



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2011 NEWS 6/15

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 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.757 2011/6/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

2010年度事業報告・決算を承認

定期代議員会・定期総会 「病院のあり方報告書」「東日本大震災への全日病対応」で報告会

第97回定期代議員会・第86回定期総会が6月4日に東京のホテルグランドパレスで開催され、2010年度の事業報告・決算各案および顧問・参与委嘱案を全会一致で承認した。

2010年度事業報告には、東日本大震災に関する全日病の医療支援活動等を記録した報告が別冊として付された。

2010年度決算は、収入合計5億8,000万円、支出合計5億3,600万円、収支差額4,400万円、次期繰越収支差額1億1,300万円と、いずれも予算を大幅に上

回る黒字を計上した。

定期代議員会には来賓として原中勝征日本医師会長と野中博東京都医師会長が出席した。

定期総会終了後に行なわれた報告会で、徳田禎久常任理事が「病院のあり方に関する報告書2011年版」について要旨を紹介した。

続いて、安藤高朗副会長と猪口正孝常任理事が「東日本大震災に対する全日病の対応について」と題した報告を行なった。



関する報告書(1998年9月)から6版目となる全日病の提言集。過去5版とは異なり、今回は、2025年の医療・介護提供のあり方を提言するものとなった。

現状の延長線に2025年を展望する「現実的シナリオ」と、あるべき提供体制を論じる「理想的シナリオ」と、対照的なアプローチを用いて15年先の医療・介護提供体制を論じた。

2011年版は、「社会保障改革に関する集中検討会議」の社会保障改革案と重なったこともあり、まさに時宜を得た、政府に対する「物申す」となった。

「全日本病院協会50年史」は全日病50周年を記念して編纂されたもので、全日病として初の通史となった。「2011年版」は3面を、「50年史」は4面をそれぞれ参照)

「病院のあり方報告書2011年版」「全日病50年史」を刊行

第97回定期代議員会・第86回定期総会に出席した役員、代議員、会員等に、「病院のあり方に関する報告書2011年版」および「全日本病院協会50年史」が配

られた。

病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)がまとめた「病院のあり方に関する報告書2011年版」は、「中小病院のあり方に

地域一般病床 — 「医療介護の改革シナリオ」を評価する

定期代議員会における西澤会長の挨拶



東日本大震災が生じてから間もなく3ヵ月になろうとしますが、被災地の医療人の方々は、自らがあるいは家族が罹災したにもかかわらず、献身的な努力を続けております。

また、医療崩壊といわれる中、日本全国からは、大勢の医療人が支援に立ち上がっています。医療人の一人として誇りに思うとともに、頭が下がる思いです。

1日も早く復旧復興していただきたいと思っておりますが、全日本病院協会としても、今まで行なってきた支援を引き続き継続していく方針であります。

震災からの復旧復興も大事ではありますが、被災のあった県だけの復旧復興であってはいけない、日本全体が、このような非常時に対応できるような医療提供体制を構築しなければなりません。

そういう意味からは、今、国で社会保障改革に関する検討が行なわれていますが、我々も、この問題には主体的に取り組んでいきたいと考えています。

本日報告する「病院のあり方に関する報告書2011年版」は2025年を見据えて、病院のあり方あるいは日本の医療提供体制に対する提言を行なったものです。一方、6月2日には、「社会保障改革に関する集中検討会議」から社会保障改革案が発表されました。

基本的な考え方は自助・共助・公助ということで、国民皆が支えあうということが改革案の大きな柱だと思います。また、真に必要な給付の確保と負担の最適化ということで、社会保障改革と財政の健全化の同時達成を目指しているようです。

その中の医療・介護の項に「病院病床機能の分化・強化と連携」という項目があり、その参考資料として「医療介護にかかわる長期推計」があり、そこに、「医療介護の改革シナリオ」がパターン1とパターン2の2つ示されています。社会保障国民会議シミュレーションのB3シナリオとほぼ同様のものがパターン1、それより進んだ改革として示されているのがパターン2で、それぞれに2つの仮定が設けられています。

仮定の1つは「ニーズの単純な病床換算」ということで、B3シナリオで示された、一般病床が高度急性期、一般急性期、亜急性期・回復期に機能分化するというものです。もう1つが、「横断的ニーズ」ということで、「地域一般病床を創設した場合」という仮定です。

ここに出てくる「地域一般病床」には、我々全日病あるいは四病協が提唱してきた地域一般病床の概念が盛り込まれています。詳細の検討はこれからではありますが、これをみる限り、我々民間中小病院が地域医療の中心として医療を提供している現状を評価したものではないかと思ひ、今回の改革案を評価しているところでもあります。

この辺りはさらに検討して、対応してまいりたいと考えています。

しかし、財源については消費税の問題が出現しています。10%にまで引き上げられることが必至という状況ですが、そうなると、今のような医療非課税では、医療機関はつぶれることになるでしょう。そうなれば国民が困るわけで、そうした意味からも我々は医療への原則課税を、今まで以上に主張していかなければなりません。

