



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2011 NEWS 12/1

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.768 2011/12/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「7対1」「10対1」の要件を厳格化、急性期機能を強化

2012年度診療報酬改定 90日超患者評価に医療区分含む選択方式。亜急性期と回復期リハの報酬を一本化

11月25日の中医協総会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、2012年度診療報酬改定における入院医療の論点を概括して提示、①7対1と10対1各入院基本料の要件引き上げ、②13対1・15対1における90日超患者評価の変更、③医療過疎地の13対1と15対1を対象とする算定要件の緩和、④亜急性期入院医療管理料と回復期リハ病棟入院料の報酬体系統合など、病院経営に大きく影響する重要な提案を行なった。

これら提案は、(1)急性期病床の医療機能強化、(2)亜急性期・回復期病床の再編とポストアキュート機能の強化、(3)一般長期入院病床の急慢分化と再編、(4)多様な患者が混在する地域一般病床の位置づけと支援など、2025年の医療・介護提供体制に向けた改革工程にそってなされており、2014年度以降の改定路線がうかがえる内容となっている。

しかし、診療側委員からは、影響がきわめて大きいものについて、慎重な検討を求める意見が相次いだ。(5面に提案の詳細を掲載)

事務局は、医療提供体制にかかわる改定課題を4回に分けて提示すると説明、その1回目入院医療を取り上げた。引き続き、外来、医療連携、院内体制の3領域が狙上りのぼる。

冒頭、鈴木医療課長は7対1が急性期病床の半分を占めている現状を説明。2025年の病床試算では高度急性期1に一般急性期2の割合となることから、「高度急性期を削って一般急性期を増やす方向になる」と指摘した。

「高度急性期を削って一般急性期を増やす方向」は、しかし、現行7対1を減らし10対1を増やす方向とは限らない。



それは、事務局が7対1さらには10対1病床の急性期医療機能をそれぞれ強化する方向を示し、より水準の高い急性期病床を確保するためにボトムアップを指向する考えを示唆したことからうかがえる。

急性期病床の機能強化は、一般病棟7対1を対象とした、①看護必要度基準の要件(10%以上)を引き上げる、②平均在院日数を18日以内とする、という提案に明らかだ。併せて、一般病棟10対1にも、前改定で新設された看護必要度評価加算を加算から要件に組み替えた上で、看護必要度基準を満たす患者が一定程度である場合にあらためて加算を設ける案が示された。

事務局は、また、一体改革成案で一般病床の類型となっている「亜急性期等」の考え方に沿って、事務局は、亜急性

期と回復期リハの報酬を一体化して「患者像に応じて」評価する体系に組み替える案を提案した。

それは、病床あるいは病棟を単位として算定する点やリハの個別評価は変えずに、包括範囲を共通にした上で、認知症対策や高額・頻回な処置等出来高算定の範囲を拡げて多様な疾患への対応を可能とし、患者像に応じた在院日数を設けたり在宅復帰率等のアウトカム評価を強化することで退院調整を図るなどの方向で検討される。

これにともない、事務局は、亜急性期病床にリハ専門職の配置基準を導入してリハ提供機能の充実を図る一方、一般病床に多様な患者が混在する病院に亜急性病床を位置づけることが可能になるとみている。

事務局は、また、一般病棟の13対1と15対1の病床に入院する90日超の患者を「長期療養」のカテゴリーに位置づけた上で、特定項目除外患者に出来高算定と平均在院日数対象外を認めている現行方式を改め、①特定項目除外患者に療養病棟と同じ医療区分にもとづく包括報酬を適用する、②特定項目除外患者に出来高算定を認めるが平均在院日数の計算に計上するという2つの算定方法を用意、当該病院が選択するやり方に切り替える案を提示した。

このうちの②を選択した病院については、将来的に亜急性期あるいは急性期への誘導が可能とみている。この提案について、鈴木医療課長は「医療提供が困難な地域への対応はこれに加え

て考えたい」と述べ、「地域特性」の中で提案されている一部地域を前出対応の対象外とする方向を示唆した。

その「地域特性」の課題としては、地域事情で十分な医療提供が難しい50前後の医療圏にある13対1・15対1を対象に、①看護職の病棟ごと傾斜配置を認める、②要件を緩和して亜急性期病床の設置を可能とする、③専従要件を伴う加算等については専任もしくは一部時間専従を認める対応策を提示した。

こうした事務局の提案に、診療側委員からは、亜急性期病床と回復期病床の報酬統合など急激な変化に対する戸惑いととも、正確詳細なデータを踏まえた慎重な検討を求める声があがった。とくに、特定除外患者に対する報酬の組み換え案には強い反発が示された。その一方で、「地域特性」への対応策には賛意を示した。

亜急性期病床について、西澤委員(全日病会長)は、「病棟単位の回復期リハは大病院が算定しやすいが、病室単位の亜急性期は中小病院を想定して導入された。患者像も、リハが主目的の回復期に対して、亜急性期病床は在宅等からの急性患者も受入可能など異なる。両病床に関するデータをすべて出した上で検討されるべきである」と、慎重の議論を進めるよう求めた。

西澤委員は、また、日病協が改定要求の1つにあげている「同一日同一医療機関における複数科受診の初再診料算定」を改定課題に取り上げるよう要求した。

医療法に急性期病床群を位置づける?!

医療部会 厚労省が提起。唐突の話に委員からは戸惑いの声も

厚生労働省は11月17日の社会保障審議会医療部会に、「急性期医療を担う病床群(急性期病床群=仮称)を医療法に位置づける」ことを提案した。

厚労省は、人員配置や構造設備基準とともに「患者の疾病・病態や処置内容など」急性期医療の提供を要件に病棟単位で都道府県知事が認定する「急性期病床群」の概要を提示し、短時間での合意形成を目指す意向を露わにした。

この唐突な提案に、委員からは「急性期病床群」の意図や意味などをめぐる質問が続出、同日は厚労省による説明に終始した。

短兵急な展開に、西澤委員(全日病会長)は「議論がなすすぎる。医療法でどう規定するかを明らかにしないと議論しようがない」と異議を申し立てるなど、医療系の委員はとまどいを隠せなかった。(6面に医療部会の資料を掲載)

第6次医療法改正の議論を進める医療部会に、事務局(厚労省医政局総務課)は別掲の項目を検討事項として示した。

特定機能病院と地域医療支援病院に関しては外来紹介率の要件を強めるなどの見直し案が示された。また、医療法に「国、都道府県及び医療機関について病床の機能分化等の推進に関する責務規定を設ける」ことも提案された。

提案項目の1つである「急性期病床群」は、人員配置や構造設備基準というストラクチャに加えて、「患者の疾病・病態や処置内容など」のプロセスを要件に病棟(地域によっては病床)を都道府県知事が認定。医療計画ともども急性期医療を担う医療機関の存在を患者や住民に分かりやすく示すというもの。

「社会保障・税一体改革成案」で示された2025年の機能分化・連携に向けて、亜急性期や回復期等を含む一般病床から急性期病床を切り分けることが狙いとみられる。

特定機能病院や地域医療支援病院の要件見直し等は、医療部会で、数度にわたって議論されてきた。しかし、「急性期病床群」の提案は前触れなく、突然に行なわれた。

そのため、とくに医療系の委員からは、「疾病のどれが急性期にあてはまるのかが分からない。もっと議論を詰める必要がある」(日野医法協会会長)、「急性期病床の定義がよく分からない。診療行為の1つ1つをみていくことになるのか」(邊見全自病会長)、「急性期病床群の対象がはっきりしない」(横倉日



医副会長)など、提案の真意が理解できないと戸惑いを示した。

西澤委員も、また、「機能分化自体には賛成であるが、それが地域事情に

対応した現場の動きを縛ることにはならない。結論を急ぐのもいがかか」と、詳細が不明なまま急な結論を求める展開に疑問を表わした。

□一般病床機能分化にかかわる医療法改正項目(厚労省提示)

●提案項目

- (1) 外来紹介率など特定機能病院の承認要件を見直すとともに更新制を導入する。
- (2) 外来紹介率の見直しや他医療機関との連携を盛り込むなど地域医療支援病院の承認要件を見直す。
- (3) 国、都道府県、医療機関について病床の機能分化等の推進に関する責務規定を医療法に設ける。
- (4) 一般病床のうちの急性期病床群(仮称)を医療法に位置づける。
 - ・一定の要件を満たした場合に都

- 道府県知事が認定する仕組みとする
- ・人員配置や構造設備基準だけでなく、患者の疾病・病態や処置内容など、その病床群における急性期医療の機能も認定要件とする
- ・認定は更新制とする

●検討項目

- (1) 亜急性期等の病床を医療法に位置づけることについてどう考えるか。
- (2) 診療所の一般病床を急性期病床群の認定対象とすることについてどう考えるか。

紙面の都合により「清話抄」は8面に掲載しました。

主張

災害医療計画の出発点は全病院参画の総力戦であった。それが、災害拠点病院の1極対応へと歪められた。この誤りを正し、基幹病院、中小病院、医療救護所等の連携で面として対応する体制を構築すべきである。これが東日本大震災の教訓である。

「阪神・淡路大震災を契機とした災害医療のあり方に関する研究会」は平成8年に報告書(山本報告)を厚生省(当時)に提出した。これを受けて厚生省は健康政策局長通知を出し、やがて現行災害医療計画へと発展させ、災害医療の体制を整えてきた。

この山本報告を読むと、実は、全ての病院が災害医療に参加することを前提とした「災害支援拠点病院」が構想されていたことが分かる。しかし、いつの間にか支援という言葉が抜けて「災害拠点病院」となり、脇役が主役へ躍り出た、似て非なる災害医療計画が厚生省の手で進められてきた。

