



全日病

21世紀の医療を考える全日病

2007

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

No.655 2007/1/1

http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

2007年1月1日・15日号合併号



新春特別座談会 ● 医療法第5次改正の意味するもの 松谷政局長他
緊急座談会 ● 「療養病床再編」の検証と展望 日本医師会天本常任理事他
特別寄稿 ● 「医療法改正と医療情報提供の展望」 長谷川友紀東邦大学教授

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19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な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ない、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。
中でも、隔年に発表している「病院のあり方に関する報告書」は、各方面の注目を集めております。
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なわれております。
昨年6月に、第5次医療法改正となる「医療法等一部改正法」と医療保険制度に関する「健康保険法等一部改正法」が成立し、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、医療費適正化の総合的推進、新たな高齢者医療制度の創設などの実施が決定されました。
しかし、今回の改革においても医療給付費削減が優先され、その他の事項は二義的な役割が与えられたとの感が否めません。
ただ、都道府県の役割を明確にしたことは評価できることであり、地域の医療機関と都道府県との連絡協議の場に、民間病院代表が積極的に関

与することが重要であると考えます。
昨年4月には診療報酬・介護報酬の同時改定が行なわれましたが、診療報酬については、マイナス3.16%という過去最大の引下げ幅の下に行なわれ、更に、看護職員の夜勤月72時間以下や看護師比率の基準をクリアできない場合のペナルティ(減算方式から特別入院基本料への変更)と、大変厳しい改正が行なわれました。
また、7対1入院基本料の新設により、国立大学病院をはじめとする大規模病院の新規採用看護師の大幅増のあおりを受け、中小病院においては看護師不足が深刻な状況となっております。
一方、療養病床再編問題は、我々医療提供側の将来をあやうくするものであると同時に、受療者側にとっても大きな不利益をもたらす可能性の大きいものであります。
全日病は、双方に不利益が生じないよう積極的に提言・要望活動を行なうとともに、会員の進路選択に役立つ正確な情報の迅速な提供に努めますので、会員各位も、誤まりのない方針決定をしていただきたいと思います。
今後も病院経営はますます厳しくなることが予測されます。全日病が主張する安全で質の高い医療が、健全経営のもとに地域住民に提供できるような制度を創造すべく、会員各位の英知と行動を結集されますよう心よりお願い申し上げます。
終わりにあたり、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。

国際交流委員会から「第31回ハワイ研修旅行」のお知らせ

ハワイ研修旅行の催行が決まりました。
2月初旬(予定)にパンフを会員の皆様にお送りします。

期間 ● 2007年10月29日(月)～11月3日(土)
代金 ● 東京(成田)発着164,000円(募集数40名)
大阪(関空)発着169,000円(募集数20名)
福岡発着 182,000円(募集数20名)

問い合わせ 全日病事務局(担当:運池) Tel.03-3234-5165
※詳細はホームページに掲載しております

2007年「新年の集い」のご案内

下記のとおり本会「新年の集い」を開催しますので、会員皆様にご案内いたします。

日時 ● 1月18日(木) 午後5時30分～7時30分
会場 ● ホテルオークラ東京別館2階「オーチャードルーム」
東京都港区虎ノ門2-10-4 Tel.03-3582-0111
会費 ● 1万円(会費は当日受付で申し受けます)

問い合わせ 全日病事務局(担当:熊野) Tel.03-3234-5165

2007年 年頭所感

日本医師会長 唐澤祥人



明けましておめでとうございます。昨年は政府の進める財政優先の医療制度改革へ様々な形で対峙することに始まりました。これまでにない診療報酬減額改定と医療制度改革関連法案は多くの問題点を残しながらも、21項目の付帯決議が採択されました。

数年来の医療費削減策により、各地域の小児医療・産科医療や救急医療の体制に大きな影響が出ております。

国民の期待に応える地域医療提供体制構築のためには、医療機関の連携を一層活性化することにより、勤務医の救急・外来医療負担と事務量を軽減し、本来の医療機能が発揮できる体制を築くことが必要です。

地域医療のデータベースと現況把握により、将来推計に基づいた地域医療提供体制の総合的構想とその実現へ、早急な戦略構築が可能になります。

健康寿命延伸策と共に要介護高齢者のための介護と医療の提供基盤整備など、地域医療には多くの課題達成が求められます。このような体制整備を進めるためにも、正確な予測に基づき、医師・看護師など専門職の人材確保さらには必要な施設の需給策が検討されなければなりません。

国民皆保険制度は、全ての国民がいかなる高度な医療をも普遍平等に受けることができる安全保障制度であり、安心確保への健康投資システムでもあります。

このような観点に立てば、社会保障制度の根幹にある国民医療の確保には、信頼できる地域医療提供体制と国民皆保険制度を堅持することが不可欠です。また、日本の医療の未来への展望と明確なビジョンを描くためにも、中長期的なグランドデザインを提言すべきであると考えております。

皆様にとって本年が安寧で一層の躍進の年でありますよう、ご祈念申し上げます。

参議院議員 武見敬三



全日本病院協会の皆さま、明けましておめでとうございます。

昨年は医療制度改革関連法が採択されました。その中の特徴として、特定疾患予防等があげられます。「メタボリックシンドローム」が流行語にも選ばれる等、国民の健康に対する関心が着実に高まる中、わが国は本格的な少子高齢化社会を迎えています。

後期高齢者医療に関しては、現在、医政局、保険局、老健局の3局で議論されており、その3つの施策すべてが今年の3月に取りまとめられます。

今年3月を目途にわが国の高齢者医療のあり方の全体像が見え、財政的な負担の程度も見えてきます。老人保健施設等における医療を、引き続き介護保険の範疇だけで対応するのか、医療保険の適用対象とするのか等も議論されています。

また、後期高齢者医療制度のあり方は、将来の医療財源確保の政治上の根拠となる可能性がある点に留意し、医療政策を立案し対応していく必要があります。

これまで、経済的価値に立脚して財政至上主義で物事が大きく動いてきました。

国民の健康価値に立脚した持続可能な医療制度確立に向けて軌道修正できる転機が、まさに、来るべき参議院議員選挙といえます。

健康価値に立脚した医療政策を立案できるような政治的基盤を確立することが、問われていると思います。

本年も全日本病院協会の会員の皆様方のご発展を期待申し上げますとともに、倍旧のご支援、ご指導のほどを何卒宜しくお願い申し上げます。

参議院議員 西島英利



新年明けましておめでとうございます。

会員の先生方におかれましては幸多き新春をお迎えることとお慶び申し上げます。また、先生方には、平素より絶大なご支援をいただいておりますことを心より御礼申し上げます。

さて、昨年の安倍新政権の発足に伴い党内人事も大きく変わり、私は参議院自民党国会対策委員会の副委員長を拝命いたしました。内閣委員会や厚生労働委員会等の国会運営を担当し、昼夜なく奔走しております。

引き続き委員を務める厚生労働委員会では、昨年11月2日に質問に立ち、医師法21条やりハビリ上限、医療区分、看護など、医療現場で混乱を引き起こしている重大な問題に早急な対応を求めました。

また、理事を務めている災害対策特別委員会でも、昨年11月1日の委員会で質問を行い、いまだ仮設住宅に残されている方々への心のケアの重要性について取り上げました。

その他、自民党社会保障制度調査会の医療紛争処理のあり方検討会では副座長を務め、各方面からのヒアリングを行ったうえで、無過失補償制度の創設に向けて取りまとめを行い、官房長官への申し入れも行いました。

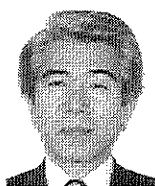
夏に向けて医師法21条の関連を検討していきます。また、与党ドクターヘリワーキングチームの委員として、ドクターヘリの全国的な普及にむけての法案作成にも携わりました。

今後、様々な分野について勉強を重ね、国政の場において全力を挙げる決意ですので、本年も引き続きのご支援ご指導を何卒宜しくお願い申し上げます。

結びにあたりまして、全日本病院協会の益々のご発展と会員の先生方のご健勝を心よりお祈り申し上げ、新年のご挨拶とさせていただきます。

2007年 新年のご挨拶

副会長 西澤寛俊



明けましておめでとうございます。

昨年は診療報酬の大幅なマイナス改定が行われ、病院の経営に大きな打撃を与えました。しかも、一般病棟入院基本料における看護師比率、看護職員1人当たり月72時間以内の要件化、7:1看護の新設等は看護師不足に拍車をかけ、社会問題にまで発展しています。

また、医療療養病棟における医療区分による支払方式は、調査データに基づかない点数設定で憤りすら感じています。医療の現場を無視し、かつ根拠に基づかない診療報酬改定に対し、私たちは再改定を含め、確固たる主張、活動を続けてまいります。

一方、昨年6月には医療制度改革関連法案が国会で可決されました。医療計画制度に関しては、都道府県が「住民・患者」「医療提供者」「都道府県」の視点から医療計画を作成するというように見直されました。また、これまでの医療機関完結から、地域の医療提供者が医療連携によって患者の治療を分担・完結する医療を推進するとしています。

