



全日病 NEWS 8/15

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル 7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.807 2013/8/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

医療・介護提供体制改革 都道府県と医療法人が改革推進の前面に

社会保障制度改革国民会議 報告書まとまる。政府は21日に改革工程を閣議決定。医療法は通常国会で改正

社会保障制度改革国民会議は8月5日の会合で報告をとりまとめ、翌6日に清家篤会長(慶応義塾長)が安倍首相に答申した。

安倍首相は「今月21日までに改革の法的措置と工程を盛り込んだ法案の骨子を決めたい」と述べ、課題ごとの実施時期を明示した“(改革)プログラム法”を秋の臨時国会に提出する意向を表明した。8月21日の閣議で法案要綱を決定する。

プログラム法案には医療法等改正一括法案を次期通常国会で成立させることが盛り込まれる見通しだ。(報告の医療・介護部分は2面に概要を掲載)

国民会議報告書は、医療提供体制の改革として、医療提供を「病院完結型」から「地域完結型」への転換を提起。機能分化とネットワーク構築によって「病院・施設から地域・在宅へ」と患者の流れをつくりだすべきであり、そのために、「地域完結型の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直すこと」にも取り組むべきと論じている。

病床機能の分化・連携を進める直接の政策当局に都道府県をあげ、(1)医療機能報告制度を踏まえて地域医療ビジョンを策定し、機能ごとの医療必要量を示す、(2)消費税増税分を基金として確保し、提供体制改革に投入する、(3)財政を中心に国保の保険者機能を担わせ、医療の提供水準と住民負担のマネ

ジメントを託す、(4)そのために必要な権限を拡大する、などの改革手法を提示。

「次期医療計画の策定を待たず行う医療提供体制改革」として、国保保険者機能の移管と地域医療ビジョンの策定は「次期医療計画の策定期である2018年度を待たずに」実行されるべきであると提言した。

また、民間医療機関が主たる医療提供者である日本における、「医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築」の直接の担い手に医療法人と社会福祉法人を指名、ネットワーク化には「当事者間の競争よりも協調が必要」であるため、「医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度



▲報告とりまとめ後に記者会見に臨む国民会議の清家会長(左から2人目)

の見直しを行うことが重要」と提起。

「例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための」制度改革の検討を提案。医療法人等のグループ化で「医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる」と展望した。

国民会議の提案に、厚労省の医政局は、医療法人間の合併や権利移転等にかかわる規制見直しに関する検討会を9月にも設置する方針を表明している。

さらに、医療法人等が「都市再開発に参加できるようにする制度」や「ヘルスケアをベースにした街づくり」に要する資金調達手段をヘルスケアリート等を通じて促進する制度」など、規制の総合

的な見直しが必要であると述べている。

「ヘルスケアリート」とは、不動産証券化手法を用いて多額の資金調達を可能にする投資システム。現在、国交省、厚労省、金融庁の間で創設に向けた協議が進行している。

報告書は現在のフリーアクセスにも言及。フリーアクセスは「必要な時に必要な医療にアクセスできる」ことを概念としていく必要があり、「この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医の普及が必須」とした上で、「一定規模病院の紹介状のない外来患者に定額自己負担を求める仕組みを検討すべきである」とも提案した。

国民会議報告書 医療改革に関する主な提案事項

- ・「病院完結型」医療から「地域完結型」医療への転換
- ・医療機能の分化、医療・介護提供者のネットワーク化、地域包括ケアシステムの構築
- ・病床区分を始めとする医療機関体系の法的な定め直し
- ・「地域完結型」の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向けた体系的な見直し
- ・緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及

- ・提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立
- ・医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性
- ・医療機能情報報告制度を導入、都道府県が医療機能ごとの医療必要量を示す地域医療ビジョンを策定(2018年度の次期医療計画前に実施)
- ・都道府県を国保の保険者とし、マンパワー確保を含む都道府県の権限・役割を拡大する(2018年度の次期医療計画前に実施)

- ・医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度を見直す
- ・医療法人等の都市再開発への参加や多額の資金調達を可能とするなど規制の見直し
- ・総合診療(専門)医の養成と国民への周知
- ・医師の業務と看護業務の見直しとチーム医療の確立
- ・人生最終段階における医療のあり方について国民的合意を形成
- ・アウトカムや費用対効果を検証する

- 継続的なデータ収集
- ・消費税増収分の活用(基金方式も検討に値する)
- ・政府の下に医療・介護の提供体制改革推進体制の設置
- ・2次圏ごとのニーズ予測と医療提供体制の検証、地域事情に応じた提供体制のモデル像
- ・一定規模病院の紹介状のない外来患者に定額自己負担を求める仕組み
- ・入院療養における給食給付等の自己負担のあり方の見直し 等

