



全日病

21世紀の医療を考える全日病

2006

ニュース

1/1

発行所/社団法人 全日本病院協会
 発行人/佐々英達
 〒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.632 2006/1/1

http://www.ajha.or.jp/

mail:info@ajha.or.jp

2006年1月1日号・15日号合併号



座談会 ● 「医療法改正の課題と展望」松谷医政局長他 4・5面
 介護・診療報酬、医療制度構造改革、規制改革等の情勢 6・7面
 インタビュー ● 今年で95歳。日野原翁、老いて尚医療に情熱 8面
 厚生労働省の療養病床再編方針に対する見解(西澤副会長) 8面

2006

年頭のご挨拶

社団法人 全日本病院協会 会長 佐々英達



平成18年の新春を迎えるに当たり、心からのお慶びを申し上げます。
 当協会は、医療の社会的重要性が増す中で、国民に安全で質の高い医療を、医療人が誇りと達成感をもって提供できるような環境整備を行うという基本理念を実現するために、各委員会を中心に活動を重ねております。
 即ち、医療現場の実態を正確に反映したデータの収集に努め、客観的な現状分析を行い、医療・病院・全日病のあり方、医療提供体制の今後の進むべき方向について長期的視野に立って議論を重ね、その成果を内外に示してまいりました。
 しかし、現実には、財政の逼迫を理由に、診療報酬抑制、健康保険法等改正による患者負担増など、医療提供側・国民・患者に負担を強いる財政優先の改革が行われております。更に病院、特に急性期病院の運営を困難にしている要因として、医師、看護師等の人材不足があります。医師不足についてはリスクの高い診療科へ進むことを嫌う傾向、勤務医の開業志向などが挙げられます。看護師についても急性期医療における過大な心身の疲労により、疲労度の少ない医療施設を選択する傾向がみられます。
 さて、今年には医療制度の大改革の年になります。特に重要なものは第5次医療法改正であります。社会保障審議会医療部会は去る12月8日に「医療提供体制に関する意見」をとりまとめました。
 今回の法改正の柱は「医療計画制度の見直し」、「医療情報提供の推進」、「医

療法人制度改革」であります。従来の医療法は施設規制法の性格が強いものでありましたが、患者の視点に立った医療法へと変身します。即ち、患者・国民の選択の支援をする観点から医療及び医療機関に関する情報提供の推進が求められます。地域医療の向上の観点から医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進等が求められます。そして改革のための具体的な施策は、医療提供体制の現状や住民の意識は地域によって大きな違いがあることから都道府県が中心となって行われることとなります。
 また、4月には診療報酬・介護報酬の同時改定があります。去る12月1日「医療制度改革大綱」が公表され、その中で18年度の診療報酬改定については引下げの方向で検討し措置すると明記されました。この号が発行される以前に政府から改定率が示されることになっていますが、大変厳しいものとなると思われます。1月には診療報酬体系の改革さらに配分について大議論が展開されることとなりますが、客観的な調査・分析に基づいた改定、国民医療に真に必要なところに重点的に配点するというメリハリのついた改定を望むものです。
 本年も全日病は「会員のお役に立つ協会であること」、「国民と患者に安心と満足を与える医療制度の確立を目指す協会であること」というスタンスに立って一つひとつの課題に全力を挙げて取り組んでまいります。
 本年が会員の皆様にとって輝かしい年となりますよう祈念いたしまして、新年のご挨拶といたします。

改定率は-3.2%。「医科」は過去最大-1.5%!

政府は12月18日、2006年4月の診療報酬改定率を-3.16%とすることを決めた。内訳は、医科・歯科・調剤からなる行為報酬(本体)を平均1.36%引き下げ、薬価は1.6%、医療材料価格は0.2%それ

ぞれ引き下げる。(7面に関連記事)
 本体の内訳は、医科・歯科がそれぞれ-1.5%、調剤が-0.6%。本体のマイナス改定は02年改定(-1.3%)に続いて2

回目。引き下げ率は02年を上回った。薬価・材料の引き下げは1988年以来10改定連続となる。
 マイナス改定の結果、医療費の国庫

負担額は約2,390億円減る。
 06年度予算の概算要求基準は、8,000億円の自然増が見込まれた社会保障関係費を5,800億円増にとどめることを決めたが、その削減額以上を、マイナス改定が稼ぎ出した。

診療報酬改定率		
全体	-3.16%	
本体 (行為)	平均	-1.36%
	医科	-1.5%
	歯科	-1.5%
調剤	-0.6%	
その他	薬価	-1.6%
	材料価格	-0.2%
介護報酬改定率		
全体	-0.5% (10月込-2.4%)	
在宅分	軽度	-5%
	重度	+4%
施設分	0%	

介護報酬は全体で-0.5%。施設は平均で0率改定

政府は12月18日、2006年度の介護報酬改定を平均-0.5%とすることを決めた。内訳は、在宅分が-1%、施設分は0%とする。昨年10月改定を含めた実質の引下率は2.4%になる。
 マイナス改定による国費への影響額(昨年10月改定分を含む)は約90億円の減にとどまる。
 在宅については、軽度者対象を5%引き下げる一方、中重度者(要介護度3~5)向けは4%引き上げる。

施設については昨年10月の制度改正に伴う改定で4%引き下げたことから、平均で0率の改定となった。ただし、

養護老人ホームの分が含まれている。また、平均0率とはトータルで現行水準を据え置くということであり、施設や算定項目間の比重を変えることを排除していない。(6・7面に関連記事)

厚労省が見解 6年間で療養病床を再編。介護療養型は廃止

社審審・介護給付費分科会で打ち出された介護療養型の病床転換が関係方面に大きな波紋を広げる中、厚生労働省は12月21日、「療養病床の将来像について(案)」と称する「基本的見解」を公表

し、2012年度までに「体系的な再編を進める」として、その基本的な考え方を明らかにした。見解は老健局が打ち出した介護療養型の廃止を迫るものとなった。(8面に関連記事)

2006年 年頭のご挨拶

年頭所感

社団法人 日本医師会
会長 植松治雄



平成18年の新春を迎え、皆様にお慶びとともに一言ごあいさつ申し上げます。

総選挙で自民党が大勝した結果、医療改革が加速し、かなり厳しい状況になりました。厚労省の「医療制度構造改革試案」に日医は「国民皆保険の理念に反する」と反論し、その後、国民医療推進協議会として、地域集会和署名運動のほか国民集会も開催しました。

財政主導の医療費抑制や患者負担増の主張が続く限り、日医は国民とともに国民皆保険制度と医療の安全・質を守る運動を展開していく所存です。

昨年は「糖尿病対策推進会議」を設置しました。第2回国民医療推進協議会総会は「禁煙活動の推進方針」を承認し、たばこの値上げと当該税収を国民の健康を守る財源にあてる要望をしましたが、今後は、生活習慣病予防を国民運動としていくことが重要と思います。

昨夏には「医療事故防止研修会」を開催しました。日医、都道府県医師会、会員が一体に取り組んだ研修会は貴重な経験でした。医療不信を払拭するためにも、安全な医療を提供できるようにしたいと思っています。

女性医師が抱える諸問題への対応は喫緊の課題です。その一環として昨年7月に「男女共同参画フォーラム」を開催しました。厚労省が構想する女性医師バンク(仮称)の中心的役割を果たしていくべきと考えます。

今後の課題として医師不足・偏在の問題があります。小児科・産科医療の危機的状況への対応、勤務医の過重労働などにも積極的に対応して参ります。「新型インフルエンザ」の流行が危惧されており、発生時には迅速な対策が求められます。

本年が皆様に希望に満ちた年となることを期待しております。

新年のご挨拶

参議院議員 武見敬三



新年あけましておめでとうございます。

昨年、医療制度改革大綱が策定されました。しかし、これで医療制度改革の議論が終わった訳ではありません。わが国の成熟した経済社会、少子高齢化、さらに新興感染症の脅威拡大等様々な環境変化を視野に入れ、わが国のあるべき医療の姿については、引き続き徹底した議論が行われなければなりません。

現在、医療保険制度改革の議論は、財政論的な立場に立ったトップダウンの政策決定から次々と生み出されてきています。

財政論的な立場の人達に申したいのは、わが国医療の姿をどのように変えるのかという説明抜きに、単に持続可能な制度を確立するというだけでは、国民への説明責任を果たしたことはならないということです。

一方、医療提供者側は、今日の成熟した経済社会の中で、健康価値というものに基づいて経済的な価値のみに立脚しない医療制度改革の議論というものをいかに確立し、政策論として提示できるかが重要となります。

特に今後は、健康価値に基づいて保健医療のニーズをしっかりと把握した政策をしなければいけません。

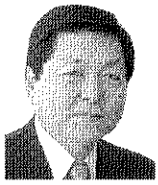
これまで健康づくり事業は、各保険者でバラバラに行われてきました。母子保健・学校保健・産業保健・老人保健間の連携も不十分でした。今後、都道府県単位で保険者の再編成が行われ、保健・医療とも都道府県で各種医療計画及び健康政策が策定されることとなります。

全日本病院協会の皆さまには、このような時代状況に合わせて、各医療関係団体の国レベル・都道府県レベル・郡市レベルの役割も充実させることが求められます。

全日本病院協会のますますのご発展を祈念致し、年頭のご挨拶とさせていただきます。

新年の言葉

参議院議員 西島英利



幸多き平成十八年の新春を迎えられたこととお慶びを申し上げます。

私は昨年厚生労働委員会で十一回、決算委員会で二回、災害対策特別委員会で二回と委員会質問に立ち、国民の安全、安心を守るための諸課題と医療構造改革等について質問を行いました。

一意専心公務に励むことができますのもひとえに皆様の暖かいご支援のおかげです。誠に有難うございます。

政府は昨年十二月一日に決定した医療制度改革大綱に基づき、次期通常国会に二月中旬を目処に関係法令を上程するための準備に入っています。

国民皆保険制度のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を守っていくために、生活習慣病対策等、疾病の予防を重視した保健医療の取組を強化して、平成二十年度に向けて、新高齢者医療制度及び保険者の再編・統合の実現を図ることとなります。

