



全日病 ニュース 6/1

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.756 2011/6/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

日本医師会 12年度改定の見送りを求める

【中医協】診療側の意見分かれる。多数決決着を回避、再度議論へ

5月18日の中医協総会で、診療側の鈴木委員(日医常任理事)は、2011年医療経済実態調査(実調)の実施に反対するとともに、12年度診療報酬改定の実施を見送るべきであると提議した。これに支払い側は激しく反発したが、診療側委員の意見も分かれた。実調の実施を同日中に決めたいとする森田中医協会長の議事運営に対して、鈴木委員は多数決による決着を求めた。これに対して、他の診療側委員は議論の続行を求めた。そのため総会を30分中断して厚労省を含めて調整を図ったが、同日中に決着を図るという方針に診療側が同意しなかった。その結果、公益側は近々臨時総会を開催して再度議論することを提案、支払・診療各側とも了解したため、多数決による決着は回避された。(2・8面に中医協関連記事)

5月18日の中医協に、事務局は、改定検証調査の11年度実施案と「東日本大震災の発生に係る第18回医療経済実態調査実施における対応(案)」を諮った。前者は12年度改定の資料に用いられる前改定の影響を調べる調査要項案(11年実施分)で、後者は、12年度改定の基礎資料となる実調を実施するにあたって被災地の医療機関を調査から除外するという提案であった。

実調結果を改定審議に活かすためには6月に調査票を送付、8月回収が日程上の期限であるため、事務局(厚労省保険局医療課)は同日の了承を見込んで印刷・発送の準備を進めていた。

ところが、改定検証調査実施案の協議冒頭に、鈴木委員は「中医協として大震災にどうスタンスで臨むかの議論をすべきである」と提起。「今我々は全身全霊で復興支援に当たるべきであり、実調は実施すべきではない」と、実調の見送りを求めた。

これに対して、支払い側白川委員(健保連専務理事)は「2年に1回の定期調査はすべきであり、

その結果の中で震災の影響の有無を分析すべきである」と実調実施を求めるとともに、鈴木委員に「改定は来年すべきではないということか」と質した。鈴木委員は「日医はそう要請している。それに伴って実調はする必要はないと考える」と答えた。

4月の代議員会で決議にはいたらなかったものの、日医執行部は診療報酬・介護報酬の同時改定を見送るべきとの方針を決定。5月12日に公表、中医協翌日の19日に細川厚生労働大臣にその旨を申し入れた。

鈴木委員の発言はその方針を中医協



▲総会を中断して対応策を協議する事務局と診療側委員(右端は鈴木医療課長、その隣は外口保険局長)

の場で表明、それにそった対応を中医協に求めたもの。

あらかじめ日医の方針を知っていた支払い側は、同日の中医協前に話し合いを行ない、改定延期に反対する方針を確認していた。一方、診療側各委員の意見は分かれた。

京都府医師会副会長の安達委員は、「改定否定ありきで実調を見送るという論はとるべきではない」とした上で、被災の影響を把握するためには調査は必要とした。ただし、その結果を被災医療機関に対する配慮に活かすべきであり、「補助金まかせか、特例の診療報酬とするか、それとも平準な診療報酬でいくか」という問題はある」とも提起。「今ここで立ち止まり、歪みを是正する機会を与えられたとも考えると、改定延期に必ずしも反対ではない」と論じた。

この意見に、白川委員は「(被災)医療機関の実態を反映かつ配慮すべき」という意味では分かる。しかし、その影響度を測る調査をするのは時間的に難しい」と反論した。

嘉山委員(国立がん研究センター理事長)は、「改定をするとしても、(被災医

療機関の)実態が十分反映されない恐れがある。その点を議論の進め方として考慮すべきである」と、慎重な言い回しながら、改定実施を踏まえた調査手法の議論深化を求めた。

改定実施を主張する団体もあれば延期論に与する団体もあるなど、日医の方針に対する病院団体の見解は同一ではない。

全日病でも役員会で議論が行なわれたが、執行部は意見集約を控えている。中医協後の理事会・常任理事会(5月21日)で西澤会長は「もう少し情勢を見極めたい」と述べ、復興の進み具合や薬価改定の可能性等流動的な改定情勢を見極める必要がある、改定を回避した場合の中医協の存在意義などを斟酌する必要があるなどから、結論を控えた。

そのため、中医協委員である西澤会長は同日の議論で意見表明を手控えていたが、鈴木委員が多数決による決着を求めた段階で多数決に強く反対した。反対は、支払・診療両側の合意によって議を決するという中医協の慣行を遵守する立場からなされたものだが、この対応が再度の議論に道を開いた。

会員皆様により迅速に重要な情報を提供するために、「全日病ニュース」の頁建てを変更し、6月から、1日号は8頁、15日号は4頁の紙面構成とします。

電気使用制限 医療施設等は削減率0%。救急治療時は適用外

□経済産業省「電気事業法に基づく使用制限の具体的内容について」から

5. 適用除外【省令・告示】

「適用除外」の場合、電気の使用制限がかからない。

(1) 緊急的に稼働が必要と認められる需要設備(緊急的に稼働している場合に限定)

例) 救急患者の治療を行う医療施設(当該治療時のみ)

※上記施設については通常時には使用制限がかかる。緊急時に該当する場合には、7.(3)の報告に際して事情の記載を求める。

6. 制限緩和【省令・告示】

○削減率を0%に緩和した場合、基準期間・時間帯の使用最大電力の値まで電気の使用が可能。

○下記(1)の類型については一律に削減幅を緩和するものの、削減余地の大きな設備についてまで、緩和後の水準まで電気の使用を認めることは適切ではない。このため、使用抑制に係る計画的な取組を求め、事業所管省庁と経

済産業省が協力しつつ検証を行う。

○制限緩和の適用を受けようとする場合には、緩和を受けようとする日の14日前までに、経済産業大臣(東北経済産業局、関東経済産業局)に申請が必要。

(1) 生命・身体の安全確保に不可欠な需要設備

①医療関係
医療施設 削減率0% (略)

②老人福祉・介護関係
老人福祉施設、介護保険施設、障害児(者)福祉施設等 削減率0%

7. その他

(3) 電気の使用状況の報告【省令・告示】

○使用制限期間中、検針日から15日以内に、経済産業大臣(東北経済産業局、関東経済産業局)に対して、日々の1時間単位の電気の使用状況を報告。

福島原発事故に伴う夏季の電力需給逼迫に対して、政府は電気事業法第27条にもとづいて電気使用制限を発動することを決めた。経済産業省が5月25日に発表した。

それによると、東京電力管内と東北電力管内の大口需要家(契約電力500kw以上)を対象に、7月1日~9月22日の平日9~20時(東北電力管内は9月9日まで)の間、原則として、昨年ピーク時の使用電力から15%削減した値を上限とする制限を課する。故意による使用制限違反は罰金の対象となる。

ただし、医療、介護、福祉の施設は申請にもとづいて削減率を0%と緩和する緩和措置が受けられるため、昨年ピーク時の使用電力を超えない範囲で使用が可能となる。

また、医療施設に関しては、救急治療時は電力使用制限の適用外となる(事後報告が必要)。

清話抄

「2次医療圏間の格差」

2次医療圏ごとの格差に興味を持ち調べたところ、想像以上に大きな差があることを知り、驚いた。

例えば、日本最大の医療圏は北海道帯広周辺の医療圏で1万828km²、ほぼ秋田県の広さに相当する。一方、最小は北名古屋周辺周辺の医療圏で42km²。

面積の格差は「259倍」である。

人口最大の2次医療圏は大阪市であり261万4,324人、最小は島根県の隠岐で2万2,977人、格差は「118倍」である。人口密度最大の医療圏は東京都区西部の1万6,365人/km²であり、最小は福島県の南会津町周辺の医療圏の14人/km²、その格差は「1212倍」である。

石垣(沖縄)は2010年から、2035年にかけて65歳以上の高齢者が「72%増」になるが、輪島(石川)では「25%減」とな

ることが予想されている。

東京の区中央部では5,953人の医師が病院で働いているが、東京都の島しょには9人の病院勤務医しかいない。1,000km²当りの病院勤務医数をみると、トップの区中央部と最も少ない南会津(福島)の格差は「15559倍」と、信じ難い差が見られる。

5月19日に開かれた政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」で、厚生労働省は、2025年までに一般病床を「高

度急性期」「一般急性期」「亜急性期など」の3区分へと機能分化させていくことを発表した。

過疎地域の多くでは病床を3区分に分化することが難しく、大都市部では亜急性期病床が不足している。将来にむけた医療提供体制に関する議論が、人口や面積や高齢化の進展あるいは医療提供体制の2次医療圏間の大きな格差を考慮したものになることを期待したい。(泰)

主張

全国に在宅療養支援病院を広げよう。 その担い手は地域密着の民間中小病院である。 そのためには要件制約は取り除かれるべきである。 我々は、在宅医療連携の拠点、在宅療養支援病院に期待する。