医療提供体制で日医と四病協が初の共同見解。病床機能で提言

病床機能報告制度「高度急性期、急性期、回復期、慢性期の区分を用いて報告する」ことを提案



四病院団体協議会と日本医師会は8月8日の記者会見で病院病床の機能区分に関する見解を示し、病床機能報告制度を設計する上での提言とすると発表した。病床機能区分に関する見解は「医療提供体制のあり方」と題した提言に収められている。

提言は、四病協と日医が設けたワーキンググループで改革が求められている医療提供体制について検討を重ねた結果、合意に達した基本的な部分を整理したもの。医療提供体制に関する、四病協と日医の初めての共同提言である。

WGは5月22日の四病協・日医懇談会で日本医師会が提案、設置された。

一体改革で病院病床の機能分化が謳われる中、厚労省では病床機能報告制度の検討が進んでいるが、報告制度で対象とすべき病床機能をめぐる議論が錯綜、合意に至らずにいる。

日医と各病院団体はそれぞれの立場から発言してきたが、大きな視点とは

もかくも、各論になると団体間に意見の微妙な違いや認識のずれがあることが否めず、保険者団体や患者側委員などからは「病床機能の概念が分かりにくい」といった声も出るにいった。

こうしたことから、懇談会は病床機能を含む提供体制について見解を表わすことで合意。2ヵ月半かけて検討した結果共同提言がまとまったもの。

共同会見には、西澤全日病会長、横倉日医会長、堺日病会長、日野医法協会長(代理・小森副会長)、山崎日精協会長と5団体のトップが全員出席した。

「合同提言」は、(1)基本方針、(2)かかりつけ医、(3)医療・介護の再編の3章からなり、そのうちの「医療・介護の再編」で、入院医療を論じる上でベースとなるべき視点と提供体制再構築の方向性が示されている。

この中で、病期に応じた病床区分として「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」という機能概念を採用。病床機能情報の報告制度において、各病院はこうした区分を用いて機能を選択し、報告を行なっていくべきであると提案している。

とくに、急性期病床については、①急性期医療を提供する機能を持つ病床、②病態として重症・中等症・軽症があり、各病院の機能に応じた急性期医療を提供する、③多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床と、

地域の医療ニーズに応じてそれぞれが必要とされているため、きめ細かな報告制度が必要、④在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する、⑤2次救急を担う、⑥地域包括ケアを推進するために、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援などの機能も有する、といった視点を明記した。

また、急性期のうち、救命救急センター、集中治療室等、専門医が常時配置されている病床は高度急性期病床として独立させる必要があること、回復期に関しては、「ポストアキュートおよび回復期のリハが含まれる」という認識を示した。

四病協と日医は8月9日に開かれた社保審医療部会で提言について説明、関係者の理解を求めた。今後は、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」に提言を提示、合同提言が示す病床機能区分にもとづいた報告制度となるよう、とりまとめに向けて一致協力していく方針だ。

3面に「共同提言」の要旨を掲載

「病院完結型」から「地域完結型」医療への変化・対応を訴える

社会保障制度改革国民会議報告書 医療のあり方の変化を提起。国民には応能負担を求める

社会保障制度改革国民会議報告書「Ⅱ. 医療・介護分野の改革」から (要旨)

*1面記事を参照

1. 改革が求められる背景と国民会議の使命

(1) 改革が求められる背景

急速な高齢化は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」医療であった。高齢期の患者が中心となる時代の医療は、病気と共存しながらQOLの維持・向上を目指す、住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で支える「地域完結型」医療に変わらざるを得ない。

(2) 医療問題の日本的特徴

日本の医療政策の難しさは、西欧や北欧の国立や自治体立の病院等(公的所有)が中心とは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営する形(私的所有)で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。公的セクターが相手であれば政府が強制力をもって改革できるが、日本は公立の施設が少ないために、そうしたことができなかった。

日本の医療費の対GDP比はOECD諸国の中では中位にあり、決して高い水準ではない。こうした中、日本の医療機関は相当の経営努力を重ね、国民皆保険制度、フリーアクセスなどと相まって、世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきた。

だが、今後、必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、医療・介護資源の効率的利用を図り、国民負担を適正な範囲に抑えていく努力も継続していかなければならない。皆保険制度を守り通すためには医療そのものが変わらなければならない。

(3) 改革の方向性

①基本的な考え方

日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。

政策当局は病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、各区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができる見通しを明らかにすることが必要。さらに、「地域完結型」の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直すことなどに、速やかに、そして真摯に取り組むべき時機が既にきていることを認識するべきである。

