



全日病 NEWS 11/1

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.766 2011/11/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

災害医療、一体改革、公的保険制度を議論

第53回全日本病院学会 2025年医療・介護の姿と災害に強い病院像で多くの提言

第53回全日本病院学会(新垣哲学会長)は沖縄県支部の担当で、10月29日、30日の2日間、沖縄県の沖縄コンベンションセンターにおいて開催され、全国から延2,500人が参加した。

大谷泰夫厚生労働省医政局長は、祝辞を述べる中で「社会保障と税の一体改革」に関連した制度改革案を年内にとりまとめる方針を明らかにするとともに、法改正につながる検討課題の概要を示した。

沖縄学会は東日本大震災に対する医療支援活動を検証するとともに、災害医療の教訓とするために2日間にわたる特別企画を組んだ。その中で、東海沖等大地震に対する備えを強化する必要が提起され、災害に強い病院づくりなど数々の提案が示された。(8面に関連記事)

自然資源と長寿を誇り、人口が増加をたどる県にふさわしく「誇れる医療人の集い—沖縄より元気を発信」をテーマに掲げた沖縄学会は、一般演題が510題と学会史上過去最高の数にのぼるなど、意気軒昂な議論と旺盛な情報発信

の場となった。開会式で、新垣哲学会長は特別企画「東日本大震災について」に触れ、「この災害を徹底的に検証し、その成果を次の人々に受け継いでもらい、何がしの改善を得たいと願っている」と、担当支



部の思いを語った。挨拶に立った西澤寛俊会長は、「社会保障と税の一体改革が提起されているが、我々も主体的に取り組もうとしている。こうした課題についても議論し、何らかの発信をしたい」と提起した。今年には1961年に成立した国民皆保険制度から50年がたつ。新垣学会長は開会挨拶でそのことに触れて皆保険にかかわる議論を喚起した。

東日本大震災クラスの大災害は地域医療を崩壊し、公的医療保険を疲弊させる。一方、一体改革は、「皆保険堅持」と「地域医療強化」の立場から医療の将来と財政のあり方を一体に論じている。地域医療の担い手が一堂に会した沖縄学会は、地域医療でクロスする災害医療、一体改革、皆保険について多くが語られ、情報が発信される場となった。

中医協と介護給付費分科会が初の会合

中医協と介護給付費分科会が合同会議 訪問看護、リハ、認知症対応が連携をめぐる同時改定の重要課題

厚生労働省は10月21日に中央社会保険医療協議会と社会保障審議会・介護給付費分科会による初めての会合(打ち合わせ会)を開き、2012年度同時改定における医療と介護の分担・連携のあり方について意見を交わした結果、検討課題と解決の方向性についておおむね認識が一致、今後の改定審議に反映させることを確認した。

会合は中医協診療側委員の要望で実現したもので、介護保険制度創設後、医療保険と介護保険の報酬問題を話し合う初めての会合となった。

意見交換で、中医協の西澤委員(全日病会長)は診療側委員連名による意見書を読み上げ、診療報酬と介護報酬の改定を担う両審議会が共有すべき視点を提示した。その中で、医療と介護が一体となったネットワークの構築・維持を可能とする地域連携拠点(ハブ組織)を一定圏域ごとに設置、医療・介護の各サービスにかかわる人、もの、事業体、情報のコーディネートを支える考えを提言した。

出席した全員がこの構想に同意を示し、今後の医療・介護連携を実現していく上で基本的方向とすべしという認識を共有した。

また、同時改定では、医療保険と介護保険にまたがる訪問看護、リハビリテーション、認知症対策の充実化が最重点となるという認識でおおむね一致した。(4面に診療側意見を掲載)

「中医協と介護給付費分科会の打ち合わせ会」と題した会合には、両審議会の会長を含め、中医協から5人、介護給付費分科会から4人が出席した。中医協の出席者は支払側・診療側から各2人であったが、多様な事業者等から構成される介護給付費分科会からは大学教授等の有識者が代表で出席した。進行役の森田中医協会長(東京大学大学院教授)は、「打ち合わせ会」の性

格を、「具体的な決定をする場ではない。ここで出た課題を持ち帰り、それぞれの議論に資するのが目的である」と説明した。事務方の鈴木医療課長と宇都宮老人保健課長は共通の資料を用意し、議論テーマとして、(1)医療・介護の機能分化と連携の推進、(2)在宅医療・介護の充実の2点を提示、論点として、①入退院時における医療と介護の連携、②介護

療養病床の転換促進、③介護施設における医療提供のあり方、④訪問看護・リハビリ等在宅生活における医療提供、⑤看取りへの対応、⑥認知症への対応、をあげた。議論は、前半、中医協診療側委員が提起したハブ構想を中心に展開された。地域連携の拠点となるハブ組織は、地

域の医療機関や介護事業者のみならず、医師会、看護協会、行政機関の参加と関与、さらには、地域包括支援センター等との連携もイメージされている。

出席した委員はこの構想を一様に支持した。

医療と介護の連携が先行した議論に“効率化”を求める意見も出たが、ハブ構想を提唱した西澤委員は、「共通した視点でこうした議論を行なうことが大切。会合の目的の1つは達成した」と述べ、今後、それぞれの審議会における具体的な議論に期待を寄せた。(5面記事を参照)

介護施設の人員体制見直しに着手か

その後、在宅への移行を支える訪問看護とリハのより濃密な提供、介護保険施設における医療提供の不整合さの見直し、訪問看護と訪問介護の機能分担を明確にした連携、訪問看護の要件緩和、介護療養病床の転換促進策などを求める意見が示され、それぞれ医療・介護連携にかかわる同時改定の重要課題となる点で認識が一致した。

その中で多く語られたのは認知症への対応で、分科会の委員からは、初期鑑別診断の体制充実化を求める声が多かった。

事務方からは、鈴木医療課長が、①多様な住まいや急変時への対応など在宅に対する医療提供体制の整備、②医療と介護のつながりをシームレスとする

か継ぎはぎとするか、というテーマを提起した。

一方、宇都宮老人保健課長は「介護各施設の人員配置と医療提供のあり方をどうしていくかを考えなければならない」と、より踏み込んだ医療の外づけと、それに連動した人員体制の見直しに着手する意向を表明。

さらに、「同時改定の中で方向性が見出せば試行的にでも取り組む」可能性に言及した。

同日の合同会議で論じられたテーマは概ね両審議会の検討課題に入っているが、新たに提起された地域連携拠点組織の問題が、今後、事務局の手でどう取り上げられ、議論に反映されるか、注目される所だ。

医療部会 療養病床6対1看護の経過措置は延長で合意

2006年に療養病床における看護配置(入院)の医療法標準を6対1から4対1へ引き上げた際の経過措置は12年3月末で終了するが、10月27日の医療部会は、介護療養病床の廃止が6年延長されたことを踏まえ、経過措置を6年延長することで合意した。

療養病床における看護配置引き上げにともなう経過措置は2つある。

1つは、療養病床の看護配置を「看護4対1以上・看護補助4対1以上」に引き上げ、それまでの「6対1・6対1」は11年度末までの存続を認める(施行規則)、もう1つは、老健施設への転換を円滑にする経過型類型として「医師の配置を96

対1」へ、「看護・介護の配置を合計3対1(うち看護が1/3)」へと緩和した病床を創設、転換病床として11年度末まで認める(施行規則附則)、というもの。

これら措置は介護療養病床の12年3月末廃止と連動していたが、その廃止が18年3月末まで延期とされたことから、経過措置の取り扱いが焦眉の課題となっていた。

事務局(厚生労働省医政局総務課)は、医療部会に、(1)現在ある介護療養病床にかかわる医療法上の経過措置を6年間延長する、(2)介護療養型老健施設が創設され、新たな転換病床の必要性が低い中、それに対応した医療法の経過措

置(経過型類型)は、現在ある転換病床に限って6年間延長することを提案。

さらに、(3)医療療養病床にかかわる経過措置については、本則で4対1とされていることを踏まえ、どう考えるかと検討を求めた。

上記提案のうち、(3)について、事務局は「経過措置を5対1とした上で延長するという選択肢もある」と提起、医療保険については6対1を廃止し、5対1(診療報酬上は25対1)を標準とする考えを示した。

事務局提案の(1)(2)はいち早く合意

された。(3)についても延長することへの反対はなかったが、その内容を5対1とすることに対しては難色を示す委員が少なくなかった。

そうした中、西澤委員(全日病会長)は、5対1を下回る特別入院基本料を算定している病床が約1,300と少なく、病院数にすれば1桁にとどまる可能性を指摘。「影響が限定的であれば5対1の経過措置とする考え方もありえる」と述べ、データを踏まえて再度議論するよう求めた。

医療部会はこの提案を受け入れ、(1)(2)は了解、(3)について再度議論することで合意した。

紙面の都合により「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

矛盾、曖昧、根拠薄弱、朝令暮改…。 とかく世の中には理屈が通らないことが多い。 不合理がまかり通る社会は不効率で進歩を阻む。 根拠・理屈と前提を明らかにした主張と決定が望まれる。

学術雑誌の巻頭言に「理屈が通らない世の中における経営」と題して、「価値観は多様で、利害関係は複雑で、個別の状況は異なる。議論をするには、相互の主義主張の根拠・理屈と前提条件(環境)を明らかにしなければならない。しかし、制度の制定/変更の根拠(理由)が曖昧のまま、頻繁に変わる。また、「公約:マニフェスト」がいつの間にか変わる世の中である…」と書いた。