また、財務省が強く要求していた保険免責制度やGDPに連動する医療給付費の伸び率管理制度の導入は見送られました。

私は、国民のために役立つ真の医療構造改革構想を実現させるために、高齢者医療制度の具体化に引き続き努力することと合わせて、診療報酬体系や医療提供体制、その他の改革に取り組んでまいります。

医療現場の第一線で努力をされている全日本病院協会の皆様の一層のご理解とご支援を心からお願い申し上げます。

最後に、全日本病院協会のご発展と皆様のご健康を心より祈念いたしまして、新年のご挨拶とさせていただきます。

国民・患者、地域医療に利益となる改革を

副会長 西澤寛俊



明けましておめでとうございます。

厚労省の「医療制度構造改革試案」、政府・与党による「医療制度改革大綱」と、矢継ぎ早に重要な方針が決まりました。

医療改革の基本的な方向性は、「病院のあり方報告書」で明らかにしてきた我々の考え方と、大筋で一致しています。しかし、その議論と改革の具体的内容は、医療費適正化と称した医療費削減です。

質の高い、安全な医療は国民の最大のニーズであり、良質な医療サービスの提供には費用を伴います。また、医療改革は民意にもとづいて評価する必要があります。そして、我々医療提供者も、民意にもとづいた質と効率性を高める改革に取り組む必要があると考えます。

改革方針では、高齢者が長期に入院する病床の転換を進めるとされ、介護給付費分科会では介護療養型の廃止が提起され、さらに、厚労省は年末に、2012年度までに療養病床の再編を進めるという見解を発表しました。

この重要な問題に関しては、然るべき審議会の議論等を経ず、厚労省から突然発表されるなど不明な点が多く、療養病床を有する病院は不安を募らせています。

療養病床の問題、さらに診療報酬・介護報酬改定においては、国民・患者そして地域医療に寄与する病院に不利益が及ぶことがないよう、鋭意、提言・要望に努める所存です。

新年の抱負

副会長 手束昭胤



謹賀新年、昨年の新語・流行語大賞は、「小泉劇場」と「想定内(外)」で、派手なパフォーマンスが目立ち、事件・災害も相変わらず多く、楽しい話題も少なかった。

9月の衆院選は小泉自民の圧勝で、政治環境は激変し、官邸のトップダウン方式で、厚労省の12月1日の「医療制度改革大綱」が決定された。

ここでは、来年10月から高所得の高齢者の自己負担3割への引き上げ、医療療養病床の70歳以上の食住費の保険外負担、高額療養費の自己負担限度額引き上げ、介護報酬と同時に4月からの診療報酬引き下げ、2007年度には保険料賦課の見直し、2008年度には新高齢者医療制度、医療費適正化計画などが固まった。

これらは、すべて患者負担増と診療報酬引き下げのみが強調されており、患者側、医療提供者側の両者共大いに不満の強いものである。

全日病は引き続き、医療制度構造改革元年の本年こそ、高いエビデンスを持ったデータを集積し、適確な対案を情報発信し続けなければならないと考える。

今年の干支は「戊」で、心身ともに活気に溢れ、明るい展望が開かれる年といわれる。自然と人間との素晴らしい共生社会を築きたいものである。

覚悟を持って改革に臨む

副会長 安藤高朗



明けましておめでとうございます。いよいよ本格的な医療制度改革の年が明け、本当に厳しい病院経営の時代を迎えようとしています。

全日病会員の半数は療養病床や介護療養型医療施設を持っています。急性期病院における平均在院日数短縮により、医療・看護・介護必要度が高い患者の受け皿機能も医療療養病床の役割になってきています。医療区分1の療養病床からの締め出しも行われそうです。「1」でも様々な病態の合併症になると「2」と同様のケースもあります。ポイント制を導入し、合計で「2」になる仕組みを望みます。

ショートステイを含む在宅支援・認知症のケア・ターミナルケアは医療療養病床および介護療養型医療施設の役割と考えます。特に介護療養型医療施設は他に比べ、要介護度が高く、様々な合併症をもった高齢者がいることを考えれば、限定的に介護療養型医療施設の存在を残す必要があるかもしれません。その代わりきちとした第三者評価や診療結果の開示が必要でしょう。

今後、「これから必要な医療施設はなにか」「医療の質を向上するにはどうすればよいか」等を国民と一緒に考えましょうと提言するためには、「よし、現在のベッドの3分の1を削減します」というくらいの覚悟をもって取り組む姿勢が必要かもしれません。

新年のご挨拶 常任理事・委員会委員長

常任理事 国際交流委員会委員長 赤枝雄一

新年明けましておめでとうございます。今後も大幅な医療制度改革により、経営側・患者側にとって益々厳しい医療環境が予想され、制度の改革を見据え十分に対策をとっていかねばなりません。

例えば、院内機構の再構築・情報共有・職員の教育など医療サービスを整え、質の良い医療を提供し続けることが求められています。

本年も医療をめぐる諸問題に取り組み、環境向上に全力を挙げて取り組みたいと存じます。

常任理事 学術委員会委員長 新垣 哲

今年は、病院経営の舵取りが難しい、非常に厳しい選択を迫られそうです。あわてず、じっくりと腰をすえて自院のペースで対処しようと思う。失意泰然、得意淡然。

常任理事 医療の質向上委員会委員長 飯田修平

謹賀新年。旧年中は新たな取り組みにご協力いただきまして有り難うございました。成果の一部を出版することができました。医療制度改革いよいよ本番の年です。好ましい変化にはならないでしょう。しかし、我々が提言し、実践してきた方向は正しいと考えます。すなわち、質重視の経営、質重視の医療の提供です。質・安全・情報が鍵になります。本年も引き続き、重要課題に取り組みますので、会員諸兄姉にご協力とご支援をお願いします。

常任理事 救急・防災委員会委員長 石原 哲

昨年は自然災害が多発し、被災者の皆様には心よりお見舞い申し上げます。今年も地震・台風・テロ・新型インフルエンザ等災害医療が重要になってきます。医療制度改革においても、救急医療体制が大きく変わろうとしています。救急・防災委員会は会員と連繋を密にして、2次救急体制の現状把握に努め、有益な情報を提供する所存です。また、本年も引き続き民間病院における救急医療・防災活動への取り組み方をテーマに、3月に開催する防災フォーラムや防災訓練、救急医療に関する報告等会員の方々に情報を提供してまいります。

常任理事 医療保険・診療報酬委員会委員長 猪口雄二

会員の皆様、新年明けましておめでとうございます。平成18年は、医療制度改革・診療報酬改定・介護報酬改定というかつてない大改革の年です。情報の収集と伝達が極めて重要となります。我々、医療保険・診療報酬委員会も、いち早い情報伝達に心掛けます。どうかご協力よろしくお願い致します。

常任理事 医療従事者委員会委員長 大橋正實

新年明けましておめでとうございます。昨年度は、医療従事者委員会として、新しく看護部門研修コースを立ち上げることができ、感謝しております。事務長研修コースも今年で第5期となり、両コースとも一年一年その精度

を増すように努力を重ね、会員の皆様にも少しでもお役に立つようにと願っております。「人は石垣、人は城」のたとえの通り、制度の改革に人材の育成が遅れることがない様に努力する所存ですので、宜しくお願い申し上げます。

常任理事 企画室委員会委員長 川島 周

我々の主張を認めてもらえない厳しい状況になってきました。ここはもう、破れかぶれで発想の転換をしましょう。現在28兆円の医療給付費が2025年には少なくとも42兆円に増えるのですから、これをかすかな希望としてやっていくしかないような気がします。ともかく本年11月には、徳島で全日本病院学会を開催しますので、皆様のご参加をお願いします。お待ちしております。

常任理事 川野四郎

「明けましておめでとうございます」と、恒例のご挨拶をすることもはばかれる新年を迎えました。先日の何とも説明のつかない衆院選での小泉自民党大勝をうけ、待っていましたとばかり、なりふりかまわぬ諸政策の強行ぶりが著明になっています。しかし、一方では、中曽根・宮沢両元首相をはじめ多数の識者が、この強権的で強者の理論がまかり通る小泉政治に批判的である事も事実です。政治は、いつの時代も、社会的弱者の救済という重要な政策がその根本にある事を強調して、ご挨拶と致します。

常任理事 介護保険制度委員会委員長 木下 毅

新しい年を迎えましたが、今年は医療界にとっておめでとうといえる年ではなさそうです。特に療養病床にとっては大きな変革の年といえそうです。慢性期の医療を担う責任を自覚し、病院としての医療機能の充実と、住まいの機能の分離を真剣に考えてゆかなければならないと思っています。高齢者は増え続け、当然慢性期医療の必要な人も増えます。この人たちに効率よく良質な医療サービスを提供して行くのが療養病床の役割だと思います。

常任理事 病院機能評価委員会委員長 木村 厚

私は本年度より当委員会の委員長を務めるようになり、常任理事の末席を汚しております。委員会は月1回開催しており、日本医療機能評価機構の評価項目の検討を行い、全日病会員の多くを占めている中小病院の機能が適切に評価されるように意見を機構に具申しています。また、機能評価受審支援事業も徐々に件数が増加しております。今後どうぞご利用ください。11月の全日病学会でもシンポとセミナーを行う予定です。ご参加ください。

常任理事 医療制度・税制委員会委員長 小松寛治

明けましておめでとうございます。消費税アップが公然と語られ、今年は私共にとって大きな損税となっている消費税への対策が正念場を迎えました。医療制度・税制委員会を通してがんばりたいと思います。よろしくバック

アップをお願い申し上げます。

病院のあり方委員会委員長 徳田 禎久

会員の皆様、新年明けましておめでとうございます。平成18年度診療報酬改定は我々の想像を超える厳しいものとなりそうです。本年度は「病院のあり方報告書2006年版」を会員の皆様に提示する予定ですが、提言実現の為、具体的取り組みについても合わせて考えるつもりです。今後は、具現化の為により一層強く連携する会員が必要となりますので、御協力をお願い申し上げます。

常任理事 医療安全対策委員会委員長 中村定敏

謹賀新年。診療報酬の裏づけなしに、医療の質と安全性の向上が押し付けられた。小倉医師会という枠組みの中で安全性の向上に取り組んだところ、熱心な指導者群にも恵まれて、3年間で医事調停届出件数を年間17件から9件へ、ほぼ半減することができた。会員諸兄のご協力を得て、成果を全国レベルまで拡大したいものである。