フリーアクセスは、これまでの「いつでも、好きなところで」から「必要な時に必要な医療にアクセスできる」としていく必要があり、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及が必須である。

②機能分化とネットワークの構築

急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく。この時、分化した機能にふさわしい設備人員を確保することが大切で、病院のみならず地域の診療所もネットワークに組み込み、医療資源として有効活用していくことが必要。その際、適切な場で適切な医療を提供できる人材が確保できるよう、職能団体には、中心となって、計画的に養成・研修することを考えていく責務がある。

「地域完結型」へ転換すると、患者は、医療施設、介護施設、在宅へと移動を求められるため、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。ゆえに、川上に位置する病床の機能分化は退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、新しい医療・介護制度

の下で川上から川下までのネットワーク化は必要不可欠となる。加えて、国民会議の議論から資源の地域差が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性が改めて確認された。

③健康の維持増進等

国民の健康の維持増進、疾病予防及び早期発見等を積極的に促進する必要もある。医療提供者に医療情報の電子化・利活用のインセンティブを持たせるとともに、レセプト等データを分析して疾病予防の促進等を図るべく医療保険者にインセンティブが働く仕組みを構築。併せて加入者の自発的健康づくりへのサポートの在り方等も検討すべきである。

2. 医療・介護サービスの提供体制改革

(1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の第1弾として医療機能情報報告制度を早急に導入、都道府県が医療機能ごとの医療必要量を示す地域医療ビジョンを策定することが求められる。ビジョンの実現は中期的な医療計画と病床の区分を始めとする実効的な手法で裏付けられなければならない。その際、医師・診療科の偏在是正や高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。ビジョンは次期医療計画の2018年度を待たずに策定・実行に移すことが望ましい。

(2) 都道府県の役割強化と国保保険者の都道府県移行

地域の実情に応じた医療提供体制を再構築する上で、マンパワー確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が検討されるべきである。都道府県を国保の保険者とし、地域医療の提供水準と住民負担の在り方を総合的に検討する体制を実現すべきであり、都道府県と市町村が役割分担する仕組みを目指すべき。次期医療計画の策定を待たずに行う医療提供体制改革の一環であることを踏まえれば、移行は次期医療計画の策定前に実現すべきである。

(3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

地域における医療・介護のネットワーク化を図るためには、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度を見直すことが重要。このため、医療法人と社会福祉法人は、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような合併や権利の移転等を速やかに行うことができるための制度改正を検討する必要がある。

あわせて、都市再開発に参加できる制度や、ヘルスケアをベースとしたコンパクトシティづくりに要する資金調達を促す制度など、規制の総合的見直しが必要である。

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上の機能分化は、退院患者の受入れ体制整備という川下の政策と同時に進められるべきであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及は、短期的入院の確保という川上の政策と同時に行われるべきである。地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの包括的ネットワークも求められている。

この地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、15年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけるべきである。これと併せて、要支援者に対する介護予防給付は新たな地域包括推進事業(仮称)に移行させていくべきである。

なお、地域医療ビジョンと同様に、地域の介護需要のピーク時を視野に入れながら25年度までの中長期的目標の設定を市町村に求める必要がある。また、地域医療ビジョンや医療計画は市町村が策定する地

域包括ケア計画を踏まえた内容にするなど、医療提供体制の改革と介護サービスの提供体制の改革が一体的・総合的に進むようにすべきである。

将来的には、介護保険事業計画と医療計画とが、市町村と都道府県が共同して策定する一体的な「地域医療・包括ケア計画」とも言えるほどに連携密度を高めていくべきである。

(5) 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援

医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源には消費税増収分の活用が検討されるべきである。全国一律の診療報酬・介護報酬とは別手法の財政支援が不可欠である。病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものも含まれるため、基金方式も検討に値しよう。この財政支援は医療従事者の確保や介護サービスの充実なども対象にする必要がある。

消費税増収分の活用の前提として、地域医療ビジョン、地域包括ケア計画等の策定を通じ、地域の医療や介護への還元がありようが地域住民に示されることが大切である。

(6) 医療の在り方

医療の在り方そのものも変化を求められている。「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在である。身近な医師に日頃から相談・受診しやすい体制の構築、医療職種の職務の見直し、チーム医療の確立、医療機関の勤務環境を改善する支援体制の構築、医療従事者の定着・離職防止を図ることが必要である。看護大学の定員拡大及び大卒社会人経験者等を対象とした新たな養成制度の創設、看護師資格保持者の登録義務化等を推進していく必要がある。医師の業務と看護業務の見直しは早急に行うべきである。