我々医療機関はこの新たな医療計画に積極的に取り組む必要があり、それが生き残りのシナリオだと思えます。

全日病は、会員の皆様に対して積極的な情報の提供、経営支援を行い、地域医療計画の推進に主体的に取り組むべきと考えております。

会員皆様の一層の御支援をよろしくお願い致します。

副会長 手束昭胤



皆様、明けましておめでとうございます。

昨年は、全日本病院協会の最大の事業である第48回全日本病院学会徳島大会を「民間病院の明日を拓く、めざせ、平成のルネッサンス」のテーマで開催致しましたところ、広く、全国より1,200余名の皆様にご参集頂き、盛会裡に終えることが出来ました。

高い倫理感をもって、国民医療に尽くすという心意気を地域発信できたものと感謝申し上げます。

今、医療界は厳冬の吹雪の中を突き進んでいる感がありますが、急速な少子高齢化社会の進展する中、財政優先の医療制度改革が強引に行われています。

現場の事情、ニーズや国民の声を把握し、将来の日本の医療・介護・福祉のあるべき姿を見据え、エビデンスに基づいた理論構築と説明責任が求められています。

美しい国を謳い、再チャレンジ支援を目指すというが、今までの様な、本末転倒、朝令暮改でなく、高齢者や障害者にやさしい国を目指して欲しいと思えます。

今年こそ眼前の暗雲を払い、夢に挑戦したいものです。

皆様の御指導、御協力を御願ひ申し上げます。

副会長 安藤高朗



明けましておめでとうございます。

本年は、社保審が新たな診療報酬体系の基本的考え方を示す予定であり、さらに、後期高齢者医療の問題、そして地域ケア整備構想に基づいた将来の方向性を定めるべき重要な年です。

もしもの話で、手上げ制ではあるが、病床数を3分の1減らすことを条件に、国が、耐震構造は当然のこと、病室のアメニティの充実などの改築・改修の費用を全額出すといったら、どうでしょうか。

長い目で見れば一時的に国もキャピタルコストがかかりませんが、医療費は削減していくはずで、そして、地域のニーズを踏まえた、エビデンスに基づいた、利用者にとっても、病院にとっても、国にとっても良い施設にしていけば、日本の民間病院は新しくなり、医療全体がどんどん元気になっていくのではないのでしょうか。

医療人は、人の「いのち」に命をかけるという、本当に素晴らしい仕事をさせていただいています。ありがたいことです。

「病院のあり方報告書2006年度版」も、委員の皆さんの懸命な努力によって、本当に良いものができました。

本年も一丸となって頑張りましょう。ご指導の程宜しくお願いいたします。

2007年 おめでとろございます

常任理事・委員会委員長のご挨拶

常任理事 国際交流委員会委員長

赤枝雄一

会員の皆様、明けましておめでとうございます。今年も昨年に引き続き病院経営は、更に厳しいものになりつつあります。

この逆境を乗り越えていく為には、会員同士が一致団結していく事が必要不可欠になってきます。

今後も会員の皆様のご協力を頂きながら、更なる飛躍を目指し、邁進していく所存でございます。本年も何卒宜しくお願い申し上げます。

常任理事 学術委員会委員長

新垣 哲

謹賀新年。

猪年です。猪突猛進するか、風向きを見るか、思案のしどころ。

いずれにしても先の見通しがむずかしい年になりそうです。

今年の全日本病院学会は秋田県で行なわれます。多数の参加をお待ちしています。

常任理事 医療の質向上委員会委員長・個人情報保護担当委員会委員長

飯田修平

謹賀新年。

旧年中は委員会活動にご協力いただきまして有り難うございました。文字通り、産官学の外部の方との連携を活発に行い、その成果の一部を出版することができました。

社会の変革に対応するだけでなく、その流れを造ることが、全日病の役割と考えます。質重視の経営には、質・安全・情報が基本となります。

本年も、様々な取り組みを予定しております。会員諸兄姉の積極的な参画とご協力をお願いします。

常任理事 救急・防災委員会委員長

石原 哲

医療制度改革によって民間医療機関は打撃を受けています。しかし、「救急」の需要は増える一方で、医療圏単位の2次救急医療体制整備が急務です。

地域行政とのより密接な連携と地域に根ざした救急医療に必要な資料作りを目的に、新たな調査を行います。

「災害対策」は、国民保護法の誕生により緊張が増す中、赤穂中央病院で防災訓練を実施しましたが、本年も広範な展開を願っています。

3月の防災フォーラムへのご参集もお願いします。

常任理事 医療保険・診療報酬委員会委員長

猪口雄二

明けましておめでとうございます。

大変に厳しい診療報酬改定、療養病床再編を含む医療制度改革など、激変の1年が過ぎ、新たな年が始まりました。

民間病院の生き残りをかけた年になるでしょう。

全日病会員の皆様とともに、力を合わせてこの難局を乗り切りたいと思います。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。

平成18年は、厚労省の、厚労省による、厚労省の為のルール改正が「効率化と医療の質と安全性の向上の為」という大義名分のもとに、大手を振って行われた年となりました。

スポーツで言えばone side gameです。

病院団体もそろそろ本腰を入れて戦略を練り直す時期が来た様です。

今年も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

昨年は第48回全日本病院協会・徳島学会に多数のご参加をいただきありがとうございました。

本年の企画室委員会の役割としては、昨年に引き続き会員数の拡大に努めたいと考えております。

色々な機会に新規加入活動を展開し、全日本病院協会への加入を呼びかけていく予定にしております。ご協力とご指導をお願いします。

常任理事

川野四郎

明けましておめでとうございます。さて、今、我国において最も問題となっている1つに各種の格差社会があげられています。

医療・福祉の現場にも、このさまざまな格差(特に官・民の……)が顕著になっており、地域医療の崩壊さえ危惧されています。

我々全日病は総力をあげて、この格差解消の為、最大の努力を傾注すべきかと存じますが、如何でしょうか。

常任理事 介護保険制度委員会委員長

木下 毅

新年おめでとうございます。昨年は医療区分の導入、介護療養型医療施設の廃止など療養病床にとっては厳しい年でした。

のんびりとおめでとうといっている場合ではないかもしれませんが、この逆境を契機に、療養病床は病院の機能充実に取り組んでゆく年と思います。

2008年に始まる高齢者医療制度もよく見守ってゆく必要があります。

常任理事 病院機能評価委員会委員長

木村 厚

明けましておめでとうございます。2006年12月18日現在、医療機能評価認定病院は全国で2,238病院であり(全病院の24.8%)、その内、全日病会員は685病院(会員病院の31.35%)で、全国平均より高い割合となっています。

これは会員病院の管理者、職員の方々の奮闘努力の賜物です。

未受審の病院は今年こそ受審に向け、更新病院も含め、病院機能評価委員会が行っている機能評価受審支援相談事業、受審支援セミナーをどうぞご利用ください。

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。

税制改定も医療制度改定も大変重要な時期に入りました。医療制度・税制委員会でもよく勉強討論してゆきたいと考えます。

また、今年は9月22、23日第49回全日本病院学会を秋田市で開催することになりました。

皆様の多数のご参加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。昨年作成した「病院のあり方報告書2006年度版」の提言実現のため、具体的取り組みの活動をすすめていきたいと思ひます。

報告書の内容について一般国民への周知にも努力していく所存ですが、会員各位の御協力を宜しく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

明けましておめでとうございます。

医療界は益々人材不足に向います。看護師の離職防止、潜在看護師の職場復帰は喫緊のテーマです。医療安全でより厳しくなった職場に戻るかという

不安感の軽減にeラーニングが役立つと考え、「カムバックエントリー制度支援」に取り組んでおります。

常任理事 財務委員会委員長

中村康彦

謹んで新年のお慶びを申し上げます。

昨年は、押し寄せる改革の波に、全国の病院が対応に追われる激動の一年であったと思います。

どのような状況においても、健全な経営と質の高い病院医療の提供のため、様々な活動が円滑かつ迅速に進む様サポートしてまいりたいと思います。

本年もご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

常任理事 人間ドック委員会委員長

西 昂

謹賀新年 昨年より開始した1泊人間ドック認定施設数は、順調に増加し18施設に、また、日帰り人間ドック認定施設は472施設になりました。

平成20年からは特定健診・特定保健指導制度が施行されます。

人間ドック委員会では、この制度に対して、来年度より、特定保健指導者向けの研修会を行う予定です。是非ご参加ください。

常任理事

濱砂重仁

謹賀新年。急変する医療改革を知るには、過去を分析し、未来を予測しなければなりません。

着地点は何処にあるか。人、金、パワー不足により頭では理解しても、実行に移すことが出来ないこともあります。

軟着陸出来るように、宮崎県内の病院に落ちこぼれが出ないように、頑張っていきたいと思ひます。今年もどうぞよろしくお願い申し上げます。

常任理事

濱脇純一

あけましておめでとうございます。今年も引き続きご指導賜りますようお願い致します。

さて、規制改革・民間開放推進会議々長草刈隆郎氏が「医療と農業の規制改革は進んでいない。道半ば……」と述べている。

今年もさらに医療環境は厳しくなるものと思われる。患者のための規制改革を願う者である。

医療の現場を本当に理解し、医療のために闘う医系議員を医者の手によって選出したいものだ。

常任理事

日野頌三

清国が滅びた3つの兆し 一、でたらめな人たちがやりたい放題のでたらめをやり、善良な人たちがおし黙る。二、非難されることをおそれて情報を隠すから、とり繕ったきれいごとの報告しかされなくなる。三、倫理観が頹廃して、何が正しいことで、何が悪いことか、誰にも分からなくなる。