常任理事 財務委員会委員長 中村康彦

明けましておめでとうございます。本年は診療報酬や介護報酬の同時改定が実施され、高齢者の自己負担や大病院の初診料負担などが引き上げられます。ますます厳しい病院経営を迫られる年となりますが、合理的なシステムを構築し、医療の質の向上や、患者本位の医療、安全な医療に尽くすつもりです。本年もよろしくお願いいたします。

常任理事 人間ドック委員会委員長 西 昂

新年あけましておめでとうございます。昨年、人間ドック委員長を拝命いたしました。宮崎で開催されました全日病学会の人間ドック研修会を無事済ませることができましたのも、皆様方のお蔭と感謝いたしております。今年、一泊人間ドックを4月頃開始できますよう、執行部、ドック委員の先生方及び事務局の方々と共に頑張っています。今後ともご指導ご鞭撻賜りますようお願い申し上げます。

常任理事 濱砂重仁

謹賀新年。昨年の全日本病院学会宮崎大会ではお世話様になりました。スピーディに変化する医療改革の中で泳ぎまわるには、強靱な心肺機能の持続と、正しい方向を見極める頭脳が必要です。ただ、波が高く流れも速い海を泳ぎまわるか、心配この上なしの心境です。公的病院は台風にも負けない船を持っています。我々は、それに勝つのではなく、会員一人一人が力を合わせ、医政に目を向け、耐え忍んでいきましょう。陸地が見えるまで……。

常任理事 濱脇純一

明けましておめでとうございます。昨年、常任理事を拝命いたしました浜

脇です。医療制度改革が避けて通れぬ昨今ですが、今迄の制度にも国民のため、患者のために死守せねばならぬことがある。例えば国民皆保険制度。日本人の平均寿命・健康寿命が世界1位を維持しているのは医療人の犠牲的過酷労働に支えられていることも、もっと国民に理解してもらうことも大切である。良質・安全な医療と健全な経営は車の両輪であることも。そのためには、医療人とくに医師の結束を訴えたい。新米で勉強させていただきまして今年もよろしくお願い致します。

常任理事 日野頌三

「成長の限界」という本を読んでいる。それによれば、すでに地球はキャパシティをオーバーしているらしい。文化・文明のたどり着く「必然の隘路」であり、様相・規模は様々であるがいくつかの史実がある。隘路であることがはっきりしたときは「手遅れ」である。医療界はどうだろう。臆気ながら見えているような気がする。相次ぐ医療制度改革はすべて失敗に終わった。昨年の「構造改革」も「病院」を「民宿?」にする知恵しかない。

常任理事 平山登志夫

謹んで新年のお慶びを申し上げます。2006年は医療界にとっては激震の年である。小泉流の改革は先ず破壊から始める。先の選挙では、名だたる政治家が小泉チルドレンに蹴散らされ、政治の場は一変した。日本医師会もこの改革に抵抗する力はすでにない。今までの医療は、人の生命健康を守るために、全ての面で良質の医療、質の高い医療が最優先に求められてきた。しかし、病院という組織は多くの職員の生活の場でもある。我々も医療を守るために、全日本病院協会の総力を挙げて行かなければならない。

常任理事 総務委員会委員長 古畑 正

あけましておめでとうございます。改革がさげられるこの困難な時代に、総務担当理事として、全力をつくす覚悟でおりますので、会員の皆様におかれましては、よろしく御協力をお願い致します。

常任理事 松村耕三

明けましておめでとうございます。昨年末に、過去最大の診療報酬の引き下げが発表され、いよいよこの4月から医療制度改革が実施されることとなりました。我々医療関係者は、どのような環境にあっても、限りある医療資源を効率的に国民に提供するのを使命として、公私ともに患者の立場に立って、国民のために医療を行っていくことが大事と考えます。皆さまからのご意見やお知恵を拝借しながら、この苦難を乗切っていくと思っております。どうぞ、本年もよろしくご指導のほどお願い申し上げます。



医療計画 ソフト面を強化、提供体制整備のツールに 病床転換は既定方針。だが、参酌標準見直しの必要も

佐々 医療制度改革は、まず、厚生労働省において構造改革試案が示され、その後、政府・与党による改革大綱が出されましたが、他方、審議会においても、社会保障審議会医療部会、医療保険部会それぞれ意見書がとりまとめられ、2006年改革の内容が出揃いました。

本日は、主に医療提供体制の面から、改革の中身を詳しく説明いただければと思います。

松谷 今回の医療法改正は、年金、介護といった社会保障の枠組みを、持続可能なものへ、どう再構築するかという大きなテーマの下、医療について医療提供体制と医療保険制度の両面を同時に改革する、まさに医療制度の構造改革として取り組まれるものです。

2002年の通常国会で成立した健保法等改正では、附則で、保険者の統合再編等医療保険制度の見直し、新しい高齢者医療制度の創設、診療報酬体系の見直しなどの実行を政府に課しました。

それにもとづいて打ち出された基本方

改革の方向 ● 「切れ目のない提供体制」「方向は共通」

西澤 医療現場から見ると、改革案が突然示されたようにも思えるのですが、今の説明をうかがうと、時間をかけて準備されてきたことがわかります。しかし、周到に準備されてきた割には、例えばIT化のように随分時間がかかっているという課題もあります。

徳田 全日病は「病院のあり方」報告書で、我々が考える望ましい医療提供体制のあり方を提言してきました。今回の改革案をみて、我々の考え方の間に大きな違いはないと思っています。医療提供側としても、円滑な施行に向けて、できることは協力していかなければならないだろうとは考えています。

しかし、もっと早くから取り組まれるべきではなかったかと思う部分も少なくありません。例えば、医療計画は2008年度に本格施行ということですが、短い期間にあれだけの内容の準備ができるのだろうか心配になります。

猪口 今回の医療提供体制改革は、診療報酬改定や介護報酬改定と密接に絡んでいるだけに、どこから火がつくかわからないという印象です。

療養病床のあり方に手をつけるということですが、どういう施策が、いつ施行されるのか気になるところです。大筋の方向性は出ているのですが、なお明確でない部分が多く、会員に機敏に情報提供しなければならぬ我々として、気にかかるところが沢山あります。

松谷 医療提供体制を改革する上で必要な診療報酬上の裏づけは、十分配慮願うよう保険局にも伝えてあります。もっとも、厳しい改定率が予想されるため、難しい面があることは否めませんが。

西澤 「改革大綱」はどのようなところに特徴があるのでしょうか。

疾病調査 ● 「病名統一を図りたい」「主疾患の診療情報収集を」

徳田 医療計画については、私どもの「病院のあり方報告書2004年版」でも重点的に取り上げています。医療提供体制を論じるにあたっては、まず、どんな疾患がどの位発生しているのかという地域特性と、それに対する医療提供体制の現状を正確に把握し、その上で、地域にふさわしい医療計画を作成すること。その際に、目標値を明確にして住民に示すというものです。そういう点で、今改正における厚労省の提案と概ね合致しています。

しかし、2008年に本格施行するのであれば、急がなければならない作業が多々

針が03年3月の閣議決定です。従って、今回の医療構造改革には、その宿題を実現するという目的があります。これら一連の改革テーマに医療提供体制は書き込まれていませんが、車の両輪ということで同時に取り組まれることになったわけです。

その医療提供体制については、まず03年8月に、厚生労働省の手で「医療提供体制の改革のビジョン」が策定され、その後、それに沿って社保審の医療部会が04年9月から議論を開始し、昨年12月8日に医療提供体制に関する意見をとりまとめました。一方、構造改革の全体像については、厚生労働省として昨年10月19日に「医療制度構造改革試案」を提案し、議論を経て、政府・与党は12月1日に「医療制度改革大綱」をとりまとめたところでした。

医療提供体制に関する改革は、その改革案に盛り込まれています。大きな柱は医療計画の見直し、医療情報提供の推進、医療法人制度の見直しということになります。

松谷 「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」というかたちで、冒頭から、予防や医療提供体制という中身に触れているところが特徴的な点です。次に、「医療費適正化の総合的な推進」ということで、医療費の伸びを適正化する中長期的な考え方が述べられ、それに続いて、医療保険制度改革の内容が示されています。そして、医療提供体制に関して、医師不足問題への対応、地域医療の連携体制の構築、患者に対する情報提供の推進、質と安全、医療法人制度改革というテーマが記述されています。

医療法改正の中で、大きな柱となるのが医療計画の見直しです。1986年8月に施行された医療計画は、地域における医療提供体制の整備に貢献してきました。その結果、病床の数的整備はほぼ目的を達しました。したがって、病床規制という機能を当面は存続させつつ、基準病床数制度以外の、地域医療に必要な医療を整備する考え方やツールといったソフトの面を強化するというのが、改革の目的です。

即ち、地域ごとに医療機能の異なる医療機関による連携を構築して、急性期から回復期、在宅に至る切れ目のない医療提供体制を整える。具体的には、地域ごとに疾病と医療機能に関する調査を行ない、それを踏まえて、がん、糖尿病さらには救急を含む小児医療といった住民に必要とされる主要な事業を取り上げ、その目標と取り組みを分かりやすく示すとともに、主要な事業ごとに連携体制をつくり上げるということです。

西澤 新たな医療計画に、「地域」という概念がキーワードとして登場してきました。その改革の方向性は、全日病が議論してきたものと大きな違いがありません。

あるのではないのでしょうか。その1つが、質の高い疾病情報を得るということです。国際疾病分類にもとづいた収集が必要であり、これを進めるにはIT化が必須です。診療報酬改定議論の中でもIT化推進が示され、大変期待していたのですが、どうも大病院、中小病院、診療所と段階を踏んで進める方針のようです。これでは時間がかかり過ぎると思います。

医療法改正の中に、診療録に加え看護記録を保存させる方針があります。これは非常に重要なことです。診療が実際にどう行なわれ、どういうアウトカムになった

のかというデータが両方の記録から詳細に得られると、質と効率化につながるエビデンスが確立される可能性があります。IT化に際しては、こういう記録をどう残すという方針が示されるべきで、その分析から、医師や専門職のさらなる投入など住民が望む医療提供を可能とする資源配分も明確になっていくのではないかと思います。