公の検討会、委員会等でも、名称、目的、内容に整合性が無いことがある。

法文に明示せず、拡大解釈と言える対応がある。最たるものが、医師法21条である。立法の趣旨は“犯罪の可能性のある死体(異状死体)を検案したときに”、火葬する前に、報告することである。診療関連死も含むとする日本法医学会のガイドラインを基に、臨床の学会の反対があるにもかかわらず、診療関連死も警察への届け出義務ありとされている。

広尾病院事件の最高裁判決では、医師である以上、一定の不利益はしかたがないとしている。医師の基本的な人権の制限と考えざるを得ない。

警察への届け出義務は、自白強要では無い・自白強要であるという両論がある。

「医療の質向上に資する無過失補償制度のあり方等に関する検討会」でも、医療従事者は緊張が足りない、医療の独占性・公益性・国民の透明性の要望を根拠に、警察への届け出の義務は必要という論調がある。

業務独占は、医療は専門性が高く、複雑で、危険行為で、安全では無いからである。応召の義務が課せられている。瀕死の患者、重体で手遅れの患者、ハイリスク患者を選別でき

ない。

混合診療禁止を適法とする最高裁判決が出た。混合診療の賛否は議論しないが、明文化せず、解釈で保険診療の範囲を伸縮している。小泉内閣で、混合診療解禁といわれたのはつい最近である。

予防接種と同日に診療してよいが、健診はいけないことの合理的説明は無い。

理屈が通らない世の中こそ、原理/原則に基づいて、現場/現実/現物に適合した運営をしたい。

(1)

医療機関のHPを広告規制の対象とすべきか?!

医療情報提供のあり方検討会 厚労省が検討を提起。検討会の体勢は否定的

厚生労働省の「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」が10月19日に3年ぶりに開かれ、医療に関する広告規制のあり方について議論した。

検討会の検討項目として、事務局(厚労省医政局総務課)は、(1)医療広告規制の基本的な考え方、(2)医療機関情報のインターネットによる提供のあり方、(3)医療機関情報におけるアウトカム指標及びプロセス指標の取り扱い、(4)専門医等の資格名に関する広告のあり方、の4点をあげた。

再開した理由として、事務局は、(1)については、行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」ライフィノベーションWGの昨年12月の会合で「医療広告はポジティブリスト方式を改めて原則自由化する」方針を打ち出し、「2011年度措置」としたことを説明。

(2)については、国民生活センターがまとめた報告書に整形美容を扱う医療機関における利用者とのトラブルが取り

上げられ、消費者庁から厚労省に、①サービス内容や料金等の情報提供不足、②医療法や景品表示法上問題のあるおそれがある広告、③医療機関HPにおける不適切な表示などの改善要請が寄せられたと、事情を明らかにした。

ところが、ライフィノベーションWGが検討課題とした医療広告の自由化は、今年4月閣議決定の「規制・制度改革に係る方針」にも、その後、7月に閣議決定された「規制・制度改革に係る追加方針」にも取り上げられていない。また、消費者庁政策調整課長から医政局総務課長に送られた要請は2010年7月のもので、すでに1年以上が過ぎている。

では、この時期に医政局総務課は、なぜ、このテーマを持ち出したのか。その点を、総務課の幹部は「医療法におよぶ制度改革が必要であれば医療部に諮って年末までに報告に盛り込む必要がある」と説明した。

どうやら、来春の医療法改正を前に、

予想される課題について検討会による審議手続きを済ませておく必要があるというのが真意とみられる。他方で、医療広告についてはポジティブリスト方式を堅持するという方針を検討会レベルで確認しておく必要もあると考えているようだ。

医療機関によるHPを広告規制の対象とすべきかどうかの議論に入る前に、事務局は「医療広告についてはポジティブリスト方式を堅持すべき」と述べる一方、医療機関のHPは広告とみなさないとしている方針については、「①広告規制の対象とする、②医療団体等による自主規制に運用をゆだねる、③ガイドラインを厳格化する、④引き続き規制の対象外とするなど、選択肢はいくつかある」と提起した。

検討会の議論も、医療機関のHPを



告規制の対象とすることに否定的な意見が多数を占めた。ただ、総務課の幹部は検討会後に、HPの問題については「我々の中にも二論がある」と洩らし、総務課としての見解は必ずしも確立されていないことを認めた。

医療機関のHPは「医療広告ガイドライン」(2007年3月30日付医政局長通知の別添)に、例外的に広告とはみなさない旨が明記されている。しかし、美容整形等一部HPに対する利用者の苦情は少なくない。また、ライフィノベーションWGは、「医療機関のHPは自由化されている」ことを原則自由化を求める根拠の1つにあげているなど、医政局もその対応には苦慮しているふしがある。

「再発防止と責任追及を分ける考え方への意見をまとめたい」

無過失補償制度のあり方検討会 患者団体が表明。より具体的な議論が生まれる可能性

厚生労働省の「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」は、10月24日に3回目の会合を開き、4人から意見を聴取した。

医療事故で家族を失った豊田郁子氏(新葛飾病院セーフティマネージャー)と勝村久司氏(日本医療機能評価機構・産科医療補償制度委員)は、医療事故に遭遇した患者・家族の願いは原因分析と再発防止であり、その道が閉ざされたときに訴訟に行き着かざるをえないと被害者側の心情を吐露しつつ、「原因分析、再発防止が伴えば裁判を求める被害者はなくなる」(勝村氏)と述べた。岩井宜子氏(専修大学法科大学院教

授)は日本学術会議が2005年6月にまとめた見解と提言「異状死について」を紹介、医療界に一石を投じた考え方(異状死体の定義、警察への届出義務の範囲、再発防止と被害者救済)を説明した。

有賀徹氏(昭和大学病院院長)は「医療事故の調査などに関する日本救急医学会の提案(案)」(09年11月)を取り上げ、その内容を詳しく紹介した。

山本和彦氏(一橋大学大学院教授)は医療裁判外紛争処理(ADR)の定義等について解説した。このほか、事務局(医政局医事課)は、この7月に内閣官房に設置された、犯罪死の死因究明を目的とする「死因究明制度に関するWT」に

ついて報告した。

飯田構成員(練馬総合病院院長・全日病常任理事)は、日本学術会議の「異状死について」に「医療の独占性と公益性、さらに国民が望む医療の透明性などを勘案すれば届出義務は解除されるべきではない」とあることを取り上げ、「違和感を感じる」と疑問を投げかけた。

そして、「届出義務の根拠に独占性をあげているが、業務独占であるのは医療が危険な行為であり、専門性が高いが故である。仮に届け出るとしても警察ではなく、第三者機関とされるべきではないか。(学術会議の論法は)原因究明・再発防止といいながら、結局は責

任追及になっている」と指摘、原因究明・再発防止と責任追及を混在させる考え方にあらためて反対を表明した。

ヒアリングに応じた豊田構成員は、医療事故調査機関早期設立キャンペーンを行ってきた「患者の視点で医療安全を考える連絡協議会」の一員。その豊田構成員に、椎名構成員(健保連)は「連絡協議会が考える医療版事故調とはどういうものか」とたずねた。

豊田構成員は「事故調の話がストップしたら今度は無過失補償の話になった。私たちがとまどっている」と困惑を隠さなかったが、「原因究明・再発防止と責任追及を分けるという意見が出てくるが、(それに対する)私たちの考えをまとめ、一度発表させていただきたい」と述べ、患者団体として、より具体的な検討に踏み込む可能性をのぞかせた。

清話抄

先進諸国における最大の死亡原因として循環器系疾患(心疾患・高血圧・脳血管疾患など)が挙げられるが、日本では依然として悪性新生物が最大の死亡原因である。先進諸国では各種の癌死亡者数は明らかに減少しているが、日本においては依然として微増してい

るのが実態である。

癌死亡者数減少への最も有効な対策として、癌検診などによる予防対策があげられる。先進諸国では大腸癌、乳癌ならびに子宮癌の検診が主に行われ、それらの検診受診率は70~80%であるが、日本における受診率は30%以下にすぎない。

これらの状況に対する国策として、「がん対策基本法」に基づく「がん対策推進基本計画」が進められている。そ

の予防対策としては、禁煙の推進とともに、平成23年度までに癌検診の受診率を50%以上とすることが明示されている。しかし、実態は全く厳しい状況であり、計画の当初よりその実現性は困難であるとの認識が一般的であった。

一方、本会の医療制度・税制委員会による「4疾病5事業に関する調査報告」(全日病ニュース 749号)によると、医療機能の分類とそれに基づく医療機関名の記載基準は「国と各都道府県で一

致しない」ダブル・スタンダードであった。

さらに、4疾病5事業の医療計画に参加する医療機関の選択に、官民格差の一端が認められた。これらの事象から、癌検診などの予防医学への国策をはじめとして、新医療計画制度の実現には大きな不安が残る。公的病院・大病院編重の医療提供体制を是正し、全国病院の80%を占める民間病院を重視した医療計画が強く望まれるところだ。(山)

2025年に向けた「将来課題」の盛り込みを提起

2012年度改定の基本方針 厚労省が重点課題と視点の具体案。地域密着病床における各病期の一体的対応も評価

厚労省保険局医療課は、10月26日の医療保険部会と27日の医療部会に、2012年度診療報酬改定基本方針に盛り込まれる「重点的課題」と「改定の視点」の具体案を提示した。