「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD(クオリティ・オブ・デス)を高める医療」も入る。人生の最終段階における医療の在り方について国民的合意を形成していくことが重要である。

また、例えば関係学会等が、医療行為による予後の改善や費用対効果を検証すべく継続的なデータ収集を行うことが必要。これらの成果に基づき、保険で承認された医療も費用対効果などの観点から常に再評価される仕組みを構築することも検討すべきである。こうした取組はデータに基づく医療システム制御の可能性を切り開くものであり、日本の医療の一番の問題であった制御機構がない医療提供体制の克服に必ずや資するものがある。

(7) 改革の推進体制の整備

都道府県ごとの「地域医療ビジョン」等の策定、これらを踏まえた医療機能の分化、医療・介護提供者間のネットワーク化等の医療・介護の一体改革、さらには国保保険者の都道府県への移行は、いずれも国民皆保険発足以来の大事業になる。市町村ごとに中学校校区単位の地域包括ケアシステムを構築することも介護保険創設に匹敵する難作業となろう。

政府の下に医療・介護の提供体制改革を推進する体制を設け、厚労省、都道府県、市町村における改革と連動させなければならない。その際、まず取り組むべきは、各2次医療圏における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等のデータを基に各地域における医療ニーズを予測し、各地域の医療提供体制がそれに合致しているかを検証した上で、地域事情に応じた先行きの医療・介護サービス提供体制のモデル像を描いていくことである。データ解析により現今の2次医療圏の見直しも可能となる。

□「3. 医療保険制度改革」の骨子

●負担能力に応じた応分負担を通じて保険料負担の格差是正に取り組む

- ・国保の賦課限度額は引き上げるべき。被用者保険の標準報酬月額上限引上げも検討する。
- ・被用者保険による後期高齢者支援金負担は15年度からすべて総報酬割で按分するべき。

●「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等」を図る

- ・「緩やかなゲートキーパー機能」の導入が必要。大病院の外来は紹介中心とし、一般外来は「かかりつけ医」に相談するシステムの普及、定着が必須。そのため、一定規模病院の紹介状のない外来患者に定額自己負担を求める仕組みを検討すべきである。
- ・入院療養における給食給付等の自己負担の在り方の見直しを検討すべき。

●自己負担について「年齢別」から「負担能力別」へ負担の原則を転換する

- ・70～74歳の自己負担特例措置を止め、70歳になった者から2割負担とすることが適当。
- ・高額療養費の所得区分を細分化し、応能負担となるよう限度額を見直すことが必要。

□「4. 介護保険制度改革」の骨子

- ・予防給付のほか利用者負担等の見直しが必要。一定所得利用者の負担は引き上げるべき。
- ・特養は中重度者に、デイサービスは重度化予防効果のある給付へ重点化する必要がある。



地域がん診療病院 複数拠点病院とのグループ指定も認める

がん診療提供体制のあり方検討会 診療連携拠点病院等の要件案まとまる

厚生労働省に設置されている「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」は8月2日の会合で、同検討会のWGがまとめたがん診療連携拠点病院等の新たな要件案を検討、基本的に了承した。

事務局(健康局がん対策・健康増進課)は、別途緩和ケアの検討を行なっている「緩和ケア推進検討会」の報告も踏まえ、来年度から施行する新要件をこの秋にも決めたいとしている。

WGがまとめたのは、①2次医療圏に1ヵ所とされているがん診療連携拠点病院、②拠点病院空白圏を中心に拠点病

院とグループを組んで指定される地域がん診療病院(仮称)、③圏域を越えて特定がん種の診療を担うものとして指定される特定領域がん診療病院(仮称)、④都道府県の連携拠点となる都道府県がん診療連携拠点病院、の4類型に関する新たな要件の考え方である。

このうち、拠点病院のない2次医療圏で、緩和ケア、相談支援、地域連携等ががん診療の基本的機能を確保した準拠点として新設される地域がん診療病院については、複数の拠点病院とグループを組むことができるとされた。グル

ープ指定の組み合わせは都道府県または都道府県協議会が決める。

地域がん診療病院の要件案は一部に拠点病院と同じものもあるが、多くは拠点病院に準じるレベルとなっている。

議論の中では、がん診療連携拠点病院の要件案で多施設共同臨床研究体制と臨床研究コーディネーター(CRC)の配置が必須とされていないことへの不満が出た。4月の「中間まとめ」では「国際基準に対応した多施設共同臨床研究



を実施できる体制をより強化する」ことが述べられている。

神野正博委員(全日病副会長)は、「医療をわが国の成長戦略の柱の1つとするならば、拠点病院にもっと臨床研究体制の強化を図る方向性を打ち出すべきではないか」と述べ、WG報告書にその旨を明記するよう求めた。