災害時には瞬時に医療資源が損なわれ、逆に医療ニーズが増大する。被災地内に増大した医療ニーズに対応するためには、残った医療資源を効率的に活用した総力戦で臨まなくてはならない。これは自明なことではあるにもかかわらず、阪神・淡路大震災以来、厚労省は災害拠点病院と医療救護所の2極化した体制づくりを主導してきた。

これは、地域内の病院を切り捨て、大規模災害に際しても縮小した限定的な医療機関のみで対応しようとするものであり、根本的な間違いを犯しているといわざるを得ない。

東日本大震災では、災害医療計画

に明記されていない中小病院は、行政の支援がないまま、命をかけた医療救護活動を強いられた。既定の災害医療計画は、十分に機能しない欠陥計画であったどころか、実は国民の命を危険にさらすものでもあったのである。

被災地は、発災と同時にライフライン、交通、通信が途絶し、混乱状態となる。しかし、当初、点でしかない活動は時間とともに結びつき、やがて線となり、さらにはネットワークを形成して面となり、徐々に秩序を取り戻していく。

初期急性期は自律的な局所地点での活動から始まるが、倒壊を免れて

安全を確保できた病院は、全てが局所における重要な拠点となる。重症を診る基幹病院、中等症・亜急性期の中小病院、軽症の医療救護所などの流れができて一段落するのはこの後である。

この混乱から秩序への機序を無視し、非常に広範囲な医療圏に1つの拠点病院のみで当初の混乱期に対応できるとした現行の計画には無理がある。今後の災害時医療計画は理に合ったものでなくてはならない。何かの力が働いて道理が曲げられぬよう、各病院は、積極的に意見を述べていくべきではないだろうか。

(IM)

中医協「高診療密度病院群」の初期研修医数要件を否定

DPC基礎係数の設定 3医療機関群は了承。係数Ⅱ次第で医療機関別係数に“逆転”の可能性

11月18日の中医協総会は2012年度改定で厚労省が導入を予定しているDPC制度の基礎係数に関して、DPC評価分科会が検討方向としてまとめた「医療機関群を3グループに分けて基礎係数を設定する」案を了承する一方で、大学病院に準じる「高診療密度病院群」の選定基準に初期研修医数がいわれていることに難色を示し、再度の検討を求めた。(4面に分科会報告を掲載)

DPC評価分科会は9月7日の中医協総会に、基礎係数を機能や役割に応じたグループ別に設定するとして医療機関を2~3群に分ける考え方を示し、「大学病院本院」を別格とした上で、それ以外の病院については、大学病院本院に

準じた医師密度・診療密度をもつ「高診療密度病院群」と「それ以外の病院」に分ける案を諮った。

このうちの医師密度要件に対して診療側委員からは強く再考を求める意見が出たため、DPC評価分科会はその後3回の会合で修正案を検討した結果、診療密度・医師密度という要件から医師密度を削除する一方で「医師研修」「高度医療技術」「重症者診療」という3つの実績要件にそれぞれ医師配置の評価を盛り込み、かつ、実績3要件をすべてを満たすという案を諮った。

11月18日の中医協総会は、この修正案のうち、「医師研修の実施」要件における「届出病床当たりの医師数=免許取得後2年目まで」という部分に強い懸

念を示した。

懸念は主に診療側から、①臨床研修医の地域偏在を固定化・助長する可能性がある、②医師臨床研修制度の見直しにおいて都市部から地方へと研修医を誘導する試みがなされている中、そうした制度改革に影響を与える可能性がある、③試算で「高診療密度病院群」とされた45病院はすべて基幹型病院であるが、研修医の数には研修医数も入るため、協力施設を囲い込むことによって実績値のクリアを目指す獲得競争が惹起されかねない、といったかたちで示された。

「研修医要件はいかがなものか」という疑問は支払側からも示され、総会は一致して、医師臨床研修制度への影響

を排除する方向での見直しを求めた。

このほか、ナショナルセンターを追加するために「大学病院本院群」の定義を見直すことなどの修正も検討課題とされた。

議論の中では、「トータルな係数で“高診療密度病院群”は必ず“それ以外の病院群”よりも有利なのか」という点が質された。

これに対して、事務局は、①基礎係数の上で両群には差が生じる、しかし、②機能評価係数Ⅱが群ごとに相対評価されるため、「高診療密度病院群」で低い係数を得た病院に対して「それ以外の病院群」で高い係数を獲得した病院の方が、両者を合せた係数として上回る可能性があることを指摘した。

地域区分の変更 単価の大幅変更を緩和するために3年間の経過措置

介護給付費分科会が審議報告とりまとめに入る

11月24日の介護給付費分科会は2012年度介護報酬改定に関する議論結果をまとめた報告案を検討した。原文に対

しては「介護療養型に関する記述がほとんどないのはおかしい」などの異論が相次いだ。

事務局(厚労省老健局老人保健課)は文章の修正にとどめ、改定項目と評価方向の変更には応じたいとしており、

次回12月4日のとりまとめを目指している。

「2012年度介護報酬改定に関する審議報告案」から(要旨) 11月24日の介護給付費分科会 (編集部注) 報告案はとりまとめまでに修正される可能性がある。

Ⅱ. 各サービスの報酬・基準見直しの基本方向

1. 介護職員の処遇改善等に関する見直し

(1) 介護職員の処遇改善に関する見直し

事業者における処遇改善を評価し、確実に処遇改善を担保する加算を設ける。

(2) 地域区分の見直し

特甲地の区分を3分割して7区分にする。適用地域や上乗せ割合も国家公務員の地域手当に準じて見直す。単価の大幅変更を緩和するために2014年度までの経過措置を設ける。

4. 訪問系サービス

(2) 訪問看護

時間区分毎の報酬・基準を見直す。ステーションの理学療法士等による訪問看護は時間区分と評価を見直す。ターミナルケア加算の算定要件の緩和を行う。また、入院中にステーションの看護師が医療機関と協働した訪問看護計画の策定や初回の訪問看護を評価するとともに、特別管理の対象範囲と評価の見直しを行う。特別管理加算と緊急時訪問

看護加算は限度基準額から除外する。

(3) 訪問リハビリテーション

リハ指示を出す医師の診察頻度を緩和、老健施設からの訪問リハは病院・診療所と同様の要件に緩和する。リハ専門職が訪問リハ実施時に訪問介護責任者と同行して指導・助言することを評価する。本体事業所と一体のサテライト型訪問リハ事業所の設置を認める。

5. 通所系サービス

(3) 通所リハビリテーション

リハマネジメント加算や個別リハ実施加算の算定要件等と評価の見直しを行う。また、要介護度4・5で一定状態の利用者の受入れを評価する見直しを行う。

6. 短期入所系サービス

(2) 短期入所療養介護

病院、診療所における重度療養管理と同様の評価を行う。また、緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、緊急時の受入れを評価する見直しを行う。

11. 介護保険施設

(1) 介護老人福祉施設

対象者などの要件を設けた上で、終末期における外部医師によるターミナルケアなど、施設における看取りを強化する。また、入所者重度化に対応した要介護度別の報酬設定を行う。認知症が悪化し、在宅対応が困難となった場合の受入れについて評価する。

(2) 介護老人保健施設

在宅復帰状況とベッド回転率を指標とした報酬体系への見直しを行う。また、在宅復帰支援機能加算の算定要件を見直す。併せて、入所中に悪化して短期入院した後に再度入所した場合の集中リハを評価する一方、別の老健に転所した場合の取扱いを適正化する。入所者居宅を訪問してサービス計画と診療方針を決定した場合並びに地域連携診療計画の医療機関から受入れた場合の評価を行う。

また、肺炎や尿路感染症など軽症の疾病への施設内対応を評価。認知症が悪化した場合の受入れと在宅復帰を目指したケアを評価する。さらに、ター

ミナルケア加算の算定要件と評価を見直す。

(3) 介護療養型老人保健施設・介護療養型医療施設

介護療養型老健は機能に応じた報酬体系に見直す。その際、評価の高めるタイプは喀痰吸引・経管栄養の実施割合と認知症の日常生活自立度を要件とする。また、有床診を併設した上で介護療養型から介護療養型老健へ転換した場合に増床を可能とする。介護療養型老健におけるターミナルケア加算の算定要件と評価を見直す。

12. 経口移行・維持の取組

介護保険施設における経口維持加算と経口移行加算は言語聴覚士との連携を強化し、経口維持加算については歯科医師との連携の算定要件を見直す。

13. 口腔機能向上の取組

介護保険施設における口腔機能維持管理加算について、歯科衛生士が入所者に直接口腔ケアを実施した場合を評価する。

12年度診療報酬改定 本体報酬「据え置き」が多数、「抑制」論を上回る

提言型政策仕分け 「引き上げ」主張はなし。財務省の開業医と勤務医の給与不均衡論が奏功？

政府の行政刷新会議による「提言型政策仕分け」が11月20日から23日までの4日間行なわれた。個別事業・予算を対象とした事業仕分けに対して、制度・政策そのものの是非を取り上げるというのが「提言型政策仕分け」。その後半の日程で社会保障が狙い上げられた。

その中で、「医療サービスの機能強化と効率化・重点化」を取り上げた11月22日のワーキンググループBは、診療報酬本体(医師の人件費等)の改定率に対して、評価者9名のうち6名が「据え置き」、3名が「抑制」と、きわめて厳しい意見をつきつけた。

評価者は玉木氏ほか民主党衆議院議員4人と土居丈朗慶大教授ほか民間が5人。

このセッションに財務省が用意した論点シートには、経済情勢等を踏まえれば「診療報酬本体(医師の人件費等)の引下げはやむを得ない」と簡潔に見解が記されたが、評価結果は辛うじて「据え置き」が多数と、結果的に、増額を期待する医療界と財務省要求とを折衷するかたちとなった。

財務省は、さらに、「診療科間、病診間でリスクや勤務時間に応じた診療報酬とすべく配分を大幅に見直すべき。

それが、産科など特定の診療科や地域の中核病院の医師不足の改善につながる」という意見を示し、論点シートに「開業医と勤務医の収入を均衡させることを目指すべきではないか」という視点を打ち出した。