明るいましが見える新年であってほしいものです。

常任理事

平山登志夫

謹んで新春のお慶びを申し上げます。

医療環境は年を越す毎に悪化していき、危機的な状態にあります。世界に誇る国民皆保険制度を維持し、国民の健康を守ることが医療人に課せられた使命です。

本年も全日本病院協会会員全員の結束を強め、難局に立ち向かって行きましょう。

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。4期8年間の佐々会長のもと執行部にご協力いただき、ありがとうございます。

本年3月にて任期満了となり全役員の新選・新執行部が発足します。よろしくお願いいたします。

新春特別座談会 質の高い地域医療の構築と民間病院—医療法第5次改正の意味するもの



佐々 昨年6月の国会「医療法等一部改正法」が成立し、今年4月に施行されます。過去にない大きな医療法改正となりましたね。

松谷 2006年度の改正は医療制度全般にわたる大改革になりました。その中でも、医療提供面が大きく取り上げられたという点が大きな特徴です。

西澤 医療法改正では、医療計画制度の改革がきわめて注目されます。

松谷 ご存知のとおり、「医療計画制度」は1965年に導入されました。医療提供体制の量的な整備に一応のめどが立ち、質の確保が課題になってきたことが背景にあります。その中核となるのが必要病床数、今でいう基準病床数です。

都道府県ごとに1次、2次、3次の医療圏を設け、入院医療については2次圏ごとに基準病床数を定めるとともに医療提供整備全般にわたる計画を記載し、5年ごとに見直すという仕組みです。

この大きな意味は、明治以来の自由開業制に一定の規制をかけたということにあります。今回は40年ぶりの大きな見直しになるわけですが、病床規制という面に加え、本来あるべきソフトの視点から医療計画をもっと活用しようというのが主旨です。

計画立案に医療現場からの参加が重要では？ 都道府県の検討機関に関係者の参画を期待

西澤 今回の医療計画制度の見直しには基本的に賛成です。

これまででは、その地域で人口あたり

すなわち、脳卒中、がん、小児・救急医療などの「4疾病・5事業」を取り上げ、その事業ごとに、地域に医療連携のしくみを作り、その内容を医療計画で示すというものです。

「4疾病・5事業」ごとに具体的な指標あるいは数値目標を設定し、それを計画立案し、実施し、事後評価を行なうという一連の流れとして確立しつつ、分野ごとに医療機関の分化・連携を進め、地域における医療提供の切れ目のない繋がりをつくるというわけです。

例えば、事業ごとに地域連携クリティカルパスをつくるなどによって、患者から見て、急性期、リハビリ、慢性期の医療がどこで提供され、その結果、どう在宅医療につながっていくのかが分かるように明示します。

ハードとしての病床規制は今回も残っています。これについては色々な議論があり、研究は続けてゆく必要があると思っています。

医療計画は本来がソフトのものですから、今回は、地域で患者が病気になって入院してから最後に在宅療養に戻るまでがスムーズに回るようにする、そのために、医療圏を、そのような視点から改めて位置づけ直すことを目的としたものです。

何床という量的規制をすることが主で、質の面は顧みられなかったというのが正直な感想でした。それが今回、「4疾

出席者
厚生労働省 医政局長 松谷有希雄
全日本病院協会 会長 佐々英達
副会長 西澤寛俊
理事 徳田禎久 (病院のあり方委員会委員長)



病・5事業」ごとに医療提供の流れを整えるというように、かなり質の面に踏み込んだと思います。

ただ、そうはいいいながらも、国が始めようとしている取り組みが、今ひとつ見えてきません。そこで、国あるいは都道府県で、どこまで準備が進んでいるのかをうかがいます。

松谷 新しい医療計画は2008年4月に全国一斉に施行されます。昨年11月21日にも全国医政関係主管課長会議で都道府県に準備内容を具体的に示すなど、作業を進めています。

ただ、医療計画は各都道府県なりにノウハウの蓄積があるとはいえ、今回のソフトの部分については戸惑っているところもあるようです。

新しい医療計画の策定は、現に地域にある医療機能の実態を踏まえて、その効率的で質の高い分化・連携の構築を図るという、ある意味では、医療提供の中身に踏み込むものです。これは、都道府県として今まで手がけてこなかったことですから、戸惑いがあること

は事実だと思います。

国としては基本方針や色々な指標を示すだけでなく、具体的なガイドラインも作るなど、支援していきたいと思っています。

西澤 方向性としては都道府県の裁量が増した。あるいは、全日病が主張してきた、ハコではなく患者の側からみる、ある意味でケースミックスの視点が入ったのではないかとこの点からも、非常に期待しています。

ただ、こういう計画の立案は行政だけでは限界があり、我々現場サイドがかかわっていくことが非常に重要ではないかと考えます。我々病院団体が協力できるような態勢を国として作っていただけるのであれば、一緒に作業していきたいと思うのですが。

松谷 医療計画の策定にあたっては都道府県の医療審議会に諮りますが、例えば、その下のワーキンググループ等に参画していただくということが考えられます。そこには住民の代表も入るでしょうが、医療提供の中身がわかっ

医療計画作成に病院団体として協力の用意！

医療連携体制の構築から各種病床のあり方が明確になる

ている方には大いに入っていただく必要があります。

徳田 医療計画のあり方を考えると、入口の疾病調査がきわめて重要です。それを恒常的かつ科学的に行なうにはどうしたらよいかということで、ICDやコーディングの必要性を、ちょうど昨年の座談会でもお話しさせていただきました。

当初は、ライフコースアプローチということで年代別の疾病構造をきちんとみる、しかも、上位10ないし20の疾

患を調査し、それを踏まえた指標等を計画に織り込んでいくという議論があったと思うのですが、今回は、まずやれるところからということで「4疾病・5事業」になったと、そういう理解でよいのでしょうか。

松谷 そうです。一番大事な9つの事業から開始します。ただし、各都道府県は「知事の定めるもの」を追加することができます。

携を可能とする医療機能をどう判断し、効率的な医療提供体制をどのように設計していくのかという点は、まさに、調査の成否に左右されるのではないのでしょうか。

松谷 おっしゃるとおりです。スターティックなだけでなく、本当はダイナミックな調査ができるとよいのですが。全てに共通ということで、都道府県に示している調査項目は、どうしてもスターティックなものにならざるを得ません。

医師が科ごとに何人いると分かっても、例えば循環器科でも病院や医師によって診ている疾病がだいぶ違う。あるいは、同じ手術であっても患者の重症度が違ったりするということがあります。本当は、連携を図る上で、そういうレベルまで調べる必要はあるでしょう。しかし、現実には、なかなか難しい問題です。

徳田 その辺は、本来は医師会がやるべきことなのでしょう。いや、主たる対象が病院であるとしたら、病院団体がやるべきかも知れない。(笑)

松谷 少なくとも、病名を共通にして、どの患者がどこでどういうふうに診て

提供体制の上で亜急性期の位置づけは？ 一般病床の中の各病床機能は今後の議論

佐々 全日病としては、医療計画の中で民間の中小病院がどういう部分を担っていくのかということに関心がありますね。



徳田 同感です。基準病床数を、一般病床と療養病床の別に算定するという方向性があるようですが、今後、療養病床の整備はどうお考えですか。

高齢化が進むにしたがって、当然、長期療養の患者が増えてくることは確実で、必要病床数は増えると考えられます。

また、一般病床には急性と亜急性が含まれると我々は考えていますが、診療報酬の上で一般病床の10%しか認めてもらえないこともあり、亜急性に対応する医療提供の全体像がよく見えません。

亜急性については、DPC対象病院が主に扱う急性期の次の病期病床ないしは軽症の急性病変を扱う病床と想定し、そこに地域の民間中小病院の役割があるものと思っていますが、将来的には、病棟単位での区分として規定すべきとも考えています。

調査データを病院団体等に提供すべし！ 連携実績が基準病床の議論に反映していく

西澤 今までは抽象的な議論だったと思います。しかし、これからは、疾病調査や医療機能調査によって、実際に「4疾病・5事業」の医療連携をつくっていく過程で、各疾患のステージ