地域がん診療病院等の主要な要件案(要旨) — 「がん診療提供体制のあり方に関するWG報告書」から

Ⅲ. 地域がん診療病院の要件について

1. 診療機能

(1) 診療機能

①集学的治療の提供体制及び標準的治療等の提供

・自施設で治療を提供できないがんは、グループ指定された拠点病院と連携することで対応できる体制を確保すべき。

・複数の拠点病院とグループになることも可とし、都道府県または都道府県協議会が、その地域性に応じて拠点病院と地域がん診療病院のグループ指定の組み合わせを決める。当該拠点病院は、患者の利便性及び連携の実効性を考慮し、隣接した2次医療圏にあることが望ましい。

・拠点病院とグループになる地域がん診療病院には拠点病院との定期的な合同カンファレンス開催を求める。併せて、人材交流を行うべき。

・拠点病院と同様にクリティカルパスを整備することが求められる。

・地域がん診療病院にも、現行の拠点病院要件にあるキャンサーボードの設置と定期的開催を求めるべき。

②手術療法の提供体制

当該施設で提供困難な手術は拠点病院と連携して提供できる体制を確保することを求めるべき。

③化学療法の提供体制

・当該がん患者が急変等緊急時に入院できる体制の確保を求めるべき。

・拠点病院との連携のもとレジメンを審査し、標準的な化学療法を施行できる体制を確保することを求めるべき。特に、地域がん診療病院には、導入後の安定したサイクルの化学療法やリスクの低い化学療法の導入・維持等の役

割が期待される。

④放射線治療の提供体制

自施設で放射線治療を提供できることが望ましいが、困難な場合は拠点病院と連携して提供できる体制を確保することを求めるべき。

⑤病連携・病診連携の協力体制

地域がん診療病院には、グループの拠点病院と連携の下、当該圏域内の詳細な医療情報を地域の医療機関等に情報提供することを求めるべき。

⑥セカンドオピニオンの提示体制

我が国に多いがんについてセカンドオピニオンをグループの拠点病院との連携で提示できる体制を有することを求める。

(2) 診療従事者

①専門的知識・技能を有する医師の配置

・当該施設で対応可能ながん種について専門的知識・技能を有する手術医の配置を求めるべき。

・放射線治療を実施する場合は専従の放射線医師を1人以上配置することを求めるべき。

・化学療法については常勤かつ原則専任の医師を1人以上配置することを求めるべき。

・専任の病理医を1人以上配置することが望ましい。

②専門的な知識・技能を有する医師以外の診療従事者の配置

・放射線治療を実施する場合は、専従かつ常勤の診療放射線技師1人以上の配置を求めるべき。

・放射線治療を実施する場合は専任かつ常勤の看護師を1人以上配置することが望ましい。

・外来化学療法室に専任の専門的知識・技能を有する常勤看護師を1人以

上配置することを求める(専従が望ましい)。

・化学療法に携わる専任の常勤薬剤師を1人以上配置することが望ましい。

・細胞診断に係る業務に携わる者を1人以上配置することを求めるべき。

・診療放射線技師、化学療法に携わる看護師、細胞診断に携わる者は、各々、放射線治療専門放射線技師、がん化学療法看護認定看護師ないしがん看護専門看護師及び細胞検査士であることが望ましい。

(3) 医療施設

・自施設で放射線治療を提供する場合は放射線治療機器の設置を求めるべき。

・外来化学療法室の設置を求めるべき。

・集中治療室は設置が望ましい。

・白血病等を専門分野に掲げる場合は無菌病室の設置を求めるべき。

・術中迅速病理診断も含めた標本作成、病理診断が可能な病理診断室の設置を求めるべき。

・施設内禁煙を求めるべき。

2. 診療実績

地域がん診療病院の実績は該2次圏のがん患者をどの程度診療しているかを目安とし、個別に判断することが望ましい。

3. 相談支援・情報提供・院内がん登録

(1) 相談支援センター

現行の拠点病院の要件と同様とする。

(2) 院内がん登録

拠点病院の新しい要件と同じものを求めるべき。

Ⅳ. 特定領域がん診療病院の要件について

・特定のがん種について、所在する都道府県による推薦を求めるべき。

・診療機能や人材配置等は拠点病院の要件を満たし、特定のがん種について集学的治療を提供可能であることを求めるべき。がん種に応じて必要な治療法が異なるため、指定にあたっては個別に考慮すべき。

・圏域を越えて都道府県内全体での実績が求められることから、緊急な治療が必要な患者や合併症を持ち高度な周術期管理が必要な患者に対しクリティカルパスの共有等により拠点病院等と連携した適切ながん医療の提供を求めるべき。