「開業医の方が勤務医よりも給与が1.6~1.9倍多い。同じ医師でありながら、なぜ診療報酬は異なるのか」と評価者が語気鋭くたずねた。この、意味不明な質問に、出席した厚労省保険局長、医政局長、医療課長等も答弁に窮する始末であった。

医師給与をめぐる開業医と勤務医のポジションの違いに気を回すこともなく、あたかもドクターフィーという私たちの報酬制度があるかのごとく錯覚して財務省の論拠に飛びつき、攻め立てる評価者もみられた。

「開業医と勤務医の収入均衡」を取り上げる財務省の狙いは、医療費配分をめぐる複雑なプロセスに立ち入ることは避け、現在の診療報酬体系には「開業医と勤務医の収入不均衡」という大きな欠陥がある、開業医給与の高止まりを許す構造があり、医療費の硬直化を招いているというイメージを強調することで、経済情勢等に加えて診療報



酬の抑制を主張する論拠をデフォルメし、分かりやすく国民やマスコミに訴えるという戦略にあると思われる。

約1時間半のあわたたしいやりとりの結果、「勤務医と開業医、また診療科目間について、リスクや勤務時間に応じて報酬配分を大胆に見直す。また、医師不足改善のため、勤務医と開業医とのアンバランスや地域別・診療科別の医師不足の状況を踏まえて、メリハリの利いた診療報酬改定を早急に行うべき。また、中長期的には、開業医と勤務医の収入をバランスさせることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める」など、国民には「分かりやすい」が、論理的には矛盾の多い評価結果がまとめられた。

このほか、「後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策」のセッションでは、「先発品の薬価は後発医薬品の薬価を目

指して大幅に引き下げ、医療費の支出と国民の負担を最小限にすべき。併せて、先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすることについて検討すべき」とする評価結果が示された。

また、「介護サービスの機能強化と効率化・重点化」では、「現役並み所得がある者は負担割合を見直すべき。介護職員の処遇改善は介護報酬の中で対応すべき。あわせて、事業者の内部留保がある場合にはその活用を行うべき。これに関し、事業者の内部留保のデータやそれが適切な水準であるかどうか、改定前までに行政刷新会議に報告すること」といった評価結果が下された。

仕分け結果は行政刷新会議を通じて取りまとめられ、所管大臣等に報告されるほか、来年度予算編成など政府施策に反映される。

診療報酬本体 大臣は「増額」を要求、財務省は「減額」を主張

2012年度改定 全体の改定率はゼロもしくはマイナス要求の意見が台頭

2012年度診療報酬改定の改定率をめぐる議論が白熱化してきた。中医協は11月25日の総会で、支払側と診療側が次期改定に対する意見表明を行なった。

支払側は、①景気・雇用情勢の悪化と賃金・物価の低下、②医療保険財政のさらなる悪化、③急性期病院の収支改善と他医療機関の経営の安定的推移を理由に、「患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬全体の引き上げは国民の理解と納得が得られない」と断じ、総枠の引き上げに反対した。

一方、診療側は、「長年にわたる医療費抑制政策とりわけ4回にわたる診療報酬引き下げにより『医療崩壊』が引き起こされた」ことを改めて指摘。「前回改定は10年振りのプラスとなったが、わずか+0.19%と、過去のマイナス分を回復するものではなかった」と論じ、医療機関経営をめぐる情勢は好転していないという認識を表明した。

さらに、「急性期医療を引き受ける大規模病院は依然として赤字が続いており、中小病院や一般診療所も損益分岐点比率が90%を超える危険水準にある」など、医療機関経営は「なお不安定である」と支払側の認識に真っ向から異

議を唱え、「診療報酬の引き上げが不可欠である」と主張した。

支払側の意見について、白川委員(健保連専務理事)は「我々の中にはマイナス改定を求めるべきという意見もあったことを付言する」と述べた。あえて「プラス改定反対」とどめた背景に、急性期病院の赤字が明白となった実調を踏まえ、本体報酬については増額も止むを得ないとする斟酌がはたらいたものとみられる。

実際、白川委員は、支払側6団体連名の要望を11月11日に小宮山厚生労働大臣宛に提出後の会見で、「前改定は大病院に手厚くしたから、次は中小病院や診療所の番だ」という考えは容認できない」とする一方で、「薬価引き下げ分を本体プラスの財源とし、ネットの引き上げは避ける」という場合は反対しないと述べ、本体報酬は増額、全体報酬はゼロもしくはマイナスとする方針は容認する考えを示唆している。

一方、財務省は「本体報酬(医師の人件費等)をマイナス改定とすべき」とするキャンペーンを張っている。財政制度等審議会財政制度等分科会は、民主党政権以後、改定率への言及を含む次年度

予算編成に対する提言を行っていない。その代わり、10年度改定前には、「事業仕分け」(09年11月11日)で診療報酬抑制の論陣を張ったが、その主眼は病診間や診療科間の配分見直しであった。

今回も財務省は、「提言型政策仕分け」(11月22日)で前回と同様のテーマを提起したが、前回と異なり、今回は改定率の引き下げを主張。その結果、とりまとめは「据え置き」が多数で、増額を認める意見はゼロであった(別掲記事を参照)。

11月22日の仕分け後の報道陣の質問に、会場をおとずれていた小宮山大臣は「(本体報酬の引き上げに反対という)仕分けの結果を重く受け止める」と答えた。小宮山大臣は、11月25日の閣議後会見で本体報酬の引き上げは「難しい」と発言、一部に本体報酬のプラス改定をあきらめたと受け取られたが、同日夕刻の会見では「薬価を加えた診療報酬全体についての発言だった」と修正。「(本体部分を)プラスと主張していかないと、全体を据え置くこともできない」と、仕分け結果とは異なり、あくまで本体報酬の増額は貫きたいとする考えを明確にした。

一方、11月28日の財政制度等審議会財政制度分科会は次年度予算編成課題の1つとして12年度同時改定を取り上げ、中医協の森田会長、社保審介護保険部会の山崎部会長、日医の中川副会長、亀田総合病院の亀田理事長を招いてヒアリングを行なった。

同分科会に提出した財務当局の資料には、「診療報酬本体(医師の人件費等)については“据え置き”6名、“抑制”3名という意見があったことを重く受け止めて対応されたい」という「提言型政策仕分け」のとりまとめが引用された。

同分科会で、日医は野田首相が民主党代表選のさなか(8月25日)に「次期同時改定は基本的にマイナスはないだろう」と発言した事実を引用してプラス改定を訴えたが、分科会の委員からプラス改定を首肯する意見は出なかった。

民主党厚生労働門会議の医療・介護WTは11月29日に「全体としてプラス改定とすべし」との報告をまとめ、30日の厚生労働部門会議はそれを了承、全体報酬の増額を求める報告を12月7日の「社会保障・税一体改革調査会」に提出することを確認した。

与党における一体改革と消費税率引き上げの議論は12月半ばに結論が出る見通しだが、それを踏まえ、来年度予算編成で野田政権がどう政治決着を図るか、改定率の見通しは定かではない。

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。

■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)

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。

■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)

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 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

●試験の詳しい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 東京都千代田区猿楽町 2-2-10-1923
●03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

中医協 初期臨床研修への影響排除という方向で再度の見直しを求める

DPC基礎係数の医療機関群設定案 厚労省「群ごとに評価する機能評価係数Ⅱによってトータルな係数は逆転の可能性」

DPC評価分科会「DPC制度に係るこれまでの検討状況(中間報告2)=要旨」 11月18日の中医協総会 ※2面記事を参照

1. 「基礎係数設定のための医療機関群の具体化」に関する今後の対応方針
 (1) 前回報告(9月7日)時点の中医協の検討結果
 ・基礎係数(包括範囲・平均出来高点数に相当)は診療密度(1日当たり出来高平均点数)等の分析結果から、機能や役割に応じた医療機関群別に設定することが適切。
 ・医療機関群を「大学病院本院」「(仮)高診療密度病院群」「それ以外の病院」に分け、最終的に2群または3群とすることを検討。
 ・「高診療密度病院群」の要件として「医師研修の実施」「高度な医療技術の実施」「重症患者に対する診療の実施」について一定の実績要件を設定する方向で検討。
 ・最終的な要件設定において、特に医師密度要件の設定に伴う医師獲得競争惹起の懸念に配慮し、その取扱いについて適切に対処できるような要件を検討。
 (2) 論点と対応の考え方

「高診療密度病院群」の要件(最終案=概要)

以下の4つの実績要件の全てを満たす病院
 C-1 一定以上の診療密度(1日当たり包括範囲出来高平均点数=患者数補正後)
 *診療密度=1日当たり包括範囲出来高平均点数(全病院患者構成で補正)
 C-2 一定以上の医師研修の実施(届出病床当たりの医師数=免許取得後2年目まで)
 *医師研修の実施=届出病床1床あたりの臨床研修医師数(免許取得後2年目まで=基幹型施設と協力型施設の施設類型に応じて補正)
 *医師数は入院医療に従事する医師について常勤換算で調査

①「医師密度」要件に関する適切な配慮
 ・他の要件で実質的に一定の医師配置(医師密度)を前提とできるのであれば明示的な要件から除外することも考慮すべきではないか。
 ・具体的には、実績3要件それぞれについて以下のような修正を検討してはどうか。
 医師研修の実施/初期臨床研修に限定するとともに研修施設の類型を加味高度な医療技術の実施/外保連手術指数を医師配置を重点的に評価するよう補正
 重症患者に対する診療の実施/複雑性指数を医師配置がより適切に反映されるように補正
 ②実績3要件についての配慮
 実績3要件を「いずれか」ではなく「全てを満たす」としてはどうか。
 (3)「高診療密度病院群」の最終的な要件案
 最終的な「高診療密度病院群」の具体的な要件を下記のように整理してはどうか。

