



全日病 NEWS 10/1

21世紀の医療を考える全日病 2007

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.672 2007/10/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

“医療崩壊”を直視。病院の進路に多くの選択肢を提起

第49回全日病学会秋田大会

「新たな医療の仕組み」へ、「質を高める方向に医療改革を切り換えていきたい」

第49回全日本病院学会 秋田大会

第49回全日本病院学会秋田大会が9月22日、23日に秋田市で開催され、各会場で“医療崩壊”を回避するための様々な提言と民間病院の活路を拓く選択肢が語られた。

医療費抑制策の下で呻吟する地域医療関係者の危機意識を反映し、医療人が求める質と安全の向上に資する改革に向けた提言を発信すべく、秋田学会は「医療革新元年—民間病院の活路を拓く」をテーマに掲げた。

開会挨拶で、小松寛治学会長は、混乱した現下の情勢を「新たな医療の仕組みが構築される地殻変動である」として、参加者に「明るく、たくましく、展望を見出す」よう、活発な討議を求めた。

西澤寛俊会長は、「今学会のテーマが述べるように医療改革を質を高める方向に切り換えていきたい」と、議論を深めるよう訴えた。

祝辞に立った日本医師会唐澤祥人会長は、「医療のグランドデザイン2007」を医療費抑制策によって行き詰まる医

療構造改革の「代案」として提示、続く特別講演で、その概要を詳しく解説した。

秋田学会は、医師・看護師不足と地域医療の弱体化など、“医療崩壊”を直視した議論が繰り返された。その中から、活路を開くための方策と事例が豊富に取



り上げられ、民間病院の今後の進路に数多くの選択肢を提起する研究集会となった。(2・3面に主要発言を掲載)

急性期病院は「高度急性期」「一般急性期」に分化

「一般急性期」は「地域一般病棟」と同じ機能。原医療課長が改定課題にあげる

厚生労働省保険局の原医療課長は、秋田学会の医療経営コンサルティング協会シンポジウムにシンポジストとして登壇し、急性期病院を、本格的な急性期医療を担う「高度急性期総合病院」と軽度な急性期と在宅支援を受け持つ「一般急性期病院(病棟)」に機能分化する考えを示し、2008年度診療報酬改定の重要なテーマにあげた。

「一般急性期病院(病棟)」について、原課長は、本会が提唱する地域一般病棟とほぼ同じ機能を思い描いていることを明らかにした。

「高度急性期総合病院」としては、現在、一定規模の公的病院・自治体病院をイメージしているが、民間病院の進出否定してはいない。

ただし、地域の一般病院は「一般急性期病院(病棟)」に向かうことが望ましいとした。

一方、特定機能病院を担っている大

学病院に関しては言及しなかった。

また、回復期リハビリを重視するとして、その量的整備を進める考えを示した上で、療養病床を含む一般病院に、回復期リハビリおよび「一般急性期病院(病棟)」への移行を期待する旨の見解を表明した。(3面に講演要旨を掲載)

現行診療科標榜はすべて可能。自由化が進む

9月21日の医道審議会医道分科会・診療科名標榜部会に、厚生労働省は、標榜診療科表記方法見直しの新たな案を提示した。

新たな見直し案は、「臓器・体の部位」「症状・疾患」「患者の特性」「診療方法」を内科・外科・歯科のいずれかと組み合わせることで色々な標榜が可能になるというもの。

小児科や精神科など、組み合わせ表示が困難なものは省令で定め、単独に標榜できるようにする。

26に限った基本的な診療科名に専門

領域を付随させる表記方法という前回までの案は大幅に修正され、現在ある

診療科はすべて標榜可能となるなど、自由化が進む結果となった。

四病協 医療安全対策委を再開、21条問題ほかを議論

四病院団体協議会は9月19日の総合部会で医療安全対策委員会の設置を決定した。同委員会は四病協がスタートした当初は設置されていたが、医師法21条の拡大解釈に対する疑義を表明した「医療安全対策委員会中間報告書」(2001年3月)以後活動を停止、委員会

体制見直しによって廃止となっていた。

同委員会の再開は、直接には21条問題を再び取り上げて、現情勢の下で見解を再整理することにあるが、21条問題にとどまらず広く医療安全のあり方を議論する場とする方針だ。

「主治医」の役割を果たしている中小病院

後期高齢者の外来主治医に関する調査

後期高齢者の2割が会員病院を受診。継続した医療・介護の提供に有利

本会が実施した会員病院における後期高齢者医療実態調査の結果から、全国で通院している後期高齢者の5人に1人が全日病会員病院を受診しているという推計が導かれた。

来年4月にスタートする後期高齢者医療で在宅患者の「主治医」を診療報酬の上で評価する案がほぼ確定しているが、厚生労働省は、「主治医」を原則診療所に限定する考えを示している。