超高齢社会が現実のものとなった現在、急性期医療を担う一般病院においても高齢者の入院患者に占める割合が急増している。地方にある我々の医療圏は、75歳以上高齢者の人口に占める割合が既に15%を超えており、救急搬送されてくる患者も80歳、90歳の高齢者が稀ではない。それに伴って、様々な合併症やADLの低下など、円滑に自宅に帰れない例が増えている。

しかし、国は平均在院日数短縮化や在宅医療強化と共に、介護分野においては脱施設化を推進しており、

その方針は変わりそうにはない。今後この流れに如何に対応し、地域の医療を守っていくかが、それぞれの病院に課せられた大きなテーマとなっている。

在宅医療強化に関して、国は2006年度の診療報酬の改定で、その担い手を診療所に限定した「在宅療養支援診療所(在支診)」を制度化した。この際の病院の役割は、在支診のバックアップをする機能と位置付けられ、「在宅療養支援病院(在支病)」は、へき地や離島に限定された。

しかし、その後、在支診が1万件

を超えても、期待された程に在宅医療は進展しなかった。その要因として、①緊急時の病床確保が難しい、②24時間協力可能な医師や訪問看護師がいない、③円滑に在宅医療移行できるような取り組みが病院で行われていないなどが挙げられていた。

そこで、2010年の改定では、緊急時受入れ病床を持ち、マンパワーも充実し、在宅医療にも積極的に展開可能であるとの期待から、200床未満の病院にも在宅医療の門戸が開かれた。ただし、届出要件には制約も多く、現在までに在支病を届け出た病

院は全国で約400に止まっている。

在宅医療における病院の果たすべき役割は地域ごとに異なっており、画一的な要件で縛るのは得策ではない。逆にできるだけ制約要件を取り除き、地域の実情に合わせた色々なケースがあつて良いのではないかと考える。

今後、高齢化がさらに進展する中、地域に密着した医療を進める民間中小病院の役割はさらに大きくなるのは間違いない。地域医療を支えている多くの会員病院がそれぞれの地域で、在宅医療連携の拠点病院となつてもらえることを期待したい。(O)

特定看護師 大臣が資格を認証、保助看法に書き込む

枠組みで合意。特定医行為は一般看護師もできるが、医師指示等で区別



5月16日の「チーム医療推進のための看護業務検討WG」に、事務局(厚生労働省医政局看護課)は、特定医行為を実施できる特定看護師について、業務独占と名称独占は排するものの、所定の条件を満たした者を厚生労働大臣が認証することによってその立場を公的に認めるという案を提案した。併せて、特定看護師の認証制度は保助看法に書き込むとして、法改正を行なう方針を打ち出した。看護業務検討WGは事務局が示した特定看護師の枠組みを大筋で了承した。

特定看護師に関する認証制度以外の条件は、①看護師の免許を有する、②実務経験は5年以上、③大臣指定を受けた養成課程(2年もしくは8ヶ月)の修了、④実施可能な医行為・業務などは、前回会議(4月27日)に示されたとおり。

特定看護師の業務独占と名称独占が否定されたことによって、法的には、一般の看護師も医師の指示の下で特定医行為の実施が認められることになる。

ただし、事務局は、認証を受けた特定看護師とそれ以外の看護師では、医師の関与の程度、医療安全管理体制、他職種との連携体制などに違いが生じるとも指摘、両者の業務範囲したがって裁量には事実上差が生じるという見解を表明した。

その差について、村田医事課長は、「特定看護師とそれ以外の看護師の業務には、看護師の能力の差に応じて、医師の関与の程度等について何らかの制度的な差異を設ける。その方法としては、包括的な指示と具体的な指示とといったかたちで差を設けるということ

が考えられる」と説明した。

ただし、同課長は、5月18日のチーム医療推進方策検討WGでは「どういう場合に包括的指示といえるかは各現場の状況で決まる」とも説明、医師の指示のあり方に関して定型化は避けたいとする見解を表明しており、杓子定規な区別には慎重な姿勢を示している。

看護業務検討WGは事務局の提案を大筋で了承。今後、特定看護師をめぐる、①特定医行為の範囲、②認証の仕組み、③医師の包括的指示のあり方(他看護師にかかわる指示のあり方)、④一般看護師を含む他職種との連携のあり方などについて、引き続き検討することを確認した。

今回の方針は、特定看護師制度の導入によって現場で混乱が生じないように配慮した結果、特定看護師と一般看護師とで業務範囲に重なりが生じることを認めた上で、両者間に区別を設けようというもの。

村田医事課長は、特定医行為については、「特定看護師の業務独占とする

ケース」と「通知で一定の教育を受けた看護師による実施が望ましいとするケース」の「中間とするかたちで制度設計したい」と説明した。

しかし、事務局は、法的には根拠を有さないものの、運用によって、時間の経過とともに事実上の業務独占に向

かう方向で環境整備が図られるとみているのも事実だ。

看護業務検討WGの合意内容はチーム医療推進会議に報告された後、最終的に同会議の報告に盛り込まれ、厚生労働大臣に提言される。

□特定看護師に係る枠組みについて(事務局提案から抜粋)

1. 要件

- ①看護師の免許を有すること ②実務経験5年以上であること(養成課程への入学・入所前) ③厚生労働大臣の指定を受けた養成課程を修了すること ④厚生労働大臣から知識・能力・技術の確認・評価を受けること
- ※養成課程には2年の課程と8ヶ月程度の課程の2種類を設け、業務の範囲に差を設けることとする。

3. これまでの議論を踏まえた枠組みの考え方

1. の要件を満たした看護師について、医療安全の確保と医療従事者間の円滑な連携を推進する観点から、その専門的な能力を公的に認証し、医師や患者が容易に識別することができるよう「見える化」(例えば認証制度の創設)を図ることとしてはどうか。

その際、看護師が実施可能な業務の在り方については、能力を認証された看護師(特定看護師(仮称))とその他の看護師との間の能力の差に応じて、医師の関与の程度(例えば医師の指示の在り方等)、他職種との連携体制、組織的な安全管理体制等における差異を設けることが考えられるのではないかと。

分科会が「入院基本料のコスト調査・分析は困難」と報告

中医協 西澤会長「入院基本料の内訳・定義の明確化等原価追求の続行を求める」

診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会(分科会長・田中滋慶慶應大学大学院教授)は、5月18日の中医協に「基本診療料に係るコスト調査・分析の実行可能性に関する報告」を行ない、入院基本料を例にあげ、「サービス内容を具体的に定義することは困難であるため、現時点で、入院基本料に関する適切・有効なコスト調査を実施することは難しい」という結論を打ち出した。

同報告は、また、「サービス内容が定義されたとしても、調査方法論を確立するのに5年程度と相当の費用を要する」とも指摘、基本診療料の「コスト調査・分析の実行可能性」に否定的な見解を示した。

コスト調査分科会が基本診療料コスト調査の可能性を検討したのは、昨年9月29日の中医協で診療側が、①基本診療料の中で各種コストがどう評価されているか(あるいは評価されていないか)を明らかにするために基本診療料の対象コストを整理・明確化すること、②コスト調査分科会が実施した部門別原価結果の再集計によって、①も踏まえた、

現在の基本診療料に含まれている各種コストの金額内訳を調べること、③諸外国の診療報酬における各種コストの評価方法、診療報酬のコスト別内訳、その金額に関する調査と日本との比較分析の実施を求めたことから、中医協より付託されたもの。

こうした診療側の要求を、事務局(厚生労働省保険局医療課)は、「基本診療料に

係るコスト構造の把握が可能かどうかと中医協総会からコスト調査分科会へ意見聴取を求められた」(1月21日のコスト調査分科会)と読み替えて提起したため、同分科会に会計専門家等によるWGが設置され、厳密にコストを計算するための技術的条件について検討され、前出の回答が導き出されたもの。

厳密な原価論に立たなくても現在の基本診療料のコスト算出が困難であることは自明。だからこそ、診療側は、①現在の基本診療料を構成している諸費用の内訳を明確にし、②その上で、部門別原価調査結果のデータにもとづいて基本診療料の金額内訳をシミュレートするよう求めたのであった。

この報告に対して、診療側西澤委員(全日病会長)は、「コスト計算が難しい

とは予想していたが、入院基本料の定義や内訳が不明であるという話には驚いた。むしろ、(コスト分科会には)現行入院基本料の内訳を解明してほしい。原価計算を行なう手法の確立には時間がかかるが、定義が明確になれば可能という。では、その作業(内訳の明確化)にすぐに取り組んでほしい。また、中医協にも取り組む場を設けるべきである」と発言。診療報酬を論じる上で原価という根拠は不可欠であるとする見地から、長い時間がかかっても、原価把握に向けた作業を行うべきと主張した。

これに対して、支払側は、政治的に導かれる医療費の枠内で診療報酬が決められる現状で「原価を把握することにどういう意味があるのか」と反論、原価把握に向けた作業を否定した。