C-3 一定以上の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=協力医師数補正後、②DPC算定病床当たりの外保連手術指数=協力医師数補正後、③手術実施件数、の3つを全て満たす)
 C-4 一定以上の重症患者に対する診療の実施(複雑性指数=重症DPC補正後)
 *具体的には、全DPCデータの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日あたり平均出来高点数が全DPCデータの平均値より高いDPCに限定して(それ以外のDPCは0で補正して)算出。

なお、各要件の基準値(カットオフ値)は大学病院本院群の最低値や5%タイル値等により設定。
 (4) 基礎係数に係る医療機関群の最終案
 (3)の要件案に基づき設定する医療機関群は、大学病院本院とそれ以外の医療機関との機能や役割の違い等を踏まえ、最終的に「大学病院本院群」「大学病院本院以外の高診療密度病院群(名称は別途検討)」「その他の急性期病院群」の3群としてはどうか。
 2. 「機能評価係数Ⅱの具体化(見直しや追加を含む)」に関する今後の対応方針
 次回改定における機能評価係数Ⅱの見直しについて以下の通り整理した。各項目の詳細な算出方法等は引き続き検討を行なうものとする。
 ①現行6項目に関する見直し
 「地域医療指数」「救急医療係数」「データ提出指数」は以下のような見直しを行ない、「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基本としてはどうか。
 ●地域医療指数
 ・地域で発生する患者に対する各病院のシェアを中心に、退院患者調査データを活用した地域医療への貢献の定量的評価を導入する。

・地域医療計画等における一定の役割を評価する現行のポイント制についても現状を踏まえ必要な見直しを行う。
 ●救急医療係数
 ・これまでの「救急医療係数」を「救急医療指数」として引き続き評価する。
 ※報酬額を直接算出する「係数」の取り扱いを止めて実績値を反映した「指数」とする(係数化については、各項目の重み付けの議論を含め中医協総会において決定)。
 ・救急医療の体制評価は地域医療指数において対応する
 ●データ提出指数
 ・提出データの質的指標(評価指標)について、コーディングの実態や臨床的な視点から更なる精緻化を行う。
 ②追加導入を検討すべき項目
 「診療情報活用の評価」の導入について今後、検討してはどうか。ただし12年改定では対応せず、今後継続して導入の是非や具体的な方法等も含めて検討を継続してはどうか。
 ③医療機関群設定との関係
 機能評価係数Ⅱの各指数を、全医療機関共通とするものと医療機関群毎に設定するものとに分けて設定してはどうか。

図1 機能評価係数Ⅱと医療機関群の関係性(イメージ)

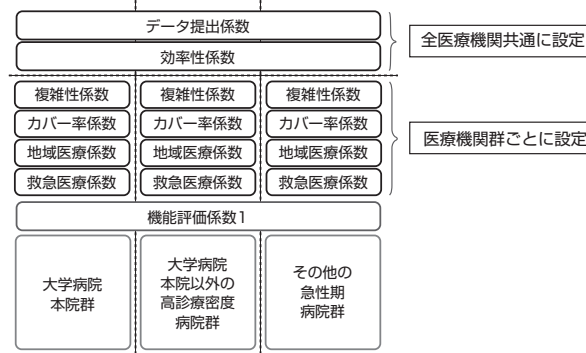
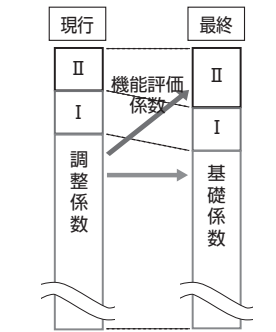


図2 調整係数見直しの最終型(イメージ)



中医協、初期研修医数という要件を否定

調整係数財源—2012年度改定における移行割合は改定率後に決定

中医協総会(11月18日)におけるDPC分科会報告をめぐる議論(要旨) ※2面記事を参照

嘉山委員(診療側) ナショナルセンターはレジデントを抱えているが、初期研修医がいなくて「それ以外」の病院群となる。外保連手術指数に医師数を加味することはよいが、手術の時間も重要なファクターではないか。
 小山分科会長 NCについては要件を工夫する余地があるかもしれない。
 医療課迫井企画官 例えば研修要件は特定機能病院を適用除外とするなど工夫の余地はある。手術についても時間要件を追加することが可能。
 鈴木委員(診療側) 医師密度が外されたが、初期研修医数が要件に加えられたため新たな問題が生じた。これでは病院格差が固定されかねない。
 分科会長 マッチングによって恣意的な獲得ができないことから初期研修医を要件にした。
 嘉山 高密度診療病院が1つもない県があるのではないかと。
 企画官 データは2010年度改定によるもの。12年度改定は直近のデータにもとづくため、該当病院が変わる可能性がある。仮に45病院として、少なくともゼロの県は出てくる。80ある大学病院本院にも地域偏在がある。45病院の分布はこれと似た傾向をもっている。
 安達委員(診療側) 研修医要件を加えることが医師偏在解消の議論に影響を与える可能性が否定できない。よく検討してほしい。機能評価係数Ⅱの4係数を

群ごとに計算すると、「それ以外の病院群」の係数がトータルで「高診療密度病院群」より高くなる可能性はあるのか。
 企画官 調整係数を基礎係数と機能評価係数Ⅱに置きかえたときに、最終形の「基礎係数と機能評価係数Ⅱを足したもの」は現行の「調整係数と機能評価係数Ⅱを足したもの」と嵩としては大体同じになる。その中で医療機関群によって基礎係数に差は生じるが、(機能評価係数Ⅱの4項目が医療機関群ごとに設定されるため)機能評価係数Ⅱと合算したときに、基礎係数の差と同じくらい、場合によってはより大きな差が生じる。つまり、医療機関の体制とか診療の内容によって両群の大小が逆転することはあり得る。(別掲の図2を参照)
 安達(図2において)それぞれの係数の高さは全体を配分する比率を表わしているのか。
 企画官 完全にリニアではないが、財源が移行していくイメージとしては合致している。
 安達 医療機関には「それ以外の病院」になると係数が落ちるのではないかと懸念があり、しかも、「高診療密度病院群」との違いが研修医の数で決まるという理解がある。その辺りは誤解がないような説明をしてほしい。
 西澤委員(診療側) 「高診療密度病院群」に入った場合と、入らない場合とでトータルな係数は変わり得るのか。

企画官 どちらに入るかで基礎係数の値は変わる。ただし、機能評価係数Ⅱは4項目が群ごとの相対評価になるので、基礎係数の大小関係が機能評価係数Ⅱの関係と逆転することはあり得る。(どちらに入った方が)高くなるか低くなるかはケースバイケースとなる。
 西澤 つまり、「高診療密度病院群」に入ると高くなる、「それ以外の病院」は低くなると、一概には言えないということか。
 企画官 そのとおり。
 西澤 前改定では調整係数の25%を機能評価係数Ⅱに置き換えた。今回は残る財源を基礎係数としてどのように病院群に按分するのか、事務局の考えを知りたい。
 企画官 年明けの総会に提案させていただくが、まだ、まったくの白紙である。
 西澤 調整係数から基礎係数に移行する割合や病院群間の配分といった辺りの考えはできるだけ早く示してほしい。病院群をどうするかは、実は、その辺りと絡む問題である。
 万代委員(診療側) 45病院が「高診療密度病院群」に該当するというが、こうしたレベルで研修医を有していない病院はないと思う。それなのになぜ研修医の数が要件となるのかが分からない。
 分科会長 医師密度の代わりではない。大学病院に準じる機能ということで、最初から研修機能という要件はあった。

西澤 45病院の中に基幹病院ではない研修病院はあるのか。
 企画官 結果としてはない。
 西澤 基幹型病院の研修医数に協力病院の研修医数が加えられるとなると、協力型において研修医を集めるといった対応も否定できない。今、臨床研修病院は地域差があり、都会から地方に移すために都市圏の研修医を減らす方向が検討されている。そうすると、「高診療密度病院群」に入った病院も研修医が減る可能性がある。臨床研修医の偏在解消に、この動きが影響しないか。その辺りも検討しなければならない。
 白川委員(支払側) 3つの群に分けるといった考え方は是とする。ただし、研修医の数というのはいかがなものか。
 嘉山 地域医療指数の救急評価で搬送患者数を採用するというが、軽症患者の問題がある。入院に至ったのか、手術までいったのかというファクターが加味されるべきではないか。
 企画官 それらを加味していくように分科会で議論していただく。
 白川 機能評価係数Ⅱを群ごとに設定するとはどういう意味か。
 企画官 これは、係数Ⅱの項目のうち4つは、全DPC病院の中で評価するのではなく当該医療機関群の中で相対的に評価するという。したがって、群の中で相対関係は変わるため、例えば、場合に(5面下段へ続く)

「7対1」は重症者要件（10%）と平均在院日数（19日）を引き上げる

厚労省が提案 「10対1」は看護必要度加算を要件化した上、一定以上割合は加算評価

鈴木医療課長「医療提供体制(1) 入院医療」の説明から 中医協総会 11月25日 *下線は編集部による。1面記事を参照

約66万床程度ある急性期病床のうち7対1は33万床弱と非常に多い。2025年に目指すところは高度急性期18万床、一般急性期35万床であるから、高度急性期を削って一般急性期を増やすという方向となる。

2008年度改定で7対1には看護必要度基準が要件として導入された。10年度改定では、10対1に看護必要度評価加算が新設され、7対1と10対1のうち看護必要度を満たす患者が一定以上のところは急性期看護補助体制加算が算定できるとされた。

こうした観点から言うと、たとえば、7対1にかかわる重症者割合10%以上という要件を引き上げてはどうか。また、この要件は特定機能病院の7対1には適用されていないが、これを「一般7対1」と同様の要件とした上で10%とするのはどうか。