次に、都道府県という単位で考えることになっている疾病等の調査です。その考えは間違っていないのですが、地方には、まだ、それを実行する仕組みがないのではないのでしょうか。いわんや2年という短い準備期間です。それだけに国として、都道府県にかなりの指導・支援をしなければ、新医療計画は実効性に欠けたものになるのではないかと危惧します。

さらに、住民の希望や意見を反映させるという点はもちろん大賛成なのですが、これまで、このたぐいの話は実現されたためしがありません。医療計画見直しの具体的な進め方にはアンケート調査を行なうとも書かれています。そうであれば、全医療機関に共通フォーマットで患者アンケートの実施を義務づけるということをやってみたらいかがでしょうか。

松谷 確かに、連携のツールである地域連携クリティカルパスにしても、まだ、開発途上であり、そういう意味で時間はかかります。医療計画で主要事業の目標を示す場合に用いる指標も、国として当面は既存の統計資料を活用する方針ですが、おどろきのものでは医療計画として用をなしません。と、正確な指標を開発するにはかなりの時間がかかり、その辺の調整をどう取るかという問題があります。

正確な疾病統計を作るためには、ICDなど、共通言語となる正確な疾病名が必要なおっしゃる通りです。コーディングは診療報酬の面でも評価されつつありますが、我々としても、IT化に向けて標準コードを整えつつあります。電子カルテの標準装備は中小医療機関にはまだ難しいでしょうから、少なくとも、レセプトと直結するオーダーリングシステムのレベルで病名コードの統一が図られれば、所期の目的は達するのではないかと考えます。

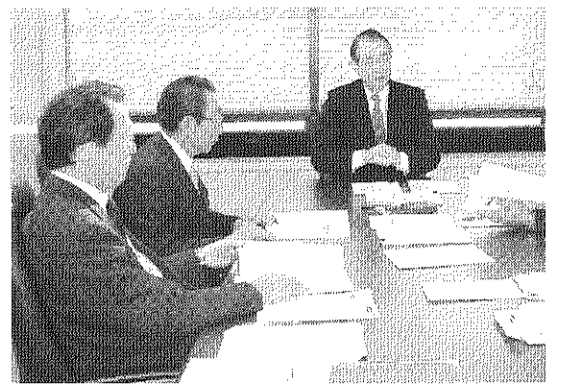
ご指摘のように、都道府県の負担は大きいものがあるし、その能力も問われます。地域連携体制の事例情報を全都道府県に提供するなど情報共有化に努めていますが、2006年度には、国立保健医療科学院でノウハウ取得の研修を予定しています。都道府県の担当部局に有能な人材を配置するよう、各知事をお願いすることも必要でしょう。

備えるべき診療に関する諸記録の保存対象に看護記録を追加する件は全病院を対象に実施します。これは重要な改正と

療養病床 ● 「介護を経て居住系へ移行」「方向が見えない」

猪口 提供体制の問題ですが、やはり、療養病床が今後どうなるのかという点が気になります。「改革試案」には、「高齢者が長期に入院する病床の居住系サービスへの転換を促進する」と書かれました。したがって、長期入院病床の転換ということになるのですが、医療療養病床に食費別負担を導入する方策も示されました。療養病床は今後どこに向かうことになるのでしょうか。本当に老人専用住宅に向けられるのだろうかという懸念もあります。(笑)

松谷 まず、電子レセプトの件ですが、保険局としては既にスケジュールに載せており、2006年度からオンライン請求を



位置づけています。

問題は住民の声を聞く方法です。公聴会を開くということもありますが、病院を介して声を集めるという提案はアイデアとしてよいと思いますね。

徳田 電子カルテの導入は、おっしゃる通り簡単ではないと思います。しかし、内容の充実した看護記録や退院時サマリーは多くの病院で実施されています。全疾患となると大変ですが、全日病と東京都病院協会が合同で行なっている診療アウトカム評価調査によると、主要な25の疾患・処置で全症例の40～50%を占めていることが判明しています。

その主要25疾患について、入院診療計画、アウトカム、合併症さらには診療過程で生じた問題など、一定範囲の情報を疾病調査と一緒に得ることは可能なような気がします。その中から、質だけでなく、安全に関する情報も得ることができます。

現在、医療機能評価機構が医療事故情報の収集を行なっていますが、義務化されていない医療機関も多く、十分な情報が集まっているとは思えません。しかし、IT化によって広範囲の医療機関から得られる情報を分析できれば、診療の質の実態のみならず人員配置と事故やインシデント発生との関係といった重要なデータも得られます。疾病調査と同時に、そうした診療情報が得られる仕組みもぜひ作ってほしいものです。

松谷 つまり、そのことのために特別なことをするのはなく、通常作業の中に一定範囲の情報が得られる仕組みをビルトインするということですね。医療計画に関しては、今後もワーキンググループで具体的な方策を検討してもらおうわけですが、今のお話は重要なヒントになるかもしれませんね。

猪口 せめて電子レセプトだけでも急ぐ必要があります。「改革大綱」には「平成23年度からすべてオンライン請求とする」とありますが、5年は時間がかかりすぎではないでしょうか。介護保険では制度創設当初から電子請求を認めた結果、この数年で90%以上が電子媒体による請求に変わりました。

明細付き領収書にしても、我々にすれば、発行できない病院はない筈で、ぜひ積極的に進めていただきたいものです。

開始します。政府としても重視していますし、保険者の問題もクリアできるということですから、順調に進むのではないのでしょうか。

領収書の件は電子請求が進めば自動的に普及する話です。

療養病床については医療費適正化ともろに係わる課題です。高齢者の外来に関しては、生活習慣病の予防によって中長期的な医療費の適正化を図り、入院は平均在院日数を短縮化することで適正化しようということですね。その場合に、平均在院日数短縮化で医療費適正化が図れるのは長期入院の場合なのです。

現在、精神科と療養病床を除いた平均

疾病調査 病名統一とIT化が必須。診療情報収集も必要

病床転換は省としての統一方針が前提。具体的方向明示が急務

出席者
厚生労働省医政局長
松谷有希雄(中央)
全日本病院協会会長
佐々 英達(左から2人目)
副会長
西澤 寛俊(右端)
病院のあり方委員長
徳田 禎久(左端)
医療保険・診療報酬委員長
猪口 雄二(右から2人目)

在院日数はおよそ20日ですから、急性期にこれ以上の短縮化はあまり期待できないと考えています。これ以上の短縮化は、かえって医療費を増やすことになりかねないからです。(笑) つまり、平均在院日数短縮化によって医療費適正化が期待できるのは療養病床であり、その転換を図るということは既定の方針です。

しかし、いきなり居住系サービスというわけにも、なかなかいきません。まずは、医療保険・介護保険の選択を含め、介護保険施設への転換を図るという方向ではないでしょうか。しかも、06年度から直ちというわけにもいきません。多少時間がかかるのは仕方がないでしょう。猪口 しかし、方向性があまりにもおぼろげです。両改革案をみても、具体的な見通しがみえません。基本的な方向性が打ち立てられているのであれば、スケジュールを含めて早く示してもらい必要があります。介護の方も大きく変わるとい話ですが、療養病床をもつ病院は、できるだけ正確な情報を得て、早期に対応する必要があります。

「病院のあり方報告書」では、こうした方向性が打ち出されることを想定して、医療と介護の機能分担を論じています。したがって、今回の流れをすべて否定するものではありません。もち論、無理な

亜急性期●「一般病床の1類型」「地域一般病棟が必要」

徳田 亜急性期の位置づけがまだはっきりしていないような気がします。前改定で亜急性期の病床が認められましたが、療養病床との関係ではまだ曖昧なままであり、急性期、亜急性期、慢性期という連続性をどう図るかという点がきちんと整理されていないように思います。

松谷 亜急性期病床は一般病床の中の1類型ですからね。

徳田 そう思います。それと、より高齢化が進む中で認知症の患者が徐々に増えている問題との関連です。認知症患者が急性発症した場合に、受け入れは何かできるものの、転出先が確保できず、認知症の程度によっては、急性期病院は患者を受けないという雰囲気が生じつつあるくらいです。

こうした現象は、今後も増える一方でしょう。その辺りで亜急性期や療養病床の位置づけがどう考えられているのか、気にかかります。在宅へ誘導するという発想もありますが、これからは家族介護者がますます減ります。こうした悩みを積極的に受け止めるなりフォローしていただかないと、現場は混乱する一方です。

猪口 がんなり、心筋梗塞なり、典型的な急性期疾患であれば病気が見えやすいのですが、高齢者の場合には、すでに心筋梗塞なりをした患者が転倒し、骨折して手術ということになります。これは確かに急性期疾患なのです。しかし、元気な人や若年者と比べると術後の経過はまるで違います。そういう意味で、回復期リハとか亜急性期をもう少し積極的に位置づけていただかないと。

例えば、在宅医療を受けている高齢者

ところは無理だと異議申し立てはしますが…。仮に不可避な流れであるならば、早く転換先や条件などを示していただかないと対応は遅れる一方です。

松谷 今回の改定は診療報酬と介護報酬のダブルですから、その中で具体的なものが明示される筈です。次のダブル改定がある6年後までにはめどをつけることになるのではないのでしょうか。

西澤 医療にあつては、医療療養病床がターゲットとされ、今改定の中では、医療度の低い患者を介護に移行させるインセンティブが取り込まれようとしています。しかし、参酌標準という壁があるため、介護療養病床に移れる可能性はきわめて低いでしょう。

一方、「構造改革試案」では、介護保険施設を飛び越えて居住系サービスという方向が示されました。しかし、例えば有料老人ホームやケアハウスといった特定施設入所者生活介護の施設も参酌標準という枠に規定されるため、転換は簡単ではありません。加えて、介護においては、介護保険適用の療養病床を老健等に移行させる方針が検討されているようです。

このように、療養病床に関しては、保険局と老健局とがそれぞれの思惑で方針を打ち立てています。ここは、ひとつ、医療提供体制という立場から、医政局が指導性を発揮して全体を調整することが必要なのではないでしょうか。