・拠点病院等との人材交流、技術提携、合同のカンファレンス、相談支援センター間の情報共有等を行うことが望ましい。

入院分科会 14年改定に向けた中間報告をまとめる

8月7日の「入院医療等の調査・評価分科会」は、2014年度改定の論点資料として、12年度入院調査結果から見直し対象とする項目を抽出、検討の方向性を提起した中間報告をまとめた。8月末の中医協総会に報告する。内容は7月31日に示されたもの(8月1日号既報)と同じだが、反対意見が併記された。

この日の議論では、重急性期入院医療管理料の新要件案に盛り込まれた「2次救急病院の指定」に対する反対意見が示された。「救急告示もしくは都道府県の補助金対象医療機関」とする報告案に、「救急指定とすると、重急性期ではない病態を引き受けざるを得なくなる」などの異論が唱えられた

□医療提供体制のあり方 — 日本医師会・四病協合同提言 (1面記事を参照)

●医療提供体制構築にむけての基本方針

1. 目前の超高齢社会にあっても世界最高水準の健康水準を守り、国民の生活の安心を支えるため、国民とビジョンを共有しながら、新たな時代にふさわしい体制構築に向けて国民とともに取り組む。

2. このため、発症からリハビリテーション、在宅復帰支援までどのような病期にあっても、患者の病態にあわせて、最善の医療を切れ目なく提供する体制を構築する。

3. 患者の命を守る質の高い医療を目指すとともに、生活の質を重視し、患者を支える医療を実践する。このため、地域の医療・介護・福祉との連携の下、地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療を含めた地域特性にあわせた柔軟な医療提供体制を構築する。

●医療・介護の再編

〈大きな方向性〉

医療資源、介護資源が一定以上整

備されている地域において機能が重複している場合には、その整理が必要である。一方、医療資源が十分整備されていない地域では、医療に切れ目が生じないように、地域性に応じた機能の見直しと整備が必要である。医療提供体制はこうした点を踏まえて構築していく必要があり、そのために病床機能情報の報告・提供制度を活用する。この制度の下で、都道府県が情報の収集、分析を行い、これを踏まえて地域の医療提供者、関係者等が主体的に医療提供体制を構築していく。

現時点では、医療提供体制のあり方について、大きな方向性として、以下のとおり提言する。

1. 地域の人口等に応じて一定数確保すべき病床は、医療計画に適切に組み込んでいく。

2. 急性期病床は地域における医療ニーズの実態と客観的な将来見込みを

踏まえて再編を行う。病期としての急性期には病態として重症・中等症・軽症が含まれる。このうち、救急救命センター、集中治療室等、専門医が常時配置されている病床は高度急性期病床として独立させる。高度急性期を担う病院はより急性期に集中できるように、人員・設備を充実する必要がある。また、軽症ほど早期に回復期に移行できる。一方、超高齢社会においては医療ニーズも変化し、さまざまな病期に適時・適切に対応する必要が高まることから、急性期、回復期、慢性期を担う医療機関が適切に役割分担と連携をすることも必要である。なお、ここでいう回復期には、ポストアキュートおよび回復期のリハビリテーションが含まれる。なお、医療の効率化や集約化は、各地域の実情に合わせた提供体制構築の結果として進むものである。

3. 慢性期病床は地域の高齢化の実情

と客観的な将来予測等を踏まえて他の提供体制と合わせて適切に構築されていくべきものであり、介護療養病床の廃止は見直していく必要がある。

4. 今後の超高齢社会では、これまで以上に在宅医療の充実が必要である。かかりつけ医による在宅医療を推進するとともに、身近なところにおいても入院できる病院等を用意して、自宅や居住系施設、介護施設など、どこにいても医療が適切に確保できるように、地域毎に医師会や医療機関が行政や住民と協力しながら、介護など連携した地域包括ケアシステムを確立していく。

〈病床の区分〉

「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」というように病期に応じて病床区分を整理する必要がある。また、ここでの区分を用いて、病床機能情報の報告・提供制度で報告を行っていくことを提案する。

「在宅医療、在宅介護、認知症へ積極的に取り組む」ことを宣言

「全日病プライマリ・ケア宣言2013」 全会員に在宅医療・介護への取り組みを提起。全日病として認知症の研修会を展開

全日病は、高齢化の下で焦眉の課題となっている在宅医療・介護および認知症対策に対する医療提供者としての考え方をまとめ、8月7日、厚労省の記者クラブで「全日病プライマリ・ケア宣言2013」として発表した。その中で、会員病院に在宅医療・介護の推進を提起する一方、全日病として認知症対策に積極的に対応していく決意を表わした。