基本診療料の原価把握に関する今後の取り扱いについて、森田中医協会長は「私と事務局に一任願いたい」と提案、中医協はそれを了承した。(1面・8面に中医協関連記事)

見直し医療計画へ東日本大震災の教訓を反映

医療計画の見直し検討会「急性期から亜急性期、慢性期医療への移行」が重要な課題に

5月23日に開かれた「医療計画の見直し等に関する検討会」は、急遽、災害医療を取り上げ、どういった視点で医療計画に盛り込むかをテーマに議論を行なった。

災害医療は5事業の1つに位置づけられている。そこで、医療計画の見直しに際して、東日本大震災で浮き彫りとなった医療提供上の課題を確認するために、予定していた都道府県に対するヒアリングを変更して取り上げられたもの。

議論に先立ち、事務局(厚生省医政局指導課)は、今後の災害医療体制をどう構築するかを集中的に議論する場を付設する方針を明らかにした。年内をめどに報告書をまとめ、2013年度に改訂される医療計画の指針に反映させる方針だ。

議論の中で、東日本大震災における教訓として、①医療救護チーム派遣にかかわる司令塔機能、②被災地における指揮系統・調整機能、③効率的な患者搬送・移送の体制、④在宅患者に対する救護活動、⑤医療救護における薬剤師の役割、⑥災害に対応した通信システムと医療情報連携、⑦長期化する活動を支える後方支援体制などが、課題として提起された。

その上で、外傷患者が少なく、医療機関や福祉施設の早期再開が困難なことに加え、原発事故というハザードが加わった“特異な”災害への対応として、災害時救急治療から亜急性期さらには慢性期医療への移行をどう円滑に進めるかという課題が生じているという認識で、検討会は概ね一致した。

東日本大震災の教訓は、狭義の災害医療にとどまらず、都道府県を越えた広域支援、医療機関間の連携、在宅医療の確保、介護・福祉サービス(施設)との連携など、既に提起されている課題を含め、多方面にわたる見直しを医療計画に迫るものとなっている。



▲「医療計画の見直し等に関する検討会」に臨む神野正博全日病副会長(左側)

同日の「医療計画の見直し等に関する検討会」で、事務局は「災害時における厚生労働省の役割」として、①全国的な情報ネットワーク(EMIS)、②患者受入れ医療機関(災害拠点病院)、③被災地における医療活動(災害派遣医療チーム=DMAT)、④地域または全国規模の支援(広域医療搬送=内閣府の全体調整の下で実施)の4点をあげた。

また、災害医療については「急性期」「亜急性期」「急性期後」というステージの変化があるとした上で、時間の経過とともに、「緊急医療(DMATの派遣)」「医療機関における体制確保支援」「救護所等における健康管理」「被災医療機関の復旧」へと課題が移っていくという認識を披露した。

「我が国の災害医療体制」としては、被災地域においては「災害現場(救出)→「現場医療活動(トリアージ・応急処置)」→「災害拠点病院(入院・治療)」というファクターがあり、被災地域外の「災害拠点病院(医療救護班派遣・患者受け入れ)」が後方支援となり、その全体を「DMAT」と「広域搬送」が下支えするという構図を示した。

EMISとしては厚生労働省が運営する「広域災害救急医療情報システム」が稼働していることを明らかにした。

「広域災害救急医療情報システム」は、阪神淡路大震災の教訓にもとづいて、災害救急医療におけるポータルサイトの役割を担うものとして1995年に開設され、厚生労働省のWebサイトに設けられている。

その機能は災害救急医療に関する一般向け情報の提供と関係者向けに分かれ、後者においては、①災害医療情報(緊急時・詳細)の入力・検索、②災害時における速報、③情報共有化機能(メーリングリスト、メールマガジン)、④災害時における通知、連絡等の配信などがある。

災害時に被災地の医療機関、保健所および行政機関などが被災状況を入力すれば、全国の医療機関等がその情報を瞬時に得ることができるわけで、医療機関、医師会、医療関連団体などの関係者は所属する都道府県担当課からユーザ登録ができるという。

ただし、同サイトの検索機能を使っても、出てくる医療機関は、災害拠点病院、救命救急センター、DMAT指定医療機関には限られている。

前述の災害医療にかかわる厚生労働省の認識と同様、災害医療情報システムも、事実上、DMAT(厚生労働省の認めた専門的な訓練を受けた災害派遣医療チーム。概ね災害発生から48時間を対象としている)の活動をベースにしている。

東日本大震災で「広域災害救急医療情報システム」に入力した被災医療機関の数と件数はどのくらいかという本紙の質問に、担当官は具体的な数の公表を手控えた上で、「実際には災害拠点病院の入力割合が高い」と回答した。

そのDMATによる救護活動については、DMAT事務局長小井土氏(国立病院機構災害医療センター臨床研究部長)が報告した。

2005年にスタートした日本DMATは、11年4月1日現在で846チーム(1チームは5名)が研修を終えており、厚生労働省は11年度内に1,000チームを養成する計画を立てている。

東日本大震災には、3月11日から22日までの12日間に、全都道府県から約340チーム(約1,500名)が出勤。岩手県に2カ所、宮城県に2カ所、福島県に3カ所のSCU(広域医療搬送拠点および臨時医療施設)を設けて、病院支援と患者搬送等に当たった。SCUは千歳、羽田ほか5空港にも設置・待機したほか、茨城ほか東北6県の県庁等にも設けられ、患者受入調整に当たったという。

小井土氏は「1,500名をこえる人員が

迅速に集まって国と県庁から現場まで指揮系統を確立、広域医療搬送を実施した。急性期のニーズは48時間以内は少なく、3日～7日には病院入院患者避難のニーズが生じたが、こうした(48時間後の)医療搬送にも貢献した」とDMATの活動を評価してみせた。

その上で、「48時間あるいは72時間に限らず、長期に活動する場合のロジ

スティクスの確保」と「医療の空白を生まないシームレスな対応体制の確保」を今後の課題にあげ、「DMATから一般の医療救護にいかに関シームレスに引き継ぐかという問題がある。これまででの活動は72時間ということだったが、今回のような災害ではその期間の延長を検討していくべきである」と提起した。

慢性期医療や福祉系も医療計画に記載すべき

鈴木委員(日医常任理事)は、JMATの活動について、「準備段階であったJMATも延1,000チーム以上出動し、亜急性期から慢性期にかけて貢献した」と報告した。

その上で、「DMATからすぐ通常の診療に戻るのには難しいことが分かった。その間をどうしていくかという課題がある。そこにJMATの役割がある。それと原発事故への対応がある。これは今までの災害医療では想定されてこなかった。これまでの復興はDMATを送るという拠点病院の発想であったが、今回はDMATが想定してこなかったことが起きている。原発も含めて、急性期だけでなく慢性期に至る長期の支援体制が必要になっている」と、亜急性期以降への対応問題を提起した。

このJMATに対しては、末永委員(日病副会長)から、「愛知県の多くの病院から救護班が派遣されたが、指令系統がはっきりしないため、果たして期待に応えられたかどうか。司令塔をどうするかという問題がある」という指摘が出た。

これに、鈴木委員は、「今回の教訓から、指揮系統や派遣の混乱に対しては被災者健康支援連絡協議会が取り組むという方向性が生じた」と説明した。

一方、神野委員(全日病副会長)は、「大切なことは、災害医療を医療計画の中にどう入れ込むかという話だ」と議

論の方向性を明示。

「医療計画に在宅や介護も盛り込むべきという議論があったが、今回も、慢性期の患者や福祉系の施設等も混乱した。この辺りも医療計画に盛り込まれて良い」と、医療計画では災害医療の視点を広げるべきという見解を表明した。

さらに、「この災害を機に、企業はBCP(事業継続計画)の見直しに着手しつつある。我々病院も(医療計画を通して)BCPに今回の教訓を取り込むようにすべきかと思う。また、震災によって医療情報も断絶した。これを機に、情報連携も医療計画に組み込むべきではないか」と提案した。

議論において、事務局は「今後の医師等の確保や医療機関間の連携」を、薬剤師会は「医療チームへの薬剤師参加」や「医薬品の備蓄、供給、搬送を含めた」ロジスティクス(後方支援体制)を、日精協は「災害時対応に精神科医療を組み込むべきである」と、日看協は「在宅患者に対する支援」と「被災地の医療提供をコーディネートする機能を医療計画に記載する」ことを、それぞれ提起した。

以上の議論を受け、大臣官房の唐澤審議官は、「医療チームについては長期の派遣が必要であるなど、大災害を念頭に医療計画を検討しておく必要がある」と、医療計画作成指針の中で、災害医療の抜本的な見直しを図る必要を認めた。

■事務局資料「災害医療について」から

東日本大震災における医療分野の特徴及び検討課題について

<医療機関の置かれた状況>

- 道路網の損傷とガソリン不足のため、職員の出勤、患者搬送、医薬品等物資の搬送が困難となった。
- 通常の通信手段が途絶した。
- 広範囲にわたりインフラが機能停止した。
- 災害拠点病院にも被害が発生した。今後拠点となる医療機関等が有すべき機能が課題。