もらっているかを調査する、それがスタートラインであることは確かですね。

松谷 前回の第4次医療法改正で基準病床数の算定の仕方が改正されましたが、今回、そこについての変更はありません。

したがって、今後、療養病床を切り分けて、どのくらい必要かという議論をしていくのか、あるいは、一般病床の中で、DPCのような急性期医療の受け皿というか、急性変化したときや亜急性になったときの受け皿というか、そういう医療を担う病院をどうするかという辺りは、これからの議論ではないのでしょうか。

特に、亜急性のところは、まだ、きちんとした議論がされていないと思いますね。むしろ、療養病床の方が先行して論じられたということです。

しかし、今回の医療計画で、脳卒中等などに継ぎ目のない医療提供の流れを組んでいく中で、否も応もなく、各種病床のあり方が明確になっていくのではないのでしょうか。

地域ごとに違うでしょうが、そういう実績を踏まえて、具体的な数字やデータにもとづいた議論がなされる必要があるのではないのでしょうか。

ごとの実態もみえてくることでしょう。その中から、例えば、重装備の急性期がどれだけ必要なのか、その次の亜急性はどれだけ要するのか、そういった数が明らかになってくる。それを積み



重ねることによって、今までのような、一般病床がいくらというおおまかなものではなく、もっと、きめの細かな必要量が導かれる。

それをあらためて地域ごとに細かく配置していくというのが医療計画の本当の狙いであり、我々としても、できるだけ早くそういう状態を迎えたいと希望しています。

できれば、そのときに行政だけが基本データを把握するのではなく、法的あるいは個人情報の問題などをクリアした上で、データベースとして病院団体にも提供していただきたい。

そうすれば、私たちもそれを活用し、独自の分析をすることによって、より具体的な提言ができるだろうと思います。

松谷 調査結果のデータはできるだけ共有財産にしたいとは思っています。数の情報ですと簡単に提供できると思いますが、個々の患者の経路をたどるとすると名前がついて回りますから、そこらへんをどうするかといったテクニカルな問題はあってもいいかもしれません。

それから、「4疾病・5事業」はやがて拡大していくと思います。そうした連携体制を構築した結果が、いずれ、基準病床をめぐる議論に反映していくのではないのでしょうか。その意味で、先ほどのハードとソフトというのはつなが

**診療GLとの対比でアウトカムを表わす方法も！
アウトカム情報の提供は次第に拡大していく**

西澤 情報提供といえ、医療機関や機能の選択に関する情報の提供が始ま

っているものと考えます。
西澤 今回の制度改正で、都道府県にある程度の裁量が委ねられました。しかし、国として基本方針等を出すわけでもあり、都道府県の側もそれを待っている、それがないと作業ができないという段階にあるのではないかと思います。

私は、もっと独自に取り組めるところまで都道府県はレベルアップしなければならない、そういう意味で、都道府県にもっと裁量権を持たすべきとも考えるのですが。

松谷 医療計画は都道府県のもので、すでに、病床の許可と取消しの権限から医療計画の策定権限まで、ほとんどが都道府県の掌中にあるのです。(笑)

今回も独自の項目を追加して調査できるわけですが、実は、相当のデータを都道府県は保有しています。国がしている調査データも今はオープンになっていますし、コンピュータ上でも取り出すことができますから、それを元に、取りかかるとはできるのです。しかし、やはり、国の指示を待っているというところもありましょう。

我々としては、国のデータを積極的に使って独自に進めてほしいのですが、データをいくつか組み合わせ加工してほしいというような注文が都道府県からあれば、応じるつもりです。

松谷 今回の医療法改正で、医療機関

がもつ「一定の情報」を都道府県に報告し、都道府県はそれを住民に見やすい形で提供するというシステムを導入しました。

「一定の情報」については、とくに、アウトカム情報を出してほしいという要望があり、検討会でも色々と議論されました。

その結果、例えば、死亡率、再入院率、疾病別の平均在院日数などの医療結果を分析している、かつ、その分析結果を提供しているかどうかということや都道府県に報告してもらい、それを住民に公表することになりました。

したがって、こういった種類のアウトカム情報を分析し、かつ、それを情報提供していると載せた医療機関に行けば、情報を得ることが出来ます。

徳田 アウトカム情報の広告上の取り扱い、まだ難しいのでしょうか。

松谷 広告については大幅に緩和しますが、広告事項を包括的な内容にすることによって、一定の客観的情報は広告できるようにしました。やはり、情報の標準化と評価の仕方をどうするかという問題が残されています。

徳田 かなりの疾患について診療ガイドラインが出ています。個人的には、それとの対比で各医療機関の診療結果がど

**都道府県は直接の医療提供から退くべき！
社会医療法人は公的病院の受け皿となる**

西澤 医療法人制度改革ですが、検討会としてはある程度結果が出ているのですが、その後の進捗状況はいかがですか。

の状況にあるのかを示すという方法があるのではないかと考えているのですが。松谷 診療ガイドラインとリンクさせる方法を検討するという考えですね。

徳田 例えば、在院日数にしても、診療ガイドラインごとに大まかなものが示されています。それに対して、各医療機関の在院日数がどうなっているのかというように、データが出ているものに関しては取り組みやすいのではないのでしょうか。

松谷 アウトカム情報については色々な研究が始まっています。また、アウトカム評価に取り組む病院群も出ています。そういう成果も参考にして、こういう出し方であれば大丈夫といった評価を積み上げながら、次第に拡大していくことになるだろうと思います。

佐々 実は、全日病としても、数年前からアウトカム評価事業に取り組んでいます。ぜひ、参考にしていただければと思います。

西澤 情報というのは、直接的には患者が医療機関を選択しやすくなるというメリットがありますが、それによって競争が生まれ、各医療機関が提供する医療の質の向上につながっていくということが大きいのではないのでしょうか。

松谷 患者における安心と医療機関への信頼にもつながります。

松谷 今回の医療法改正では、1つは非営利性の徹底ということで解散時残余財産の帰属先を国、地方公共団体もし

「4疾病・5事業」はやがて拡大していく

疾病や機能調査のデータは関係団体等と共有したい

くは類似の他医療法人などに限定しました。既存の持分のある法人には当分の間猶過措置が適用されます。

もう1つには「社会医療法人制度」を新設しました。公益性ある事業の担い手になるとともに、イコールフットイングという立場から、受け皿となる医療法人の枠組みを作ったということです。

それに関連して、都道府県や市町村が委託をする場合の指定管理者制度を本来業務として明確化しました。

西澤 医療法人に関しては、非営利といいながらそうでない面もあるということや色々と指摘されてきたわけですが、今回の改正で、非営利の徹底を図ったということになりますね。

松谷 株式会社参入議論の中では、小泉前総理時代からも、毎年の配当はしていないけれども結局解散の時に配当しているのと同じ結果になるのではないかと疑問を突きつけられています。そういう意味からも非営利性については徹底を図りました。

・社会医療法人については、公募債が発行できるようにしましたし、従前の自治体病院なり公的病院なりが行ってきた医療を民間の病院としてできる

ように整備しました。一方で、それなりに厳しい規律も課していますが。

西澤 非営利性を徹底し、公益法人として育成を図るといえるのであれば、これは医療提供体制における公私格差をどう解消するかという問題となります。

05年7月の「医療経営の非営利性等に関する検討会」報告書は、都道府県に対して直接の医療提供から撤退することを提起し、その果たしてきた役割を民間に引き継がせるべきとしています。

さらに、「医療サービスに係るルールを調整する役割、医療サービスの安全性やアクセスの公平性を監視する役割等へ転換する」よう、自治体の新たな役割を提案しました。この辺りは我々民間病院の頑張りどころでもあります。厚労省においても、ぜひ、そういう方向で臨んでいただきたいと要望します。

公的というか、自治体病院等に投入されている医療費は、診療報酬以外で数千億円とも言われています。したがって、こうした面の合理化、効率化は、医療資源を適正消費する国の方針とも合致するものです。

一トできたのではないのでしょうか。色々ありますが、概ねよい評価をいただいています。何よりも研修生の評価がいいです。特に、市中の研修病院に入った医師に対する満足度が高いですね。

12月15日の医師臨床研修部会では、経過措置をどうするかという点も含めた議論を再開しましたが、そうした議論も踏

まえて、5年目の見直しに向けた検討が行われると思います。ただし、大枠の見直しというより、改善を主眼とした見直しになるのではないのでしょうか。

西澤 最後に、医師不足、看護師不足が依然として深刻です。2007年を迎え、国としてどんな対策をとるおつもりか、うかがいます。

松谷 05年夏に総務省、文部科学省とてつくる連絡会議で「医師確保総合対策」を出し、各省庁連携を保ちながら対応しています。昨年夏には、さらに3省で、「新医師確保総合対策」を打ち出しました。

短期的な対策と大学の定員増も含む中長期的対策の両面から臨む諸施策に予算、診療報酬、地方財政措置も含めて取り組んでいます。

これらの対策は07年度も引き続いて行ない、国としてやるべきことをしていきたいと思っています。

マクロでは医師は増えています。地域別に見ても、県単位ではどの県も増えている。基本的には県の中での分布が一番の問題だろうと思っています。

県別では2倍ほどの格差があります。診療科別では産科の減少が大きな問題です。小児科については、救急というよりも時間外診療、夜間診療の問題でもあります。そういうことで、病院医師の問題をどうするかということだと認識しています。