この調査結果は、全日病会員病院だけでも2割の患者に外来医療を提供しており、その割合は病院全体でかなり高くなることをうかがわせ、診療所に限った「主治医」評価に再考をうながすものとなった。

調査結果は、同時に、会員病院にかかっている後期高齢者の6人に1人は複数診療科を受診している、また、入院患者の2.5人に1人は外来を経て入院している、また、入院患者の4人に1人は過去1年間に2回以上入院しているなど、総合的かつ外来・入院あるいは介護保険と続く切れ目のない医療・介護を提供する上で、病院とそのグループが重要な役割を果たしていることを明らかにしている。

本会は、この調査結果を9月22日の

第49回全日本病院学会秋田大会で発表するとともに、ただちに本会ホームページに調査結果の詳細を掲出した。

また、当調査を実施した医療制度・税制委員会(小松寛治委員長)の外部委員を務め、調査設計と集計を監修した

西澤会長が中医協委員に就任

9月28日付。08年度改定に大きな期待

本会西澤寛俊会長が9月28日付で中央社会保険医療協議会(中医協)の2号(診療)側委員に任命された。

病院関係者としては石井暎禧氏(日本病院会常任理事)が任期満了で退任したが、邊見公雄氏(全国公私立病院連盟副会長)は再任され、2名の枠が引き継がれた。

全日病関係者の中医協委員は、佐々英達前会長(現名誉会長)が2002年4月に就任、05年9月に退任して以来2年ぶりとなる。

中医協の委員は、今年3月に施行された社会保険医療協議会法改正によって、支払側・診療側各7名に公益委員6名という構成になった(ほかに専門委員が置かれている)。委員の任期は1期2年。再任は妨げないが、3期6年を超えることはできない。

法改正で従来の団体推薦は廃止され

たが、厚生労働大臣は「地域医療の担い手の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に配慮する」とされた。

08年度改定では勤務医不足への対応とともに、一般病院など地域医療を支える提供体制に対する診療報酬上の措

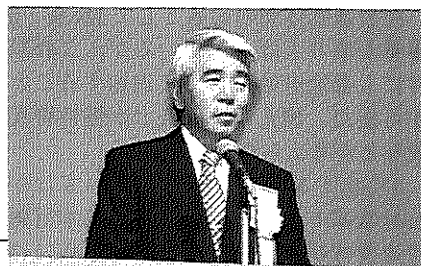
全日病学会秋田大会で挨拶する西澤会長▶

西澤会長の談話

医療費抑制策の限界が明白となる中、後期高齢者医療の創設、医師・看護師不足への対応、療養病床とともに一般病床のあり方の新たな展望など、重要な課題が山積する状況で中医協委員の任命を得た。それだけに、重大な使命を感じている。

医療改革は、国民・患者にプラスとなる方向で、医療の質と安全を高めるために遂行されるべきと考え

置が求められている。自治体病院の邊見委員とともに民間病院の西澤会長が、そうした分野の現場意見を汲み上げることになる。



る。そのためには医療界が元気を取り戻し、疲弊した地域医療と病院経営に展望がもてるようにしなければならない。

いささかでもそうした方向に診療報酬が向かうよう、かつ、データにもとづいた報酬体系と透明性を高めた審議が実現できるよう、関係者の英知と協力を得て精一杯尽力したい。

第49回全日本病院学会
秋田大会 主な発言

各領域の経営改革が選択肢を創出

自治体病院と民間病院の垂直統合も「今後の選択肢の1つ」



第49回全日本病院学会秋田大会は、わが国医療制度の地殻変動を招く医療構造改革に、民間病院の活路を見出すとする病院関係者を力づける数多くの提言と事例発表を産出した。

今年3月に「病院のあり方報告書2007年版」をまとめた病院のあり方委員会(徳田委員長)は、そのシンポジウムで2007年版の要約を紹介、地域医療と患者・医療従事者の疲弊を招いている医療費抑制策に対置した制度改正の諸提言をあらためて明らかにした。

その中で、猪口副会長は、後期高齢者医療の診療報酬骨格案において提案されている「主治医」に言及。本会の「病院のあり方報告書」が2004年版で提唱し、さらに、2007年版でより踏み込ん

だ構想を展開していることを披露するとともに、プライマリーケア医の資格制度を伴うことによってその質が担保できるとして、後期高齢者医療の発想との違いを指摘した。

また、「主治医」を診療所に限定する方向で考えている厚労省に対して、地域の中小病院を加えるべきであると提起した。

この提起は、前出シンポジウム直後のプログラムで報告された、本会「後期高齢者の外来主治医に関する調査」結果によって、その妥当性が裏づけられた(調査結果は4面に掲載)。