一方、10対1は看護必要度は測るだけで加算となっているが、むしろ、測定することを要件とした上で、一定程度の割合である場合に加算としてはどうか。

検証調査の結果を見ると、例えばICUや救命救急入院料などは7対1が多いが、療養病床の併設となると10対1の方が多し。やはり、7対1の方がより急性疾患への対応にシフトしており、10対1の方が様々な患者を診るケアミックスが多い。

7対1の平均在院日数は09年も10年も19日であるが、より短い方にシフトしている。これを18日としてはどうか。

救急救命入院料をとる場合に、ICU併設でない1または3を算定している医療機関には明確な看護配置基準がない。その1と3の看護師配置をみるとバラバ

ラである。これを一律に同じ評価でよい。とくに、4対1を満たしていないところには一定の対応が必要ではないか。

II. 亜急性期等医療について

亜急性期と回復期リハの大きな違いは、亜急性期に入ってくる約9割が自院からの転床で、回復期リハは他院一般病床からの転床が45%という点であるが、両者に決定的な違いは少ない。

これまで、亜急性期入院医療管理料は病室単位で、回復期リハは病棟単位で評価するというように異なっていた。しかし、基本的には両者を同じものとし、病室単位で認めるものが今の亜急性期、病棟単位で認めるものが今の回復期リハということにして、例えば、包括の範囲、出来高の範囲、点数評価のレベルを統一してはどうか。

III. 長期療養について

一般病棟の13対1・15対1と医療療養病棟を比較すると、13対1・15対1は7〜8割以上が90日以内に退院しているが、一部、長い患者がいる。

これを支払いレベルでみると、例えば、一般病棟の13対1では、90日を超えると定額とされて平均33.4万円に下

げられるところ、特定項目に該当する患者は出来高が認められて平均65万円となっている。これに対して医療療養病棟は52.8万円(20対1)である。医療区分と配置等からすると、90日超患者はほとんどが医療療養病棟の20対1に相当するのではないか。

現在、一般病棟にいる長期療養患者の9割ぐらいが特定除外患者であり、平均在院日数の算定から外れている。これをパターン①とパターン②(図)に分け、病院に選択してもらうのはどうか。特定除外患者が多い病棟はパターン①を選び、療養病棟と同等の包括的報酬体系に移行していただく。特定除外患者が少ない場合にはパターン②を選んでいただくが、その場合、当該患者は出来高で算定できるようにした上で、平均在院日数に計上するようにしてはどうか。

別途説明する「医療提供が困難な地域等」への対応はこれに加えて考えさせていただく。

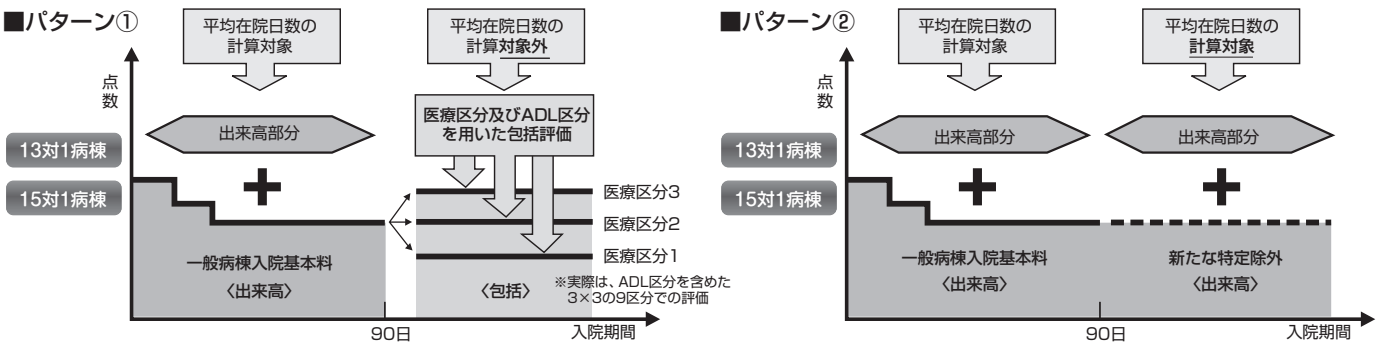
V. 地域特性について

不採算地域は採算地域に比べて13対1と15対1の割合が高い。では、そうした病床の方が在院日数が長いかとい

と、むしろ、不採算地域の方が在院日数が短い患者が多い。不採算地域は看護師の配置も少ないが、少ない人数で早く患者を退院させる医療をしている。そういうところをどのように支援するか。

例えば、専従・専任要件のある加算は明らかに人口密度の低い地域の方が届出割合が少ない。そこで、こういう地域で同じサービスを提供している場合に一定の要件緩和を考えた方がいいか。医療の提供が限られている地域は348ある2次医療圏のうち43医療圏ある。これに9程度の離島も勘案する必要があろう。

こういう医療資源がとほしくて様々な患者が混在せざるを得ない病院等について、緩和策を講じてはどうか。1つは病棟毎の看護配置基準を認める。もう1つは亜急性期病床を可能とする。現在は亜急性期は一般病床の10%までとされている上、13対1ではとれないが、この辺りを地域の事情に応じて緩和してはどうか。3つ目は、まったく同じようにというわけにはいかないが、一部のサービスについて専任なり一部時間専従を評価してはどうか。これが地域に密着した病床にかかわる提案である。



厚労省資料「医療提供体制(1) 入院医療」から 中医協総会11月25日 *1面記事を参照

I. 高度急性期・一般急性期

■入院基本料について

・患者像に即した適切な評価として7対1一般病棟入院基本料にどのような評価が適切か。それは7対1以外の病床(10対1一般や特定機能病院)でも必要ではないか。

・金曜日入院患者や月曜日退院患者の平均在院日数が長いことにどのような対応が必要か。

・特に退院日-昼食前までの短時間入院に対する評価としてどのような考え方が適切か。

■特定入院料

・ICUと併設でない救命救急入院料について、医療提供体制が十分ではない地域・離島の病院を除き、救命救急医療を提供するために必要な看護基準を設けるべきではないか。

・小児専門のICUに特化して救命救急を受け入れている場合に、その特性に応じた評価を設けることについてどの

ように考えるか。

II. 亜急性期等医療について

■急性期病棟の中にある亜急性期等病床の必要性

①病室単位とする(急性期治療を妨げない範囲に限定)

②回復期リハ病棟と「患者の状態に合わせて同様の評価体系」にする

③急性期病棟からの転床は「やむを得ない場合」に限定(症状が比較的軽度で、リハビリ等の必要期間が短い患者や、放射線治療中などの理由で転床が困難と考えられる患者など、やむを得ない場合に急性期病棟の中に亜急性期等医療を担う病床が必要と考えられる)

■患者の状態像に応じた亜急性期(回復期)医療の考え方

・急性期病棟内での亜急性期(回復期)医療と独立病棟での亜急性期(回復期)医療について、現在の患者像の違いを踏まえ、表のごとくしてはどうか。

(原則) 患者の状態に合わせて同様の評価体系	
(患者像の違い)	(対応案)
亜急性期病床は自院からの受入がほとんどに対し、回復期病棟は他院からの受入が多い。	独立した病棟と、急性期病棟内の病床の違いから生ずるものであり、評価には直結しない。
・亜急性期病床は自院からの受入がほとんどに対し、回復期病棟は他院からの受入が多い。 ・亜急性期病床は筋骨格系疾患が多く、回復期病棟は脳血管疾患が多い ・亜急性期病床よりも回復期病棟の方が合併症が多い。	原則は包括評価としたうえで、認知症対策や高額・頻回な処置等の適切な評価を検討。
亜急性期病床よりも回復期病棟の方がリハビリテーション提供量が多い。	現在の亜急性期病床、回復期病棟の評価と同様、リハビリテーションは提供のたびに個別に評価。
亜急性期病床よりも回復期病棟の方が在院日数が長く、退院支援に従事する者も多いが、在宅復帰率に差はない。	患者像に応じた在院日数の設定。退院支援については、在宅復帰率等のアウトカム評価の中で全体的に評価(患者の重症度に応じた支援のあり方はリハビリテーション全体で検討)。

■課題と今後の方向性

・亜急性期病床も回復期病床も、それぞれの患者像について亜急性期(回復期)医療に期待される機能をそれぞれ果たしていたが、亜急性期病床を有する病棟では、患者への実際の医療提供量と必ずしも一致しない、高い評価となっている可能性も示唆された。

・亜急性期(回復期)の入院医療について、急性期病棟内の病室単位での評価と、独立した病棟での病棟全体での評価が必要であるが、その評価としては、適切な範囲で別に算定可能な項目を設定すれば、病棟と病室の違いを勘案したうえで、患者の状態に合わせた同等の包括範囲、点数を設定することが可能ではないか。

III. 長期療養について

■一般病棟の長期入院について

・長期療養患者が比較的多い一般病棟は、将来的に長期療養病棟へ移行することが現実的ではないか。その観点から、2012年改定では13対1と15対1に限り、90日を超えて入院する患者を対象に療養病棟入院基本料と同じ報酬体系

を導入してはどうか。

・長期療養患者が比較的小さい一般病棟は、将来的に急性期・亜急性期病棟へ移行することが現実的ではないか。その観点から、12年改定では13対1と15対1に限り、90日を超えて入院する患者を対象に平均在院日数の計算対象としてはどうか。

V. 地域特性について

■医療資源の限られた地域に対する診療報酬上の対応について

・医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域や離島にある病院において、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供することについて、診療報酬上の評価を行うことをどう考えるか。

・病棟毎の看護要件とすること、亜急性期入院医療管理料の算定可能病床を増やすこと等について、どう考えるか。

・専従要件のある一部の医療について、当該医療を実施していない時間帯に他の医療に従事することを認めること等について、どのように考えるか。

(4面下段から続く)