先ほど、マクロでは医師は増えていると言いましたが、とくに、女医の増加が顕著ですね。開業が増えているといいますが、率としては今までのところ増

ていません。ただ、30代後半から40代の開業年齢に達している人が各県で増えているので、数としては増えています。

徳田 WHOの統計によると、医師の対人口比は100カ国中67番目です。もっと増やしてもよいという見方もあるのでは。

松谷 それは資源を、どこに、どう配分するかという問題なんです。例えば、今、困っている医療機関の代表は、町立病院など公立病院です。しかし、地域対策という面からは、産科、小児科のように医療機関の集約化、拠点化が避けられません。

あるいは、産科でいえば、助産師の活用をどうするか、女医の定着をどう高めるかという課題もあります。小児科でいえば、地域で夜間のセンターを設置して電話相談とか、内科医にも参画してもらえる仕組みを作る。そういった様々な手段を駆使して、それぞれに制度、予算、地方財政措置などの裏づけをつけないかなければなりません。

一方、長期的には、もともと少ない北東北とか中部の一部といったところには大学の定員を緩和するという手段も必要でしょうし、医師をリクルートして派遣することも必要です。そういうきめ細かな方策を組み合わせながら、1つ1つ実施していかなければ効果は生まれません。佐々 医師不足は本当に深刻な問題です。行政だけでなく、医療提供側も積極的に取り組んでいかなければならないテーマであると思います。

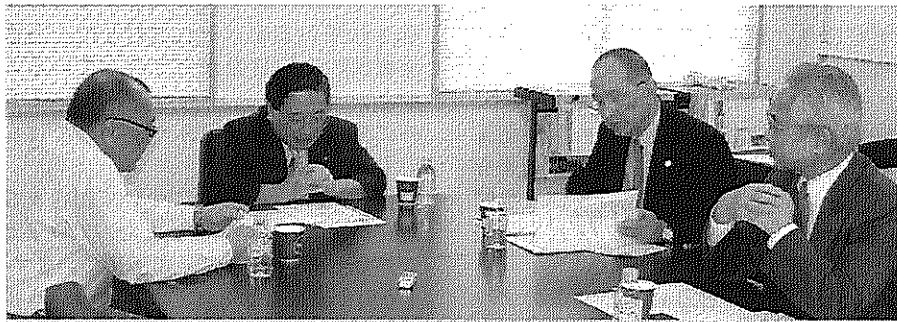


座談会は12月18日に行なわれました

緊急座談会 「療養病床再編」の検証と展望

06年度慢性期調査結果から医療区分を改善

日本医師会は医療区分の項目・点数の早急な見直しを要求!



日本医師会 天本 宏常任理事
全日本病院協会 安藤高明副会長(広報委員会委員長)
猪口雄二常任理事(医療保険・診療報酬委員会委員長)
木下 毅常任理事(介護保険制度委員会委員長)

安藤 2006年度は史上最大のマイナス改定でしたが、その直前に療養病床再編が決められ、療養病床は、まさに、医療費削減のターゲットとされました。その結果、昨年7月に実施された療養病床入院基本料の改定は医療現場と患者に大変な混乱を与えています。

天本 国は、昨年初めに、介護療養病床を2011年度末で廃止するとともに療養病床を大幅に削減する政策を決定し、法改正を行ないました。そして、その一環として昨年の診療報酬改定では、医療区分1の患者にコストに見合わない報酬を設定した。

あまりに短期間に実施された上、現行参酌標準が見直される09年度まで介護保険施設へ転換できないなど介護保険制度との整合性も欠くもので、全国の療養病床ではパニックに近い混乱が生じています。

日本医師会が昨年7月末に緊急調査を行なったところ、医療療養の42%の比率を占めた区分1の中の約4割が退院可能であるにもかかわらず、受け皿がないために在宅復帰できずにいることが分かりました。問題はそれだけではない。医療必要度が低いとされた区分1の患者の約20%に、医師の指示の下、看護師の業務独占となつていった医療的処置が実施されていたのです。

一方、同じ調査から、療養病床を主とする病院は、昨年7月の療養病床入院基本料改定によって、前年同月比約10%の減収になったことも明らかになった。これは医療機関の存続を脅かすものであり、その結果、地域医療に大きな支障が出るのが考えられます。

ところが、これら政策や措置に関する議論の過程で、いくつか不明な点があることが後になって判明しました。その1つが、04年度の慢性期調査から得られたコストデータが公表されず、医療区分の点数設定過程でも資料として用いられなかったという事実です。

また、2005年10月現在の「介護サービス施設・事業所調査結果」で明らかのように、介護療養病床は要介護度4と5で81.6%を占めているが、老健施設は43.7%でしかないという実態もある。

このデータは、一番重い人たちの擁

区分1「医療不要」説の誤り。意図的なすり替え

安藤 慢性期分科会で患者分類の作成に尽力するとともに、コストに見合った報酬の設定を訴えてきた猪口先生としても、このような展開は納得がいかなければならないのではないでしょうか。

猪口 ケースミックス分類にもとづいて報酬を設ける方が、当時の一律点数よりは明らかに実態を反映したものであるだろうという考えで、慢性期分科会の作業に臨みました。

調査で得た患者データを、一方で、

する介護療養病床を廃止して、一番軽度の入所者が多い老健に移すという矛盾を明らかにしていますが、それは同時に、老健施設で、医療区分1の中の医療的処置を受けている患者をみれるのかという重大な疑問を呈示するものでもあります。

それだけでなく、こういった介護現場の実態を示すデータが、介護療養病床を廃止するという重大な議論の過程でつまびらかにされなかったという事実も明らかになったのです。

このように、現場実態と異なる政策誘導の結果、医療難民、介護難民が出現しかねない状態にあることや、病院経営が維持できない報酬であること、さらに、議論の過程に重大な瑕疵があることなどから、日本医師会として、昨年10月25日の中医協総会で、少なくとも医療区分1について、項目と点数の見直しをするべきではないかと再審議をお願いしたわけです。

安藤 木下先生が会長を務める日本療養病床協会も、「2006年7月改定による医療保険療養病床の影響度調査」を実施しましたね。

木下 8月に療養病床実態調査を実施して11月に報告したのですが、一定数が一般病床に移っていました。療養病床でみれない患者を一般病床の特殊疾患療養病床や障害者病床でみようという緊急避難的なものではないでしょうか。あるいは、地域で一般の急性期医療を担ってきたところが、これを機に一般病床に戻ったというのものもあるかもしれない。

医療区分1の比率は約40%でした。療養病床入院基本料2に限ると、3月に比べ13%も収入が減っています。

区分1の患者像は色々あがっていますが、今後、タイムスタディやコスト面の正確な把握に努めて、医療の必要な人がどの程度いるかを拾い出す必要を感じています。

慢性期分科会では、私も委員の1人として、区分1について「入院の必要がない」という解釈に反対してきた。

しかし、それが無視され、厚労省によって「区分1は介護施設に移るべき」という方向に導かれたことから、今日に至る矛盾が生じたと考えています。

職種別賃金の重みづけを加えたケアの直接時間で評価し、他方で、医師の指示と看護師による観察・処置の頻度そして疾患・状態・処置内容の組み合わせから評価するという方法で医療区分を作り、それとADLの区分を組み合わせた9区分に認知障害加算を加えた11分類で臨むというのが分科会の考えでした。

したがって、同じ医療区分でもADL区分によってコストは異なります。実は、調査結果から、9区分がそれぞれど

ういうコスト(流動費)になっているかが、当時は明らかにされなかったのです。それが我々委員に初めて報告されたのが昨年9月13日の分科会です。このコストデータは中医協にも報告されて物議をかもしたわけですが、それを見ると、例えば区分3であっても、ADLの別によってコストはかなり異なっていることが一目瞭然です。

しかし、厚労省は、このデータを公表することなく改定に臨み、分科会の9区分案を5段階に変えて、しかも、コストから大きく乖離した点数設定を行なったのです。

慢性期分科会の役割は患者分類を作るまでなので仕方がないことなのですが、分科会の案とコストデータにしたがって点数を設けていたら、ここまで深刻な事態にならなかったかもしれません。

医療区分1に関しては「医療が必要ではない」という解釈が流布されていますが、元々は、医療がどの程度実施されているかという点で分類し、そこに、人手や薬剤費といった変動費の大小で3、2、1の各ランクに落とし込んでいったわけで、「医療が必要ではない」ということではなく、3、2ほどには資源が投入されていないという意味に過ぎないのです。

慢性期分科会におけるこの考え方が、介護療養型の廃止に向かう政治的状況の中で、患者分類を作った本来目的と違う意図によってすり替えられ、その結果、区分1に経営ができないような点数を設定する論議に使われた。つまり、介護施設への転換を強いるとともに、介護療養から医療療養に戻らないようにする措置として利用されたというのが事実です。