松谷 この問題は、医療保険と介護保険から同時に取り組まなければ意味がありません。おっしゃる通り、全体を視野に収めて調整される必要があります。

問題のポイントは参酌標準でしょう。保険料の点で保険者には抵抗があるでしょうが、療養病床に手をつけるのであれば、参酌標準はある程度見直さないと行かないでしょうね。

が悪化したときに受け入れる病床がないと、そのつどDPCをやっている病院に運び込んでいたら医療費が高つくだけです。第一、すでに受け入れられなくなりつつあります。そういう点を考えたとき、全日病が前から提案している「地域一般病棟」の必要性がますます高まっていると思えてならないのです。

いずれにしても、ますます高齢化を迎える中で、障害や認知症を抱えた高齢者が急性期の主要な部分を占めるようになるのは確かです。

西澤 松谷局長は、先ほど、いみじくも医療計画のソフト面を充実させるとおっしゃいました。その考えには大賛成で、実は、地域ごとに疾病調査を行なうだけで、1つ1つの症例を分析していただければ、今お話しした疾病の傾向、患者の流れ、現場が抱える矛盾といったものがすべて浮き彫りになるはずなんです。

佐々 そのソフトの話ですが、地域連携体制を作る道筋として、まだよく見えてこない点があります。例えば、急性期、回復期、慢性期を経て在宅にいたる過程で地域連携パスを共有するということですが、地域の中に急性期の病院はいくつもあります。

そこで、A急性期病院および回復期リハ病院のパスとB急性期病院および回復期リハ病院のパスというように、連携体制ごとにパスが作られるとして、相互に、どの程度整合性を果たせるべきとお考えなのではないでしょうか。(笑)

松谷 おっしゃる通り難しい問題ですが、基本的には、連携体制を構築する関係者の努力に負うべき問題ではないでし

ようか。ある程度共通項はあるでしょうから。

佐々 それともうひとつ。がん対策事業などの場合に、また、ピラミッド型が再現する可能性があります。そうならないためにも、都道府県に対する医政局の指導が大切です。

松谷 例えば、がんセンターのような拠点病院が頂点に君臨するというイメージですか。2次医療圏レベルでもそうなりますか?

佐々 なきにしもあらずです。県立病院が頂点にいて、患者を全部もっていくといった…。

徳田 会員病院にそういう事例がありま

医療法人●「公益的法人は公立病院の受皿」「公私格差に決着を」

西澤 11月24日の医療部会に提示された「医療提供体制制度改革案(案)」には、「公的医療機関」という個所に「公私の役割分担の観点から、一般医療については、公的医療機関が本来主たる事業として行う必要はないとの認識のもと…」という記述がありました。

我々としては、公私の役割分担に決着をつけるという、第5次医療法のもうひとつの意義を象徴する重要な表現であったのですが、12月8日の「医療提供体制の意見」と改題した同文のとりまとめから削除されてしまったのは、大変残念なことでした。

ところで、第5次医療法改正では、医療法人に関しても改革が行なわれますが、

松谷 医療法人制度改革は2つの柱からなります。1つは、医療法における非営利性の徹底です。その結果、持分のある社団医療法人については、出資社員への配当まがいの出資金返還があらためて否定され、持分ある医療法人を新設する場合は、いわゆる出資額限度法に限定されることとなります。ただし、既存の法人については、解散時残余財産の配分に関して経過措置が設けられます。

もうひとつは、特別医療法人を発展解消させた、公益性を高めた医療法人の創設です。この医療法人については、医療計画に記載された、地域に必要な事業の担い手となることが期待されるとともに、今後は、公立病院の受け皿となることが期待されています。

西澤 医療法人制度改革の主旨は我々としても理解できます。さらに、今改正では、情報提供の推進が重点課題として掲げられています。

診療報酬改定●「質重視の評価を考慮」「改定頻度を見直しては？」

徳田 医療機関の情報といえば、病院経営実態の捉え方にも疑問があります。質を高めるために基準以上の人員を配置している病院は収益がどうしても悪くなります。それを、収益の高い病院の存在に注目して、診療報酬を削るというやり方をしていると、悪貨が良貨を駆逐するように、質を追求する病院がますます追い詰められていきます。

正確に評価するためには、収益が高い病院と低い病院の背景をそれぞれ探ることが必要ではないでしょうか。

改定の頻度も問題です。病院経営でも当然中長期の計画を考えますが、2年ごとの改定で大きく狂ってしまうことがあり、腰を据えた経営ができません。効率化を追求するためにも検討をお願いしたいものです。

松谷 医療提供体制を預かる立場として、今回の医療法改正の面からは、極力質に着目した改定となるよう保険局には伝えています。

医療制度構造改革では患者に相応の負

した。がん拠点病院が整備される際、民間病院が圧倒的な実績をもっていただけにもかかわらず県立病院が指定され、患者をもっていかれたという…。

松谷 患者の立場にたてば、実績を持っている医療機関こそが重要なんですがね。徳田 都道府県に行くときそういう理不尽なことがまかり通るのです。

猪口 日本は広いですからね。県によっては人口が数十万しかいないのに、2次医療圏が10もあるというところもあります。そういった地域の提供体制整備は、自ずと異なった、柔軟な視点が必要なのでは?

松谷 まさに知事の裁量の問題でしょう。

松谷 情報提供の推進は、医療機関に関する情報を積極的に公開することによって、患者が自らの判断で医療機関の選択ができるようにするもので、患者の立場に立って医療提供体制を整備する重要な視点です。

その主なものとしては広告の緩和があり、新たに包括的な規制を導入することによって相当に幅の広い広告が可能となります。もうひとつ、都道府県に対して一定範囲の医療機関情報を届け出させ、都道府県が住民に分かりやすく公表するという手法を取り入れます。

徳田 包括規制をもう一歩進めて、機能評価のような認定を得た医療機関には、ネガティブリストを示した上で、積極的な情報提供が許されてもよいような気がしますが。

猪口 その場合に注意しなければならないのがアウトカムの情報です。例えば、初期がんの若年患者主体の病院と寝たきりの高齢者が多い病院とでは、同じがんでも、アウトカムが違うものになります。したがって、バイアスがなかったままアウトカムを出しても意味がありません。医療機関の側ももっと詳しい情報を出し、そして、適正な補正が加えられることによって、より正確な評価ができるものにしないと、アウトカムは、いいとこ取りの情報操作になりかねません。

松谷 アウトカム情報には、確かにそういう懸念があります。したがって、引き続き「広告規制等検討会」で適正な方法を検討し、妥当と思われるものから、段階的に広告事項としていく方針です。

担をお願いするものも少なくなく、そのためにも、改革の中身が国民から納得を得られるものでなければなりません。つまり、国民が真に必要とする医療の将来像を目指して取り組まなければならないんです。

国民皆保険やフリーアクセスという大枠は原則として維持されるべきです。そうした上で、生活習慣病の予防、医療計画にもとづく地域連携、患者視点による情報の提供、あるいはIT化や標準化といった課題を実現していきたいと考えています。

佐々 松谷局長のお話に、これからの日本の医療をよりよい方向にもっていこうとする意気込みを感じました。課題は山積していますが、医療提供の側としても、国民・患者にメリットとなる改革であれば協力を惜しまないつもりです。

改革情報はできるだけ早く会員病院に提供していきたいと考えています。今後とも的確なアドバイスをお願いする次第です。(座談会は05年12月5日に行なわれました。)

「特例診療報酬」は厚労省主導のツール

「医療制度改革大綱」等に関する説明会

療養病床食住費は介護保険と同額の方向。約8割が対象

厚生労働省は12月16日、都道府県を対象に「医療制度改革大綱」等に関する説明会を開催した。辻哲夫厚生労働審議官は、都道府県単位で設定する「特例診療報酬」について「診療報酬は医療機関を誘導する力を持っている」と指摘。医療費適正化計画で独自の医療費単価をツールとして握る意義を強調し、責任のみが課せられると及び腰の各都道府県を鼓舞した。

同審議官は、都道府県の発意よりも厚労省のイニシアチブを前提としていることを明らかにしたが、同時に、例外適用と思われた「特例診療報酬」を積極的に用いる意向をのぞかせ、全国一律価格廃止をも辞さない厚労省の「覚悟」を示した。

説明会では、医政局、保険局、健康局の各担当官が、医療費適正化に向けた施策の考え方を説明。療養病床に対する食住費負担の導入に関しても、概ね介護保険と同様の方針で臨むなど、その具体的なイメージを明らかにした。(食住費負担に関しては、7面記事を参照)

各局の発言要旨は以下の通り。

●保険局

・生活習慣病対策においては保険者に

健診を義務化するが、労働衛生法にもとづく職場健診のデータは保険者が活用できる方向で検討している。

・適正化計画は県内すべての保患者が対象となる。県を越える保険者については、(被保険者の)データを県単位に作り直す方向で検討している。

・老人医療費だけでなくすべての医療費が対象だ。老人医療費抑制に関する指針や助成はあらたな適正化に吸収する。

・特例診療報酬制度は平均在院日数の短縮などに資する項目を対象とする。国があらかじめ示した項目から、協議の上(各県が該当する)組み合わせをつくり、中医協に諮った上で決定するという手順で臨む。

・療養病床における食住費負担は、06年10月施行時に70歳以上が対象となるが、08年からは65歳以上と段階的に拡大する方向だ。標準負担額として徴収する療養費構成の方法を考えている。改革試案で例示した額となるかどうか確定はしていないが、介護保険と同額の方向で検討している。06年10月に施行する。難病患者など医療が必要な人は例外とする方向だが、医療療養病床24万床の約8割が対象となろう。ただし、介護保険並みの補足給付を考えて