「重点的課題」として医療従事者の負担軽減と在宅医療の2点をあげたほか、「改定の視点」については、すでに合意されている前改定の4つの視点（①充実が求められる領域の適切な評価、

②安心・安全で生活の質にも配慮した医療の実現、③質が高く効率的な医療の実現、④効率化余地のある領域の適正化）にそった個別項目の案が示された。

各視点の具体的項目には、①救急外来や外来診療の機能分化、②病棟薬剤師等チーム医療の促進、③在宅医療を担う医療機関の役割分担・連携、④医療提供が困難な地域に配慮した提供体

制の評価、⑤訪問看護の充実（退院直後等医療ニーズの高い者への重点化等）、⑥平均在院日数の減少・社会的入院の是正、などがあげられた。

医療課は、さらに、「将来に向けた課題」として、「社会保障と税一体改革成案に描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等」を、12年度改定基本方針の重要課題に位置づけることを

提案した。

「将来に向けた課題」は、①高度急性期、一般急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化と強化、②地域に密着した病床における急性期、亜急性期、慢性期医療等の一体的な対応、③外来診療の役割分担、④在宅医療の充実を取り上げ、2025年に向けた工程で継続的に取り組む方針を提起している。（4面の中医協総会の議論報告を参照）

「2012年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等(案)」から 医療保険部会（10月26日）、医療部会（10月27日）

4. 具体的な次期改定の方向

□重点的に取り組む課題（案）

今後も救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、医療従事者の負担軽減

【具体的な方向案】

・救急、産科、小児、外科等の医師等の医療従事者の負担軽減に資する勤務体制の改善等の取組に対する評価
・救急外来や外来診療の機能分化の評価

・病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進

□重点的に取り組む課題（案）

医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組

【具体的な方向案】

・在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価

・看取りに至るまでの医療の適切な評価

・早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価

・地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実

・退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実

・維持期(生活期)リハ等における医療・

介護の円滑な連携

□改定の視点（案）

「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」

【具体的な方向案】

・緩和ケアを含むがん医療の充実
・感染症、生活習慣病対策の適切な評価

・早期診断等、重度認知症の周辺症状に対する精神科医療の適切な評価

・身体合併症をもつ精神救急患者への対応等急性期精神疾患に対する医療の適切な評価

・地域移行を推進し、地域生活を支えるための精神科医療の評価

・リハビリテーションの充実

・生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価

・東日本大震災を踏まえた診療報酬における災害対応の検討

・手術等の医療技術の適切な評価

・医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価

□改定の視点（案）

「患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点」
【具体的な方向案】
・医療安全対策等の推進の評価
・退院支援の充実等、患者に対する相

談支援体制への評価

・明細書無料発行の促進

・診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化

□改定の視点（案）

「医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」

【具体的な方向案】

・高度急性期、急性期等の病院機能にあわせた入院医療の評価

・慢性期入院医療の適正な評価

・医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価

・診療所の機能に着目した評価

□改定の視点（案）

「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」

【具体的な方向案】

・後発医薬品の使用促進策

・平均在院日数の減少、社会的入院の是正

・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

5. 将来に向けた課題について

従来の基本方針は次期改定の課題を記載してきたが、今回の基本方針においては、社会保障・税一体改革成案等で診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度改定のみならず、将来に向けて取り組んでいくこととしてはどうか。

□将来に向けた課題（案）

(1)「社会保障と税一体改革成案」に描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等

・高度急性期、一般急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化

・地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応

・外来診療の役割分担

・在宅医療の充実

(2) その際に、どのようなことに留意するべきか。

・地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置など様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これら施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬のあり方について引き続き検討する。

・効率かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行う。

・将来的には、医療技術等のさらなるイノベーションの評価や開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて検討を行う。

「混合診療禁止は適法」の判例が確定

混合診療の禁止が適法であるか否かを問う訴訟で、最高裁の第3小法廷(大谷剛彦裁判長)は10月25日、「健保法86条等の解釈として、混合診療が保険外併用療養費の支給要件を満たさない場合には、自由診療部分のみならず、保険診療相当部分も保険給付できないものと解するのが相当」として、原告側の上告を棄却。混合診療の自費部分に保険適用を求めてきた原告側の敗訴が確定した。5人の裁判官が同じ判断を示した。

原告は腎臓がん治療のために保険診療と自由診療とを併用していたが、2005年10月に病院から「厚労省解釈に従い、

混合診療は継続できない」と告げられて併用を断念、治療継続のためには保険を受ける権利の法的確認が必要であ

るとして、国を相手に受給権確認請求の訴えを起こした。

一審の東京地裁は、07年に「混合診

療を禁じる法的根拠はない」と原告の請求を認める判決を下した。これに対して国が控訴した結果、二審の東京高裁は09年に「混合診療は適法」と判決したため原告側が上告、6年に及ぶ裁判となった。

全日病・医法協共催 2011年度「医療安全対策講習会」開催のご案内

本講習会は全日病・医法協共催の「医療安全管理者養成課程講習会」および2006年度まで四病院団体協議会が実施していた同講習会の「医療安全管理者認定証更新」のための講習(1単位)に該当します。

プログラム(予定)

- 講演Ⅰ 医療安全—最近の動向—
東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野教授 長谷川友紀
- 講演Ⅱ 医療事故・ヒヤリ・ハットの情報収集による原因分析、再発防止と無過失補償による紛争の解決について
日本医療機能評価機構医療事故防止事業部長 後 信

- 日 時 ● 11月24日(木) 13:00~16:00
- 会 場 ● 東医健保会館2F大ホール
東京都新宿区南元町4番地(JR総武線信濃町駅下車7分)
- 定 員 ● 240名
- 参加費 ● 5,000円
- 申込締切 11月11日(金)

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

〈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、35年余にわたり、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、平成23年度より開始の試験です。

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】社団法人 全日本病院協会 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 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,500円
- 試験日 年12回(毎月)
- 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)

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)
- 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)

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,000円
- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目 <学 科> 医師事務作業補助基礎知識
<実 技> 医療文書作成

●試験の詳細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。

(財)日本医療教育財団

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

救急医療機関における退院調整や医療連携強化が課題

2012年度診療報酬改定議論 厚労省 外来・在宅での緩和ケア実施と放射線治療の週1回診察を提案

中医協総会は10月12日から2012年度診療報酬改定に向けた各論の検討に入る一方、開催間隔も短くするなど、具

体的課題検討の作業ピッチを上げている。以下に、10月12日、19日、21日、26日の議論状況を報告する。

10月12日 外来管理加算・地域医療貢献加算、明細書の無料発行義務化

●**外来管理加算**
事務局(厚労省保険局医療課)は「(5分間ルール廃止という)要件の見直しは概ね医療現場や患者に受け入れられている」として、現状を維持する方向性を示唆した。

●**地域医療貢献加算**
地域医療貢献加算について、事務局は「夜間・休日等に対応している診療所の評価につながっている」と前向きに評価したが、総会では、同加算が目的とした休日・夜間等の病院外来減少にはつながっていないなどの疑問が示された。これを受け、森田中医協会長は、「地域

医療貢献加算の意義づけをあらためて明確にする必要がある」と議論をまとめた。

●**明細書の無料発行義務化**
明細書無料発行を普及促進させる見地から、事務局は、現行要件における曖昧な点や、患者による受け取り抑止につながりかねない部分を改善する方針を提示した。明細書無料発行を容認する診療側委員からは、事務局と異なる視点から改善を求める意見も出た。

森田会長は「このルールに異存はないが、実施方法には(中医協委員の間に)異論もある。見直しを検討する必要がある」と整理した。

救急医療 後方病院への転院促進策をさらに検討

10月19日 救急医療、周産期医療・新生児医療

●**救急医療について**
検証調査によると、10年度改定によって「充実・改善された」と評価する救急医療機関は33.9%に過ぎず、「できなかった」という回答が66.1%にのぼった。救急医療の現況と課題を事務局は以下のように整理した。

- 【現況】
- ①救急搬送件数は特に高齢者で増加しているが、その8割は軽・中度者である。
- ②救命救急センターへの搬送が増えており、満床で受け入れできない事例も増加している。
- ③前改定での救急医療管理加算や救命救急入院料加算の引き上げは、一定の効果をみせた。
- ④退院調整に一定の効果はあったが、救急搬送患者地域連携の活用は限定的であった。
- ⑤前改定で小児にトリアージ加算を新設したが、トリアージ実施医療機関の多くは年齢を制限していない。

【課題】

- ①救命救急医療センターに軽・中度者が集中しないような工夫が必要ではないか。
- ②救急医療機関における退院調整や医療連携について、どのように考えるか。
- ③年齢を区切って評価しているトリアージ加算についてどのように考えるか。

【主な議論】
「高齢者で増加している救急搬送件数の8割は軽・中度者」とされている件で、診療側は「軽症とする判断基準が不明だ」「入院した後の予後が不明だ」などの疑問を示し、詳細データの提出を求めた。診療側からは、また、「3次救急の負

担が増している。2次救急でもっと救急医療管理加算等がとれるようにすべき」「救急搬送患者地域連携の紹介加算と受入加算は併算定を認めるべきではないか」などの意見が相次いだ。

鈴木医療課長は、「救急が充実できていないとする理由の大半は人の問題だが、後方病院への転院を促すなどもう少し考える余地がある」という認識を表明。また、救急医療管理加算の算定が増えていることを明らかにし、今後も充実を期す意向を示した。さらに、紹介加算と受入加算の併算定に関しても「その要望は受け取っている」と、前向きな検討を示唆した。