<医療需給>

- 阪神・淡路大震災と比較して、死亡者の割合が高く、負傷者の割合が低かった。
- 避難所生活の長期化に伴い、慢性疾患患者への医療ニーズが多数発生した。
- 医師不足である地域が被災したため、医療需給の一層の逼迫が見られた。
- 医療需給のギャップに、今回はDMAT・医療関係団体等からの医師派遣により対応したが、今後の医師等の確保や医療機関間の連携が課題。

■「東日本大震災におけるDMATの活動」報告から

○東日本大震災におけるDMAT活動(まとめ)

- ・1500名をこえる人員が迅速に参集し活動した。
- ・国、県庁から現場までの指揮系統を確立した。
- ・急性期の情報システムは機能した。
- ・広域医療搬送を実施した。
- ・急性期のニーズは48時間以内は少なかった。
- ・3日～7日に病院入院患者避難のニーズがあった。
- ・このような医療搬送にDMATは貢献した。
- 今後の課題
 - ・指揮調整機能の更なる強化
 - ・被災地内でインターネットを含む通信体制の確保
 - ・DMAT全体のロジスティックサポートの充実(ロジステーション構想の具現化)
 - ・4日目以降の病院支援(補給、退避)戦略の構築
 - ・亜急性期への移行戦略の確立

派遣チームを全日病がどう支援するかが今後の課題

本部運営、派遣調整、チーム準備、災害医療とマニュアルや訓練の必要

被災病院から患者20人を受け入れた会員病院

猪口 全日病では、SOSを出したいわき市の病院の患者20人を栃木県の会員病院に受け入れてもらうことができました。当初は、病院協会を介した病院間の依頼相談という動きでしたが、途中から、県本部のほうに依頼をしてという流れができ上がったようです。

ただ、県本部も、全日病等が提出したリストを得ても、結局、移送を依頼している病院にリストを見せて「自分たちで調整しろ」と。さらには「搬送も自分たちで決めろ」ということで、その辺りは未だに整っていないようです。搬送は何とかするという県もありましたが、全体としてうまく機能したとは言えないようです。

石原 搬送の要請はまだまだ出てくると思いますが、引き受ける病院も結構ありましたね。

猪口 全日病が3月20日前後に会員にたずねたところ、受入可能と回答があったのは794病院で6,255病床でした。

安藤 しかし、高齢の患者が主ですから、東京まで来るにはワンクッション要るような感じがしますね。どうしても近場になってしまいます。

猪口 全日病の場合は、栃木県支部長の比企先生(比企病院)が20人を一手に引き受けられた。

安藤 病院だけでなく、いろんな介護施設とか高齢者住宅とかをお持ちだから。

石原 受けるに当たっては、県とも交渉して色々と融通を図ってもらったようです。

安藤 なるほど。それは、災害の前に我々が事前にやっておく対策の一つです。行政との連絡を確保しておくというのは。

猪口 ところで、医療救護班のチーム構成は、派遣要請の上では医師1、看護師2、事務1を基本としましたが、この構成は病院の判断で様々であったし、時間の経過とともにリハスタッフが増えるというように変化していています。日数的には3~4日をベースとして引き継いでいったわけですが、長いチームは2週間というもありました。

一方、日本医師会は3月15日付で都道府県医師会にJMATの正式な派遣要請を行なっています。要請上は1日約100チーム、1チーム3~7日継続とされています。

今回の派遣は1つの市に各地の都道府県医師会が集中的に入るという特徴があるようですが、一方で、手早く現地に入ったDMAT、JMAT、あるいは全日病のチームが、気仙沼市のように拠点化していていますね。

医療救護活動費用は災害救助法で償還か

猪口 そうした初動の動きに全日病と医法協合同の医療救護班が続いて、結果、派遣数は3月30日までに29班110人、4月12日までに66班258人に達しています。

安藤 ずいぶん沢山の会員病院が立ち上がってくれましたね。これ以外にも、JMATに参加した会員病院も多くいますし、独自に支援を行なっている会員も少なくありません。本当に大きな力が発揮されたという感じですね。

猪口 全日病の会員は、これ以外にも、義援金や支援物資の面で協力してくれ

石原 初動の班については最初から分担当が決まっていたわけではありませんが、JMATについては、日本医師会が後にきちんとした地区割りをしています。ところがそうは言っても、必ずしもマッチングが当たっているとは限りません。派遣先とは違うところに行きたいという班が出てくる。それも仕方ないという指令が出たので、行きたい被災地に行くようになってしまった。やり直そうということで日本医師会に対して被災各県がオファーを出すということを確認しました。その結果、県対県あるいは県医師会対日医という2つの経路が出てしまった。例えば、ある被災県から東京都に依頼が出た場合も日本医師会がそれを統括する形をとる。そこで、東京都だけでは足りない場合には他県から出すという調整を日本医師会がやるというようになりました。

猪口 それは、3週間とか過ぎてからですか。

石原 そうです。

猪口 救援物資についても、県の対策本部に物資が集められて、それを郡市町村に配られるようになってきた、それから、郡市町村から情報が県本部に上がって県から内閣府に来るというラインができたのも3週間過ぎぐらいのイメージですね。

石原 確かに、うちのチームが松島に入った2週間目ぐらいです。その時には、不足した医薬品リストを松島町から県に上げると次の日に県から物が届くという流れができていましたね。

安藤 災害の規模ということもあるんですが、やはり、確実なラインができるのに、そのぐらいの時間がかかってしまうということでしょうか。

石原 医療支援の対応は被災県によって全く対応の時期が違いました。例えば、岩手県の場合は、盛岡市の被害が小さかったので態勢を整えるのが非常に早かった。県が医療班もすべて統括する。それも医師会だけではなくて、医療コーディネーターを配置したことが強いんですね。そのコーディネーターを介して、必要な救護班を日本医師会に依頼する。それを担ったのが統括DMATを経験している先生方で、基本的に大学ベースでJMATは指示に従い派遣されていました。

一方、宮城県は医師会館が損傷を受けたこともあってか、県医師会の立ち上がりが遅れた感があります。我々は気仙沼市医師会にいたんですが、県医師会とはなかなか話が通じなかったですね。

安藤 そう、人は派遣できないけど、そのかわりに物は提供しようみたいなグループが育ってくれるといいですね。

石原 そうなってくると、今度は、全日病としての支援体制が問われる。行ったチームに対して、逆に全日病としてどういう支援ができるか。物資も持ち出して、ガソリンも使う、車も使う、宿代も払わなければならない。それだとやっぱり、行ったチームがだんだんだんだん疲弊してくる。

猪口 確かに、医療救護班を送り出し



全日病災害対策本部副本部長(副会長)
全日病災害対策本部副本部長(総務・財務委員会委員長)
全日病災害対策本部(救急・防災委員会委員長)



安藤高朗 (写真上)



猪口正孝 (同下)

石原 哲 (同左)

た病院の側の負担をどうみるかという問題がありますね。とくに1週間とかの長丁場になったり、短期でも、数次にわたって派遣するとすると、意外に深刻な負担になる。

石原 そう。急性期はいいんだけど、慢性期になったときに、救護というのは災害救助法に基づいているもので、どこまでいってもボランティアという扱いですから。仮設の診療所をつくって診療所勤務に変えなければ、負担が続かない…。

安藤 これから長期にわたって支援していくわけですから、その辺りははっきりしないはずですね。政府関係者は災害救助法の中で支払うようにすると言っていますが。

石原 確か、阪神淡路のときは災害救助法の中で払われたんです。例えば、被災地で使ったり色々な請求を向こうのカウンターパートに出す。そこが全部取りまとめて県に出し、県がまとめて

国に請求する。そして、それが県に戻ってくるという流れじゃなかったかな。

猪口 災害救助法では、使ったものは後で戻ってくるということですね。

石原 基本はボランティアなんですけど、それは能力と時間についてのことで。そのほかはきちんと担保されなければいけないというのが、災害支援の原則ではないでしょうか。

猪口 しかし、他方で、自分の意思で動いたことにお金をつけるのはどうなんだ、という意見も出てくるでしょう。それは災害救助の原則ではないわけですね。

石原 ないときに支援をするのは当たり前だけど、やはりそれが終わったときにはそのコストについて請求をするという方法でいいんだと思うんですよ。だって、そうしなかったら、災害時に行った先生だけが疲弊するわけですよ。それはやはり余り合理的ではない。やはり、そういうことは災害救助法によって担保されるべきでしょう。