復興への支援ということと同時に、これからの少子高齢化に向けてやらなければならない医療介護の改革と、我々全日病は全力をあげて、両方に対応していきたいと決意しています。

2025年に至る医療・介護改革を示す。消費税5%増を提案

政府の社会保障改革案 給付と負担の見直しを提起。一般病床は機能再編と人員大幅増を見込む

6月2日の「社会保障改革に関する集中検討会議」は、わが国社会保障制度の方向性を示した改革案を取りまとめ、子ども・子育て支援や年金等の改革や基盤整備とともに、改革2025年にいたる「医療・介護サービス改革」の展望を明示した。(2面に関連記事)

医療・介護サービスの改革は、「提供体制の効率化・重点化と機能強化」によってその充実をはたすことを第1の柱とし、「診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う」方針を打ち出した。

具体的には、①病院・病床機能の分化・強化と連携、②在宅医療の充実等、③地域包括ケアの構築等居住系サービスの充実、④医療・介護従事者の大幅

増員(両分野で現在の1.6倍程度とする)、を主たる課題にあげた。

①において、一般病床の機能を高度急性期、一般急性期、亜急性期・回復期に再編し、在院日数の短縮化を実現することによって、25年には103万床と、概ね現在の一般病床数規模で高齢社会下の医療ニーズに対応できると謳っている(「パターン1」シナリオの場合)。

そのために、高度急性期と一般急性期の従事者を大幅に増員するとしている。

さらに、「保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る」ことを第2の柱にあげ、⑤国保財政の安定強化と広域化、⑥介護保険の費用負担強化と保険給付の重点化、⑦高

度・長期医療への対応と給付の重点化等、給付と負担を大幅に見直すことを重点課題に掲げた。

⑦では「受診時定額負担」の導入を提案、「初診・再診時100円」を例示した。

工程表では、⑧12年以降に診療報酬・介護報酬の体系的見直しに着手、⑨12年をめぐりに一括的な法整備を行ない、⑩25年頃までに医療・介護サービスのあるべき姿を実現すると、医療・介護改革の日程を展望している。

また、上記制度改革等ともなう医療・介護の費用試算を示し、想定する制度改革等がすべて実施された場合の資源投入によって、15年度に1.6兆円弱(社会保障全体としては約2.7兆円程度)の公費負担が追加的に生じると推計。年金等改革の所要額と併せ、医療・介

護の一括法改正と併せて、12年度をめぐりに税制抜本改革(消費税を15年度までに10%へと段階的に引き上げる等)を実現する必要があると提案している。

改革案は15年度以降の消費税引き上げには言及していないが、「将来的には、社会保障給付にかかる公費全体について、消費税収を主たる財源として安定財源を確保する」と明記した。

菅内閣は、この改革案を政府与党の調整を経て6月20日をめぐりに成案とし、厚労省等に法案準備の作業を始めさせたいとしているが、消費税引き上げや年金改革が一体になっているだけに、菅内閣の命運と同様、その行方は不確かなものがある。

しかし、来春のダブル改定に改革案の考え方が反映される可能性がある。

地域特性に応じた「地域一般病床」の創設を提案

社会保障改革案 「横断的な医療ニーズ」に対応。「地域一般病棟」の機能と一致

6月2日の「社会保障改革に関する集中検討会議」がまとめた医療・介護の改革案は、厚生労働省が提示した改革案に集中検討会議として検討を加え、与謝野馨社会保障・税一体改革担当大臣の下、内閣官房社会保障改革室の責任でまとめたものである。

厚生労働省の改革案は、「社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションを考え方等の基礎とした」上で、精神科入院改革の方向性や介護職員処遇改善交付金の影響あるいは「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」(2010年6月)や「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」(10年10月)など、社会保障国民会議最終報告(08年9月)

後のデータを加えて推計根拠の修正が図られている。

改革案におけるシナリオの主旨は、高齢社会の医療ニーズに応じた、入院病床の機能とサービスの重点化(効率化)である。

その上で、改革シナリオの視点を、一般病床において、医療ニーズの違いに応じた機能分化がどこまで進むかに求め、医療費の伸び率を、機能分化の違いに応じて2通りのパターンで示している。

1つは、社会保障国民会議シミュレーションのB3シナリオに依拠して一般病床の機能を「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期・回復期リハ等」の3つに分

けた「パターン1」。

もう1つは、一般病床が「高度急性期」「一般急性期」「軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等」という3つの機能に分かれると予測する「パターン2」である。この「パターン2」において、一般病床における「長期入院」は「長期療養(慢性期)」に組み替えて試算されている。

さらに、改革案には、機能分化が進んだ一般病床に、明確な機能分化が難しい地方を想定して、横断的な医療機能を担う「地域一般病床を創設した場合」と「創設しない場合」という2つの仮定が加えられた。