診療側委員は、「ハイケアユニット入院管理料も施設基準緩和を求める声が強い」と見直しを求めた。院内トリアージ加算の評価対象については、診療側、支払側とも成人への拡大を求める意見を表明、概ね事務局提案を了承した。

●**周産期医療・新生児医療について**
事務局は周産期医療・新生児医療について評価を引き上げる方向性を示し、とくに、退院調整や医療連携の実績を向上させる評価のあり方について検討を求めた。

- 【課題】
- ①周産期・新生児医療に直接関わる診療報酬のさらなる見直しを行う場合には、どのような点に着目すべきか。
- ②NICUに入っている新生児の転院や在宅療養を推進するため、退院調整や医療連携の評価について、どのように考えるか。

被災地対応 加算は反対で一致。180日超対策が浮上

10月21日 災害医療(東日本大震災被災地への対応、今後の災害医療体制の強化)

●**東日本大震災被災地への対応について**
当テーマの中で、事務局は、「震災か

ら半年以上が経過し、入院180日超えの問題が顕在化してきている」と、その

厚労省「法改正に向け、医療部会報告に盛り込む」

特定看護師制度 チーム医療推進会議で表明。枠組み合意を目指す方針

厚生労働省のチーム医療推進会議が10月12日に4ヵ月ぶりに開かれ、特定看護師業務試行事業の実施状況など、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」における検討状況が報告された。

「チーム医療推進方策検討WG」の関連では、2011年度チーム医療実証事業委託施設の選定結果が報告された。

「チーム医療の取り組み指針(基本的な

考え方と実践的事例集)」を踏まえた実証事業に応募したのは104施設200チーム。この中から、68施設115チームが委託施設として選定された。そのうち、15施設19チームが200床未満の病院であった。

議論の中で、藤川委員(日医常任理事)は、日本医師会がまとめた提言(「医師・患者関係の法的再検討について」)を用いてチーム医療における医師の役割と

対応のあり方の検討を求めた。

- 【論点】
- ①現在でも通常サービスを提供できない医療の状態をどう考えるか。
- ②震災によるやむを得ない理由から入院が長期化している事例をどう考えるか。
- ③補助金と診療報酬との関係を検討しつつ、診療報酬での被災地への対応をどう考えるか。

●**今後の災害医療体制の強化について**
事務局は診療報酬における被災医療機関への対応の検討を求める一方で、災害拠点病院等に対する体制の評価を提起した。

- 【論点】
- ①災害拠点病院を中心に、平時から災害に備えた対応をとっていることをどう考えるか。
- ②補助金と診療報酬との関係を検討した上で、診療報酬での対応についてどう考えるか。

【主な議論】
診療側からは、「(180日超の問題については)選定療養適用除外の項目に被災を追加するとよい」「DPC機能評価係数Ⅱの地域医療係数を構成する災害時医療はDMATに限らず評価すべき」といった意見が上がった。180日超患者を選定療養の適用除外とすることに、支払側は難色を示した。

被災医療機関に対する加算に対しては支払側診療側とも一致して反対した。算定要件等の緩和特例に対しては、支

10月26日 がん対策(放射線治療、緩和ケア)、生活習慣病対策(糖尿病)、たばこ対策

□**がん対策**
事務局は、がん対策の課題として放射線治療と緩和ケアをあげた。

●**放射線治療の論点**
事務局はがん患者に対する放射線治療の割合が外国に比べて少ないと指摘。放射線治療時の毎回診察という現行方法とチームによる「包括的な診察」がなされる場合は週1回程度の診察とする方法を選択できるようにする案を提示した。

・外来における放射線治療は、毎回、診察を前提としている。これをどのように考えるか。

・医師の包括的指示にもとづく看護師や放射線技師等のチームによる毎回の観察をどのように考えるか。また、精度管理、保守管理等において、関係学会の定めるガイドライン等を遵守することについてどのように考えるか。

・一方で、再診間隔の延長に対して適正な点数設定が必要と考えられるがどうか。

●**がん患者に対する緩和ケア**
終末期とみられてきた緩和ケアについて、事務局は、診断早期から病棟以外で実施することの重要性を指摘、外来と在宅での取り組みに対する評価を提起した。鈴木医療課長は、「病棟から在宅に戻り、必要に応じて病棟に入る。行

払側から、「来年4月で線引きし、いちど状況をチェックしてはどうか」という注文がついた。

多くの委員が要望している補助金について、西澤委員は、「補助金は、医療機関がそこで診療を続けていくための支援として投入されるべき。その上で、医療機関の実情に対応した診療報酬を検討すべきではないか」と論じる一方、「用途の限定など補助金は大変使いづらい。この際、非常時に即した補助金を実行してほしい」と要望した。

西澤委員は、180日超患者の適用除外を「認めるべきである」とした上で、「これは地域の医療・介護の連携が弱いことから生じている。一医療機関だけでなく、地域全体の状況に目を配らなければならない」とも指摘。

さらに、「公的病院と違い、なかなか支援を得られない民間病院は廃業を考えるほど追い込まれている。そうした状況をつぶさなみにて支援策を考えていただきたい」と訴えた。

この意見に、診療側嘉山委員は、「我々(大学病院)は拠点病院に医師等を派遣してきた。しかし、民間の小さな病院にも手当していかないと地域は崩壊する」と応じた。

災害医療体制の強化に関しては、議論に立ち会った医政局の井上指導課長から、災害拠点病院に対する加算の検討を要請する意見が表明された。

ったり来たりできることが好ましい。在宅療養支援診療所・病院が在宅の緩和ケアにどう連携していくかである」と、検討の方向性を示した。併せて、医療用麻薬の4製剤について30日分処方をも認めたいと提案した。

- 【論点】
- ・外来や在宅への円滑移行を支援する体制をとっている緩和ケア病棟の評価をどうするか。
- ・外来で麻薬等を使用して早期から継続した緩和ケアを行なうことの評価をどう考えるか。

□**生活習慣病対策**
透析導入患者の原疾患として、近年、糖尿病性腎症が急増、かつて圧倒的であった慢性糸球体性腎炎にとって代わっている。事務局は、糖尿病対策として、多職種で共同して行なう患者指導の充実化を図る考えを示した。

●**糖尿病対策の論点**
外来で医師や看護師、保健師等が連携し、糖尿病患者に対する重点的な医学管理を行なうことの評価をどう考えるか。

□**たばこ対策の論点**
緩和ケア病棟等の現状にも配慮しつつ、生活習慣病患者、小児、呼吸器疾患患者等に対する指導管理にあたって屋内全面禁煙を原則とすることを、どのように考えるか。

行為を容認する仕組みとして「法改正はシンプルでよい。主に、省令とそれ以下のレベルで対応できる」などの見解を示す委員もいた。

検討会で、厚労省医政局の田原医事課長は、「特定看護師の制度化は“社会保障・税の一体改革”に関連する施策」との認識を表わした。

その上で、来春の通常国会に法案を出すためには12月上旬の医療部会に報告をあげる必要があり、そのために看護業務検討WGで枠組みを中心としたとりまとめを行ないたいと述べ、次回の推進会議に骨子案を提示する意向を表明した。

厚労省が提案 「機能評価係数Ⅱの4係数は医療機関群毎に設定」

DPC評価分科会 地域医療指数に患者シェア評価を導入。「高診療密度病院」要件で代替案

10月14日のDPC評価分科会は、(1)機能評価係数Ⅱの見直し、(2)医療機関群の具体的な設定について検討した。

機能評価係数Ⅱは、①係数Ⅱを構成する6項目のうち効率性指数、複雑性指数、カバー率指数は現行の評価方法を踏襲するが、地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数は見直すことが合意されている。

係数Ⅱに追加すべき候補項目は、前回までに、①専門病院の評価、②診療情報活用の評価の2項目に絞り込まれた。

同日の分科会に事務局が提案した機能評価係数Ⅱに関する検討内容は別掲(資料1)のとおりだが、前出確認事項を踏まえ、事務局(厚労省保険局医療課)は、検討方向の変更と具体化の各案を提示した。

変更案は係数Ⅱと医療機関群との関係にかかわるもので、新たに、係数Ⅱ

のうちの4項目を医療機関群ごとに設定する考え方が示された。

具体的には、データ提出係数と効率性係数はDPC対象病院すべて共通の方法で係数を設定するが、残りの4係数(複雑性、地域医療、救急医療、カバー率)は、「社会や地域の実情に応じて求められる機能」の実現度合いを評価するという見地から医療機関群によって重みづけを変える、というもの。

具体化案の1つは、地域医療指数の評価軸に患者シェアという定量評価を追加するという提案である。この考え方には、専門病院の委員から強い懸念が示されたが、多くの委員は、定量的評価において小児医療だけは別枠で評価することを含め、この案を支持した。

地域医療の評価指標を構成する現行7項目については概ね存続の方向で一致。さらに、「24時間t-PA対応体制への評価」を追加する方向などを確認、細

部は引き続き検討することで合意した。

追加項目として提案されている「診療情報の提供や活用等」と「専門病院の評価」に関しては事務局案の方向で臨むことで概ね合意された。

その結果、カバー率係数の設定方法を変えることによって専門病院が低い評価になる可能性を排除する方向で検

討することになり、「専門病院の評価」は追加項目案から外された。

その一方、各施設における診療実績情報をHPで公表することを評価する「診療情報の提供や活用等」は、公表項目と様式等の検討を重ね、可能な項目について2013年度をめどに試行的に実施する線でもとまった。