派遣先調整で苦勞。調整役とチーム双方に情報が必要

猪口 ところで、今回は非常に長期にわたって医療救護班を派遣していかねばならないわけですが、コーディネートする立場として大変と感じる点は何でしょうか。

石原 時間が経過する中で、中には、予想が違ったという医療救護班もありましたね。ある程度時間がたった時期に現時に来てくれたのですが、もはや、瓦れき以外は平穏な町に復しつつあるわけです。しかし、彼らは外傷関連の患者がいっぱいいるのかと思って来ているので、やることがない。その段階では、在宅を回って孤独死の可能性とか色々な面での調査をしたりとか、なくなってしまった資料を復元していくとか、慢性疾患の患者さんのケアをきちっと行うということが必要なんですけど、その辺りがうまく対応できなかったという事例もあったと、某病院のレポートに報告されていました。

安藤 それは、やはり情報が入っていないからでしょうね。

猪口 やはり、行くチームに情報をどのように提供するかという課題が残るわけですね。うちの病院も相馬の方に最後の、しんがりのチームを出したところ、事務長レベルがきてきちんと幕引きすべきだと言われました。

石原 エンディングはちょっと難しいところもある。つまり、送り込むチームの特性とか技量とかがわからない場

合があるとミスマッチが起きてしまうわけですよ。初動のときはそういうことが大体分かっている、経験あるチームが行くから何とかなっているんだけど、これからは、被災地に初めて入るチームが出てくるので、支援内容ややることをきっちり教えておかないといけない。だから、レクチャーが必要になるかもしれない。

猪口 そういふのはやはり全日病として送り込むに当たって、災害対策本部の1つの仕事になりますね。あと、今回は、会員病院の求めに応じて看護師等の人的支援をしました。また、幾つかの会員病院には、要請に応じて物資援助もしたんですけど。

石原 看護師も含めた人的支援については、今後どういふふうにするか、非常に悩ましいところではあると思う。

安藤 そのマンパワーが当たり前になっちゃうと、戻せなくなっちゃう。もともとのマンパワーが少ないから。多くは過疎地ですものね。

石原 一方、送り出す方は、みんな基準看護をぎりぎりクリアしていて、派遣を出した後は誰かがカバーしてるわけです。今回は、そういう事情がある場合は基準は関係ないということですが。

猪口 復興の問題では、被災地の医療機関再建は困難を伴うでしょうね。

石原 町の思いと県の思いとが随分食

今後は慢性期と生活支援に対応していく必要がある

被災者健康支援連絡協議会が発足。全日本での派遣調整も可能に



取材に応じる医療救護班の医師

医療救護班はヘリ搬送をも支援した

い違っているケースがある。ある町では県立病院がそっくりなくなりました。で、県は、人口対比から考えて、近隣の病院があるから、そこはもう診療所でいいんじゃないかと。

安藤 なるほど。県としては、これを

機に合理化しようと。

石原 でも、その町としては、今まで90床とかの病院があったわけだから、現況に戻してほしいと。町としては病院誘致を考えているが、県の意向は診療所らしいというわけ。

オールジャパンでの派遣調整が始まる

猪口 現地ではDMATとJMATのすみ分けというか、連携はうまく行っているんですか。

安藤 DMAT隊は地元の大学病院を中心に初動が早かったようですが、JMATも、地域によっては動きが早かったんじゃないですか。気仙沼には15日に入ってますね。

石原 我々が引き継ぎしたのは気仙沼だけですから、あとは分かりませんが、ある地区では、DMATがさっさと帰ってしまって、JMATも2〜3日で帰ったとかで、地元は大いに不満だったと聞いている。

猪口 全日病では石原先生が、被災県では大学人が務めたコーディネーターを、今度はオールジャパンとして作っていく必要がある。

安藤 その役割は、今後は「被災者健康支援連絡協議会」が担っていくことになるでしょう。

猪口 今日、その設置が発表されたんですね。

安藤 ええ。足立前政務官や梅村参議

院議員とかによる民主党の被災者健康対策チームが、非公式ながら3月17日に発足し、医療の面から何かアプローチはできないのかというところから始まった。そして全日病、日病、全国医学部長会議や日医に声がかかり、話し合いが始まったんです。その中で、まずは正確な情報を集めることと、もう一つは派遣窓口を一本化しようと。あるいは患者さんの受け入れをコントロールする窓口を一本化しようといった議論がなされたんです。

それがやっとまとまって、歯科医師会とか薬剤師会とか看護協会も入って、「被災者健康支援連絡協議会」ということで公表されました。ここで医療業界の支援体制を一本化しようということです。これからまた介護の団体とか、あるいは医法協とか日慢協といった病院団体にも声をかけていこうと。時期的には急性期を過ぎて慢性期、それからさらには生活支援の部分、そこら辺をきちんと対応していきましようということでも立ち上がりました。

被災医療機関が必要とするもの

猪口 被災病院を回ったときは、会員病院からどんな要望が出ましたか。

安藤 いわきでは、ハード面はなんとかもっているが、物流がうまくいっていないので、水・食物・医薬品・医療材料がほしいという声が多かったですね。慢性期の病院ではおむつを必要としていました。

猪口 全日病としては、支援物資としてこういうようなものが欲しいという情報を早く得て、それを届けるというように動ければよかったんだろうと思いますね。

石原 とはいえ、通信がとにかく取れないからね。だから、派遣チームとしても、想定されるものを持っていくといたら、水、紙おむつ、マスクとかでしょうね。

安藤 一応、全日病と都病協と日慢協とで送っているんですよ。

猪口 その上で、災害対策本部として私が医療支援物資を持って現地に行ったのが4月1日、2日、3日です。本部長である西澤会長も4月9日、13日、21日に被災支部や会員病院を見舞い方々、視察しています。

それで、実際に行ってみると、ライフラインの問題のほかに、今回は燃料と食糧の不足という問題が大きかったのが特徴的でした。ただ、被災した病院は、地元のガソリンスタンドとかに融通を図ってもらって何とか解決してる。食料も生産農家に行ったりして集めてる。だから、地域医療に根差した会員病院というのは、その地域に根差して、地域の人に助けられながら医療を営んでいたというのが、非常に印象的でした。

安藤 いいことですね、地域に根づいているというは。

猪口 一方でライフラインとか燃料の

問題や食糧の問題では、公的な支援を受けるといことがなかなかやられていない。そういう印象を持ちましたね。石原 はい、官民の間には大きな差が

ありました。公的な医療支援が入る先は、みんな県立病院や市立病院だからね。国立や県立病院にはどかんと入ってくるけども、民間病院には来ない。

病院もトリアージ、使える病院は救護所に

猪口 今回の経験で病院のトリアージがなされるべきだと思いました。病院自体が、「ここは建物は大丈夫だから、電気・ガス・水道をつなげばOK」というようなことをやればいい。あるいは、「壊れてるかもしれないけど県立・公立を使って診療を再開する」とかね。

安藤 病院のトリアージカードをつくらせてね。

猪口 そうですね。体育館などを使うだけでなく、被災しても使える病院があれば、そこを復活させて医療救護所にした方がいい。入院患者をみるのは無理でも、施設状況によっては患者を外に出してでも医療救護所として活用できれば、その辺の簡易型救護所よりははるかに機能が高いわけです。だから、今後の広域災害においてはそういう病院トリアージをして、医療救護所を病院に置くというようにしていったほうがいいと。

石原 その点は、今回、墨田区の医師会でも話し合われて、今までは保健所とかを使っていたけれど、生き残った病院でやるのが一番いいだろうと。だから、開業医の先生たちも、一番近くの病院に集合しようと委員会では決めた…。

猪口 そうそう。それが一番いいんですよ。東京でも、例えば葛飾区だと小学校の避難先に救護所が設定されてるんです。病院はされてない。一方、町田市では、医師会で医療救護所は病院とすると計画してるんだけど、町田市が認めない。震災時の1つのあり方として、我々民間病院は医療救護所になるように、医師会と行政とが話し合っただけで決めておく。つまり、病院をトリアージして、医療救護所として活用できる方法が見出せたらもっと良質な医療が提供できると思いますよ。

安藤 私の地区医師会は3カ所を決め

て、まずそこに機材を持って集合し、一番多い避難所に向こうという取り決めになっています。あらかじめ、この学校は誰と誰で決めても、その先生たちが来られなかったら、その避難所は困っちゃうわけですから。

石原 しかし、今回の帰宅困難者は大変でした。医療救護班として一番近い病院に行くのが一番よってという意見がでました。今年度の防災計画の改定としては近隣の救急病院に集合という提案をします。

猪口 今後、全日病もそれを提唱したほうがいい。

安藤 これは全日病の支援チームから出たのですが、避難所の人たちをトリアージしようということで、日医がつくった救急トリアージの3段階に、ADLの3区分と認知度の3区分を合わせ合わせたものを使ってトリアージを行ない、その方に合った病院や介護施設等を紹介しようという案がありました。

石原 そういうスコアリングができればね。

安藤 ポイント制で。

石原 であれば、もうちょっと分かりやすい方がいいでしょうね。今は、救急患者の搬送もスコアリングで搬送順位を決めていますから。

猪口 これは僕の意見ですが、全日病が被災者雇用を全国的に進めていければいいですね。

石原 そうですよ。公的病院なんかで医者が結構失職しているからね。

猪口 医療従事者に関しては、被災者雇用とか被災者転入とか色々やってもほとんど出てない。だから、我々がさっき言った中でも、それ以外の事務職とか、病院の雇えるものだったら何でも雇って、そして住居とかも手当てしながらやるという動きがほしいですね。