ここで、「地域一般病床(仮称)」は、概

ね人口5~7万人未満の自治体住民(今後2,000~3,000万人程度で推移)100人当たり1床程度で整備する、と仮定されている。

厚生労働省は、「地域一般病床」について、「急性期とともに亜急性期や回復期リハ等にも対応できる、ケアミックス型を含む病院」と仮定。在宅患者の支援など、市町村レベルの域圏で横断的な医療ニーズに対応する地域に密着した中小病院を想定、病室単位の設置をも視野に取っている。

医政局総務課の担当官は、「地域一般病床」が、全日病や四病協が提唱している「地域一般病棟の概念と重なるものがある」と説明している。

地域一般病棟と同概念の「地域一般病床」

医療部会 医療介護改革案の将来像で地域ネットワークの核として位置づけ

社会保障審議会の医療部会が6月8日に3ヵ月ぶりに開かれ、事務局(厚生労働省医政局総務課)は6月2日の「社会保障改革に関する集中検討会議」がとりまとめた社会保障改革案について説明、その中で、一般病床の将来的な機能分化の類型として「地域一般病床」が想定されていることを明らかにした。

社会保障改革案は、「医療・介護の提供体制の将来像」として、都道府県レベル(救命救急、高度な医療など広域ニーズへの対応体制整備)、人口20~30万レベル(地域の基幹病院を中心とする医療機関のネットワーク)、市町村レベル(主治医・総合医による日常の診療対応)という、「機能分化と連携によって提供体制の充実と重点化・効率化を実現、重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク」を例示した。

そして前二者は医療計画によって整備が進む体制が整っているとして、人口1万人の地域(小・中学校区レベル)からなる市町村レベルの圏域に、日常生活の継続支援に必要な医療・介護サービス提供体制となる「地域包括ケア」の実現を想定している(この体制整備として被災地復興の中で先駆的に実施

することも検討するとしている)。

この市町村レベルの圏域で、診療所、介護施設、基幹病院等と連携しつつ、「地域の多様なニーズに対応する地域に密着した病院」としてイメージされているのが、中小病院を想定した「地域一般病床」(仮称)だ。

「地域一般病床」は、概ね人口5~7万人未満自治体の住民100人当たり1床程度で整備すると仮定されていることから、地方都市や市町村では数百床規模の整備が見込まれ、「人口20~30万レベル」と「市町村レベル」の間の格差を埋めるべく、医療提供の有機的なつながりを確保していく上で重要な役割が期待されるとみられる。

したがって、「地域一般病床」は、post acuteやsub acuteの機能を有しつつ、医療と介護の地域ネットワークの核となる病院と言え、その概念は、全日病が提唱している「地域一般病棟」と概ね同じである。

6月8日の社保審医療部会で社会保障改革案を説明した厚生労働省医政局総務課の野村知司医療政策企画官は、病院病床の機能重点化と連携に資源投入していく中で、一般病床については「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期・回復期等」への再編を促し、それによって平均在院日数を短縮していく改革シナリオを述べた。

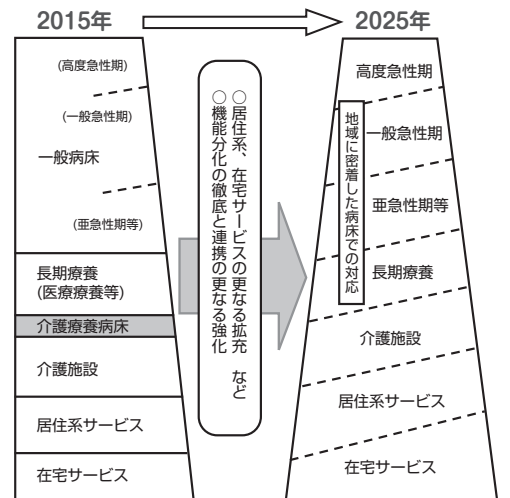
その中で、「それ(そうした方向性)と、地域特性等々に応じて、機能と役割分担をはっきりしづらい場合には、(資料には)“地域に密着した病床での対応”と記されているが、ミックス対応ということで取り組んで行くことも場合によっては考えられる」と「地域一般病床」に言及、「ケアミックス型」とも表現して、その多機能性を強調した。

医療部会後の本紙質問に、同企画官は、「これまでの“縦割り”機能に対して“横割り”の機能が必要な地域がある。周りに大型の急性期病院がなければ、救急医療から急性期さらには回復期や慢性期の機能が求められる病院もある。これまでの病棟=病院という概念だけでは対応できない。病室というものを視野に医療機能の発揮を考えないと対応できなくなっていく」と説明。



その上で、「地域一般病床」が、全日病や四病協が提言している「地域一般病棟の概念と重なるものがある」ことを認めた。

□医療・介護機能再編の方向性(イメージ)