医師密度の指標に代案。初期臨床研修医師数を採用

一方、医療機関群の「高診療密度病院」に関して、事務局は、(1)医師密度・診療密度、(2)「一定以上の医師研修の実施」「一定以上の高度な医療技術の実施」「一定以上の重症患者に対する診療の実施」のいずれかをみだす医療機関という条件をあげ、その両方をみだす医療機関とする案で臨むとされた。

各要件の現時点の案は資料2のとおりだが、同日、事務局は、前出要件に「医師獲得競争を惹起する」という批判

があることに配慮、「入院医師数」と「医師免許取得後5年目までの医師数」を「初期臨床研修医師数」に置きかえる代替案を提示、「初期臨床研修医はマッチング方式等のルールの下で採用される。獲得競争になりにくい」と説明した。

「全身麻酔比率」を含めて多くの委員が代替案に反対したが、事務局は「具体的な数字がないと分かりにくい。この案にもとづいてデータを取り、その上で議論をお願いしたい」と求めた。

資料1. 機能評価係数Ⅱの検討内容

□見直しを行なう3項目

●地域医療指数

(1) 地域に対する各病院のシェアなど定量的な評価指標を追加する、(2) 地域医療計画等における役割を評価する現行ポイント制も見直す。

[検討の論点]

① 定量評価の指数は「当該医療機関担当患者数/当該医療機関の所属地域の発生患者数」という計算式を採用するか。

② 「地域」の単位は2次医療圏とするか、大学病院本院群・高診療密度病院群は3次医療圏も視野に入れるべきか。

③ 対象患者が少なく医療機関が限られる小児(15歳未満)とそれ以外を評

価することも検討すべきか。

④ 定性的な体制評価(現行7項目)の見直しとして、評価手法(ポイント制)における各評価項目の重みづけをどう考えるか。

⑤ 定性的評価として、個々の項目(脳卒中地域連携、がん地域連携、地域がん登録、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療)をどう考えるか。

●救急医療係数

救急医療指数見直しの基本的考え方とし、各医療機関における救急医療の診療実績をそのまま反映する「指数」とし、報酬額を直接算出する「係数」としての取扱いは廃止する。また、

「救急医療指数」は「救急医療入院患者について、入院後2日間までの包括範囲出来高点数(出来高診療実績)と包括点数との差額の総和」とする。

□追加導入を検討すべき項目

●診療情報の提供や活用等、診療の透明化や改善の努力の評価(新規)

各施設が、一定の診療実績情報を自施設や厚労省のHPで公表した場合に一定の評価を行なうかどうか。公表する項目や様式等を検討し、例えば2013年度目途に試行的に実施してはどうか。

●専門病院の評価(新規)

専門病院等のカバー率の評価において不利となるような専門的診療に

配慮するため、カバー率の評価基準を見直し、カバー率係数の本来の評価趣旨(総合性)に合うように、カバー率の高い施設に限定して評価する。

□機能評価係数Ⅱと医療機関群設定との関係

① 「全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現」の2項目(データ提出、効率性)は全医療機関共通の係数・指数としてはどうか。

② 「社会や地域の実情に応じて求められる機能の実現(地域における医療資源配分の最適化)」の4項目(複雑性、カバー率、地域医療、救急医療)は、係数・指数の集計や評価方法の設定を医療機関群毎に検討してはどうか(新規項目は別途検討)。

資料2. 「高診療密度病院」の要件案(代替案の前段階)

● 医師密度 入院医師数/DPC算定病床数

● 診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数(患者数補正後)

● 医師研修機能 医師免許取得後5年目までの医師数/DPC算定病床数

● 高度な医療技術の実施 ①手術1件あたりの外保連手術指数(外保連「技術度指数」で手術を重みづけし、手術1件あたりの平均技術度指数を計算)、

②全身麻酔の患者比率

● 重症患者に対する診療 ①複雑性指数(1入院あたり平均点数を全国のDPC毎の1入院平均点数で補正した指数)、②全患者に占める「手術・処置等1・2」患者の比率

□「高診療密度病院」要件の代替案

事務局は10月14日の分科会に、「限定的な医師配置の要件を設定する、

あるいは、実績各要件と医師数を組み合わせることで実質的(間接的)に一定の医師配置を前提とし、直接的な医師密度設定を回避する」追加修正案(代替案)を示した。

● 医師密度の「病床あたりの全医師数」を「病床あたりの初期臨床研修医師数」とする。

● 医師研修機能の「医師密度=医師免許取得後5年目までの医師」を「医

師密度=病床あたりの初期臨床研修医師数」とする。

● 高度な医療技術の実施の「外保連手術指数」に「協力医師数」を加えて補正する。

● 重症患者に対する診療の「複雑性指数」を算出する際のデータ(1入院当たりの包括範囲出来高点数)について、一定の医師配置が前提となるような補正を行なう。

地域連携拠点(ハブ)を一定の圏域ごとに設置

□「医療と介護の連携の議論に必要な視点について」(要旨) 中医協診療側委員 中医協と介護給付費分科会による打ち合わせ会(10月21日) ※1面記事を参照

多職種・多施設間の連携は着実に進んできているが、医療・介護の取り組みを個々に報酬で限定的に評価するだけでは、利用者の自立した生活を実現していく上で十分ではない。

なぜならば、個々のサービスの隙間をなくすという部分的視点に立つ限り、地域全体のサービス提供者との中長期的なコミュニケーションや情報共有が十分に進まず、急変時の受け入れ医療機関の有無や入院・入所先施設の対応内容など、将来にわたる不安が解消されないからである。

同じことは提供者の側にもいえる。こうした不安の存在が、施設間の役割分担や在宅への移行等が社会的に進まない要因の一つとなっている。

したがって、医療・介護の連携を意味のあるものにするためには、個々の局面での連携を超えて、「かかりつけ医」機能を有する医療機関を中心に、地域の医療や介護に携わる数多

くの職種が患者・利用者の情報を共有して、患者・利用者およびその家族と同じ目線で支え合う「ネットワーク型」の連携システムが必要となる。

連携システムを構築するためには、地域全体の医療と介護のコーディネート役を担う地域連携拠点(ハブ)を一定圏域ごとに設置することが不可欠である。ネットワーク型の連携システムを構築していくには、医療と介護に関わる人、モノ、組織、情報を包括的にコーディネートする役割が決定的に重要となるからである。

連携パスの導入や医療情報連携の推進等、継続的なサービス提供体制の構築が進んでいるが、いまだ、地域における医療と介護を包括する全面的な展開に至っていない。したがって、連携拠点となるハブ組織は、MSWやケアマネジャーを活かしつつ、地域医療に取り組む医療機関や地区の医師会や看護協会さらには行政機

関等が協働し、地域包括支援センター等とも連携することが基本となる。

そこでは、患者・利用者を取りまく多職種が集まり、地域全体の医療と介護サービスの情報が総合的に管理・調整されることが期待される。将来的には、こうした連携拠点の機能を一層強化し、発症から急性期、亜急性期、回復期、長期療養、在宅医療・介護までの患者・利用者情報を地域で集約し、その共有と活用を進める組織を構築していく構想も視野に入ってくる。

こうしたハブ機能を担う主体は地域の実情に応じて工夫されるべきであり、自治体や地区医師会が中心になる場合もあれば、病院の場合もあれば、診療所の場合もあり得る。

重要なことは、施設間単位での単線型の機能連携から地域単位でのネットワーク型の機能連携への転換を実現するために、地域特性を踏まえた形で、多職種・多施設間での連携

を地域のなかで「システム化」することである。

こうしたシステムが実現されると、たとえば、在宅医療を支援する医療機関では、地域における急性期以降の入院医療ならびに地域医療・在宅療養・介護施設の後方支援などの連携型入院を軸とした入院機能を果たすための条件が整い、自宅や介護施設からの一時受け入れを目的とした「待機病床」の柔軟な運用も可能となる。

こうした課題は各地で取り組まれてきたが、診療報酬体系は個々の医療行為に点数を設定しているため、このような連携拠点を核とした地域における包括的ネットワーク構築の取り組みが評価されず、制度的かつ財政的な手当てが行われていない。

中医協ならびに介護給付費分科会においては、連携ネットワーク構築の評価といった視点も含めて議論を進める必要があると考える。

厚労省 在宅医療拠点施設を医療法に位置づける

第6次医療法改正の議論 医療計画に目標値と連携体制を記載。地域医療支援センターも医療法で規定

10月27日の医療部会は、第6次医療法改正に向けた課題として在宅医療を議論俎上にのぼらせた。事務局(厚労省医政局総務課)は、在宅医療に関する論点において、在宅医療の拠点を担う診療所・病院を医療法に位置づける、医療計画策定の中で実態把握を行ない、4疾病5事業と同様、目標値と連携体制を記載するという方針を提示した。

医療法の施設類型としては特定機能病院、地域医療支援病院につぐもの。法に位置づけられることの意味合いと

在宅医療に関する論点

- 在宅医療の拠点となる機関に期待される役割
- 連携拠点機能(医療・介護関係者間の協議の場の開催、多職種連携のための人員配置、人材育成)
- 急変時に対応できる在宅医療提供体制の構築