いる。

・病床転換に対する医療保険財源を活用した支援措置は、後期高齢者を対象に検討している。

・高額療養費の自己負担限度額は改革試案の案をベースに政府予算案で決定する。

・高所得の人工透析患者の自己負担限度額引上げは06年10月をめどに施行することを検討している。他のHIVや血友病患者は予定していない。

・レセプトのオンライン化は医療機関の規模に応じて段階的に導入し、2011年に完了する。請求件数がきわめて少ないところは例外的に紙による請求を認める方針だ。

・後期高齢者の診療報酬は2010年の改定で検討する。

●健康局

・健康増進計画を医療費適正化計画と整合性をもって実施するために、06年度に「地域職域連携促進協議会」を立ち上げる。

●医政局

・医療法を改正し、新たに「第2章 患者の視点(案)、第3章 医療安全の理念」とし、第4章以後から現行のように施設基準が続くという構成に変える。

・広告規制違反の間接罰については調査・立入検査の結果公表を考えている。

・有床診の他医療機関との連携や緊急時対応体制については柔軟に考えたい。

・地域医療支援病院に課す国への業務報告の公表は特定機能病院に対しても適用する。

・公的病院に対する公的事業の実施命令は、公的病院の再編統合と関連している。

・「病床規制に係わる都道府県の権限」は、病床過剰圏域では全体の枠を減らしても新規参入ができない現行の下、これを都道府県の裁量でできるように図るものだ。とくに、公立病院については許可病床数のやり直しを行なえるように図りたい。

・医療費適正化計画の重要な政策目標である平均在院日数の対象に精神科を加えるどうか、現在、検討中である。

・施行時期は基本的には2007年4月だが、医療法人に関しては、公益法人制度改革にもとづく非営利性の問題が残るために、多少ずれることになる。行政処分再教育の時期も遅れる可能性がある。医療計画は、医療費適正化の関係で08年に一斉実施することが決まっている。

手術施設基準は見直しへ

基本小委 枠組は残す方針。症例数以外の減算は継続か

厚生労働省は12月16日の中医協・診療報酬基本問題小委員会に手術施設基準を見直す提案を行なった。

手術施設基準のベースとなる症例数実績については、外保連の「手術件数とアウトカムの関係に係る調査」でアウトカムとの相関性が否定され、基本小委には、医療技術評価分科会によって、その旨報告がなされた。しかし、10月12日の基本小委は、同調査結果を医療技術評価分科会で評価・検証するという事務局(保険局医療課)案が了承された。

そして、同日の基本小委に技術評価分科会は、「手術件数の増加により手術成績が良くなると積極的に解釈することは困難である」と、評価・検証結果を報告。これを受けて事務局は、①現行の手術施設基準(症例数による加算)はいったん見直し、②わが国における症例数とアウトカムとの関係については、今後、患者の重症度など他の因子を含め調査を継続し、相関性が明らかとなった段階で診療報酬評価を検討する、③手術件数の院内掲示は引き続き要件として残す、④手術に関する情報提供のあり方を引き続いて検討する、という提案を行なったもの。

報告は、「わが国手術の成績は全体として良好であり、手術件数の違いによるアウトカムの変化は軽微にとどまる」として、アメリカ等におけるよう

な明確な相関性は得られないと結論づけ、諸外国との違いの背景に、罹患率や重症度分布の相違を類推した。

この類推について、医療技術評価分科会の山口分科会長は「皆保険制度とフリーアクセスの下で、患者は比較的早期に手術に至っている」という環境の違いがあると解釈した。ただし、報告は、患者の重症度等のリスク要因を考慮した調査の実施を提起した。

この報告に支払側は納得せず、施設基準の存続を訴えたが、事務局は、前出のように「加算方式」の廃止というかたちで見直す提案を行なったもの。議論は引き続き継続される。

会合後、麦谷医療課長は本紙の質問に「施設基準の枠組みそのものは残したい。(症例の多寡による)減算だけを残すという発想はない」と答えた。今後、調査継続によって相関性が明らかになった手術から、施設基準を適用する考えとみられる。また、医師の経験年数や院内掲示など、症例数以外の要件とそれによる減算は維持することが考えられる。

なお、同日の基本小委に技術評価分科会は、641件の申請があった医療技術の評価・再評価希望に関する1次評価の結果、271件が検討対象に残ったことを報告した。それ以外に、基本診療料や指導管理等の90件が基本小委マターとして残された。

長期収載品の引下特例を2ポイント加算

12月16日に開催された中医協総会は「2006年度薬価制度改革骨子案」を了承、調整幅の2%据え置きが決まった。

最大の論点となった長期収載品(後発医薬品のある先発医薬品)の改定については、現行の、一律に4~6%引き下げる特例ルールを2ポイント拡大することで決着した。前2回の改定で4~6%

の引き下げ対象になった長期収載品も、今回に限って、さらに2ポイント追加的に引き下げられる。

なお、2年ごとに行なわれることが法的に決まっている薬価の改定頻度の見直しについては、引き続き検討することが書き込まれた。

レセ電評価に日医は反対。答申は2月半ばか

12月21日の基本小委は、医療IT化の

評価と老人診療報酬点数表について議

論した。議論の焦点は電算レセの評価をどうするかだ。「医療制度改革大綱」には「2006年度からレセプトのオンライン化を進める」ことが盛り込まれた。したがって、加算評価あるいは、標準コード転換ソフトの無償供与を背景に、大規模医療機関に対する減算という思い切った手も考えられる。

事務局は具体的な論点提示を控えた上、診療側の日医委員は、診療所への導入が義務化される方向を警戒し、報酬評価に強く反対したため、この日の議論は深まらずに終わった。

老人診療報酬については、後期高齢者医療制度を2008年度に創設することが決まったことから、事務局は今改定



でも「可能な限り整理」として、1年超長期入院患者に対する褥瘡等処置の廃止ほかを提案した。在診は存続させる方針。

なお、事務局は2006年の審議日程を発表した。1月は11日に再開、早々に諮問を行なう。月内に4回審議を予定し、審議とりまとめを行なう。4回目の1月27日は「地方開催」と称して横浜で開催する。とりまとめはパブリックコメントにかけ、国民の意見を募る。関係者によると、2月15日、遅くとも22日には答申を見込んでいる模様だ。

介護療養型の介護報酬

今後2回の改定は転換を促す過渡的評価?!

12月19日の全国介護保険・老人保健事業担当課長会議で、厚労省は2006年4月の介護報酬改定方針を説明した。

担当官は、介護保険施設に関して、「3施設のそもそもの役割、今後のあり方を検討することが今改定の主題であった」と、今改定に課せられたテーマを概括した上で、①ユニット型個室と多床室とのバランスを図るという10月改定の宿題、②経営状況を踏まえた見直し、③「生活重視型」と「在宅復帰型」への集約を図るという3点を踏まえたものになるという認識を示した。

そして、③の課題について、「今改定は、2つの類型に集約を図る過程の第1段階となる」と指摘。同時に、施設基準を重視してきた評価が「プロセスと質」に着目したものに切り替わると宣言した。

「生活重視型」に位置づけられた特養については夜間看護体制、ターミナルケア、看取り、計画的な定期利用を、「在宅

復帰型」の老健については試行的な退所、小規模老健、リハビリテーションを、それぞれ重要な評価項目としてあげた。

老健のリハは「プロセスの評価に重点を置くとともに、短期集中型に切り換え、その再編を行なう」と述べた。

12月13日の同分科会で転換の方向が明確になった介護療養型については、「医療保険との関係を踏まえ省内で議論中、ただ今、検討中である」と不可思議な説明を行なった。議論の結果は、12月21日に「2012年までに療養病床を再編する」と公表されたが、省内の意見統一を待たずに老健局の独断で強硬方針を打ち出したさまを、はからずも認める一幕となった。

担当官は「移行支援として、生活環境と在宅支援を十分に評価したい」と言明。今後2回(6年間)の改定は、移行に向けた過渡的な評価方針を適用する考えを示唆した。

医師の診療資格・更新制を今後提言

規制改革 2次答申 多くが既定事項。中医協委員推薦廃止を求める

規制改革・民間開放推進会議は12月13日、「規制改革・民間開放の推進に関する第2次答申」を小泉総理大臣に提出した。

答申には「最重要検討課題」とされた中医協の見直し、医療IT化の加速、医療機関情報の公開義務化などが書き込まれたが、その多くは医療法改正方針や診療報酬改定方針等をなぞらうという結果となった。この点を宮内議長は、答申を取りまとめた12月13日の記者会見で、「懸念のものがかなり前向きに動きつつある」と評価した。

答申は末尾で、①株式会社参入要件(特区)の抜本緩和、②医療法人制度改革の徹底、③全急性期病院へのDPC拡大とDRG-PPSへの移行、④慢性期への状態像別定額払い早期導入⑤臨床医に診療資格を導入し定期的に更新させる等医師免許制度の見直しの5点を、「特に注視している事項」としてあげた。

この内DRG-PPSについて厚労省は、11月16日の中医協基本小委で、将来的に、現行1日定額制を1入院単位に切り替える方式を検討するよう既に提案している。

(3)医療のIT化の加速

・電子レセプトによるオンライン請求化の確実な推進【速やかに着手、遅くとも平成23年度当初から原則完全オンライン化】

・カルテ等診療情報電子化の普及促進【逐次実施。標準規格の普及は平成18年度中に実施】

・レセプトのデータベース構築と利用環境の整備【逐次実施、平成22年度中までに措置】

(5)医薬品の薬価等の見直し

・後発医薬品の使用促進のための処方せん様式の変更、OTC薬(薬局で買える医薬品)への速やかな移行推進【平成17年度中措置、以降も逐次実施】

(6)中医協の在り方の見直し【速やかに措置。法律事項は平成17年度中に法案提出。引き続き注視、必要に応じ見直し】

・委員の団体推薦規定の廃止
・医療費シェア等の指標を勘案、明確な考え方に基づく委員構成の見直し

(7)いわゆる「混合診療」解禁の監視

真に望ましい混合診療の実現に向けて、必要に応じ提言を行っていく。

(8)その他の課題

以上の他、特に注視している以下の事項について現時点の考えを明記する。

①医療機関経営について、特区における株式会社参入と非営利性・公益性の徹底という2つの方向性が示されている。

前者については抜本的な要件緩和を行うとともに、後者については、当初の非営利・公益性徹底という方向性を貫徹し、曖昧さ、不明瞭さを残すことなく、公益性の高い医療法人と、社員退社時や法人解散時でも剰余金や剰余財産を分配しない非営利性を徹底した法人とに集約すべきである。