医療機関群の類型

DPC評価分科会

「大学病院本院」「医師研修」「小児医療提供」「他病棟との連携」の4機能に着目

5月30日の中医協・診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会は前回(4月14日)に引き続き、基礎係数を導く医療機関群について検討した。

DPC/PDPS(DPC包括評価)における調整係数見直し後の医療機関別係数は、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱの3係数を合算した値とすることで、DPC評価分科会は合意している。

そのうち、基本的な診療機能を評価する基礎係数については、DPC対象病院を診療機能や施設特性の面で同質的なグループ(医療機関群)に分け、グルー

プごとに算出するという方向で検討が進んできた。

事務局(厚生労働省保険局医療課)は、4月14日の分科会に、医療機関群の1つを大学病院本院とする案を提示、了承されている。

事務局は、さらに、5月30日の分科会に、大学病院本院以外のDPC対象病院(1,369病院)をグループに分ける機能類型として、①医師研修機能、②小児医療提供機能、③他病棟との連携機能の3点を提示。

DPC評価分科会は、大学病院本院とともに、この3機能を優先的に検討す

ることで合意した。

その際、事務局は、医療機関群を具体的に編成する指標案を例示した。

医療機関群として4つの類型が浮上したが、いずれも該当しない病院や複数機能を有する病院も多数見込まれる

ため、検討途上では、医療機関群は4グループ以上出現することになる。

分科会は、まずは医師研修機能を取り上げ、既存データと追加調査結果の分析から評価指標案の検討を進める方針だ。

チーム医療推進会議

特定看護師制度の枠組み案に強い疑問と反発

「安全にできるのか疑問だ」— 座長が再度の議論を求める

6月1日のチーム医療推進会議は、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」から特定看護師制度の枠組みに関する議論状況の報告を受けた。

しかし、所定の条件を満たした看護師に特定医行為の実施を認めるために、「業務と名称の独占は避けるが、その資格は大臣が認証する」とした枠組み案に、少なからぬ委員から、あらためて懸念と反発が示された。

議論が尽きないままに終了時刻が訪れたが、座長の永井良三東大大学院教

授も「(特定看護師による実施を認める医行為が)本当に安全にできるのか疑問だ。相当の医学教育が必要になるが、それがこの程度の時間数でできるのかという懸念はある」と強い疑問を表明。「次回さらに議論したい」と、議論の続行を指示した。

チーム医療推進方策検討WGがまとめた「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践の事例集」および事務局(厚生労働省医政局指導課)が提示したチーム医療実証事業(案)は了承された。

□医療機関群の設定に係る評価指標の候補(案)

医療機関群の設定に係る具体的な機能類型(案)	評価指標の候補(案)
1) 医師研修機能	対応する病院類型等の例 (特定機能病院) (大学病院本院) 国立高度専門医療研究センター 臨床研修指定病院 ・臨床研修指定病院の指定 ・医師数と病床数の比
2) 小児医療提供機能	小児専門病院 ・小児入院医療管理料算定病床のDPC/PDPS算定病床に占める割合 ・全患者に対する15歳未満患者の割合
3) 他病棟との連携機能	ケアミックス病院 ・併設病棟種類による分類 ・DPC/PDPS算定病床数とそれ以外の病床数の比

「現実的」と「理想的」の2シナリオで2025年の提供体制を展望 報酬評価に臨床指標の採用を提言。従事者や医療費の問題も論じる

第97回定期代議員会・第86回定期総会報告会「病院のあり方に関する報告書2011年版」に関する報告(要旨) 常任理事・病院のあり方委員会委員長 徳田禎久



今回の報告書は、西澤会長から、「高齢社会のピークを迎える2025年を想定して、医療・介護の提供のあり方を検討してほしい」と要請されたことを受け、社会行動の変化や経済の将来見通しも含めて現実的な対応を展望するとともに、これまで検討してきた理想的な医療・介護の提供のあり方を再検討するという点で、「現実的なシナリオ」と「理想的なシナリオ」をつくった。

2025年を予測するために、まず注目したのは、①人口の変化、②疾病構造の変化、③医療費の伸びと従業員の不足、の3点であった。

2009年のデータから2025年の人口を推測すると1億2,750万人から1億1,927万人に減少する。その結果、15歳から65歳の生産年齢が約16%減る。労働力も5~12%は減る。医療は労働集約的な業務が多いので、ここが最大の課題になると考えられる。

疾病構造の変化については、高齢化の進展によって悪性新生物、高血圧症、糖尿病、脳卒中などの増加が予測される。また、筋骨格系あるいは尿路性器系の疾患、それから眼及び附属器の疾患が急増するという予測もある。手術患者数が1.5倍、短期の入院患者が1.7倍、慢性期入院患者は2.5倍になるとも