被災支部の要望を聞きながら復興支援を続ける

猪口 災害対策本部としては、義援金もたくさん集まったし、患者受入の調査にもたくさん答えてくれたし、支援に対する会員病院の士気は非常に高かったと思います。ただ、それに我々が、うまくコーディネートできたかという反省点はかなりあります。

石原 派遣に関するコーディネートは難しかったですね。これはごめんなさいとしか言いようがないぐらい。

猪口 現状を知らせる広報班みたいなのが必要だったかなと。災害対策本部の中ではメールや電話のやりとりをしながら情報は共有できましたが、会員に対する広報は弱かったかもしれない。ファクスで2日に1回、3日に1回、こういう動きをしてこういう成果を上げてるというようなことをやってもよかったかなと思っています。私自身は、災害対策本部の意味合いというのが今度はきり分かりました。災害対策本部というのは有事のときのものですから、意思決定を簡素化するというのが一番ということが、今回、よく分かりました。

復興支援執行部としては今後も医療救護班の派遣を続けていきます。それで、仮設診療所がやがて仮設病院というものに発展していく局面がくるだろうと思いますが、それは支部の方から要請があったときに考えていくことになるのではないかなと思います。また、災害支援特別会計を設けましたので、その中で資金的な援助もできる範囲で行なう。それから、義援金も被災支部に分配させていただこうと思っています。いずれにしても、被災支部の要望を聞きながら復興を支援していきたいと考えています。

ところで、全日病として、今後も気仙沼に派遣を続けますけど、ほかに広げる可能性はないのですか。

石原 4月いっぱい各地で引き揚げが始まるでしょう。それで、ちょっと困ったという病院が出てくる可能性はあるので、病院支援特に会員病院を支援するという課題は引き続き残っていると思います。(座談会は4月22日に行なわれました)

チーム医療の「実践的事例集案」まとまる

診療報酬評価にも言及。事例集を踏まえて実証事業

5月18日に開かれた「チーム医療推進方策検討WG」は、各分野と場面におけるチーム医療のモデル事例を集めた「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集」の最終案について検討、一部修正を座長に委ねた上で了承した。

「実践的事例集(案)」はチーム医療推進会議に報告された上、同会議報告の一環として厚生労働大臣に提言される。

また、厚労省が予定している「チーム医療実証事業」の実施を了承した。

事務局(厚労省医政局医事課)は6月から参加医療機関の申請を受け付け、早ければ7月にも事業をスタートさせたいとしている。実証事業は、予算の関係で、11年度限り9ヵ月間の実施となる見込みだ。

「実践的事例集」は、冒頭の「チーム医療を推進するための基本的な考え方」で、チーム医療の基本的な考え方は様々な医療現場で共通するが、具体的な取組内容は、①急性期、回復期、維持期、在宅期で異なる上、②医療機関ごとに

マンパワーや地域特性も異なることから、それぞれ求められている医療ニーズに添ったチーム医療を推進する必要があると指摘、画一的な取り組みを否定している。

その上で、急性期・救急医療、回復期・慢性期医療、在宅医療(医療・介護・福祉の連携)、医科・歯科の連携とステージ別の取り組み例を紹介。

さらに、特定の診療領域等におけるニーズや課題(褥瘡対策、せん妄対策、外来化学療法等)に対応したチーム事例やリハビリテーション、精神科、周産期医療の各領域におけるチーム医療の考え方と取り組み例を示している。

個別の課題に応じて必要な専門職を集めた「専門部隊型のチーム医療」については必要な専門職を病棟に配置する「病棟配属型チーム医療」との協働・補完を保つ必要があるとも指摘、並行して「医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減」に取り組む必要を提起している。

「実践的事例集」は、また、今後、医



▲「チーム医療推進方策検討WG」に臨む徳田禎久全日病常任理事(正面右側)

療関係職種に求められる能力や専門性が変化していくことを念頭に業務独占範囲の見直しを含めて検討する必要があること、チーム医療の推進には「診療報酬等における評価を行うことも重要である」として、関連分野の環境整備を整える必要性に触れている。

同日の「チーム医療推進方策検討WG」で、全日病が会員病院を対象に調査したチーム医療に関する実態調査結果を報告した徳田委員(全日病常任理事)は、専門職種主体にチーム医療を論じている「実践的事例集(案)」に対して、「実際のチーム医療にはもっと他の職種がかかわっている。そのことにも言及し、専門職種以外でもこうした取り組みができるということを示してほしい」と指摘、人手不足の中でチーム

医療を進める地方中小病院にも参考となる事例集となることを求めた。

さらに、「看護師がいない郡部でもチーム医療は実践されている。それをどう支援していくのかという議論がなされていない。事例集のまとめに“政府は人員不足解消に取り組むべきである”と書き込んでほしいところだ」と述べるなど、チーム医療を普及させるためには、医療提供体制以外でも環境整備が進められるべきであるという認識を示した。

徳田委員の指摘に、山口座長(虎ノ門病院長)は、「徳田委員の指摘の通り、診療報酬だけでなく、人員についても書き加えた方がよろしいかと考える」と賛同の意を表わした。

厚労省が改革案。「B3シナリオ」がベース

社会保障改革集中検討会議 「現行病床数でより高機能の体制を構築」、診療時定額負担の導入を提唱

厚生労働省は、菅内閣の下で社会保障と税の一体改革に関する成案づくりを進める「社会保障改革に関する集中検討会議」に、同省がまとめた改革案を提示した。

同省は、5月12日の会合に「社会保障制度改革の方向性と具体策」と題し

た総論と「東日本大震災の復興に関する提言」を示し、5月19日の会合には、医療イノベーションと医療・介護に関する具体案について報告した。

改革案は、「概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す」として、社会保障国民会議が作成

した改革シミュレーションのB3シナリオをベースに医療と介護の提供体制の機能強化・効率化の改革案を展開、それを踏まえて「2025年までの医療・介護サービスの需給の状況や必要な費用等を推計し、試算を行う」としている。

その中で、①高度急性期と一般急性

期の機能分化、②小・中学校区レベル(人口1万人程)を圏域とした日常的な提供体制、人口20～30万人レベルの基幹病院機能、都道府県レベルの救命救急・高度医療の体制整備、③地域包括ケアシステムの確立、④保険給付の重点化(高額療養費の見直しと定額負担の導入等)、⑤保険者が地域の医療提供体制により関与する仕組みの構築、などを提唱している。

集中検討会議は厚労省案をたたき台として5月内に社会保障改革試案をまとめ、6月末までに社会保障・税一体改革の成案をとりまとめる方針だ。

厚生労働省「医療・介護に関する資料—全世代に配慮した長期的に維持可能な医療・介護制度の再構築」から (5月19日)

□改革案のポイント

以下の施策について、2012年度同時改定と以後の改定に適切に盛り込むとともに、医療・介護サービス提供体制の基盤整備を図るための一括的な法整備を行う。

●医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化

・医師確保、介護職員等の人材確保と資質の向上

・病院・病床の機能分化・機能強化、専門職種間の協働と役割分担の見直し

・在宅医療体制の強化・地域包括ケアシステムの確立・ケアマネジメントの機能強化

・精神保健医療の改革、認知症対策の強化、介護予防・重度化予防への重点化

●それを支える医療・介護保険制度の保障の重点化・機能強化 (略)

●医療・介護制度の運営の効率化 (略)

□医療・介護制度改革の全体像

●医療・介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化

・医療提供体制

医師確保・医師の偏在是正、病院・病床の機能分化・機能強化、在宅医療の強化、チーム医療の推進、精神保健医療の改革

・介護サービス提供体制

24時間安心の在宅サービス、介護・重度化予防の重点化、介護人材の確保と資質の向上

□将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

・より効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期」など、機能分化・集

約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。機能の分化・強化と効率化によって、高齢化に対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。

・医療・介護の適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

□医療・介護の提供体制の将来像の例

・日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

・小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

□良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制の機能強化

①医師の確保・偏在対策 (略)

②病院・病床の機能分化・強化と連携強化

・急性期への資源集中投入による機能強化、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化

・拠点病院機能、救急医療機能等の強化

・地域の実状に応じて幅広い医療ニーズに対応する機能の強化

・医療機関の連携強化、ネットワーク化(連携パス普及、情報共有等)

③在宅医療提供体制の強化

・在宅医療を担う病院・診療所、訪問

看護ステーション等の計画的整備

・地域に密着した医療機関病床の在宅支援病床としての活用検討

・連携拠点機能の整備や連携パスの普及

・在宅医療を担うマンパワーの確保強化

④多職種の連携、協働によるチーム医療の推進 (略)

⑤精神保健医療の改革 (略)