▲「全日病プライマリ・ケア宣言2013」を発表する西澤会長(中央左)と丸山常任理事(同右)

「宣言」は、プライマリ・ケアの充実、とくに、在宅医療・介護と認知症対策の推進が国民的課題となっている現状を踏まえ、本会として関連事業を展開するとともに、会員病院にも積極的な取り組みを呼びかける旨を簡潔な表現で表わしている。

今年2月に、設置されたプライマリ・ケア検討プロジェクトで議論を重ねた結果、高齢化にともなって複数の慢性疾患をもつ在宅患者がかつてなく増える時代を迎えているが、これら領域における病院の取り組みは必ずしも十分ではないという点で認識が一致。

病院団体として施策を提言するだけにとどまらず、会員中心に病院界に取り組みを促すとともに、全日病としても積極的な支援等の活動を展開すべきということでプロジェクトの意見が一致した。

その考えを鮮明にする方法について、プロジェクト責任者である丸山常任理事は全日病の宣言として対外表明する方法を提案、第4回常任理事会(7月20日)の機関決定を経て、発表にいたった。第4回常任理事会は、また、プライマリ・ケア検討プロジェクトを常設のプライマリ・ケア検討委員会(丸山委員長)とし、高齢社会における医療提供のあり方に関する考察と提言活動を進めることを決めている。

医療系記者の集まりである厚生日比谷クラブでの発表には西澤会長と丸山常任理事が出席、30分にわたって「宣言」

の内容を説明、質問に応じた。

「宣言」を踏まえた活動について、丸山常任理事は、①「病院職員のための認知症研修会」を9月11日に開催する、②MSWを対象にした研修会など当該領域に取り組む病院に対する支援活動を強めていく、③専門医認定等の第三者機関と連携を図る中で「総合診療専門医」の養成を応援する立場から現場の声を届けていく、④日医を初めとした各団体との連携を図る、などの方針を明らかにした。

西澤会長は、「この活動は、全日病も地域で実際に実践している病院の立場に立ち、国立長寿医療研究センターや日本プライマリ・ケア連合学会等との連携をとりながら進めてまいりたい。病院団体として宣言したからには重大な覚悟で今後の活動に臨んでいきたい」と、決意のほどを明らかにした。

「全日本病院協会 プライマリ・ケア宣言2013」

【全日本病院協会の理念】

全日本病院協会(全日病)は、関係者との信頼関係に基づいて、病院経営の質の向上に努め、良質、効率的かつ組織的な医療の提供を通して、社会の健康および福祉の増進を図ることを使命とする。

全日本病院協会は、上記理念に則

り、これまで『医療は、患者(国民)と医療人が協力して整備を図るべき公共財であり、国民の健康・生活に直接関係する点で極めて重要である。』との認識のもとで、医療関係者ばかりではなく、患者、家族、地域住民などのすべてのステークホルダーとの協働を図ってきた。

2013年、われわれは、プライマリ・

ケアの重要性を認識し、新たな行動目標として以下を宣言する。

1. 在宅医療・介護対応宣言

全日本病院協会は、少子・高齢・人口減社会の医療・介護のあり方を直視し、すべての会員施設が地域におけるそれぞれの役割を確認し、診療所をはじめ医療・介護・福祉施設との

連携を進め、さらなる在宅医療・介護の充実に協働することを宣言します。

2. 認知症対応宣言

全日本病院協会は、国民的課題である「認知症」に、個別的に、かつ包括的に対応ができるよう、さまざまな具体的方策を提言・実行することを宣言します。

□丸山常任理事の会見発言(要旨)

本格的な高齢社会を迎え、疾患構造の変化、医療資源の偏在など、対応すべき様々な課題が生じている。とくに、高齢者に関しては、多疾患の併発や認知症等だけでなく、終末期の問題も喫緊の課題であり、これらにどう対応す