08年改定に向けた分科会の作業には、現行医療区分の妥当性検証が重要なテーマとしてあります。天本先生も委員に加われたことでもあり、何らかの改善を加えていきたいと考えています。

安藤 厚労省内には医療区分2の一部の項目を1に変えるという議論もあるようですが。

天本 それは、昨年11月2日の参議院厚生労働委員会における水田保険局長の

療養病床前後の整備を提言する必要

安藤 療養病床協会も区分1の見直しを求めるという立場ですね。

木下 個人的には、区分1の40%ほどは2に変更されてしかるべきと感じています。逆に、2から1に戻すという作業もあり得るわけで、その辺りは、慢性期分科会の06年度調査結果からある程度みえてくるでしょう。

現在の区分では、医師による指示の見直しの有無によって医療必要度の高い低い判断されている。しかし、それはおかしいということで、06年度の調査には入院継続の必要の有無を担当医にたずねる項目を入れました。したがって、入院が必要と判断されたグループの疾患や状態像を参考に、入れ替えの必要を判断することができます。

猪口 マトリクス自体は、基本的には、医療が必要な患者にかかわる、ADLも加味した必要な仕事量とその他資源の分配の度合いを表わしています。もちろん、中には医療よりも介護の方が適切ではないかという人も出てくるでしょう。そこで、この人たちをあらためて区分1に位置づけ、マトリクス自体は医療

答弁のことでしょう。医療療養15万床の根拠をたずねた西島議員(自民)に、「医療区分1(50%)に、医療区分2から老健施設で対応可能な4疾患・状態の10%を加えた60%を算定根拠としている」と答えている。区分2でも、うつ状態、褥瘡、創傷処置、皮膚の潰瘍のケアは老健でみれるということですよ。

しかし、この話は、これまでどこでも議論されてないことだし、明らかにもされてない。そこで、慢性期分科会を急遽開いて医療課に真意を質したところ、「医療区分等の見直しは06年度調査結果の分析にもとづいて行なう。初めから数字ありきということではない」ということでした。

いずれにしても、区分1の点数は、老健施設における要介護度1の介護報酬よりも低く、経営を危うくするものです。

一方、在宅に戻ることができない患者が大勢いる。さらに、引き続いて医療を受けるべき患者が区分1に20%もいる。こうしたことから、日本医師会は緊急の是正が必要であると判断し、中医協に対して再審議を求めたということです。

安藤 今年4月に臨時改定を行なうよう求めるのですか。

天本 次期改定までは待てない、何らかの激変緩和措置が必要であるというのが我々の基本的考えです。

40%を占める区分1の患者についても、医学的には安定期にあるわけで、介護施設の枠が確保され、医療提供の見通しがつくのであれば移行は可能です。しかし、それができなければ医療施設で対応するしかありません。

一方で、介護療養にいる要介護4、5という重介護の人たちを、今後、どこがみるのか。そのめどを、将来的にどうつけるのかという問題もあります。在宅ケアの整備というのは、急変などに対応できる施設ケアの充実化と一体に進められる必要がある。こうした点はきちんと主張していきたい。

その上で、効率的な対応は色々考えられる。施設ケアはすべて病院でなければならないかといえば、必ずしもそうではない。この点は、今後、新たな提案があることでしょう。

度と介護度の組み合わせとして機能させるといった、項目の見直しを含めた修正が分科会で行なわれるとよいのではないかと、個人的には思っています。天本 今や、検討されるべきは区分1の問題だけではありません。実は、療養病床再編という「命題」は、高齢者医療における超急性期あるいは急性期、回復期そして在宅という展開の中で、それぞれどういう機能が必要となるのかという点で、重要なメッセージを発している。

現在の療養病床を再編するのみでは、社会保障全体の効果と効率性を高めることはできない。つまり、国が目論む医療費の伸びの抑制、ベッド削減、地域ケア体制の整備を進めるためには、介護施設のあり方が変わり、さらには、一般病床の再編成といったように療養病床以外の整備を同時に進めざるを得なくなるのです。

したがって医療現場は、これを機に、療養病床の周辺をどう整えていくべきかを一体に提案していかないとならない。安藤 確かにそうですね。全日病としても、今回まとめた「病院のあり方報告書2006年度版」で、今後、地域に継続的

継続的ケア体制の大きな課題は亜急性期

地域の病院に求められる在宅に取り組む体制と意識改革

ケアの体制を構築するという点で重要な提言をまとめています。

猪口 基本的には、医療から介護・在宅に至るシームレスな繋がりを、地域につくる必要があるということです。急性期は、すでにDPCによる病床が30万を占め、数年で40～50万床になる可能性がある。急性期入院はある程度DPCで固まるでしょう。

慢性期は、医療を必要とする長期患者のベッドとして現行の医療療養病床で固まってしまう。介護施設に関しては、介護療養型廃止を踏まえる限り、特養、老健、特定施設がどう機能分担していくのか、そこに、医療にどうアクセスするのかという議論になっていきます。

そういう枠組みがみえる中、残された領域が、急性期と慢性期の間に位置する亜急性期あるいは回復期の病床です。回復期リハ病床はある程度機能がはっきりしている。問題は、04年度改定で新設された亜急性期入院医療管理料を算定する病床を、どう拡充していくかです。

老健施設の機能は変わらないを得ない

安藤 療養病床協会は、療養病床が在宅支援機能を担って地域の患者を受け入れるという考え方を提起していますね。**木下** 亜急性期として、現在、「地域一般病棟」が提起されています。この機能に、療養病床も参画できるのが望ましいと考えています。

長期入院に関しては医療区分2、3の患者をみていくわけですが、他方で、介護施設を含めた在宅を地域でどう支援するかという機能が求められてくる。この点では、療養病床がこれまで実施してきた、看護、介護、リハを含む多職種によるチーム医療のノウハウを地域に提供できるのではないかと考えています。**天本** 狭間の支援機能には、在宅、介護施設を含めた看取りの問題が入ってくるのでは。終末期を在宅でみて、全員をそこで看取るというものでもない。といってDPC病床というもおかしい。高齢者にふさわしい看取りを、狭間にある病院・病床群がどう提案していくかということになる。

ところで、療養病床が介護保険でも医療保険でも否定的に扱われているが、本当にその位置づけをどうするのか。医療療養病床以外をすべて、特定施設や在宅拠点に振り向けることでよいのかという点を、あらためて考える必要があります。

というのも介護療養病床は年を追って重度の高齢者が増えている。一方、老健施設には、在宅復帰ということで比較的軽い人が入所している。ここに重度の患者を移すとすると、老健施設は、これまで果たしてきた在宅支援機能が継続できるのか大いに疑問である。

猪口 そう、老健施設の機能は変わらないを得ない。

天本 その点を、療養病床協会、老健施設協会、全日病とで話し合う必要があると思いますね。

安藤 転換型老健の機能については色々な見解があります。1つには、医療が必要となった入所者はすべて医療療養病床に移すという方法。あるいは医療機能を高める、さらには、逆に医療の外出しで対応すべきではという意見もあります。

猪口 現在の老健に、介護療養や医療療養が提供しているものをそのまま導入するのは無理でしょう。では、老健施設の基準をもっと手厚くするのかということ、それも違うよ

例えば、今は一律点数になっているが、そこにケースミックスの視点が必要ではないか。あるいは、急性期病院から患者を受け入れるだけでなく、DPC病院の対象になるほどではない軽症な急性期患者を受け入れながら在宅を支える地域連携型の機能を付加する必要はないか、そういう病院・病床群を整える必要はないかなどを議論しています。

天本 後期高齢者医療制度が2008年4月に創設され、09年4月には介護報酬改定を迎えるが、後期高齢者医療の診療報酬には介護施設における医療のあり方が盛り込まれます。したがって、現場は対応を急がないとならない。

今の狭間の病院・病床群も後期高齢者医療と大きくリンクする。高齢者にふさわしい医療をどう考えるのか、それと療養病床がどうかかわるのかという点を早期にまとめ、日医とも連携して取り組んでいただきたい。

猪口 その点は早々に検討作業を始める予定です。

うな気がする。高齢者が増え続けることを考えると、介護施設は今後も増やす必要があるでしょう。しかし、効率性を考えたときに、各施設とも介護というベースはしっかりと充実させた上で、それ以外の機能等はオプションにするという発想があり得る。

例えば、64㎡とか8㎡といった面積要件は基本的に個人負担の世界であるので、廉価のものから個室という高料金のもので並存させる。つまり、基準の多様化と規制緩和を図り、情報提供の下で利用者がきちんと選択できるようにする。その上で、介護がきちんと提供され、医学的管理を行なう必要から看護師が配置されるという発想もある。はたして常勤医師を置くことが効率的であるかどうかについては、議論する必要があるのではないのでしょうか。

在宅支援診療所や「地域一般病棟」のような医療施設や訪問看護ステーションと連携するという方法も考えられる。

木下 一定の患者は医療療養病床に移るでしょうから、介護療養型からどういう状態が老健に移行するのかという点の把握が必要となります。その結果にもとづいて、どういう医療、介護が必要となるのかを検討されなければならない。