□医療保険制度をとりまく現状・課題

■医療・介護制度改革の将来推計の考え方

社会保障国民会議の医療・介護費用のシミュレーション(2006年)を基礎として、以下のような仮定を置いて、2025年までの医療・介護需給の状況や必要な費用等を推計、試算。

○基本改革シナリオ

①急性期の医療ニーズについて

現在の一般病床で対応しているニーズのうち、約2割が高度急性期、約5割が一般急性期、約3割が亜急性期・回復期リハ等と仮定。地方では急性期から長期療養まで一体的に対応する医療機関等の存在も織り込む。

②長期療養ニーズについて

現在の医療療養・介護療養病床で対応しているニーズのうち、医療区分1は介護施設、医療区分2・3は医療療養病床で対応すると仮定。介護療養は2017年度末まで存続と仮定。

③医療人材投入について

医療ニーズに応じてマンパワーの投入強化を仮定(高度急性期は2倍程度、一般急性期は1.6倍程度、亜急性期・回復期リハ等はコメディカル中心に1.3倍程度、長期療養はコメディカル中心に1.1倍程度等)。

④平均在院日数について

機能分化と医療資源の集中投入により平均在院日数を短縮(高度急性期は2割程度、一般急性期は33%程度、亜急性期・回復期リハは2割程度、医療療養は1割程度、精神病床は1割程度)。

○機能分化の程度等に応じた別シナリオ

上記シナリオを前提に、医療機関の機能分化の程度等に応じた別シナリオを検討。

介護職員処遇改善交付金の継続を求める声が多数

介護給付費分科会 介護と看護一体訪問の「常勤看護職 1.71人」試算に強い疑問

2012年度介護報酬改定に関する基本的な議論を進める社会保障審議会の介護給付費分科会は5月13日、「介護人材処遇改善策」について議論。来年3月で終了する介護職員処遇改善交付金については、多くの委員から、次年度以降の継続を求める声が上がった。

事務局(厚労省老健局老人保健課)が部会に示したデータによると、介護職員処遇改善交付金の申請率は全国平均で83%にも達した(2011年1月末現在)。その結果、2010年度に交付金を申請した事業所における介護職員の平均給与額は09年度から約1万5,160円の増加をみ

せた(「介護職員の処遇改善状況の調査」)。同交付金の対象外である介護職員以外の職種についても、約8,500円~1万2,200円増加。「交付金が影響を与えたのではないか」「交付金の効果が出た」とする意見が部会の大勢を占めた。

介護給付費分科会は、続いて、介護保険法改正案に盛り込まれ、来年度に市町村が指定できる「地域密着型サービス」として創設される「定期巡回・随時対応サービス(法案上は定期巡回・随時対応型訪問介護看護)」と「小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービス」をめぐって意見が交わされた。

「定期巡回・随時対応サービス」とは、訪問介護と訪問看護が密接な連携を保ちながら、日中・夜間を通じて、短時間の定期巡回型訪問および随時対応を行なうというもの。同一事業所が提供することも、あるいは、訪問介護の事業所が訪問看護の事業所と連携して提供することもできるが、地域医療機関の後方支援が必要となる。

このサービスを提唱した「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会報告書」は、10万人圏域内の潜在利用者想定を225人、事業所あたりの利用人数を約45人と仮定した場合に、必要な人員数

は介護職員が22.8人、看護職員が1.71人(いずれも常勤換算)と試算している。

この試算には、「1.71人で24時間365日対応できるのか疑問」「現行の訪問看護ステーションの人員基準2.5人をクリアさせるべきではないか」といった意見が示されたほか、「看護職員が確保できるのか」など、看護師逼迫がさらに強まることを懸念する声があがった。

泊まり、通いに加えて介護と看護の訪問サービスを一元的に提供する「小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービス」に対しては、「在宅でありながらレスパイトもショートも医療もあるとなると、小規模というより、後方支援としてのベッドを有する大規模多機能の方が好ましくないか」とする疑問があがった。

全日病 2011年度の委員会体制が確定

5月21日に開かれた第1回理事会・第2回常任理事会で2011年度の委員会委員名簿が承認された。

11年度の委員会体制は、昨年度に引き続き、管理部門1、専門部門10、研究部門1、事業部門6、プロジェクト1にそれぞれ属する計20委員会等からな

り、委員総数は延136人となる。各委員会の新委員は合計10人(延数)であった。

広報、医療制度・税制、医療国際化事業検討委員会の3委員会委員長・副委員長の交代があったが、他委員会等は10年度の役員が留任した。

四病協 2011年度の委員会体制を確認

5月25日に開かれた四病院団体協議会総合部会は2011年度の委員会体制を確認した。各団体の正副会長からなる総合部会を初め、6委員会・4会合が四病協の日常活動を支えている。

四病協発足当初からあった医療制度委員会、医療従事者委員会そして治療

費未払問題検討委員会は10年度にそれぞれ廃止が決った。一方、10年度には、かつての8人委員会が総務委員会として復活したほか、2次救急に関する委員会、在宅療養支援病院に関する委員会、准看護師の生涯教育体制のあり方連絡協議会が新設されている。

□全日病の2011年度委員会等

部門	委員会名	委員長	副委員長
管理	総務・財務	猪口正孝	中村康彦
専門	広報	織田正道	小森直之
	医療制度・税制	中村康彦	今村英仁
	医療保険・診療報酬	猪口雄二	(今後指名予定)
	介護保険制度	木下 毅	
	医療の質向上(医療安全を含む)	飯田修平	永井庸次
	医療従事者	大橋正實	織田正道
	病院機能評価	木村 厚	土屋繁之
	学術	川島 周	赤枝雄一
	救急・防災	石原 哲	加納繁照
	人間ドック	西 昂	加納繁照
研究	病院のあり方	徳田禎久	猪口雄二
	国際交流	赤枝雄一	大橋正實
事業	医療事務技能審査	西澤寛俊	猪口雄二
	医師事務作業補助技能認定	猪口雄二	
	個人情報保護担当	飯田修平	徳田禎久
	無料職業紹介事業		
	医療国際化事業検討委員会	神野正博	中村康彦
プロジェクト	公益法人改革対応	猪口雄二	

□四病協の委員会等に所属全日病役員等の名簿

総合部会	西澤会長、猪口副会長、安藤副会長、神野副会長
総務委員会	安藤副会長、神野副会長
医療保険・診療報酬委員会	猪口副会長(委員長)、鉾之原大助理事、山本登代議員会副議長
医療経営・税制委員会	猪口副会長、中村康彦常任理事、今村英仁医療制度・税制委員会副会長
医療安全対策委員会	神野副会長、徳田禎久常任理事、飯田修平常任理事
2次救急に関する委員会	石原哲常任理事、猪口正孝常任理事
在宅療養支援病院に関する委員会	織田正道常任理事、黒澤一也
准看護師の生涯教育体制のあり方連絡協議会(四病協・日医)	川島周常任理事
メディカルスクール検討会	西澤会長
厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会	安藤副会長
日医・四病協懇談会	西澤会長、猪口副会長、安藤副会長、神野副会長

静岡県 新都市病院
大阪府 巽病院
日帰り人間ドック実施指定は合計475施設となった。

【報告事項】

●「第6回医療機関トップマネジメント研修コース」の開催

「第6回医療機関トップマネジメント研修コース」を7月23日に開講する旨の報告があった。

●「平成22年度人間ドックに関する調査」の実施
人間ドック実施指定施設を対象にした「平成22年度人間ドックに関する調査」を6月に実施するとこの報告がなされた。

●2011年度夏期研修会

2011年度夏期研修会が、愛知県支部の担当で、8月28日に名古屋市で開催するとの報告があった。

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

4月1日付で以下の19会員病院に病院機能評価の新規認定・更新認定が決まった。

◎一般病院

北海道 耳鼻咽喉科麻生病院 更新

福島県 太田熱海病院 更新
千葉県 船橋総合病院 更新
神奈川県 横浜新緑総合病院 更新
京都府 京都桂病院 更新
岡山県 岡山光南病院 更新
広島県 福山中央病院 更新
徳島県 亀井病院 新規

◎精神科病院

北海道 三愛病院 更新
広島県 三原病院 更新
福岡県 倉光病院 更新

◎療養病院

兵庫県 大塚病院 新規

◎複合病院

埼玉県 武蔵嵐山病院 更新

兵庫県 尼崎中央病院 新規

広島県 廿日市野村病院 更新

大分県 佐藤第一病院 更新

宮崎県 整形外科前原病院 更新

宮崎県 宮崎医療センター病院 更新

鹿児島県 昭南病院 更新

4月1日現在の認定病院は合計2,511病院。そのうち、本会会員は883病院と会員病院の37.9%、全認定病院の35.2%を占めている。

2011年度第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月21日

【協議事項】

●2010年度事業報告案・決算報告案

本会の医療救護・支援活動をまとめた「東日本大震災関連報告(別冊)」を付した2010年度事業報告案および2010年度決算報告案が承認された。

●2011年度委員会委員名簿案

2011年度の委員会委員名簿案が承認された。

●2011年度顧問・参与の委嘱案

2011年度の顧問・参与委嘱案が承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の11人の入会が承認された。