して、事務局は「県知事の承認によって名称独占がなり、告知できる。また、連携づくりの対象となる」と、医療計画に在宅医療の連携機関として記載される点を指摘した。

この提案に、西澤委員(全日病会長)は「(在宅の医療機関は)数だけ揃え、数字だけで判断され、片づけられているのが実情。現場の実態を踏まえるべく、詳細な調査や関係者からの聞き取りを行なって、在宅医療の推進方法をよく研究してほしい」と注文を付けた。

- ・一人開業医の24時間体制のサポート(複数医師の配置等)
- ・災害など有事の際にも適切な医療を提供するための計画を策定し(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等を含む)、他の医療機関等の計画策定等を

支援

- 介護をする家族への支援等
- 地域のニーズに応じた、在宅医療を提供する機関の整備が求められている。[論点]
- 在宅医療の拠点として期待される上述のような役割を担う診療所又は病院を医療法に位置づけてはどうか。

医療計画(特に介護との連携)に関する論点

- 医療計画における在宅医療についても、4疾病5事業と同様に、達成すべき数値の目標や医療連携体制に関する事項の記載を医療法上で義務づけてはどうか。
- 都道府県による、医療計画策定の際

地域医療支援センターに関する論点

医療法に定められた「医療対策協議会」において取りまとめた医師確保の方針などに沿った施策を都道府県にお

- 在宅医療を提供する診療所(歯科診療所を含む)、病院、薬局、および訪問看護ステーションについて、医療計画策定時に現状把握等に取り組むことにはどうか。
- 在宅医療を提供する機関の重要性は高まっており、このような機関の運営の支援について、どのように考えるか。

に、介護保険事業計画等を策定する市区町村と十分な情報共有を推進していくべきではないか。

○在宅医療の医療計画は、2次医療圏、保健所単位、市区町村エリア等、どのような単位で立案していくべきか。

いて推進する主体として、新たに地域医療支援センターを医療法に位置づけることについてどう考えるか。

2012年度介護報酬改定 厚労省「全体を0.6%下げて新地域区分の上乗せ財源を確保」

10月7日の介護給付費分科会に、事務局(厚労省老健局老人保健課)は2011年介護事業経営実態調査の結果(速報値)を報告した。今年3月の収支状況を集計したもので、回答施設・事業所は約1万(有効回答率36.1%)であった。

概況としては、前回2010年の調査と比べると、各サービスの収支差率はおおむね改善されており、総収入に占める給与費の割合も全体的に減少している。

報告された調査結果は税引き前の収支であったため、少なからぬ委員が税引き後の収支差を明らかにするよう求めた。そのため、事務局は10月17日の分科会に税引き後の収支差率を示した。

それによると、収支差率は、法人税等が課税されない社会福祉法人が開設主体の介護老人福祉施設と同法人が主たる事業主の短期入所生活介護を除いた各サービスで収支差率が下る結果となり、その低下幅は最大で4ポイントにも達した。

主な介護サービスの収支差率は、介護

老人保健施設8.6%(税引前は9.9%)、介護療養型医療施設5.5%(同9.7%)、介護老人福祉施設9.3%(9.3%)、通所リハ1.7%(4.0%)、訪問看護1.4%(2.3%)。

事務局は、また、10月7日の介護給付費分科会に、2012年度の介護報酬改定で見直すことになっている地域区分の財政試算を示した。見直しは、5つとなっている現行区分のうち、特甲地を新たに3つに分けた7区分にすることによって特甲地に該当する多くの都市部の上乗せ率を現在より高くする方向で予定されている。

これを「財政中立」の下で行なうために、事務局は、上乗せが必要な地域区分に配分する財源を基本報酬の引き下げによって捻出する方針を示していた。

試算によると、介護報酬を全体に0.6%引き下げた上で、特別区と過半数の特甲地上乗せ割合を現行制度より高く、一部特甲地や甲地、乙地、その他の区分は現行より低く設定されている。

職員の支給額増加を支えてきた予算を、保険料を含む介護保険財政でまかなうというもの。

加算額の算定方法と要件は基本的に処遇改善交付金と同じとしているが、

新たに、「加算のうち本給で支給する割合を一定以上とする」ことが要件に追加される。

介護給付費分科会では処遇改善交付

医療保険と同様 訪問看護師等対象に退院時共同指導加算を提案

10月17日の介護給付費分科会に、事務局は、2012年度介護報酬改定における訪問看護サービスほかの基準と報酬の見直し案を示した。その概要は以下のとおり。

□訪問看護

- 20分未満は、日中に訪問した場合も算定可能とする。ただし、当該利用者に20分以上の訪問を週1回以上実施すること、24時間訪問看護が実施できる体制にある事業所であることをともに要件とする。
- 短時間訪問と長時間訪問の評価を見直し、短時間をより高く評価する。
- 訪問看護ステーションの理学療法士等が行なう訪問看護の時間区分(30分未満、30分以上60分未満)を、20分以上、40分以上、60分以上とする。ただし、訪問リハと同様に週のサービス提供時間は120分を限度とする。
- ターミナルケア加算の算定要件を見直し、死亡日を含む(現行=死亡日前)14日以内に2日(同=2回)以上訪問看護を実施した場合に算定可能とする。

金の継続を希望する意見が多かったこともあり、事務局の提案に対しては「国家が労働賃金に介入するのはおかしい」などの批判が相次いだ。

- 退院時共同指導加算を新設する。
- 初回加算を新設する。(案)
- 特別管理加算を見直す-①在宅患者点滴注射指導管理の状態の者を特別管理加算の対象に加える、②在宅気管切開患者指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態の評価を見直す。

□短期入所療養介護

- 病院・診療所と同様、介護老人保健施設においても、医療ニーズの高い利用者の受入れを同様に評価する。
- 緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、居宅サービス計画に位置づけられていない緊急の利用者を受け入れた場合に加算する。算定要件は、①1人1月当たり7日程度を支給の限度とする(現行の加算と同様)、②受入れにあたって、既に受けている予約を調整してベッドを確保する(調整がつかない場合には紹介可能な連携事業所を予め確保しておく)こと。

厚労省「療養病床削減は次期医療費適正化計画で見直す」

医療保険部会 平均在院日数に向う分化・連携で対応と。70～74歳の2割負担が議論の俎上に

10月26日の社会保障審議会医療保険部会は、政府の「社会保障・税一体改革成案」が打ち出した「70～74歳の自己負担割合の見直し」と「医薬品の患者負担見直し」について検討した。

70～74歳の自己負担割合は後期高齢者制度等が創設された2008年の健保法等改正で2割負担が決まったが、福田内閣によって実施が1年延期され、その後も延長が繰り返されるなど凍結状態が続く、本則で2割負担とされたまま、改正前の1割負担が現在も続いている。このため、政府は保険財政に毎年約2,000億円を補充している。

民主党政権の下、昨年の高齢者医療制度改革会議の最終とりまとめには「13年度に70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」と書き込まれたが、高齢者医療制度の設計が遅れる中、一体改革の工程に組み込まれた

ため、あらためて、大臣諮問の審議会である医療保険部会に検討が委ねられたもの。

同日の議論では、診療を代表する委員2人を除くほとんどの委員が2割負担の実施に賛同した。

「医薬品の患者負担見直し」とは、成案では「医薬品に対する患者負担を市販医薬品の価格水準も考慮して見直す」とされている。

患者が負担する薬剤費は薬価基準で定められた価格の自己負担割合分となっている。したがって、薬剤の患者負担を引き上げるとするのは、本来の患者負担以外に定率もしくは定額の薬剤負担を求めることになる。

薬剤費の別途負担、すなわち薬剤の二重負担は1997年の健保法改正で決まり、同年9月から外来に導入された。高齢者に関しては2000年7月に廃止さ

れたが、現役世代について03年4月の被用者3割負担と引き換えて廃止されるまで、6年近く続いた。

こうした過去があるだけに医療保険部会でも反応は冷やかかで、2人が強い反対意見を表明したほか発言する委員はなく、遠藤部長も早々に議論を打ち切った。

いずれも最終結論ではなく、今後、12年度健保法等改正に向けた報告取りまとめの前に再度議論し、部会としての結論を出すことになる。

この日の部会に、事務局(厚労省医政局総務課)は、2013年度から始まる第2期医療費適正化計画に向けた議論を求めた。

第1期計画(08年～12年)の達成目標は、平均在院日数については、全国平均32.2日(06年度実績)を29.8日に縮減するとされた。今年4月の中間評価におけ

る平均在院日数は31.3日。事務局は「一般病床と精神病床は大きく縮まったが、療養病床とくに介護療養病床は逆に長くなっている」と説明した。

医療費適正化計画に関連して一体改革成案を構成する「医療・介護の機能分化・連携」のシミュレーションを説明した事務局に、白川委員(健保連)は、「(成案は)平均在院日数は縮めるとしているのに2025年の病床数が変わらないのはおかしい。これでは医療費はむしろ増えてしまう」と疑問を呈し、「介護療養病床の廃止をどう盛り込んでいるのか」と質した。

この質問に、保険局総務課の担当官は「現行の適正化計画では療養病床削減が目標達成の大きな柱となっているが、次期計画作成の方針では見直しをしなければならない」と答弁。これに加えて、木下総務課長は、「一体改革では介護療養病床が2017年度になくなるという前提で試算している」と補足した。

その上で、「今回の同時改定では介護(7面下段へ続く)