推測されており、これにどのように対応すべきかも重要である。

次に大きい問題が医療費の伸びである。2008年の社会保障給付費は94.8兆円と過去最高になったが、その7割が高齢者である。

社会保障国民会議の試算によると2025年の医療費は85~93兆円に、これに年金の65兆円を足すと、社会保障費は150~160兆円と、今の約1.5倍になると推定される。これが、成長率1%と言われる中で達成できるのかという点である。

医療従事者の不足も非常に大きな問題である。社会保障国民会議の試算によると、2025年の医師の必要数は27万人から33~34万人へと増加が必要。これは何とかかなりそうだが、看護師数は130万人から170~204万人に需要が増えるとされており、計算上不足する。一番厳しいのは介護職員数で、117万人から211万~255万人への増員が必要と推測されているが、これは毎年7.6万人増やさないと達成できない数字であり大変厳しい。

人材確保のために処遇を改善すると報酬を上げていかないといけない。これを上げるには、消費税を上げるか、保険料を値上げするしかないが、この辺りを国民が許容できるかどうか不明である。

こういう大きな3つの変化の予測を踏まえて、まず、現実的なシナリオを考えてみた。

保険診療範囲の議論が避けられない時がくる

まずは人口の減少の問題であるが、都市部より地方で過疎化が進展することである。したがって、医療・介護の提供体制は、地域特性を考えなければならないということになる。

急性期医療については社会保障国民会議のB3シナリオが適当であるが、増加するであろう慢性疾患には、プライマリーケア機能の充実で対応していかなければならない。

2つ目は、医療費のこれまでと同様な増加は容認されるものではなく、当然効率化に取り組みなければならないということである。そのためには、医療機能をより一層明確にし、分化と集約化そして連携を進めなければならない。

もう一つ重要なことは情報の話である。国と個人レベルの双方で情報を収集し、管理し、共有化するという点。具体的には社会保障カード、あるいは健康管理、疾病管理、介護手帳等々の導入である。

財源不足の下では保険診療の範囲を

「地域一般病床」は次々回改定で実現の可能性も

次に理想的なシナリオであるが、これまでの報告書で主張してきた基本的内容に関しては変更するものはない。具体的には、理想的な医療・介護を提供するためには、まず、正確な疾病調査が必要であり、地域特性を踏まえた医療圏を設け、急性期、慢性期、さらには介護まで、切れ目のない継続したケアができる提供体制を構築することができ、科学的な診療報酬と介護報酬の体系を確立し、さらには、質向上の取り組みをすることである。

医療・介護の提供体制、診療報酬、介護報酬、医療の質についてはこれまで

どうするのかという問題が避けられない。いつか、そういう事態がくることであろう。その場合に、例えば、最先端医療をどこまで認めるのかということや超高齢者に対する医療の提供のあり方などを検討していかなければならない。また、疾病の早期発見と早期治療の仕組みをつくって、それに従うことを義務化することも必要であると考えられる。

若年労働者の減少は提供体制を縮小させる可能性もあるため、高齢者の社会的活用と女性の就業率を上げる必要がある。地域全体で対応できなければ、外国人労働者を積極的に受け入れなければ、介護は大変厳しいものになるとみている。

最後に、社会保障国民会議の提案であるが、これが本当に成立するのかという点も検討されなければならない。我々としてはこれに対する代替案も必要なのではないかと考えており、秋口に、もう少し違った形で提言をしたいと思っている。

医療圏、従事者、医療費、病院における情報活用の意義と業務革新、産業としての医療、医療基本法という6項目を取り上げて、論じている。

医療圏については、2次医療圏が実際には日常生活圏と一致しない圏域があり、これまで人口30万人程度を想定した2次医療圏にこだわる必要はないと考える。しかし、いかなる線引きでも境界地域に位置する住民に影響が出るわけであり、行政区域の設定・変更に準ずるのが現実的であると考えている。今後は、大都市、衛星都市、地方都市、地方、特に広域医療を必要とするところ、僻地といったように、地域

特性を考えた医療圏で提供体制を構築していくという考え方が必要であろう。

医療の提供体制についてはこれまでの主張とそれほど変わっていない。まずは、10万人程度の人口を目安に総合的診療科を有する中核病院が必要であり、その周りに色々な機能の病院や診療所が配置されるということになるが、ここでは、私どもがかねてから提案してきた地域一般病棟がとくに必要だと考えており、今回の報告書にも書き込んでいる。

「社会保障改革に関する集中検討会議」が6月2日にまとめた改革案には「地域一

医療基本法に関する検討を提起

外来医療についてはプライマリー、専門医、コンサルテーション、救急医という機能からなる。プライマリー医や専門医の資格制度や更新の仕組みは、前回提案したとおりである。

入院医療も病棟別の機能分化を進めるということに変わりはない。在宅医療においては、在宅療養支援診療所(病院)とともに地域一般病棟が支援の主体となるという点を、あらためて書き加えた。