②DRG-PPSの導入に向け、以下の取組を順次進めるべき。

・DPCを全急性期病院に拡大させつつ時期を定めてDRG-PPSに移行する。
・慢性期医療におけるRUG等状態像別定額支払方式を早期に導入する。

③現行の医師免許資格のほか、臨床に当た際には診療資格等を要するようにし、定期的にこれを更新させる等、医師免許制度の在り方を見直すべき。

「第2次答申」(抜粋・概要) 2005年12月21日 規制改革・民間開放推進会議

IV. 個別重点検討分野の改革

1. 医療分野

(1) 医療機関情報の公開義務化と診療情報の開示促進

- ・医療機関情報の公開義務化【平成18年医療制度改革で措置】
- ・アウトカム情報の公開【平成18年の早期に着手、以降段階的に実施】
- ・医療機関による広告事項の拡大【平成18年医療制度改革で措置】

・医療費の内容が分かる明細付き領収書の発行義務化【平成17年度中に検討・結論、平成18年度中に措置】

(2) 保険者機能の充実・強化

- ・医科及び調剤レセプトの保険者による直接審査支払に関する要件の緩和【平成18年度中検討・結論】
- ・医療機関・薬局と保険者間の直接契約に関する条件の緩和【逐次検討・結論】

小児救急30%増。うち拠点病院は150%増

06年度政府予算案 制度改革と改定で医療費国庫負担3,300億円削減

政府は12月24日の臨時閣議で2006年度政府予算案を決定した。一般会計総額は79兆6,860億円と4年ぶりの減額、8年ぶりの70兆円台という超緊縮予算となった。

社会保障関係費は20兆5,739億円。政策的経費である一般歳出の44%、さらに、一般会計歳出の1/4を占める。初めて20兆円台にのせた今年度予算が前年の当初予算比5,383億円(2.9%)増であったのと比べると、06年度は同1,931億円(0.9%)増と大幅な抑制が実現した。

医療制度改革で900億円、診療報酬改定で2,390億円それぞれ削減。制度改革に伴う国保対策による増加を含め、医療費国庫負担の削減額を2,737億円にまで拡大した。

社会保障関係費のうち医療関係は8兆1,586億円と724億円増えたが、介護関係は1兆9,143億円と375億円減った。医療のほとんど(8兆1,502億円)は、政管健保、国保、老健等の国庫負担。前年当初予算費で1.0%の伸びとなった。

医療関係費の重点項目は、①医療連携体制推進事業6.6億円、②小児救急医療体制の充実強化25.9億円、③地域がん診療拠点病院(仮称)の機能強化と診療連携の推進13億円、④新型インフルエンザ対策等感染症対策112億円など。

小児救急充実は30%増。そのうち小児救急医療拠点病院・支援事業には150%増の18.4億円が投入される。地域がん拠点病院は前年比650%の予算が計上された。

“社会医療法人” 税制措置は先送り

06年度税制改正 耐震改修に特別償却。消費税は07年度をめど

自民党は12月15日の税制調査会総会で2006年度税制改正大綱を了承、たばこ税の引き上げを06年7月に実施することを決めた。消費税については、07年度をめどに実現に向けて取り組む方針を書き込んだ。

診療報酬収入の事業税非課税や医療法人事業税(診療報酬以外)の軽減措置は存続が決まった。また、病院などの特定建築物に、2か年の耐震改修特別償却措置が講じられる。

医療を含む公益法人に対する税制上の措置は、新制度施行までに講じる「検討課題」とされ、先送りされた。

厚労省医政局谷口指導課長は12月21日の四病協総合部会に出席し、新たな類型となる公益性を高めた医療法人は“社会医療法人”と称することを披露した上で、社会医療法人の税制措置は、自民党税調から「来年度から再度始まる公益法人税制議論の中で取り上げるという回答を得ている」と説明した。

財務省が公表 負担額は介護保険と同額

食住費別負担 医療必要高い者は現行方式。低所得者は軽減

財務省は12月24日、06年度政府予算案説明書面の1つとして、厚労省による「平成18年度社会保障関係予算等のポイント」を発表。その別紙に「医療制度改革の推進」と題した、国費にかかわる制度改革の説明資料を添付した。

その中で、療養病床に入院する70歳

以上の高齢者を対象とした食住費別負担について、06年10月に施行することを明確にするとともに、負担額は、介護保険の場合と同額の食費4.2万円・居住費1.0万円とすると公表した。(食住費別負担については6面記事を参照)

「医療制度改革の推進」(抜粋・概要) 2005年12月24日

2. 医療費適正化の総合的な推進

(3) 公的保険給付の内容・範囲の見直し等

①高齢者の自己負担の見直し【06年10月】

70歳以上の高齢者のうち、現役並みの所得の者の自己負担額割合を見直す(2割→3割)。なお、公的年金等控除等の見直しに伴い、現役並み所得の高齢者については、06年8月から2年間、自己負担限度額を一般並みに据え置く。

②食費・居住費の負担の見直し【06年10月】

療養病床に入院する70歳以上の高齢者について見直し、食費・居住費の具体的な負担額は、介護保険と同額の食費(4.2万円)、居住費(1.0万円)とする。(注1) 脊髄損傷等の患者や人工呼吸器を要する患者など、入院医療の必要性

の高い者は、現行どおり食材料費相当額のみ負担とする。

(注2) 低所得者の食費・居住費負担について、その軽減を図る。

③高額療養費の自己負担限度額の引き上げ等【06年10月】

低所得者に配慮しつつ、賞与を含む総報酬額に見合った水準となるよう引き上げを行なう。

3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

(1) 新たな高齢者医療制度の創設【08年度】

①後期高齢者医療制度(75歳以上)

・財源構成は、公費(約5割)、現役世代からの支援(約4割)、高齢者からの保険料(1割)とする。

・患者負担は1割負担(ただし、現役所得の者は3割負担)とする。

12月28日の介護給付費分科会に事務局(厚労省老健局老健課)は、医療構造改革推進本部が発表した「療養病床の将来像について(案)」(8面を参照)を報告。担当官は「介護療養型の再編を6年かけて進める。最終的に2012年のダブル改定で対応する」と説明した。

深刻な影響を及ぼす方針に、「入院患者の転出先は確保されるのか」など、委員からは、次々と意見・質問が出た。

磯部文雄老健局長は「介護療養型の平均入院期間は1年10ヶ月だ。現在入院している患者が(移行によって)動くことはない。今後、新たに入院する人たちがどうするかが問題となる」と説明。当面、深刻な影響は生じないと釈明した。

前出の厚労省見解には「将来的に特定施設や老健等への転換を念頭に置いた経過的類型を一定期限内で新たに設け、介護報酬上の評価を行う」とある。

②前期高齢者医療制度(65歳～74歳)

・70歳未満の者は、これまでと同様に3割負担とする。

・70歳から74歳は2割負担(ただし、現役並所得の者は3割負担、低所得者は自己負担限度額を据え置く)

・2014年度までの間における65歳未満退職者を対象として現行の退職者医療制度を経過的に存続する。

③その他

・高齢者医療制度創設に併せて、乳幼児に対する自己負担軽減(2割負担)の対象年齢を3歳未満から義務教育

「医師・看護師の配置を減らした転換モデルを設けるということか」という質問に、事務局は回答を控えた。

ある委員は、「介護療養型の少ない東日本は円滑に移行が進もう。四国・九州のように多い地域は急性期病院が少ない。思い切って急性期への誘導を図ってはいかがか」と、逆説的な提起を行なった。

「12月21日の見解は厚労省の統一方針とみてよいか」という分科会後の本紙質問に、老健課幹部は、「いまだ議論の端緒にある」と本音を吐露した。

療養病床再編の詳細をめぐって、医療・保険・老健各局の足並みは揃っていない。勇み足に近い老健局方針を前出見解が支えたかたちだが、各局の思惑で、いまだ、具体的な手順が描けないでいる。次回1月26日に早くも介護報酬改定が諮問される。

就学前までに拡大する。

・医療保険および介護保険の自己負担合算額が著しく高額な場合に負担を軽減する仕組みを創設する。

4. 中医協の見直し【06年10月】

・委員構成は、公益委員6名、支払側・診療側委員を各7名とする。併せて、中医協の運営に関する公益委員の主導的な役割について規定を設ける。
・委員の団体推薦を廃止し、委員任命に当たっての、地域医療を担う関係者等の意見の配慮に関する規定を設ける。

新春企画 日野原翁にわが国医療の診断をうかがう

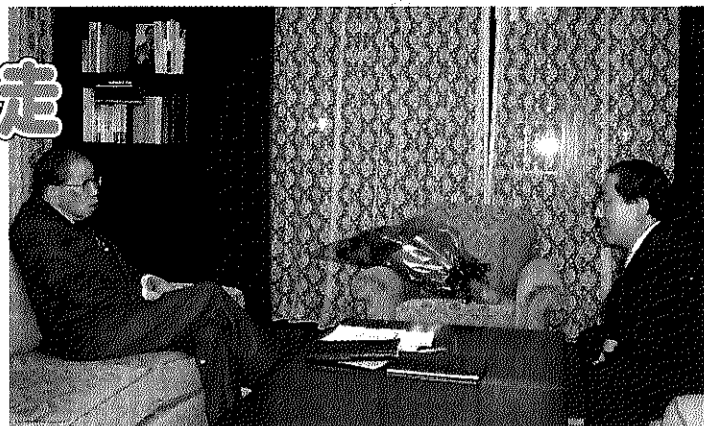
看護師を医師の片腕に。医学教育改革にも奔走

100歳までに「新老人」の仲間が10万人。「日本を変える」

94歳の今も元気に臨床を続ける日野原重明氏は、講演会では1時間も立ち続けたまま原稿なしで多岐にわたる話を聞かせ、聴衆を驚かせる。ベストセラーを含む著書は300冊近くに達する。衰えを知らぬ身体とともに、老いてなお血気盛んな精神と明晰な頭脳で、病院経営で独自の地位を築く聖路加国際病院の理念を牽引し続ける。多難かつ波乱な年の幕開けに、日野原重明翁の挑戦し続ける気概、勇気、夢の一端を紹介したく、安藤副会長にインタビューをお願いした。