天本 今年の3月から介護給付費分科会が再開されて、09年度介護報酬改定に向けた、その辺りの議論が始まる。そこで初めて老健施設の絵が描かれる。つまり、介護における医療のあり方が議論され、それはそれで、08年度の診療報酬改定に反映されることになるわけだが、このタイムラグが、現場にとっては大変きつものとなります。

木下 介護保険施設のあり方がこの3、4月までに出ない、7月頃までずれ込むとなるとちょっと遅いですね。というのも、来年08年度の診療報酬改定をまっとう老健施設への転換を判断するというのでは時間的に短かすぎる。老健施設の見直しはもっと前倒しでやってもらわないと。

安藤 しかし、09年度の介護報酬改定で老健施設がどうなるかという問題もあります。転換したはよいが、報酬が大きく引き下げられたら目も当てられない。

猪口 そう。今や、介護保険施設のあり方が大きく変わろうとしている。単なる、転換老健という次元の話ではなくなっているわけです。

木下 そうした難しさは、転換老健を選

択した病棟がきわめて少ないという、日本療養病床協会の調査結果からも読み取ることができる。転換後に、梯子をはずされたらかなわないという不安が強い。先が見えないということが事態を難しくしています。

安藤 6年もかけて進めるのであれば、老健に転換した後もこのレベルの報酬を維持できるという見通しをきちんと示すぐらいでないと、経営の展望が立たない。誰もついていかないですよ。

天本 医療費を削減する、したがってベッドを減らすということは、介護サービスの量が大幅に増えるということ、これを、介護保険の保険料でまか



なうというのは不可能です。

介護施設に外出しを認めた昨年改定に注目

猪口 各地を訪れて地域の会員病院の声を聞くと、介護療養の廃止に、医療療養もしくは一般病床を選択するという声が多い。つまり「医療をやりたい」と。根底にこのような気持ちがある限り、どんなに誘導を図ったところで、簡単に老健や他の介護施設に行くというようにはならないのでは。

天本 それは分かる。しかし、現実には、医療的処置、重度の看護・介護を必要とする高齢者が増加する中、地域で医療を展開する、それを求める需要が生じている。その結果、いつまでも病院で提供する医療にこだわり続けるのか、それとも、地域に向いて高齢者を支援する医療に進出するのかという選択が避けられなくなっている。そうした意味で、医療提供する我々自身の意識改革が求められているのではないのでしょうか。

猪口 昨年の改定で、24時間対応の在宅療養支援診療所ができました。しかし、全日病が「地域一般病棟」として想定している地域の中小病院は、すでに24時間体制で在宅支援をしてくれているわけで、ここが本格的に在宅医療の後方支援を担うことになれば、それこそ大きな力になるのではないのでしょうか。

それと、介護保険施設を含む介護施設に向いて医療を提供するというようになれば、もっとも主力となるのは、全日病会員に代表される、地域の中小病院です。

天本 病院の収入構造は、もはや医療保険のみでは成り立たない。さらに、病院の中の収入だけでまかなうことも難しくなっている。そうすると、経営者としては当然、地域に出て行くことを考えなければならない。

診療所の先生が1人だけで在宅療養支援診療所をやっていくのは不可能です。病診連携は絶対に不可欠であるし、診々連携やグループ診療とか色々な態勢が必要であるし、訪問看護ステーションがなければいけない。考えてみれば、これは、病院のチーム医療と変わらない。これが、今、地域に必要な医療なのではないか。

安藤 その訪問看護ステーションですが、今、崩壊しつつあるでしょう。訪問看護ステーションを解散してまで看護配置の上位基準をとうとうとしている病院もあるほどで、看護師がどんどん減っている。訪問看護ステーションがあればこそ在宅療養支援診療所というのに。

猪口 昨年の改定で行なわれた「7対1」

の施設や72時間規定と看護師の70%比率

などの届出要件化が、そうした面にもろに影響している。

天本 大病院は「7対1」をとうとうとして看護師獲得に力を入れるが、中小病院も72時間や70%、40%比率をクリアするために看護師を増やさなければならない。普通でも自然退職があるのに、増員どころか補充がきかないという状態です。

天本 看護師が確保できないと地域ケアは成り立ちません。

木下 つまり、機能を絞り込んでベッドを残す。さらには、それと機能を切り離した上で在宅に取り組む部門とで病院を再構築するということになる。

猪口 総論としてはそういうこと。だが、現実にはわが病院を振り返ったときに、なかなか判断は難しいというのが現実では。(笑)

木下 病院の規模、人員そして地域を含めた患者の状態から判断するしかないでしょうね。

天本 昨年4月の介護報酬改定で介護施設に医療、介護サービスの外出しを認めたが、この新たな仕組みに注目する必要はある。ただ、1つ問題がある。それは、特定施設がある面では施設として扱い、別の面では居宅としていることだ。これは明確に「居宅」に位置づけて参酌標準から外すべきだろう。

日本の住宅政策は大変遅れていて、これから充実させていかなければならない。そのときに参酌標準という規制はブレーキとしてはたらく。これは見直される必要がある。

猪口 特定施設はもう参酌標準の枠に入りましたから、今後も、参入は簡単ではない。地域ケア整備構想の中で、療養病床からの転換はある程度は認められるでしょうが、しかし、右から左へとベッド数が認められるとも思えない。そうすると、住居を確保して、そこに、介護も医療も外から提供するというかたちがこれからは増えることになるのではないかと。

天本 本来、高齢化率などは都道府県でばらばらですからね。そういう面からも、療養病床再編で国が示した15万床というのは、都道府県の数字を積み上げたものではない。

この点は、各都道府県が策定する地域ケア体制整備構想の中で、在宅ケアの供給量や介護施設サービスの量を計る中で、きちんと修正してほしいところ。そのかわり、我々医療提供側は、きちんと在宅に取り組むことによって協力体制をとる必要があります。(座談会は12月17日に行なわれました)



うな気がする。高齢者が増え続けることを考えると、介護施設は今後も増やす必要があるでしょう。しかし、効率性を考えたときに、各施設とも介護というベースはしっかりと充実させた上で、それ以外の機能等はオプションにするという発想があり得る。

特別寄稿 アウトカム評価と「質に基づく支払い」—医療法改正と医療情報提供の展望

質評価を診療報酬に取り入れ始めた諸外国

日本も医療法改正で、診療結果を含む医療情報公表へ重要な一歩

東邦大学医学部社会学講座教授 長谷川友紀
病院のあり方委員会・医療の質向上委員会各外部委員

1. 質の可視化と管理—診療報酬による質の評価

米国のメディケアを運営するCMS長官のMark McClellanは2004年9月に、「質を測定することにより、①情報に基づいた病院の選択、②良い質に対して診療報酬で報いること、③病院の改善の余地がどこにあるかを明らかにすることが可能になる。これらは質を向上させる上で大きな原動力となる。メディケアは質に基づく支払い(P4P: pay for performance)を今後全面的に導入する予定である」と宣言した。

近年、医療の質と安全に対する社会ニーズが急速に高まっている。現状において、受けてしかるべき医療サービスの質と実際に受けている医療サービスの質に大きな格差(quality chasm)が存在しているが、将来的に人口構造の高齢化に伴い、慢性期医療に医療サービスの比重が

移行するにつれて、この格差が増大することが危惧される(Crossing the Quality Chasm, 米国医学研究所, 2001)。

各国における医療制度改革では医療の質の確保と、制度としては、主に財政面からの持続可能性が大きな論点となっている。質についての議論もここ数年で大きな進展を遂げ、質は適切な臨床指標を用いることにより可視化、数量化が可能であり、積極的な管理の対象であると認識されるにいたっている。

質情報の収集・解析にあたってはIT技術の役割が大きい。また、質向上が積極的な投資の対象とみなされ、質に基づく診療報酬支払システム導入により医療者にインセンティブを与えることが有力な解決策であると考えられている。

2. 「質に基づく支払い」—米国と英国における導入と拡大

米国医学研究所が医療の質改善に資するような診療報酬体系を推奨して以後、医療の質の測定、診療報酬との関連づけについて種々の試みがなされている。

保険会社、医師グループなどが種々の支払い方式を用いている米国では、何らかの形で質を反映した診療報酬支払方式が、2004年には84のプログラムで用いられていたが、2008年には160プログラムへと増加し、8,900万人をカバーすると推計されている。

メディケアでは、病院による診療情報の公開を実質的に制度化するとともに、さらに進んで、良質の病院には診療報酬の増額を行う試行が行われている。

Hospital Quality Initiative (MMA section1(b)、Market Basketとも呼ばれる)では、病院は3疾患・10臨床指標(急性心筋梗塞、心不全、肺炎)のデータ提供をCMSから求められる。データ提供を行った病院は、メディケアで定められた診療報酬の全額を受け取ることができ、データ提供を行わなかった病院には0.4%の減額がペナルティーとして課される。