介護の提供の体制については、介護保険の3施設は機能を一元化すべきであると、今回、しっかりと書いた。報酬もこれを踏まえて変わるようになる。

医療従事者の問題については医師の充足と偏在の是正がポイントである。偏在を解消するためには、地域へ赴くために色々なインセンティブを働かせる仕組みが必要。どうしても改善が進まなければ、例えば外国の例のように全医師に救急医療を義務づけるというようにも考慮しなければいけないだろうが、偏在解消には時間をかけた多面的同時対応が必要である。

看護師に関しては、B3シナリオとなると充足率が80%くらいにとどまる。地域差はもっと大きいわけであり、行政の責任において対策をとってもらえない。すでに、専門看護師や認定看護師の制度があるが、我々は看護職全体の底上げを図るべきであると考えている。全日病の調査では、看護の中には介護職でも可能と思われる業務があるので、業務分担の見直しが必要である。

診療報酬と介護報酬体系の基本的な考え方は以前と同様である。3つの介護保険施設の一元化を踏まえ、介護報酬は基本的に介護費用と看護費用に限るべきである。当然、医療の部分は外づけということになる。

今回の報告書で、ぜひ、じっくり読んでいただきたいところが診療報酬体系は臨床指標を用いたものにしなければならないという主張である。医療の質と診療報酬は適切に結びつかなければいけない。医療の質についても、かなりの部分が前回の報告書と同様であるが、標準化と継続的な質の向上によって、効率性と効果性の両立を図るべきであるとしている。

情報については、情報化のとらえ方として標準化と共有が重要で、高い質

一般病床」という病床機能が明記された。

地域一般病棟は、軽度ないし中等度の急性の疾患に対応する、あるいは急性期病院から転院した患者のリハビリや重急性を担う、さらに在宅や介護施設の後方支援といった機能を持つもので、現状の地域密着型医療に準じており、その実現を強く求めてきたが、今回の改革案には、まさしくそれが取り込まれた。

提示シナリオでは、2015年の時点から示されており、次々回ぐらいの診療報酬改定で実現するという可能性を思わせるものである。

と効率性をもたらすことに意味がある。そのためには自院の業務フローを細部に分析し、現実とあるべき姿を対比させ、組織の改革や業務の革新になげることが重要であり、今回はかなり細かく書き込まれた。

議論になったのが産業としての医療をどう考えるかであった。医療は、雇用創出にはかなり貢献をしてきているが経済成長の牽引者となったことはない。しかし、経済成長の基盤産業として位置づけて、労働人口が減少する2025年には、産業間競争を勝ち抜いて有能な人材を獲得できる産業にしなければならぬ、ということである。

そのためには、セーフティーネットとしての重要性あるいは質の向上を国民に示して、医療費の伸びを国民に容認させるようにしなければいけないという結論になった。

最後に医療基本法について論じた。これまで民主党が患者の権利法というものを出しているが、これは問題がある。医療全般の基本法であれば、国も、国民も、保険者も、それぞれの立場にたった義務と権利といったものをきちんと含んでなければいけないからである。

従って、基本法を整備しなければいけないということになるが、これまでのように、医療保険に絡んだ、医療経済主導のものではなく、医療制度そのものを考えるという姿勢で、あるべき姿、ありたい姿から論じる必要がある。そのためには基本理念を明確にし、国民が何を求めるのか、医療提供の範囲をきちんと確認し、そのために必要な資源(人・物・金)を明らかにし、それらを国民がどう負担するのかという順で、改めて議論すべきである。

取りまとめの最終段階で大震災が起き、将来予測にも大きく影響するだろうと考えた。そこで、その影響を見極める猶予がない中、今回はこれまでの理想論を発展させるよう理論的に積み上げる内容とし、比較的穏当なものとした。医療基本法や産業としての医療についても非常に簡単な記述となっているのはそういう理由からである。

今後、社会保障改革案の行方を見定めつつ、秋には、改めて大胆な提言をしたいと考えている。会員関係者からの意見をいただきたい。

「あり方報告書2011年版」を記者発表

全日病は6月13日、「病院のあり方報告書2011年版」の刊行を厚生労働省の日比谷クラブで発表した。記者会見には西澤会長、徳田常任理事が参加した。



中医協総会

2011年医療経済実態調査は予定通り実施で合意

6月3日に開かれた中医協総会は第18回(2011年)医療経済実態調査(実調)の実施を了承した。

前回(5月18日)の総会で、診療側鈴木委員(日医常任理事)が、東日本大震災の復興を優先させるべきとして2012年度診療報酬改定の見送りを主張、併せて改定と一体に実施されてきた実調の中止を提案したために議論が紛糾、再度議論するために、同日、臨時総会が開催されたもの。

実調実施を求める事務局(厚労省保険

局医療課)は、すでに方針として打ち出されていた「被災地の保険医療機関には調査票を送らない」および「集計・分析の際に被災区域に所在する保険医療機関等のデータを除いた集計を別途行なうなどの措置を講ずる」ことに加え、調査票に自由記載欄を新設し、被災によって生じた経営への影響や12年度改定への影響についての所見記載を要請するという配慮を加えることを提案した。被災地には福島原発による避難区域も含まれる。