「東日本大震災に伴う被害・現状・復旧に関する調査」の報告

「望ましい支援策」は補助金と税務上の優遇が1、2位

被害見込額最高は約20億円。調査結果を踏まえ新たな要望書を検討

医療制度・税制委員会委員長 中村康彦

当協会は国や政党に対して、毎年、次年度の税制改正要望書を提出しており、会員の声を取りまとめた要望書案を作成することが、医療制度・税制委員会の役割の一つである。平成24年度の要望書では、今年3月11日に発生した東日本大震災に関する項目を加え、被災地における優遇税制を要望した。

被災した会員病院が求める具体的な支援を把握し、更なる要望を検討するために、被災病院に対する調査を実施した。

震災に伴う被害・現状・復旧に関する調査を目的とし、青森県・岩手県・宮城県・福島県・茨城県の被災5県の161病院に対し、震災から4ヶ月目に当たる7月の状況を把握すべく、8月にファックスで調査票を送付した。

調査結果は下記の通りである。

●回答率と回答病院の特性

調査対象の161病院に対して102病院が回答、63%という高い回答率となった。回答した病院の開設主体は、1%が公的病院、99%が民間病院であった。病床規模は199床未満が69%を占め、病院類型はケアミックスが35%と最も多く、次いで急性期が33%であった。

●被害状況について

被害状況について、建物の被害は表

1に、インフラ(電気・ガス・水道・電話・医療機器)の被害は表2に掲載した。

●職員の状況

震災前と比較した職員の充足状況は74%が「変わらない」と回答した。震災に伴う職員の健康への影響については93%が「認めない」と回答したが、「認めた」と回答したケースでは、健康被害の例としてPTSD、過労、食欲不振等が挙げられた。

●被害見込額について

被害見込額はばらつきが大きかったが、中央値、最大値、最小値を表3に示す。

●震災前と比較した医療提供の状況について

医療提供機能として、①外来、②入院、③外来患者数、④病床稼働率の4つの点から質問した結果、いずれについても、震災前と比較して「81%~100%(震災前と同様)」の医療提供機能を確保していると回答した病院が最も多かった。

●今後の計画について

今後の計画については、①復旧計画の有無、②建物の計画、③医療機器の計画、④医療機能の計画について質問し、結果を表4に示す。

●望ましい支援策について

被災病院が望む支援策を把握するために14の支援策を提示し、望ましい選択肢の上位5つを選択してもらった。表5が望ましい支援策として上位を占

めた5項目である。

本アンケートでは、震災から4ヶ月目に当たる7月の状況を調査したこともあり、特にインフラの被害から復旧し、震災前と同様の水準の医療を提供している様子が伺えた。

しかしながら建物が損壊した病院も多く、それに伴う減収、修復費用を鑑みると、引き続き支援が必要なのは言うまでもない。

表1. 建物の被害状況

| 被害程度 | % |
|------|--------|
| 全壊 | 1.0% |
| 半壊 | 4.9% |
| 一部損壊 | 66.7% |
| 被害なし | 26.5% |
| 未回答 | 1.0% |
| 合計 | 100.0% |

表2. インフラの被害と復旧状況

| 被害状況 | 電気 | ガス | 水道 | 電話 | 医療機器 |
|---------|-------|-------|--------|-------|-------|
| 被害なし | 35.3% | 56.9% | 32.4% | 44.1% | 48.0% |
| 現在は使用可能 | 63.7% | 38.2% | 65.7% | 51.0% | 48.0% |
| 使用不能 | 0.0% | 1.0% | 1.0% | 1.0% | 2.0% |
| 未回答 | 1.0% | 3.9% | 1.0% | 3.9% | 2.0% |
| 合計 | 100% | 100% | 100.1% | 100% | 100% |

表3. 被害見込額 (単位: 万円)

| 値 | 建物 | 設備 | 減収 | その他 | 合計 |
|-----|--------|--------|---------|--------|---------|
| 中央値 | 1,000 | 540 | 3,060 | 100 | 1,800 |
| 最大値 | 38,000 | 15,000 | 168,000 | 12,700 | 197,140 |
| 最小値 | 0 | 5 | 100 | 0 | 5 |

表4. 復旧計画の有無 (%)

| 復旧計画 | 建物の計画 | | 医療機器の計画 | | 医療機能の計画 | |
|--------|-------|--------|---------|--------|---------|------|
| | ある | ない | ある | ない | ある | ない |
| ある | 38.2 | | 39.2 | | - | 89.2 |
| 今後検討する | 24.5 | | 49.0 | | 16.7 | 5.9 |
| ない | 35.3 | | 1.0 | | 7.8 | 3.9 |
| 未回答 | 2.0 | | 3.9 | | 1.0 | 0.0 |
| | | 未定・その他 | 7.0 | | 6.0 | 0.0 |
| | | | | 未定・その他 | 1.0 | 0.0 |
| | | | | | | 未回答 |
| | | | | | | 1.0 |

表5. 望ましい支援策 (上位5項目)

| 順位 | 望ましい支援策 |
|----|----------------------|
| 1 | 補助金 |
| 2 | 税務上の優遇 |
| 3 | 人員配置基準の弾力的運用 |
| 4 | 入院の日数制限、平均在院日数の弾力的運用 |
| 5 | 民間銀行による低金利貸付 |

専門医の制度設計を2012年度内に提言

専門医の在り方検討会 専門医制度における総合医の位置づけも検討

厚生労働省は、専門医の制度設計について議論する「専門医の在り方に関する検討会」を新設、10月13日に初会合を開いた。医師を中心に、自治体、患者代表、大学教授(法科)など17名が構成員に就任、自治医科大の高久史磨学長が座長に選ばれた。

事務局(医政局医事課)は、検討項目として、①求められる専門医像、②医師の質の一層の向上、③地域医療の安定的確保などをあげるとともに、「総合医も議題の1つとなる」と説明した。

毎月1回程度議論を重ね、2012年夏に中間とりまとめを行なって必要な予算を次年度概算要求に反映させた上で、

12年度末までに最終報告書を取りまとめる予定だ。

同日の会合は自由討論に終始。議論は、専門医のあり方から自由標榜医制、さらには、医師偏在解消につながる専門医の配置、それを支える医療提供体制の問題などに及んだ。

検討会後、田原克志医事課長は「専門医養成プログラムや認定・更新基準など専門医制度の全体像を示したい」と述べ、必要であれば医師法改正を視野に収めると展望した。

総合医の問題についても、「専門医制度にどう位置づけるかという点も含めて集中的に議論したい」と意欲を示した。

四病協調査 計画停電による病院の損害は6.7億

四病院団体協議会の調査によると、東京電力の計画停電による病院の損害は約6億7,000万円(1病院あたり約368万円)に達した。

福島原発事故による供給電力逼迫に対応して実施された計画停電について、傘下会員病院を対象に調査した結果をまとめたもので、10月26日の四病協総合部会に報告された。

調査は、四病協を構成する4病院団体に属する会員のうち東電管内の1,342病院を対象に実施され、544病院から回答を得た(回答率40.5%)。回答病院のうち、実際に計画停電が実施されたのは182病院であった。

損害状況は、①計画停電に伴う人件

費の支払い(職員の超勤手当、保安要員として待機させた職員への臨時手当等)、②計画停電に備えた備品・消耗品の購入、③計画停電によって生じた外来収入の損失、④計画停電によって生じた入院収入の損失、に分けて調べた。

その結果、損失額はそれぞれ、①3,062万4,278円(1病院平均16万8,265万円)、②1億6,308万8,093円(89万6,088円)、③1億1,511万4,590円(63万2,498円)、④3億60,33万8,889円(197万9,884円)、合計6億6,916万5,850円(367万6,735円)であった。

報告を受けた総合部会は、この調査結果にもとづいて弁護士と相談、東電に対する損害賠償が可能かどうか検討することを確認した。

(6面下段から続く)

療養病床の介護老健施設への転換が、このインセンティブをどうつけるかが大きなテーマ。この辺りをどうやっていくかが、転換の1つの糸口になるのではないかと述べている。もちろん、報酬以外のインセンティブも考えていきたい」と述べた。

介護療養病床は転換を織り込むものの、医療療養病床については一般病床と同じように平均在院日数短縮に向う機能分化・連携の中で将来の病床数を見込んでいるという意味で「療養病床再編」施策は事実上棚上げとなっていることを示唆した発言である。

一冊の本 book review

『生命と自由を守る医療政策』

印南一路、堀 真奈美、古城 隆雄 共著 発行 東洋経済新報社 定価 3,990円(税込)

本書は、医療保障の根本的な理念が何かを考察し、その理念に沿った制度改革の方向を示している。医療が社会的に提供される場合の根本的な目的は、まず、国民一人ひとりが主体的な人生設計を通じて幸福追求するための究極の前提である「生命」を保持し、次に、幸福追求の基盤としての身体的、精神的、経済的自立を支援することにある(二段階理念)。

この二段階の目的のために医療保障制度が存在するのであるから、医療保障制度はこの二段階理念をできるだけ忠実に実現する必要がある。机上の空論ではなく、制度改革に活かせる理念を追求したのが本書である。(安)



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 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) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

「2025年の医療・介護にどう向っていくか」

第53回全日本病院学会 議論の底流に「災害医療」と「一体改革」。2025年2次医療圏の姿も予測

第53回全日本病院学会(新垣哲学会長)は10月29日、30日に沖縄県の沖縄コンベンションセンターで開催され、災害医療、一体改革を中心に多彩な報告発表、意見表明、討議がくり広げられ、多くの問題提起と提言が行なわれた。