(財)聖路加国際病院
理事長 日野原重明
1911年10月4日、山口県生まれ
1937年京都帝国大学医学部卒
1942年京都帝大大学院(医学)修了
1992年聖路加国際病院院長
1996年理事長・名誉院長
2005年文化勲章受勲

インタビュー●
全日本病院協会
副会長 安藤高明



患者の自己管理で治療を効率化

安藤 在宅医療とか慢性期医療でも、ナースの出番はあるかもしれません。日野原 十分診断できます。僕はね、20年以上前から患者に血圧を測る方法を教えてきたんです。老人の場合は朝の5時、6時が高く、脳卒中も夜中から早朝にかけてが多いの。それで、起きた時に200もあったら、すぐに薬を飲む必要があるわけ。食後じゃないの。それをするには自分で測るしかないでしょう。

こうして患者の自己管理ができるようになると、治療の方法は随分変わります。インシュリンの自己注射、尿の潜血反応、血糖値測定も自分でやる。そして、自己管理がうまくいっているかどうかを確かめたり、指導するのが医師の仕事なんです。血圧を測りにわざわざ医者に行くのはおかしいでしょう。

だから訪問看護に分担してもらって、同僚を雇うのではなく、1人で2人分の患者をみればよいのです。

安藤 それは大変効率的になります。まさに、医療ソフトの改革です。

日野原 それと、先ほどの医学校をなんとかしたいな。高校を出て6年で医師というと、年上の患者とコミュニケーションが取れないんです。だから、4年制の大学をいったん出て、それから4年制の医学校に進むといいんです。僕はね、昨年、文科省に、規制改革で新たなメディカルスクールを創る構想を提案したんです。レベルの高い医師を養成します。

安藤 それは面白いですね。

これからは民間病院の時代

日野原 ナースの話ですが、日本はアメリカの1/4しかいません。看護師になっても、結婚とかで辞めてしまう。アメリカではナースも女医も辞めません。ナースが辞めてしまうのは、基本的に数が少なくて、夜勤とか無理がいくためです。だから、法律で今の2倍

を増やすべきなんです。医師の数を増やすよりも、ナースを増やす方にシステムチェンジしたらいいんです。

安藤 看護師の数は人口比では国際並みですが、ベッド当たりでは少ないようです。病床数も関係しているのではないのでしょうか。

日野原 つまり、入院期間の問題ですね。聖路加は平均9日です。短いのは、外来で検査をして、入院した日に手術をするようにしているから。それ以外にも、昔からの方法にとらわれずに、患者によって術後のケアや食事療法をかえるといった工夫をしています。

安藤 ところで、公私格差や民間病院の役割についてはどうお考えですか。

日野原 全日病の会員はほとんど医療法人でしょう。私のところは財団法人ですから、民間という点で変わりはありません。公私どちらが有利ということよりも、どちらの方がよりよい医療ができるかということが重要で、患者が決める問題でしょう。もともと、日本の役人にはフレキシビリティがなく、その点、民間の大病院の方が、これからはやりたいことができます。

安藤 病々連携や病診連携が求められています。

日野原 開業医さんは、もっと専門家を活用すべきですね。その方針を受けて、入院させるとか、外来を続けるという判断をするようにしないと。それと、専門的なコンサルテーションを頼まれたときには自分で抱えないで、専門医や元の先生に引き継ぐという姿勢がほしいですね。

安藤 連携の前提は信頼関係です。そして、お互い医療人としての勉強が必要であると。先生から見ると、今の若い医師は、まだまだ勉強が足りないのでしょうか。

日野原 僕なんか、今も、寝るのは毎日2時、3時ですよ、勉強で。平均10時間の超過勤務、毎日が当直のようなものです。(笑)でも疲れない。患者に喜ばれればいからね。

安藤 先生、本当にお元気そうですね。今、高齢化がいかに重要なテーマとして扱われています。しかし、先生のように現役ばりばりの方を拝見すると、いつまでも元気に働ける社会制度と健康維持の仕組みづくりには、国は、もっと投資してもよいのではないかと思います。

日野原 お言葉を返すようで申し訳ないが、私は、高齢者という言葉が嫌いでした。(笑)政府は65過ぎは高齢者、75過ぎは後期高齢者と言っています。じゃ、僕なんか後・後・後期高齢者じゃないですか。もうすぐ95歳ですよ。(笑)でも、現役医師として回診し、講義もしています。

65歳で老人というのは、平均寿命が68歳だった半世紀ほど前に役人が決めたことで、余生という意味があった。今は82歳でしょう。だから、僕は75歳以上を「新老人」といって、その底上げを図っているんです。

安藤 それで「新老人の会」を創られた。

日野原 5年前にね。今は4,000人います。その会が1人が1人を増やす運動を始めた。5年後には10万人にしてみせます。この「新老人」が日本を変えるんです。子供たちに平和の尊さを教えることによって。

安藤 ノーベル平和賞を取るぐらいの意気込みですね。(笑)

日本は改革に時間ととられすぎる

日野原 日本の教育はだめだね。とくに、医学校をなんとかしたいな。

安藤 先生は以前から研修医制度に大変ご熱心でした。

日野原 昭和43年に旧臨床研修制度ができたときに私は、希望する人だけに、給与を出して2年間受けさせなさい、

そして近い将来に必修にしないと提案したものです。実現するのに35年かかりました。日本には頑迷固陋な制度が多く、変えるのに時間ばかりかかります。

例えば看護師さんにしても、看護大学、実習、修士、博士と10年間も学んだナースが、研修医の下に就くんです。診療の補助ということですね。だから私は言うんです。今後は、力のある看護師に診療させるようにしないと、地域医療は医師不足で崩壊するって。

安藤 オランダあるいは北欧がそうですね。

日野原 アメリカの外資では、ナースに診てもらっても薬をもらえます。

安藤 例えばトリアージも、看護師さんができるようになったら現場は助かるでしょうね。

日野原 10年も勉強すれば診断できるのは当たり前でしょう。これからは、看護師が医師の同業者として、差別なく働く制度を設けるべきです。全日病の先生方には、有能な看護師が医師の片腕となり、一緒に働くというモデルを創ってほしいですね。

安藤 主旨には同感です。今、本当に医師確保に悩まされていますから。

日野原 そうでしょう。アメリカでは麻酔医も皆なナースですよ。地方の病院は、高給払っても麻酔医が来てくれないで困っているんじゃないんですか。

安藤 医師不足は優秀なナースにはチャンスかもしれませんね。

日野原 数が少ないから、麻酔医の給与は病院が一番高いんです。でも、麻酔は優秀なナースにまかせ、医師は全体の管理をすればよいのです。そういう制度をぜひ創りたい。全日病の先生方には、医師会や他の病院団体ができないことをやってほしいものですな。

療養病床の将来像について(案)厚生労働省 2005年12月21日 ※1面記事を参照

◎療養病床(医療型24万床、介護型14万床)について、患者の状態に即した機能分担を推進する観点から、医療保険・介護保険両面にわたって一体的に見直し、平成24年度までに体系的な再編を進める。このため、以下の基本的な考えに基づき、今後、広く議論を行い、将来的な方向について検討する。

1. 将来的な療養病床の位置付け

○将来的には、療養病床については、医療必要度の観点からその位置付けの明確化を図る。

(1) 医療法上の取扱い(医療法施行規則の改正)

・療養病床については、医療必要度の高い患者を対象とする施設としての位置付け及び人員体制の在り方について検討する。

(2) 介護保険・医療保険制度上の取扱い(介護保険法等の改正)

①介護保険

平成24年度以降は療養病床の体系的再編に沿って介護報酬上の評価につい

て廃止することを検討する。

②医療保険

平成24年度以降は診療報酬上は療養病床の体系的再編に沿って適切に評価。

2. 今後の報酬改定等における対応

○上記1の将来的な方向を踏まえ、今後の介護報酬・診療報酬の改定等において、以下の措置を検討する。

(1) 介護保険における対応(介護報酬改定、医療法施行規則の改正)

・現行の療養病床のほかに、将来的に特定施設(有料老人ホーム、ケアハウス)や老人保健施設等への転換を念頭に置いた経過的類型を、一定の期限内で新たに設け、介護報酬上の評価を行う。

(2) 医療保険における対応(診療報酬改定)

・療養病床の診療報酬上の評価として、医療必要度に応じて適切に評価する。

(3) 転換の支援等

・療養病床について、特定施設や老人保健施設への転換等を進めるために、転換支援の助成等所要の措置を講じる。

「介護療養型のみ廃止」に疑問。3施設全体を見直すべき

西澤副会長の見解(2005年12月28日)

厚生省老健局は、12月13日の介護給付費分科会に突然、「介護療養型を廃止する」方向性を提示し、議論集約を図った。この方向性は、社保審・介護保険、医療保険、医療の各部会ではまったく議論されていない。各分野に及ぼす影響が大きい政策が、こうした手順を踏まずに、こんな短期にまとめられるのは実に異例であり、非常に問題である。

老健局の考えは、医療構造改革推進本部の議論を経て、12月21日に、「療養病床全体の再編を進める」方針の一環に位置づけられ、省として「公認」された。

それでも、適正な手順を経ていないのは事実であり、然るべき審議会ですっきりと議論されるべきであると強く訴えたい。

その際、①介護保険下で介護療養型が担い、かつ、果たしてきた役割と実績は、もはや否定されるべきなのか、②今後の介護保険に、介護療養型の機能は、本当に不要なのかという点の議論

を深めるべきである。

介護保険に期待される、生活環境、在宅復帰・支援、医療という3つの機能に対応して3つの施設が整備されたはずである。介護と医療が同時に必要な人の施設はもういらないと、財政見地から、わずかな議論で、本当に断言できるのだろうか。

介護療養型のあり方は、介護保険施設全体の中で考えられるべきであり、特養、老健を含む3施設のトータルなあり方が同時に見直されるべきではないか。

「病院のあり方報告書」で、我々は、医療と介護の機能分化を明確にすること、同時に、介護保険3施設についても機能をそれぞれ明確にするように求めている。

この点は未だに曖昧であり、これを含め、今一度議論が行なわれるべきである。

個人的には、一度、3施設を一元化するべきと考える。その過程で、介護保険施設として必要な機能を明確にし、その上で、改めて再編されるべきと考える。