また、3月の中医協総会で了承されている上、法定調査としてすでに総務省の承認を得ている関係上調査票の変更等は時間的猶予も含めて困難であるとの事情を説明、さらに、「実調の実施は改定の実施に即つながらるものではない」という見解を表明した。

この見解を受け、鈴木委員は、「改定の実施に直結するものではないということと総務省の関係で調査票変更は困難という説明は理解した」として、実調不実施の主張を控えた。

他の中医協委員は支払側・診療側ともに実調の実施に同意したため、2011年の実調実施が決まった。

調査は病院1/3、一般診療所1/20等を抽出し、この6月単月と今年3月末までに終了する直近2会計年(度)を対象に実施される。

今回から2会計年(度)が対象となるため、2年ごとの改定が続く限り、医療機関の経営調査は毎年実施されることになる。

医療区分1をめぐり、判定基準の見直しを求める意見

慢性期分科会 猪口副会長「手間のかかる認知症には加算が必要」

6月2日に開かれた中医協・診療報酬調査専門組織の「慢性期入院医療の包括評価分科会」で、複数の委員が医療区分の見直しを求めた。

2012年度診療報酬改定に向けて、慢性期分科会は、中医協から要請のあった、(1)10年度改定における算定要件と包括評価区分見直し等影響の把握、(2)慢性期入院医療のあり方の総合的検討に資する検証、(3)認知症患者の状態像に応じた評価のあり方についての検証、に取り組んでいる。

(1)については、慢性期包括評価9分類ごとの収支差を見るために、レセプト調査とコスト調査を行なうとともに医療区分1の実態について検証を行なうという方針が決まり、現在、医療療養病棟を有する病院の経営実態を探るコスト調査が実施されている。

調査の対象は、昨年6月に実施した

「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」に回答したうち、東日本大震災による影響を免れた北海道と西日本に所在する約1,000病院。

(2)については、事実上、一般病床の長期入院患者への慢性期包括評価導入と90日超特定患者に対する評価のあり方の検討に絞られ、前出横断調査のデータを用いて医療療養病棟と一般病棟(13対1、15対1)の患者実態等を比較検証するというので、前回(6月2日)の分科会に前出調査の追加分析結果が提出され、一定の議論が行なわれた。

(3)に関しては、4月13日に、認知症の専門家に対するヒアリングが実施されている。

6月2日の分科会にも横断調査追加分析結果の一部が事務局(厚労省保険局医療課)から示された。しかし、議論は「慢性期入院医療のあり方の総合的

検討」に向かわず、医療区分の判定基準とタイムスタディの必要有無を中心に意見が応酬された。

医療区分の見直しを求める意見は、日本慢性期医療協会が実施した「医療区分1患者に関する調査」結果を報告した武久委員(博愛記念病院理事長・日慢協会長)から示された。

同委員は、調査結果から「最も状態が軽いとされている医療区分1には施設での対応が可能な軽症から重度意識障害、癌ターミナル、肝不全などの重症まで、多種多様な病態が含まれている」として、医療区分1の中の重症病態に対する評価を求めるとともに、「2」の中で該当項目が重複する重症状態は「3」に引き上げるべきであると提案した。

三上委員(東香里病院理事長・日医常任理事)は、医療区分導入時の慢性期入院医療実態調査で「医師による直接

医療提供頻度」を区分判定基準に採用した際に、「医師による指示見直しの頻度をもって医療提供の必要性有無が判断された」ことを根拠に、医療区分を見直す必要を提起した。

こうした見直しを求める意見に、池上委員(慶應大学医学部教授)はタイムスタディにもとづく根拠が前提となるとして否定的な意見を述べたが、武久委員は「急性期の報酬はタイムスタディなしで実調によって決められる」と反論。

その上で、前出医療区分見直し以外に、①20対1における医療区分2・3の割合要件を70%に緩和すること、②25対1廃止を見直すこと、③慢性期医療病棟は夜勤の月平均夜勤72時間規定の適応を外すこと、④在宅療養支援病院の200床未満要件を撤廃すること、などを求めた。

一方、猪口委員は、全日病がこの3月にまとめた「認知症患者にかかわる労働力と費用の調査(第2次調査)」結果について報告、手間のかかる認知症に対しては、一般病棟を含めて加算等の評価が必要であると強調した。

西澤会長、仏医療経済協会副会長と会談

全日本病院協会の西澤寛俊会長は、5月16日、フランス医療経済協会のポール・ガラサス国際問題担当副会長と東京都内で会談した。会談には、全日病主要委員会の特別委員を務める長谷川友紀東邦大学医学部教授が同席した。