よっては「高診療密度病院群」よりも「それ以外の病院群」にいた方が指数が高くなるということもある。医療機関の最終的な評価が逆転するということだ。白川(財源配分上)医療機関群ごとに指数の重みを変えることが可能ということか。

企画官 そのとおり。

北村委員(支払側)「高診療密度病院群」は「一体改革成案」を反映させたものか。企画官 基礎係数は06年改定からの課題であり、直接には一体改革成案と関係していないが、最終的な着地点として

は一体改革の方向に向うことになろう。森田会長 基礎係数設定で3群に分けることへ特段の意見はないようだが、いくつかの意見・指摘があった。それらを含めて引き続き検討してほしい。企画官 ①大学病院本院以外の特定機能病院については医師研修評価の仕方を含めて条件設定について考慮する、②医師臨床研修制度への影響を踏まえて議論するというので、基本的にこの報告にそって検討を進めてよい。鈴木 検討された結果であっても納得できるものでなければ意見を申し上げる。会長 「DPC分科会報告」は了承とする。

厚労省 特定機能病院に更新制導入を提案

特定機能病院と地域医療支援病院は外来紹介率の見直しが論点に

厚労省提示「病床区分の見直しについて」から 医療部会11月17日 *1面記事を参照

■特定機能病院制度の見直しに関する論点
 ・特定機能病院に期待される役割自体は、現在の医療提供体制においても必要とされるものであり、こうした役割・機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容について、見直すこととしてはどうか。(編集部注/外来紹介率の要件見直しが論点の1つにあげられている)

・特定機能病院の承認要件を継続的に満たしているかを確認するために、承認について、現在は業務報告の提出を求めているが、更に、特定機能病院としての質を引き続き確保していることを定期的に点検する仕組み(更新制)を導入してはどうか。

■地域医療支援病院の見直しに関する論点
 ・地域医療支援病院に期待される役割自体は、現在の医療提供体制においても必要とされるものであり、こうした役割・機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容等について、見直すこととしてはどうか。(編集部注/外来紹介率の要件見直しおよび他医療機関との連携のあり方の評価等が論点にあげられている)

■病床区分の見直しに関する論点

・患者の疾患の状態に応じ良質かつ適切な医療が効率的に行われるよう、急性期医療への医療資源の集中投入や、亜急性期・慢性期医療の機能分化・強化等により、入院医療の機能の明確化、強化を図り、そしてその機能を国民・患者に明らかにしていく必要がある。

一方、これまでこうした方向性はあらゆる機会を示されてきたものの、なかなか実現には至っていない状況。

そこで、こうした考えを医療法においても明記し、その方向性に沿って取り組む姿勢を明らかにするため、国、都道府県及び医療機関について、病床の機能分化等の推進に関する責務規定を設けてはどうか。

・特に、急性期医療については、社会保障・税一体改革成案においても、2025年に向けた取組として医療資源の集中投入を図るとされており、これにより機能強化を図ることで、病院医療従事者の負担の軽減や専門医等の集約による医療の質の向上等が図られ、もって、早期の社会生活復帰を可能となることを期待される。

そこで、機能分化・強化を推進する取組の一環として、医療法上、一般病床について、新たに急性期医療を担う病床群(急性期病床群)を位置づけることとしてはどうか。

・急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療についても機能分化・強化が必要であるが、病床と機能が「急性期対応」として一致する急性期病床と異なり、亜急性期等の病床は診療報酬上の評価も様々であり、多様な機能を有している中で、制度上位置づけることについて、どう考えるか。

<急性期病床群(仮称)を制度上位置づけるとした場合の論点>

○法的位置づけ

「急性期病床群」においてのみ急性疾患に対応可能とするという法的構成は現状に鑑みると困難と考えられることから、「急性期病床群」については、現行の「病床の許可」と同様の仕組みではなく、例えば、都道府県知事による認定を行

うといった仕組みとしてはどうか。

※「許可」と「認定」について

一般病床は、人員配置及び構造設備基準等に適合し都道府県知事の許可を得なければ、入院治療を行うことができない。一方、例えば「急性期病床群の認定」という仕組みでは、既に許可を受けた一般病床の一部について、一定の要件を満たした場合に「急性期病床群」として認定する仕組みであり、認定がなくとも、急性期医療をはじめとした入院治療を行うことは可能である。

○機能に着目した評価の導入

急性期の患者の状態に応じた良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、「急性期病床群」については、人員配置や構造設備基準だけでなく、その病床群において、急性期の患者に適切な急性期医療が効率的に提供されているか(すなわち、患者の疾病・病態や処置内

容など)といった機能についても、認定に当たっての要件としてはどうか。

現行の診療報酬においても一部機能に着目した評価を行っているが、こうした制度を導入することにより、医療法においても、人員配置や構造設備基準だけでなく機能を評価する仕組みを設け、他の政策手段と連動して医療提供体制の強化に取り組むことが有効ではないか。

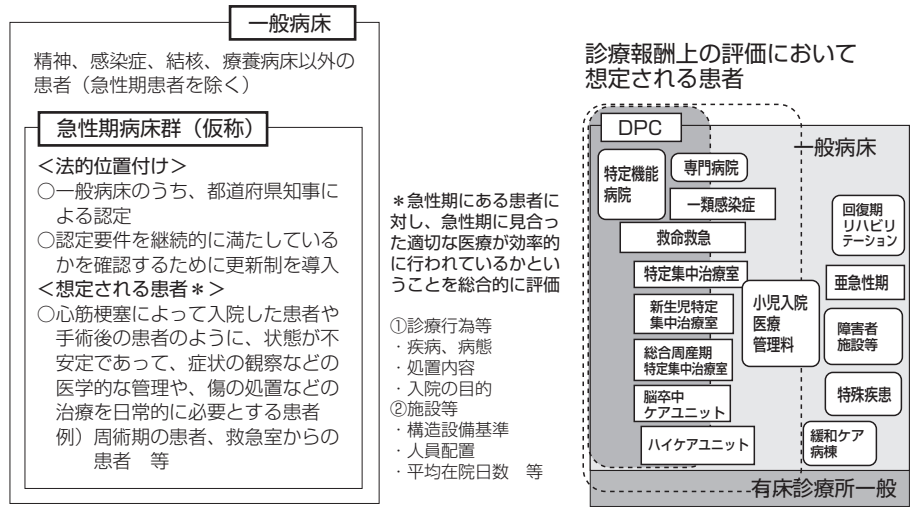
○更新制の導入

急性期病床群の認定要件を継続的に満たしているかを確認するために、認定について、更新制を導入してはどうか。

○診療所の取扱い

診療所の一般病床については、現在、人員配置基準も設けられていないが、「急性期病床群」の対象とすることについて、どう考えるか。

□「急性期病床群(仮称)」を制度化した場合のイメージ(目指す方向性)



厚労省「医療部会に検討状況を報告する」

特定看護師制度 チーム医療推進会議は結論を見送る。再度議論か？

チーム医療推進会議は11月18日、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」で検討されてきた「看護師特定能力認証制度(=特定看護師制度)」の報告を受けて議論、同制度を容認する意見と反対もしくは慎重な対応を求める意見とがほぼ拮抗した。

永井座長(東大大学院教授)は「この件は引き続きの議論とする」と述べ、合意にいたらなかったことを認めた。しかし、事務局(厚労省医政局医事課)は「12月上旬の医療部会に検討状況を報告する」(田原医事課長)と、議論を法改正を検討する場に移す考えを明らかにした。

委員の反発を受けた田原課長は、「その後、また、(チーム医療推進会議で)議論していただく」と釈明した。

しかし、「看護師特定能力認証制度」の骨子を初めて議論した11月7日の「チーム医療推進のための看護業務検討WG」は、賛否が分かれたにもかかわらず、1度だけの議論で、「検討状況を報告したい」(有賀座長=昭和大学医学部教授)として、議論の場を親検討会(チーム医療推進会議)に移した。

今回も、また、「検討状況を報告したい」という理由で議論の場を社保審医療部会に移し、医療法改正等の報告に盛り込む手順を踏むことを目論んでいる。

同日のチーム医療推進会議で、永井座長は、「看護師特定能力認証制度」の論点を、①国家資格とすべきか(国家資格でなければ実効性は担保されないか)、②責任の所在はどこにあるか、の

2点にしばって議論を誘導した。

同制度に賛成する

委員は、こぞって、「国家資格とすることによってこそ安全性が担保される」と主張。また、責任の所在について、法学系の委員は「現場にまかせて(グレーゾーンの行為を)やらせれば、(包括的指示を出す)医師の責任は限りなく大きくなるが、法的枠組の下で行なう限り、医師の責任は軽減される」と論じた。

学者系に加え、病院団体から出ている堺委員(日病会長)も同制度の創設に賛意を表明、日看協や在宅療養支援診療所連絡会の委員も賛成した。

一方、日医、日歯、日薬は反対する側になった。その主な論拠として、「看護



師全体の底上げを阻害する」「他専門職に対して看護師のみが特別な立場に立つことへの懸念」などをあげた。患者団体の委員も反対を表明した。

「医療行為のみに焦点をあてた資格化は疑問。ケアとキュアを含む看護学をトータルに評価した資格こそが必要」(看護系大学協議会)あるいは「(看護師の)責任の所在があいまい」(医学部長病院長会議)と論じ、中間の立場から慎重な議論を求める声もあった。

かくて、議論の収斂をみることなく、特定看護師制度は医療部会に諮られることになった。

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

「疾病・事業」の医療連携体制は病期にそって記載

医療計画見直し検討会 指針の見直し案を了承。都道府県は共通様式で指標・目標等を公表

11月16日の「医療計画の見直し等に関する検討会」に、事務局(厚生省医政局指導課)は、医療計画のうちの「疾病・事業ごとの医療体制構築」に関する指針の見直し案を示し、概ね了承された。