るかが問われている。そこで我々は、まず、できることから始めようと考え、このプライマリ・ケア宣言で、その方向性を示した。

この取り組みはおのずと長期的にならざるを得ないが、我々は、その一番に「在宅医療・介護対応」をあげた。在

宅医療・介護は会員病院のほとんどがすでに実践している。我々はそれを、病院、診療所、福祉施設等との連携の下でより推し進めていくべきと考える。

認知症は、MCIを含めると900万弱と推計されるように大きな問題になっているが、例えば、高血圧、褥瘡、嚥

下性肺炎と多疾患を併発した認知症患者が増えるなど、現場には混乱も出ている。

病院の今の体制でしっかり受け止められるのかという点で、危機感もっている。必要な支援、実態の補足と公表、政府への提言等をしていきたい。

2014年度改定の総括的要望をまとめる

日本病院団体協議会 入院基本料の考え方の変更を提起。看護基準の病院・病棟単位選択式も提案

日本病院団体協議会(日病協)は「2014年度診療報酬改定に対する要望事項」を作成、8月9日、診療報酬実務者会議の猪口雄二委員長(全日病副会

長)と武久洋三日病協議長(日慢協会長)が厚労省保険局の宇都宮医療課長に提出した。

要望書は診療報酬実務者会議がまと

めたもので、7月26日に代表者会議で承認された。14年度改定に対する総括的要望としては第1弾となる。



▲猪口委員長(左から2人目)は宇都宮課長(右から2人目)に改定要望書を提出した。

■日病協「2014年度診療報酬改定に対する要望事項」(要旨)

(基本的要望事項)

1. 診療報酬体系・施設基準体系の簡素化

現行の診療報酬体系、施設基準体系は極めて複雑であり、誤解や誤算定を起ししやすい。大幅な簡素化を図り、柔軟な運用を可能とする制度に変更することを要望する。

2. 入院基本料の基本的な考え方の変更

現行の入院基本料は、看護配置職員数により格差が付く体系となっており、看護職員の夜勤配置数や平均夜勤時間上限も定められている。しかし、入院患者の状態は医療機関や病棟で異なり、一定ではない。また、一方でチーム医療が求められている。

今後は、看護職員数のみではなく、多職種による業務が評価されることを要望する。具体的には次のような方法が考えられる。

・各医療機関の責任において、担当医師、夜勤も含む看護職員・看護補助者、医師事務作業補助者等の人員配置および薬剤師、MSW、精神保健福祉士、リハビリスタッフ、管理栄養士、臨床工学士等医療職の院内配置数を定める。

・一定の基準を設け、配置内容により入院基本料を5段階程度に分類する。
・各々の医療機関の提供する医療の内容と診療データの報告を義務化する。

このような方法で診療内容と人員配置がデータ化されるので、一定期間での内容の見直し(PDCA)が可能となる。

(具体的要望事項)

1. 看護基準運用の変更

看護職員数により入院基本料が決定される体系は変更されるべきであるが、仮に存続する場合、①一般病棟全体で同一の看護基準とし、傾斜配置を認める方式(現行の方式)、②病棟毎に看護基準を選べる方式の2つから、地域に応じた医療提供が可能となるよう医療機関が選択できるものとするを要望する。

2. 医療情報の標準化と診療報酬上の評価

今後の医療情報システムの整備と標準化を促進するため、医療情報標準化指針で示された規格に含まれた、厚生労働省標準規格に適合した電子カルテ等の医療情報システムを使用

し、標準化されたデータを取り扱う場合、十分な評価が行われることを要望する。

3. 入院患者の他医療機関受診時の減算廃止と受診医療機関での保険請求可能化

他医療機関受診時の一般病棟入院基本料減算(30%)や特定入院料減算(70%)は、懲罰的であり、このような減算方式の撤廃を要望する。また、受診他医療機関での保険請求が不可能なことで手続きが非常に煩雑になり、包括病棟では保険請求すら出来ず全額持ち出しとなっている。受診他医療機関での保険請求が可能となるよう要望する。

4. 医師事務作業補助体制加算の算定範囲拡大

医師の事務作業が多いのは全医療機関の問題である。さらなる評価とともに、特定機能病院、療養病床、精神病床、結核病床、感染症病床等でも算定が可能となる事を要望する。

5. 救急搬送医学管理料の再評価

救急対応を必要とする患者は昼夜を問わず搬送されてくるため、それに適した人員配置が必要となる。同管理料が終日算定可能となるよう再

評価することを要望する。

6. 包括支払病棟における算定可能な除外項目の整理

包括支払病棟における算定可能な除外項目は整合性に欠けている(特に精神科特定入院料)。基本的な考え方の整合性を図り、内容を見直すことを要望する。

7. 外来リハ診療料の算定期間の延長と要件緩和

外来リハ診療料は7日もしくは14日が算定限度であり、算定要件も厳しいため、実質的に算定困難である。算定期間の延長(28日～42日程度)と算定要件の緩和を要望する。

8. 維持的リハビリテーション算定の維持

1月13単位まで認められている維持的リハの算定は次回改定までとされているが、介護保険下の通所リハは質的・量的に整備不十分であり、引き続き可能とすることを要望する。

9. 「専従」の解釈について

診療報酬上「専従」の要件は明らかとはされていないが、実態として他の業務を行うことは認められない。しかし、機関連業務の多様性や効率性から考えて柔軟な対応を要望する。