病院の利益率からみると0.4%の収入減は大きな影響力を持つため、2004年には、ほぼすべての病院(98%)がデータ提供を行った。

3. 医療改革と情報提供—社会的責任となる病院の情報発信

日本では2006年6月に医療制度改革関連法案が国会で成立した。医療制度改革では、①公的医療保険の再編、②臨床指標を用いることによる、主要疾患を対象にした地域レベルでの医療の質の管理(新医療計画制度)、③医療費の適正化(医療費適正化計画)が、いずれも都道府県を単位として進められる予定である。

新医療計画では、従来の1次から3次までの階層を有するピラミッド構造の中で医療が完結するとする2次医療圏の概念にかわって、ネットワーク型の医療圏が考えられている。

これは、疾患によって対象範囲が異なること、医療機関の役割分担は医療情報の公開に基づいて自然発生的になされ、都道府県はトップダウン的に医療機関を認定・指定するのではなく、むしろ、情報を整備して医療機関間の調整業務を担うという特徴を有する。

さらに、2005年からはHospital Quality Allianceとして、外科の感染予防など指標の拡大、患者満足度(各病院300人の抽出調査)のデータ提供を受けて、このデータを厚生省がインターネット上で公開するにいたっている。

また、CMSの主導で、医師のプラクティスグループ、疾病管理など種々の領域を対象に試行プロジェクトが実施されており、3年後にはその評価がなされる予定である(現在は2年目)。

そのうちの代表的なPremier Hospital Quality Incentive Demonstrationでは、274病院を対象に、5疾患・34臨床指標(急性心筋梗塞、CABG、心不全、肺炎、膝・股関節置換術)についてデータ提供を求め、当該疾患について、上位10%の病院には2%、上位11~20%の病院には1%の診療報酬増額を行う。

初年度の成績に基づいて下位20%の病院には3年目に到達すべき目標値が設定され、これを達成しない場合には1~2%(下位10%では2%、下位11~20%では1%)の診療報酬減額が行われる予定である。

英国では家庭医に対する報酬に、10の慢性疾患について146の臨床指標を設定し、診療効率と治療結果を加味する支払い方式が2004年に導入され、順次拡大される予定である。

例えば、肺がんの外科治療を行う病院が当該都道府県内に4箇所あり、それぞれの症例数がA120例、B100例、C30例、D5例であるとして、治療成績に大きな相違がなければ、情報を公開することによってA、Bの2病院に患者が集約し、自然発生的に2病院を中心とした医療圏が形成されることになる。(図1)

行政の役割は、医療機関についての情報の収集と一般への提供、地域での連携を促進するための連絡協議会の開催など、裏方的なものとなる。

また、医療圏が適切に形成され機能するためには、治療成績(アウトカム)を含む情報が利用可能な形で十分に提供される必要がある。これを担保するために、昨年の医療法改正で、都道府県は医療機関から一定の情報提供を受けることが定められた。

これまで、医療機関の情報発信を「する」「しない」は病院の裁量で決めることができた。しかし、医療法の今次改正

は、一定の情報は医療機関の責任で整備し、都道府県とともに一般に向けても発信することが求められるというパラダ

ムの転換を図り、情報の整備と公開を医療機関の社会的責任として規定したことになる。

4. アウトカム評価—医療情報の整備・公開に向けた体制整備

診療アウトカム評価事業は2002年に東京都病院協会により開始され、2004年からは全日病がその運営を引き継いでいる。

多数の病院の自発的参加により、予め定められた臨床指標に基づいてデータの提供を受け、集計・解析を行なった上で参加病院に情報の還元を行い、その一部を一般にも公開するベンチマーク事業である。世界的には、米国メリーランド病院協会、豪ACHSなどが、規模的にも、歴史的にも代表的なものである。

これにより、①医療の透明性と説明責任の促進(現在の医療の実態を社会に広く示すことができる)、②インフォームドコンセントの充実(参加病院や自院のものなど、実際のデータを示しながら説明を行い、患者が治療法を選択することが可能になる)、③改善へのインセンティブの付与(改善すべき点、優れている点など、参加病院の中での自院の位置づけが明らかになる)、などの効果が期待される。

5. 今後の展望—アウトカム評価がもたらす病院の質向上

今後、医療機関の社会的責任として、ますます医療情報の整備、公開が要請されることが予想される。現在、米国の病院では、経営層だけでなく、CMS、JCAHOなど種々の関連機関への情報提供が要求されている。

要求される情報は必ずしも共通ではなく、それぞれ異なるために、院内診療情報管理部門に大きな負荷を与えているが現状である。将来的には情報の共通化が計られるものと考えられるが、当面は、病院に課せられた新たな社会的責任として体制構築に努力している状況にある。

一方、わが国では、医療法改正によって「医療機能情報提供制度」が創設され、医療機関が届け出て、都道府県が住民に公開すべきとされた一定情報の項目案が、昨年10月末に厚生労働省内の検討会でまとめられた。その内容は以下のように大別される。

- (1) 医療機関についての基本的な情報
診療科、入院設備、医師数、入院環境、夜間・時間外の受入体制 等
- (2) 事実や実績に関する情報
疾患ごとの件数、外来・入院件数 等
- (3) 治療成績(アウトカム情報)に関する情報

主要疾患ごとの死亡率・平均在院日数、再入院率、院内感染症発生率 等
上記のうち(1)(2)についてはデータの作成も比較的容易であり、その公開については関係諸団体の間でほぼ合意が得られている。

(3)については社会的にも最も必要とされている情報であるが、例えば、主要疾患ごとの「院内死亡率」「再入院率」等について、前出検討会の案は、分析の有無と分析結果の提供の有無のみを示すという限定的なものとなっている。

分析結果を提供していると公表された医療機関を訪れることで当該アウトカム情報の入手は可能になるとはいえ、医療法改正および新医療計画の趣旨からは大幅な後退といわざるを得ない。

全日病は医療への信頼樹立、質の向上の観点から、アウトカム情報の可及的速やかな整備公開の制度化を希望するものであるが、データの整備に費用・時間を要することから、当初は主

要疾患を対象に暫時対象疾患の拡大を図ることが現実的であろう。

また、会員病院においては情報の整備提供がすでに病院の社会的責任として認識されるにいたっていること、診療アウトカム事業は医療の透明性・説明責任を果たすものとして重要であるほか、病院が院内体制整備を行う上で極めて効率的、有効な手法であり、ぜひ参加を検討していただくよう要望する。

この事業に参加している病院は経営と医療の質評価に必要な情報を適時に入手することができるほか、今後、医療機関の社会的責任として要求される医療情報の整備と公開にも同時に対応できる体制整備を図ることが可能になる。

■メディケア (Market Basket) で2004年より提供が制度化された臨床指標と、Hospital Quality Allianceで拡大された領域

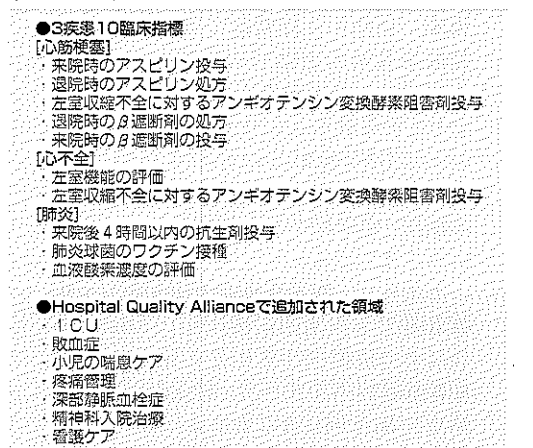
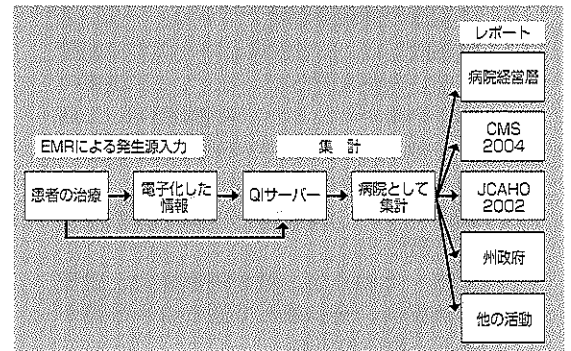


図2. 米国の病院における医療情報整備と報告



QI: quality improvement (電子カルテ用サーバーに相当)
CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services (公的保険であるメディケア、メディケイトを運営する各庁)。Market basketは2004年から導入された。
JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (病院機能評価・認定を行う団体)。認定にあたってアウトカム情報の提供が2002年から制度化された。

註1 Institute Of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Academic Press, Washington D.C., 2001
2 2004 National Study Results. Med-Vantage, Inc
3 www.HospitalCompare.hhs.gov
4 Payment by results—new financial flows in the NHS. BMJ 2004; 328: 969-970. (24 April)
5 Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiron U, and Roland M: Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. NEJM 355: 375-384, 2006

図1. 新しい医療圏のイメージ

連携を主体とした医療圏が十分に機能するためには、治療成績(アウトカム)を含む情報の公開が不可欠である。