また、現行の4疾病・5事業に追加する精神疾患の医療体制構築についても指針案を示し、(1)福祉(障害保健福祉圏域)や介護サービス(老人福祉圏域)との連携を考慮する、(2)精神疾患全体として作成するが、うつ病、認知症についてはより分かりやすく工夫して作成するという方向性を示した。

「疾病・事業ごとの医療体制構築」については第5次医療法改正で医療計画に記載が決まり、2008年度から施行されている。

事務局は、その状況について、「現状把握の指標、数値目標の設定状況、事業の達成状況に関する評価体制、公表方法等に都道府県格差があり、地域で効率的な提供体制を確保する機能が発揮されていない」と総括した。

そのため、(1)医療体制構築の手順の見直し、(2)情報収集の対象となる指標の再整理(指標記載方法の見直し)、(3)

「課題の抽出」「数値目標の設定」「施策・事業」の関連性明確化、(4)医療計画進捗状況の評価・公表方法の明確化、の4点を課題にあげた。

医療体制構築の具体的な手順は、現在、①情報の収集、②医療機能の明確化と圏域設定に関する検討、③連携の検討及び計画への記載、④数値目標の設定、⑤評価からなっている。「手順の見直し」というのは、ここに、「課題の抽出」「施策・事業の策定」「公表」を追加した8工程とし、PDCAサイクルの効果的な展開を確保するというもの。

また、現行指針における「情報の収集」は「現状把握の指標がストラクチャー、プロセス、アウトカムに分類されているため病期ごとの課題が抽出しにくい」として、今後は、疾患ごとの目標、課題、指標を病期や医療機能にそって示した上で、ストラクチャー、プロセス、アウトカムを別枠にして病期や医療機能にそって示してはどうか改善を提案、「一体改革案」が示した病期ごとの提供体制にそった医療機能の課題を把握する方向で見直すとしている。

さらに、「医療計画進捗状況の評価・

公表方法」に関しては、①施策・事業の進捗状況の評価を行う組織(都道府県医療審議会等)と評価時期を医療計画に明記する、②指標、数値目標、施策・事業、進捗の評価結果を一定のフォーマットで公表する、ことを提案した。

「一定のフォーマットで公表する」というのは、各都道府県の指標や目標等

神野副会長が「準災害拠点病院」の整備を提案

11月16日の「医療計画の見直し等に関する検討会」に、事務局は「災害医療等のあり方に関する検討会」がまとめた報告書を提出、その概要を説明した。

報告書は東日本大震災の検証を踏まえ、災害医療等の課題について検討を行なったもので、その結果は医療計画や関連法規等の改正に反映される。

報告書は、①基幹災害拠点病院の指定基準に「複数のDMAT保有」や「救命救急センターの指定」を追加する、②災害拠点病院以外の医療機関のEMIS(広域災害・救急医療情報システム)への加入を促進する、③災害時に地域の行政担当者と医師会、災害拠点病院、医療チーム等が情報交換する「地域災害

の公表の仕方がまちまちで、他との比較がしにくいことへの対策である。

こうした提案に検討会は概ね賛成したが、神野委員(全日病副会長)は、「分かりやすく公表するのは良いことだが、ストラクチャー、プロセスまで微に入り細に入り公表することがよいかどうか。いいアウトカムを出すためにどう創意工夫するかは各医療機関に任せてよいのではないかと指摘。ストラクチャーやプロセス情報の公表が目的化されてきた現状を踏まえ、アウトカム志向でいくのが望ましいという見解を示した。

医療対策会議(仮称)の設置計画を策定するなどの提言を盛り込んでいるが、記述のほとんどが災害拠点病院とDMATの機能強化に費やされるなど、これまでの拠点主義から脱却していない。

報告を受け、神野委員は、「災害拠点病院には公的病院が認定される傾向にある。しかし、災害医療では必要な機能をもつ医療機関を活用すべきであり、例え指定要件に満たなくても、ある程度の機能がある病院は準災害拠点病院として認定し、医療計画に記載してはどうか。それによって、大災害のときにも全体の資源を有効に使えるのではないか」と主張、拠点志向からネットワーク志向へ切り換える必要を提起した。

第7回常任理事会の抄録 10月28日 於 沖縄県ラグナガーデンホテル

【主な協議事項】

●入会者の承認(敬称略・順不同)

□以下の入会が承認された。

福岡県 朝倉健生病院 理事長 鷲淵雅男
ほかに3人が退会した結果、在籍会員数は2,338人となった。

□以下の賛助会員入会が承認された。
にしくぼ診療所(東京都・池本久美子院長)
広島生活習慣病・がん健診センター(広島県・山名征三理事長)

この結果、賛助会員数は合計100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施設が承認された。

□日帰り人間ドック

東京都 バリウHRビルクリニック

東京都 クリニック滝野川内科

岐阜県 大垣徳洲会病院

この結果、日帰り人間ドック実施指定は合計478施設となった。

【主な報告事項】

●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)

9月2日付で以下の11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 北海道脳神経外科記念病院 更新

北海道 札幌循環器病院 更新

東京都 立川病院 更新

東京都 昭島病院 更新

大阪府 牧病院 更新

兵庫県 吉田病院附属脳血管研究所 更新

熊本県 メディカルケアセンターファイン 更新

◎複合病院

岩手県 盛岡繁温泉病院 更新

秋田県 土崎病院 更新

東京都 上川病院 新規

福岡県 水戸病院 更新

2011年9月2日現在の認定病院は合計2,485病院。そのうち、本会会員は899病院と、会員病院の38.42%、全認定病院の36.2%を占めている。

第8回常任理事会の抄録 11月18日 於 全日本病院協会

【主な協議事項】

●病院機能評価「統合版評価項目Ver.6.0」の検討結果について

病院機能評価委員会がまとめた「統合版評価項目Ver.6.0」の検討結果が報告され、日本医療機能評価機構に提出することが承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。

北海道 新川病院 理事長 新谷正義

北海道 札幌清田整形外科病院 理事長 片平弦一郎

宮城県 大泉記念病院 院長 松本 純
栃木県 宇都宮リハビリテーション病院 院長 大塚秋二郎

兵庫県 アガベ甲山病院 理事長 大鶴 昇
ほかに2人が退会した結果、在籍会員数は2,341人となった。

以下の賛助会員入会が承認された。
エース損害保険株式会社(東京都、代表・佐々木寿彦取締役営業戦略部長)

この結果、賛助会員数は合計101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

以下の施設が承認された。

□日帰り人間ドック

兵庫県 酒井病院

広島県 広島生活習慣病・がん健診センター
この結果、日帰り人間ドック実施指定は合計479施設となった。

□1泊人間ドック

広島県 広島生活習慣病・がん健診センター
この結果、日帰り人間ドック実施指定は合計27施設となった。

【主な報告事項】

●福島県との特定健診等の締結

特定健診・特定保健指導に関する市町村国保と全日病ほかとりまとめ団体との集合契約(A)について、宮城県に続いて、今回、福島県(南相馬市が契約代表者)と12月1日付で締結する旨の報告があった。

●「これからの災害時医療(全日病案)」について

救急・防災委員会から以下の報告があった。
東日本大震災の教訓を踏まえ、今後の災害時医療に対応すべく、以下を骨子とする災害時医療システムの提言を検討している。
(1)地域の病院を災害拠点病院を補完する災害連携協力病院とする仕組みを制度化する。
(2)災害連携協力病院は、

- ①拠点病院と連携して災害時医療を担う

- ②広域搬送された患者の後方病床となる
- ③避難所等に対する移動型医療救護活動を担当する

(3)災害連携協力病院を災害時公的支援の対象に位置づける。
(4)災害時には被災地の行政機関・医師会を調整役とする「災害時医療連携協議会」を設置して医療救護班を統合、もって全国的な支援システムに対応する。

●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)

10月7日付で以下の6会員病院に病院機能評価の更新認定が決まった。

◎一般病院

東京都 内藤病院 更新

東京都 代々木病院 更新

東京都 東京臨海病院 更新

石川県 伊藤病院 更新

◎複合病院

京都府 久野病院 更新

大阪府 柏友会楠葉病院 更新

2011年10月7日現在の認定病院は合計2,476病院。そのうち、本会会員は899病院と、会員病院の38.45%、全認定病院の36.31%を占めている。

高血圧	年	有・無	有・無
糖尿病	年	有・無	有・無
高脂血症	年	有・無	有・無
神経痛	年	有・無	有・無
脳卒中	年	有・無	有・無
循環器疾患	年	有・無	有・無
呼吸器疾患	年	有・無	有・無
消化器疾患	年	有()	有()
泌尿器疾患	年	有()	有()
婦人科疾患	年	有()	有()
骨格筋疾患	年	有()	有()
骨格経路	年	有()	有()
内分泌疾患	年	有()	有()

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

患者基礎情報

入院年月日

発症日

現病歴

個人情報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

一冊の本 book review

『60歳からのマジック入門』

麦谷真人 著 発行 東京堂出版 定価 2,500円(税別)

現役の厚生労働省の官僚であり、かつ日本を代表するマジシャンでもある著者が、高齢者のために書いたマジックの入門書。著者は厚生行政という激務の傍ら高齢者の生活の質を向上し、より豊かな老後を送ることができるようマジックという、見ている観客が錯覚を楽しむ高尚な娯楽で60歳を過ぎてから始めても十分に上達できる数少ない分野を紹介している。18種類の本格的なマジックを懇切丁寧に解説、あのマジックの仕掛けはこうだったのかと思わず納得してしまい、トライしてみたいくなる内容である。(泰)

2011年度臨床研修指導医講習会の報告

制度改正あるも、参加者は臨床研修に前向き 福島を除く東北・北海道の参加はゼロ。受講者の拡大を図りたい

チーフタスクフォース
佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター 准教授 江村 正

2007年度から開始した、全日病・医法協共催の「臨床研修指導医講習会」も、今年で早5年目を迎えた。受講者は40名(男性32名、女性8名)であった。本講習会は、病院の管理者を参加者として想定していたが、今回は、医師臨床研修制度1期生、2期生の参加もあり、30歳代が16名であった。