フランス医療経済協会は、フランスの医療計量経済学会を基盤に医療経済に関する国際会議を推進してきたグル

ープによって2002年に創設された。

同協会創立者の1人であるガラサス氏は、フランス医療経済協会副会長の任に就くだけでなく、神経科医としてヨーロッパ私立病院連盟にも参加、また、出版を含む各種の活動によって影響力を広げている。

西澤会長とは、昨年5月にパリで開かれた第1回ヨーロッパ私立病院連盟学会で知己を得、その後の交流を約した。今回の来日に際し、ガラサス氏はわが国医療に対する正確な理解を得たいとして西澤会長との面談を要請したものの。

会談において、西澤会長は「今後は、各国の医療制度を

勉強し、意見を交換することが大切になる。その中でも、私的病院が多く役割を果たしているフランスやドイツの医療提供体制が参考になると思うので、是非、意見交換をしていきたい」

と今後も交流を重ねる意向を表明。ガラサス氏も「ぜひ、またフランスにお越しいただきたい」と応じ、両国医療関係者による意見交換と情報提供の関係構築に期待を寄せた。



全日病の50年史が完成

全日病はこのほど「全日本病院協会50年史」を完成させ、6月4日の第97回定期代議員会・第86回定期総会で役員、代議員、会員等に披露した。「50年史」はA4判上製本ケース入りで364頁。全会員に1冊づつ送呈される。

全日病は、これまで30周年記念誌等で協会史の一端を紹介することはあったが、簡略な年表以外に、その歴史を示すものはなかった。

しかし、「50年史」は、1962年(昭和37年)7月22日の第1回代議員会・第1

回総会(大阪市)から2010年にいたる全日病の活動事跡を事務局が保存する資料にもとづいてひもといた、初めての通史となった。

巻末の資料編には、全日病の定款・細則、全日病学会開催年表、歴代役員一覧、委員会変遷史、歴代支部長一覧などがまとめられている。



全日本病院協会 平成22年度事業報告(前文)

平成22年度は、民主党政権になって、初の診療報酬改定が行われた。マニフェストに書かれたように、大幅な診療報酬増額改定が期待されたが、結果は0.19%増という小幅な増額となった。

その内容は、大学病院や地域基幹型大病院の報酬増が主体であり、中小規模の民間病院にとっては大きな増額点が少ない改定であった。しかし、10年ぶりの増額改定であったことは間違いなく、また、病院に対する診療報酬に着目された改定であった。

そのような環境下、全日本病院協会は前年にも増して、多くの事業を行った。

主な研修事業としては、トップマネジメント研修、事務長・看護部門長研修、医療安全管理者養成課程講習会、臨床研修指導医講習会、機能評価受審支援セミナー、医師事務作業補助者研

修、総合評価加算に係る研修、特定保健指導実施者育成研修、個人情報管理・担当責任者養成研修会等、多岐に渡り、実りの多い研修事業となった。また、これらの研修はほとんど土日に開催されており、各主催委員会の委員・事務職員の努力は大いに評価されることである。

外部からの委託事業としては、厚生労働省委託事業である「医療の質の評価・公表等推進事業」、(独)高齢・障害者雇用支援機構委託事業である「医療業高齢者雇用推進事業」、老人保健健康増進等事業の「胃腸造設高齢者の実態把握及び介護施設・在宅における管理等のあり方に関する調査」などを受託した。

調査研究活動では、診療アウトカム調査事業、DPC分析事業、病院経営調査、4疾病・5事業に関する調査、出産

育児一時金制度についてのアンケート調査、人間ドックに関する調査、医療裁判外紛争解決機関に関するアンケート調査、チーム医療の取り組みに関する調査等、多方面において時勢を反映すべく、有益な調査が行われた。

一方、地震・災害に対しては、逐次調査を行い、必要に応じて会員病院への支援が行われた。また、中小企業庁「緊急保証制度」における対象業種指定継続に関する調査を行い、当要望の基礎データとなった。これにより指定継続が実現している。

各委員会の活動も活発であり、広報委員会によるホームページの充実、賛助会員増大のための企画、医療制度・税制委員会による税制要望、医療保険・診療報酬委員会による診療報酬改定要望書作成等、枚挙の暇も無い。

第52回全日本病院学会は、兵庫県支

部・西支部長を学会長として、10月10、11日神戸国際会議場で開催された。多くの講演・シンポジウムが企画され、参加総数2,060名、一般演題463 演題に上った。8月29日には、佐賀県支部が中心となり、唐津シーサイドホテルにて夏期研修会が行われた。

また、四病院団体協議会、日本病院団体協議会を通じて、診療報酬改定要望・税制要望・福祉医療機構への緊急融資継続要望などを行ってきた。

最後に、3月11日に発生した東日本大震災についてである。あまりの事の大さに、東日本の機能は停止してしまっ。そして、続いて発生した原発事故については、事の収束が未だに全く不明である。

この大震災についての全日病の対応については、別添の事業報告に纏めたので、そちらで報告する。