北海道 天使病院 院長 辻崎正幸
宮城県 大友病院 理事長 大友 仁

埼玉県 愛和病院 理事長 藤田壽太郎
千葉県 千葉市立海浜病院 院長 守屋秀繁
東京都 立正佼成会付属佼成病院 院長 神保好夫

愛知県 八事病院 理事長 水谷浩明
三重県 富田浜病院 理事長 河野稔彦
山口県 周南高原病院 理事長 齋藤 淳
山口県 光中央病院 院長 丸岩昌文
鹿児島県 出水総合医療センター 瀬戸 弘
鹿児島県 上山病院 理事長 上山達典

別途退会が7人あった結果、在籍会員数は2,336人となった。

●人間ドック実施指定施設の承認

人間ドック実施施設として申請のあった以下の2施設が承認された。

◎日帰り人間ドック

あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の

病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

●病院向け団体保険制度

病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
医療施設機械補償保険
居宅介護事業者賠償責任保険
マネーフレンド運送保険
医療廃棄物排出事業者責任保険
個人情報漏えい保険

●従業員向け団体保険制度

勤務医師賠償責任保険
看護職賠償責任保険
薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0061東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

原子力損害賠償紛争審査会

全日病、福島原発事故で病院への補償を要望

全日病は5月23日に開催された文部科学省の原子力損害賠償紛争審査会に出席、福島原発事故の損害状況に関する聴取に応じた。安藤高朗副会長が、病院が被災した被害状況と解決を要する課題・問題点を明らかにした。ヒアリングには日本医師会も参加した。

福島原発事故の被害状況を把握するために、全日病は、日病、医法協、日精協の協力を得て、5月19日に、福島県の四病協傘下会員病院を対象に緊急アンケート調査を実施、患者や職員の動向、納入を含む医療器械・器材面の異状、診療や空調等運営面での変化など、

各面への影響の有無をたずねた。提出期限まで4日しかない調査だったにもかかわらず、68病院から回答が寄せられた。

それによると、影響が生じた割合がもっとも高かったのは「原発事故に起因した職員の自主退職」で、53%と半数以上の病院で職員の離職が生じていた。

次いで多かったのは「風評被害等による職員採用への影響」(26.5%)で、1/4の病院で人員確保に支障が生じている。

調査結果を踏まえ、全日病は「原子力損害に対する補償について」と題した資料を作成、原子力損害賠償紛争審査会に提出した。

この資料は、福島原発事故によって生じた損害の内訳を、①避難費用関連、②営業損害関連(患者減少、職員の退職・採用、支援要員、空調費、休業によって使用不能となる物品費、借入金返済延期の利息割増、未収金)からなる

と説明。さらに、30km圏内の休業中の病院については、③放置すれば使用不可能となる医療機器の固定資産や再使用時の調整費、④グループ病院に職員を配置換えした場合の転居・賃貸等の費用が発生していると説明。こうしたすべての影響に対する損害補償を求めた。

また、損害金以外の問題点として、①病院・職員に対する仮払金を早期に支払うこと、②退職を抑止するために休業による雇用保険の給付日数を一律1年間延長すること、③自主退職者に対する退職金の立替払い(病院への無利子貸付)、④原発周辺の詳細な放射線量モニタリングと経日的変化の公表の4点をあげ、速やかな手配を要望した。

福島原発事故の補償要望は福島県病院協会(太田保世会長)からも出ており、全日病の資料とともに審査会へ提出された。

政府への要望・提言を集約へ

「被災者健康支援連絡協議会」に6団体が参加、全13団体に

4月22日に設立された「被災者健康支援連絡協議会」は、4月25日、5月9日、5月16日と3回会合を開き、東日本大震災の被災者に対する医療・介護の長期的な支援体制をどう構築すべきか、検討を重ねている。

被災者健康支援連絡協議会は、全日

病のほか、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、全国医学部長病院長会議、日本病院会、日本看護協会の7団体で発足したが、その後、各団体から参加の声が上がり、5月16日現在、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本栄養士会、東日本大震災リハ

ビリテーション支援関連10団体、日本慢性期医療協会、全国老人保健施設協会が参加、つごう13団体となった。

被災者支援協は政府の被災者生活支援特別対策本部の下に設置され、同対策本部より、東日本大震災被災者の健康支援について協力要請を受けたこともあり、厚労省が実質的に事務局機能を担っているほか、会合には内閣府、総務省、文科省も出席するなど、行政との連携が実現している。

これまでの会合では、厚労省等から

避難所の現況や復興支援の取り組みに関する行政側報告を受ける一方、参加各団体による支援活動状況も相互に報告、復興支援に齟齬が生じないように情報共有を図ってきた。

政府と行政府に対しては各団体から短期及び中長期の要望・提言が示されており、今後、協議会としてその集約化に務める方針だ。

さらに、被災者支援協自体の活動方向をまとめる作業にも着手しようとしている。

12年度改定要望の個別項目を集約。7月提出を予定

日病協 第1項目は診療報酬の算定根拠の明示。訪問看護・リハの見直しも

日本病院団体協議会の診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は2012年度診療報酬改定にかかわる個別要望項目の議論を進めている。

5月18日の会合では、同日の中医協で表面化した日医による改定延期論の話が話題になったが、現時点では改定が実施されるという前提で、各団体からの要望項目の集約を進めるという方針を確認した。

この日は、国立大学附属病院長会議が、DPC診断群分類の見直し、手術の適正評価、チーム医療体制の評価(臨床工学技士、看護師専門資格、病棟専属

管理栄養士、SW等の配置評価)などを、公私病院連盟は、2次救急の評価、一般病棟機能の拡大、各種人員配置基準の見直しなどを、提案した。

手術の適正評価に関して、国立大学附属病院長会議の委員は、前改定で約1,800ある手術の約半数が引き上げられたことを踏まえ、次期改定では「すべての術式について同様の適正評価されるべきである」と訴えた。

実務者会議は、基本的に、手術料や処置料など技術にかかわるものは外保連試案ののりによって適正評価を求めていることを確認した。

共通テーマになっている訪問看護と訪問リハの見直しに関しても原案が示され、検討に付された。

その基本的な考え方は、介護保険との併用が可能となるように医療保険の適用対象と範囲を拡大するというもの。議論の中で、その対象として医療区分2・3の患者を想定する考え方が提案された。

これまでの議論で、2次救急、リハビリテーション(とくに急性期)、外来リハ管理料、チーム医療体制(とくにコメディカルの配置)、看護補助加算(24時間加算など)ほか多くの項目が検討さ

れたきたが、すでに提出した要望書と重複している項目もある。

そのため、6月の会合に項目を絞り込んだ要望書案を提示、過去要望項目とのすり合わせや重ねて取り上げる項目の確認を行なった上で正式案にまとめ、7月にも厚労省に提出するという方針を確認した。

猪口委員長は、「個別項目は各病院団体からも要望書としてあげられる。したがって、日病協としては要望事項を絞り込みたい。いずれにしても、診療報酬の算定根拠を明らかにしてほしいという病院団体共通の要望を先頭に出すことになろう」と述べ、中医協における診療側の入院基本料コスト調査要求を支援していく考えを表明した。

未承認薬等を先進医療制度で早期薬事承認

中医協 先進医療と高度医療の審査会議を「先進医療会議」に統合

5月18日の中医協に、事務局は、海外の実績等から医療上の必要性が高いとみなされる適応外あるいは未承認の医薬品等に先進医療(保険併用療養費)を適用、それによってデータの質が確保できた場合には治験を省略して薬事承認を可能とする案を諮り、了承を得た。

この制度を導入するにあたって、現在の先進医療専門家会議と高度医療評

価会議を先進医療会議(仮称)に一本化。さらに、当該先進医療が実施可能な医療機関群をあらかじめ特定し、これに該当する医療機関は実施計画書の適否審査のみでその実施を認めるなど、先進医療制度の手続き、評価、運用方法を見直す。

このスキーム案によると、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討

会議」で医療上の必要性が高いとして国内メーカーに開発要請されたうち、開発企業が見つからないため、公知申請(適応外薬の場合)や治験のルートに乗らなかったものが対象となる。

申請する医療機関については、これまで数例の国内実績を要件としていたところ、それを満たさない場合にも先進医療の実施を認める。

医療機関群の対象としては、臨床研究中核病院、都道府県がん診療連携拠点病院、特定機能病院等が想定されている。

このスキーム案は、すでに昨年10月15日の中医協総会に示されているが、今回は具体的な実施案となる。

先進医療と高度医療の審査会議を統合して「先進医療会議」を新設するが、先進医療にかかわる評価療養の枠組みは現行とおり継続される。

厚労省は、まずは、抗がん剤を対象にスキームの運用を始める考えだ。(1・8面に中医協関連記事)

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