現在の非常に厳しい医療情勢の中でこそ、教育に目を向けていくことが病院の生き残りに不可欠であるというメッセージを、講習会を通じて伝えようと考え、本講習会のゴールを、「全日病・医法協に所属する病院の管理者が、自院を研修病院にするために、病院経営における臨床研修の位置づけを理解し、研修指導體制の確立に必要な情報を収集し、継続的に教育・研修体制の向上に努めていく姿勢を身につける」と定めた。

具体的には、(1)医学教育やワークショップで用いられる基本的な用語を説

明する、(2)医師臨床研修制度の概要を述べる、(3)病院経営における臨床研修の位置づけを述べる、(4)厚生労働省の到達目標に関して、SBOs・方略・評価を追加作成する、(5)他の施設の指導医と情報を交換し、ネットワークを構築する、(6)研修医指導に役立つコーチングの技法を身につける、(7)研修医の指導に対し熱意ある態度を保持する、(8)研修病院となるための院内体制の立ち上げに関して必要な対策を具体的に述べる、という8点を個別目標とした。

グループ作業を「病院運営における臨床研修の位置づけ」「カリキュラム作成」「研修医指導を行う上での院内体制の立ち上げ」の3つとし、その前後に、「医師臨床研修制度の概要」「研修病院事例紹介」「今の研修医は卒前教育で何を学んでいるか」「情報交換会」「コーチング」「特別講演」を入れ、有機的に結びつくと工夫した。

「医師臨床研修制度の概要」は、本年も厚生労働省医政局の田原克志医事課長にお願いした。10月のマッチング結果も含め、初期研修後の進路に関してもホットな情報も提供して頂いた。本年も質疑応答に十分な時間を割いて頂き、非常に有難い講演であった。

医学部卒前教育の紹介は、PBL、TBL、OSCE、CBTといった医学教育用語の理解を深めてもらい、既に医学生ではない、研修医に何を修得させるかということを考えてもらうヒントとして欲しかったので本年も取り入れた。地域枠入試のことも話題として含めた。

特別講演は、「研修医が研修病院に求めること」と題して、現在の医師臨床研修制度で研修を修了した3名の若手医師より講演して頂いた。本音も聞かれ、笑いの中で、有用な質疑応答が行われた。批判の少なくなかった医師臨床研修



制度であるが、今や多くの方はポジティブにとらえていると思われた。本年の参加者も皆さん非常に積極的で、前向きに、熱のこもったグループワークを行われたと感じた。

残念なことに本年の参加者希望者は昨年よりやや減少した。福島県からは2名参加したが、それ以外の東北・北海道からの参加者はゼロであった。こんなところにも東日本大震災の影響は出ているのではないかと考えずにはいらなかった。

既に指導医講習会参加者は全国で4万3,700人を超えているそうであるが、まだまだ参加していない指導医も多いと思われる。2012年は11月10日・11日に行う予定である。周りの人への参加を是非勧めて頂きたい。

医師確保

5~6割が「大学病院等からの応援は期待できない」と回答

大学病院からの応援期待に2極化の傾向。状況は5年よりも悪化か

医療制度・税制委員会は6月に実施した調査結果をまとめ、「医師確保に関する調査-臨床研修制度導入の影響とその変更を見据えて」と題し、10月29日の沖縄学会で発表した。

同じ内容の調査を2006年に実施しており、前回調査に回答を寄せた257の会員病院(研修病院指定154病院と非指定103病院)を対象に、医師確保状況の変化比較など、制度変遷を含む臨床研修制度の影響の捕捉を試みたもの。

調査結果から、医師確保にかかわる大学病院の支援は、臨床研修制度開始2年後の2006年と比べると、「期待でき

る」とした病院と「期待できない」とした病院ともに増え、2極化する傾向を示した。しかし、「期待できない」とした回答は過半数を越えている上、前回調査から増えていることから、悪化傾向にあるとみることできる。

回答数は、前回調査時の指定病院が75病院(回答率48.7%)、非指定病院が44病院(42.7%)の計119病院(46.3%)。結果の概要は以下のとおり。

- 現在、日直(土日祭日の昼間)の医師について応援が容易になされているか。06年に指定のあった病院群は「応援

が容易になされている」という回答が06年の57.3%から53.3%へとわずかながら減少。「容易になされていない」が06年の33.3%から38.7%へと増えた。これに対して、06年に指定のなかった病院群は「容易になされている」が56.8%から70.5%へと増加。「容易になされていない」は40.9%から27.3%へと大きく減った。

- 現在、当直(夜間)医師について応援が容易になされているか。当直医に関しても同様の結果となった。指定ありの病院群は「容易になされている」が58.7%から52.0%へと減り、

「容易になされていない」が32.0%から40.0%へと増えた。一方、指定なしの病院群は「容易になされている」が52.3%から65.9%へと大きく増え、「容易になされていない」は45.5%から29.5%へと前回調査の2/3に減少、指定ありの病院群と対照的な結果となった。

- 以前と比較して医師確保で大学病院から応援が期待できるか。

指定ありの病院群は「期待される」が14.7%から20.0%へと増えたものの、「期待できない」も50.7%から52.0%へと微増している。指定なしの病院群も「期待される」が9.1%から13.6%と増加した一方で、「期待できない」は50.0%から59.1%へと大きく増え、指定ありの病院群と同様の結果を示した。

原子力災害と地域医療との関連について提言(投稿)

医師向け

放射線知識普及活動と啓発運動が急務

国民への

医療制度・税制委員会委員 星 北斗

●はじめに

3月11日の大震災とその後の津波の被害、そして東京電力福島第一原子力発電所の事故については、被災地において復旧・復興を目指した様々な努力がなされている。

一方で被災地での活動が進むにつれ、被災地に限らず全国の地域医療や医療機関にも様々な影響があることが明らかになってきている。

本稿では、被災地復興の過程から示唆される類似災害への対応や放射線影響などへの備えについて簡単に整理し提案する。

●原発への備えの甘さ、放射線に関する知識の無さを実感

第一に原発立地県としての準備が全く不足していた。医師を初めとした医療関係者に放射線影響に関する正しい知識や理解がなかったことが、ある意味で風評被害を生み、あるいは拡大させている一因となっている。

全国民を巻き込んだ放射線に関する正しい理解の促進のために、全国の医師向けの正しい放射線知識の普及活動とともに、国民向け啓発キャンペーンを展開することが必要ではないだろうか。

●今後の環境放射線対策

国民の多くは見えない放射線、放射能の影響について大きな不安を抱えている。除染作業については、迅速かつ徹底した対応が求められるとともに、

健康不安解消のためあらゆる機会を捉えた対策が必要である。

全国の医療関係者が、避難者のみならず国民一般からの放射線に関する相談を受けることが多いことから、放射線の専門家を派遣するシステムや診療報酬上に特別の加算を設けることも一案と考えている。

●低線量放射線機器への買い替えと画像2次利用の促進

今回の事故の発生以降、国民の放射線被ばくに対する関心と不安が高まっており、医療被曝に対しても出来れば受けたくない、あるいは受けるのであれば新型で低線量の機器を使用してほしいという要望が多くみられる。また、

紹介先の病院で同様の検査を再度受けることも避けてほしいとの声を聞く。

最新の放射線機器は低被曝線量で鮮明な画像が得られるような技術改革が進んでいるが、既存機器については低医療費政策の影響もあって、入れ替えまでに長期間を要する傾向にあり、最新機器の普及が進んでいない。

そこで、新型・低線量被ばく医療機器に買い替えを促進し、安心して検査等を受けてもらえるよう、一定の被ばくレベル以下である新規機器の導入の際に償却期間の短縮や導入年度の特別償却制度を創設することを提言する。

また、再検査再被ばくを減らすため、撮画像の紹介先での2次利用を促進するために、医療機関どうしの画像交換システムの導入についても同様に特別償却の対象としてはどうか。さらに、画像の2次利用について、紹介元と紹介先病院の双方にメリットのある診療報酬上の加算を検討することを求めたい。

清話抄

3月11日に発生した東日本大地震によって引き起こされた津波による日本列島の災害は、正に底なしの危機的状況である。

東北3県の方は辛抱強く故郷の復興を励みに心強く現地で生活を維持、世界各地でみられるような災害時の暴動や略奪なども全くみられない。日本

国民の冷静な生き方は、世界から深く尊敬されている。

しかし一方、今まで安全神話に守られてきた原子力発電所が地震や津波によって無残にも破壊され、担当の職員や原発関連の専門家の分析も、それを管轄する内閣府のコメントまで混乱を醸し出し、事故の実態とそれに対する危機管理対策がどうなっているのか、これも世界の原子力発電関連の学者グループが日本の現況について心配している。更に短期的にも、長期的にも、原子

力発電所の災害がもたらす放射性物質の拡散による住環境汚染が地域の農地で生産される野菜などの食物も危険視され、その経済的価値は低下し、自動車や金属加工品などハードウェアの輸出品にまで弊害を来している。

この危機的現状から日本が早く抜け出すために我々が出来ることと云えば、血の通った医療福祉の提供や医科学の振興、地域医療の普遍化、介護保険医療の規制緩和などであろう。

ひいては地域に残り粘り強く頑張っ

ている東北の住民の方々を物・心両面から支援してゆくのも国手としての医師の心ではあるまいか。(田)

本稿は10月12日に亡くなられた田代祐基理事(熊本県支部長)の手に成る。原稿を依頼したところ早々に執筆された。締切前に清書するつもりであったとみられるが、それを果すことなく逝去され、遺稿となった。哀悼の意を込めて、ここに掲載させていただく。(広報委員会)