。「開始を伸ばす」では潰れる心配も。委員会の意見を聞いて修正を。委員会でチェック機構を。自治医大卒が総合診療医になれないと言っている。内科を1年ぐらいやったかでサブが取れないと。・ ・ 高久医学会連合理事長
- ・総合診療専門医を入れることがミッション。地域偏在と専門医教育を結びつけるというのは報告書からずれる。アメリカはスーパーバイズする機構がカリキュラムを決める。
- ・地方では研修医削減 医療従事者受給問題とリンクしている。
- ・オールジャパンで作っていく 「機構が勝手にやっている」ではなくアプローチして一緒に作っていくべき。

\*新専門医制度についての最近の動き

- 2月17日：日本医師会横倉会長が記者会見で、新専門医制度「延期も視野」発言。「現状のまま改革を進めると、地域医療の現場に大きな混乱をもたらすことが懸念される。新制度が地域包括ケアシステム構築の疎外因子になってはならない。」
- 2月18日：社会保障審議会医療部会での専門医機構側の説明に対し激しい応酬あり。座長まとめは専門医委員会を作り延長するかどうかも含め検討する。
- 2月23日：機構からはこの状況下で開始を延期することはさらに混乱を招く、粛々と勧めると。
- 2月25日：全国公私連盟より新専門医研修の研修開始の延長を希望する声明。
- 2月26日：医政局長より「新専門医制度、都道府県は早急にプログラム調整を」の訴えとともに社保審医療部会下部組織専門医委員会で検討を行う。
- 2月29日：全国自治体病院協議会邊見会長より、新専門医制度の研修開始について延長するよう声明を出す。

(小牧市民病院 事業管理者兼院長)

## 第6回日本病院会愛知県支部定例理事会議事録

日時：平成28年3月1日(火) 15:00~16:20

場所：愛知県医師会館 6階 研修室

出席理事：松本隆利、末永裕之、山本直人、梶田正文、渡邊有三、加藤林也、直江知樹  
小谷勝祥、絹川常郎、今村康宏、岩瀬三紀

出席監事：小林武彦、細井延行

(定数報告)

- ・理事15名のうち11名出席より理事会は成立した。

(支部長挨拶)

- ・診療報酬改定の詳細が3月4日に明らかになる。7:1病床を減らすべく条件を厳しくしている。
- ・介護療養病床の検討会については1月15日に最終報告を出した。介護療養病床の廃止と地域医療構想の必要病床数の兼ね合いの説明ができていない。

(協議事項)

(1) 平成28年度定例総会について

- ・平成28年7月5日(火)名古屋観光ホテルで開催する。報告事項は平成28年度の事業計画、収支予算、議案は平成27年度の事業報告及び収支決算の承認である。
- ・特別講演については、厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当)吉田学氏を予定している。介護療養病床検討会にも出席されており、講演内容は地域医療構想などにも触れた内容でお願いがしてある。

(日本病院会常任理事会(2月27日)報告)

(1) 診療報酬改定について

- ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、項目及び基準の見直しを行う。
- ・評価項目の見直しのうち、C項目については詳細がわからない。3月4日に公表される。
- ・7対1入院基本料の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を2割5分以上入院させる病棟であること(改定前:1割5分以上)。

(2) 専門医制度について

- ・2月18日の社会保障審議会医療部会の協議事項に取り上げられ、今後の方向性がみえないなど混迷の域にある。
- ・専門医研修が大学病院あるいは基幹病院に限られるとなると地域医療を担う医師が不足となる。現在検討している地域医療構想が崩れることになる。
- ・研修プログラムの基準があいまい。学会が基準を策定し機構が認定する形はどうか?
- ・研修医の身分と給与の関係がどうなるのか?

(その他)

○介護療養病床の廃止について

- ・介護療養病床の廃止について、関係者の意識が低い。地域医療構想の圏域WGへの出席も無い。
- ・25:1病床も平成30年3月末に廃止される。経過措置が設けられるか不明。
- ・法案が今夏に出される予定。

## お知らせ

### 日本病院会愛知県支部定例総会の開催

日時:平成28年7月5日(火) 午後4時~

場所:名古屋観光ホテル

### 特別講演(総会終了後)

講師:厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当)吉田学氏

講演内容は今後の医療政策について(地域医療構想を含む)(仮題)

日本病院会愛知県支部ホームページ

<http://www.byouin-k.jp/jha-aichi/>