「急性期中心の医療は、今、転換期を迎えている」

来賓祝辞で登壇した厚生労働省の大谷泰夫医政局長は30分にわたるスピーチを行ない、「高齢者と慢性疾患の増大によって急性期中心できた医療は転換期を迎えている」と、さらなる「病院病床の機能分化・連携」を推し進める背景に疾病構造の変化があることを明らかにした。

病院のあり方委員会は、同委員会が6月にまとめた「病院のあり方報告書2011年版」を踏まえ、2025年の医療・介護の姿をテーマにシンポジウムを組んだ。2025年を論じる前提は、人口構成の変化、財源問題そして疾病構造の変化であった。

予測データを駆使して自院の将来位置を探る

高齢者と慢性疾患の増加は、入院、外来、在宅、介護の連携をますます不可欠としている。

連携事例を取り上げた「沖縄県浦添市における地域医療連携」は、浦添市、同市医師会、在宅療養支援診療所そして病院による在宅医療の形成過程を具体的に紹介した。

生活習慣病等の予防活動、主治医、専門医、病院、歯科、訪問看護師からなる在宅医療ネットワーク、医療相談、情報提供、減量運動ほかの支援活動等に1994年から取り組んできた浦添市は、市立病院をもたない同市に「病診行連

シンポジストの長谷川友紀氏(東邦大学医学部教授)は、疾病構造の変化へ対応する1つに「急性期中心の疾病データベースに慢性疾患を加えること」をあげ、「急性期入院のデータは医療全体の一部にすぎない。これからは医療の長期的なデータをどうカバーしていくかが課題だ」と述べた。

さらに、「現在のEBMは単一疾患を前提としている上、時間軸で医療を捉える視点がない」とも指摘。複数の疾病をかかえる高齢者には、息が長い、広い関連領域からアプローチしていく対応が求められることから、「EBMには限界がある」との認識を示した。

連携」を定着させた。

2次医療圏における自院のポジションを、2025年の人口動態、高齢化率、医療・介護施設の分布などの予測データとマップを駆使して探る試みとして、広報委員会は「こんなに違う医療圏の状況—それぞれの地域に応じた病院戦略を考えよう」という企画を立て、4つの病院に自院戦略の方向性を発表してもらった。

医師の偏在と不足がネックとなって地域医療の劣化が進んでいる。医療制度・税制委員会は、臨床研修指定病院中心に実施した医師確保の実態調査をもとに、医師確保問題を議論した。

開会の挨拶から

□新垣 哲学第53回全日本病院学会会長

東日本大震災は、地震、津波、原発と、予想もしない複合災害となった。この災害を徹底的に検証しようということで特別企画を組んだ。検証した成果を次の人々に受け継いでもらい、何がしの改善を得たいと願っている。

今年は国民皆保険の50周年でもある。本学会では、その点も併せて考えてまいりたい。500件以上の演題をいただいた。学会を盛り上げていただいた関係者各位に感謝を申し上げる。



□西澤寛俊全日本病院協会会長

本学会には被災地からも参加をいただいている。我々は決して東日本大震災を忘れてはならないし、今後も支援を続けていきたい。

我々は2025年にどう対応するかを「病院のあり方報告書2011年版」で論じたが、国の側からも「社会保障と税の一体改革」が提起され、基盤を整備するための法改正や2025年への工程の第一歩となる同時改定が予定されている。これに、我々も主体的に取り組もうとしている。この学会では、こうした課題についても議論し、何らかの発信をしたい。



しかし、議論は、プライマリケアの習得を目標として創設された新医師臨床研修制度の現状に向うなど、医師確保の問題を議論することの難しさを浮き彫りにした。

2012年度同時改定は一体改革成案にもとづく医療・介護改革の第1歩となる。厚労省保険局の鈴木康裕医療課長は診療報酬改定と課題について講演、機能分化・連携の方向性を示した。

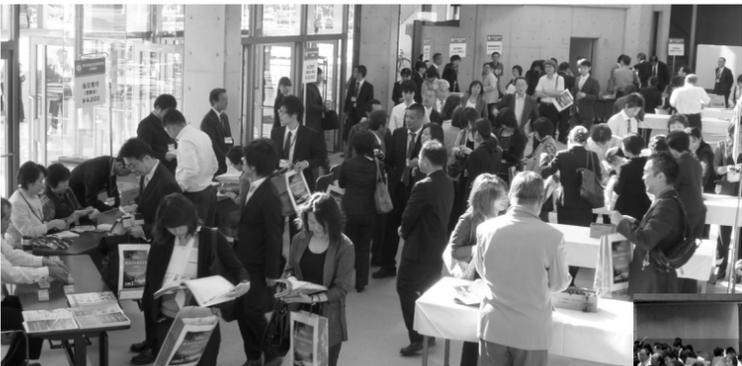
災害医療のあり方で課題提起が相次ぐ

一方、「特別企画 東日本大震災について」は7本のプログラムを展開。災害急性期・亜急性期の各医療のあり方、指揮系統、情報共有、自治体との調整などのガバナンス、医療物資・支援物資、公的支援のあり方、病院における備蓄など、多くの教訓と課題が論じられた。

防災専門家は南海、東南海、東海を震源地とする巨大地震があり得ると予

測。医療機関自らが支援の届く数日から1週間を耐え抜く建物、備蓄、人、通信・連携などを確保しておく必要性が具体的に語られた。

報告者からは、①災害拠点病院と周辺病院との連携、②2次救急機関における災害対応力、③2次救急病院の準拠点病院化、④救急以外の医療施設への耐震補助金、⑤地域全体の備蓄、⑥各都道府県と一体の派遣コントロール



▲開会式を前に参加者が列をなす受付風景



▲「未来(2025年)の医療提供体制」の会場風景



▲事例発表に耳を傾ける(一般演題「その他」)



▲多職種のスタッフが参加した一般演題(セッション「質向上」)

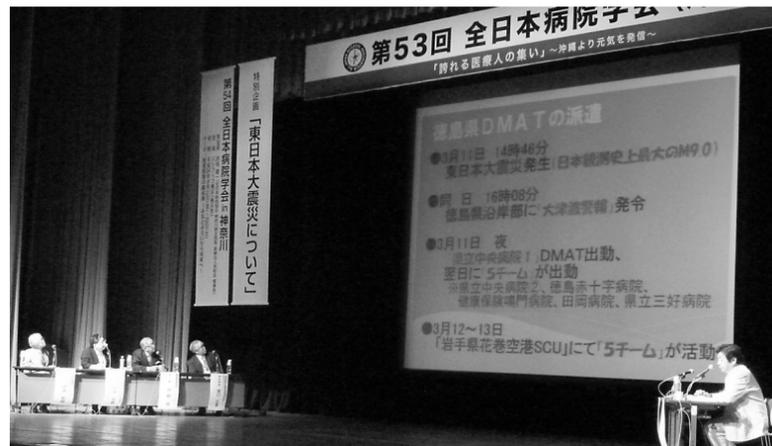


▲熱心に質問する病院スタッフ(「個人情報保護について」)



▲開会式には大勢の参加者が詰めかけた

沖縄学会の点描



▲災害医療について各演者は熱く語った(特別企画 東日本大震災について)

一体改革関連の制度改革は年内にまとめる — 大谷泰夫医政局長の挨拶から

東日本大震災の被災地は復旧から復興の局面に入った。元の姿に戻すのではない。モデルとなる医療体制を築くという視点で第3次補正予算案を組んだ。補助金よりも自由に使えるものをお願いしている。復興に限らず、全国レベルで将来に向けた新しい取り組みを考えている。来年度の概算要求も同様の考えで臨んでいる。

「社会保障・税の一体改革成案」だが、法改正を要する枠組みは年内にまとめないと間に合わない。医療分野の重点を概括すると、これまでは急性期中心であった医療だが、高齢者と慢性疾患の増大に対応するためには、生活の中でどう提供していく

かを考えないとならない。転換期に入っている。

病院病床の機能分化・役割分担も目下の課題である。一般病床については、急性期として、マンパワーや設備などに段階をつけて集中あるいは分化を図る必要があるかどうか、大きなテーマとなる。法改正に結びつくこともあり得るということで検討している。

地域における在宅医療は、まだ、線や面になっていない。ここには、介護との連携、人材の養成、チームとネットワークづくり、慢性疾患、小児、がんなど専門分野での展開、拠点の整備といった課題があり、在宅

医療拠点を法的に位置づけることを考えている。

医師確保として、今年度から地域医療支援センターの設置を始めた。来年は30カ所つくる。これを法的に担保して、その役割をより発揮していきたい。

それでは足りないということで、法律で医師の配置を規定することを求める意見もある。それがよいのか。それとも、バックアップしながら自律的に取り組んでもらうのがよいのか。どちらを先に着手するかを決めなければならない。

専門医の検討会が始まった。質をどうやって確保するか。医師偏在や

専門分野偏在がある中、どうやって安定的に確保していくのか。地域医療を担う医師の1つのリーダーとして、総合医を検討してもらおうというのもテーマに入っている。

結論が急がれているものに特定看護師の問題がある。仮に制度化されることが可能であれば、今回の制度改革の中に盛り込んでいくことになり、議論を急ぎたい。この存在は在宅医療の取り組みの中でも大きな視点となる。