厚労省医政局で新医療計画の推進を担当する伊東指導官は、医療連携体制と医療機能情報提供制度という都道府

県が住民に公表する情報の中に、自院が何を患者に提供できるのかというメッセージを折り込むことが大切と、戦略の可視化を経営課題に位置づけた。

特別講演Ⅱで医療法人社団誠仁会の松山幸弘専務理事は、米国で成長を上げている、開設主体の異なる病院による垂直型の事業統合(IHN)の事例を紹介。自治体病院と民間病院によるハイブリッド戦略を今後の選択肢の1つとして提唱した。

「人口減少下の医療経済を考える」という意欲的なシンポジウムには福祉医療事業団の融資責任者が登壇。借入申し込みを審査するプロの立場から、病院財務に対する実践的なアドバイスを発し、財務体質の改善を経営課題の

重要なテーマとするよう訴えた。

8年目を迎えたヤングフォーラムには7人の若手経営者・経営見習いが登場。新鮮かつ意外性に富む経営事例を披露し、厳しい環境下でも選択肢が多く残されていることを教えた。

その他、安全対策、病院情報システム、看護師定着対策など、病院経営および職員の質にかかわる切実なテーマを巡って、真剣な議論が各所で展開された。

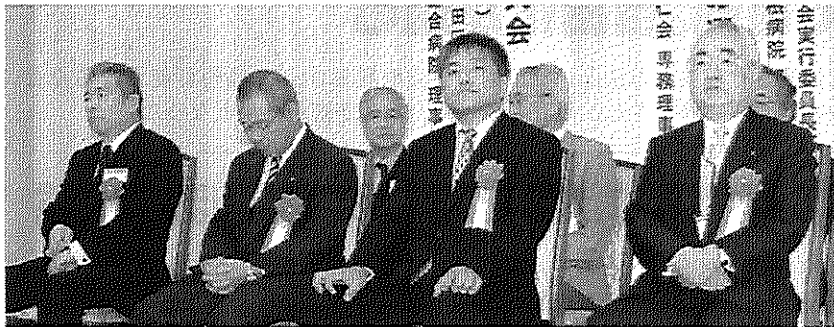
なお、秋田学会前日の9月21日には、同会場で、機能評価受審支援セミナー、特定健康診査・特定保健指導制度講習会、人間ドック研修会が開催され、多くの参加者を集めた。



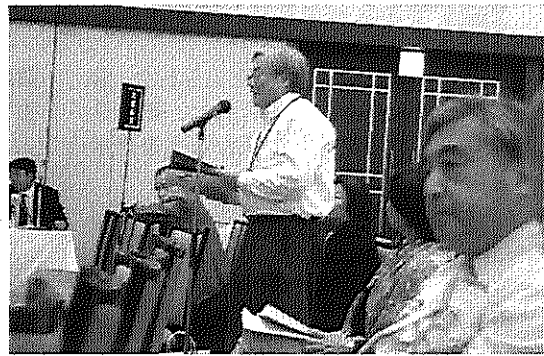
▲ロビーには「なまはげ」が出現した。



▲「人口減少下の医療経済を考える」のシンポジウムは異色な顔ぶれとして話題を呼んだ



▲祝辞を寄せた日本医師会庶務理事(右端)



第49回全日本病院学会 小松浩治学会長

質に踏み込む医療計画。疾病で変わる医療圏。各地域柔軟に対応

医療連携体制は自院のメッセージ。医療計画と医療機能情報提供制度で表現



第1日目/9月22日 特別講演Ⅱから(要旨)

厚生労働省医政局医療計画推進指導官 伊東芳郎

今回の医療法改正の大きな点に、新医療計画、医療機能情報提供制度、医療広告の大幅な緩和がある。これらは密接な関係を持っている。

医療計画に関しては、医療連携があらためて位置づけられた。それは、患者の症例登録等医療の質の評価に踏み込むなど、医療の中身から変えていくことをも目指し、かつ、その内容と結果が広く住民に分かるようにするというものである。

医療連携体制の対象として4疾病・5事業が取り上げられているが、これ以外にも都道府県によって追加することが可能だ。例えば、肝炎とか慢性腎疾患などが考えられる。

4疾病であるが、がんについてはがん対策基本法とがん対策推進基本計画で連携体制が定められた。糖尿病については日本糖尿病対策推進会議が連携体制の構築を進めている。

脳卒中と心筋梗塞に関しては、医療計画において、まったく新たに医療連携のかたちをつくった。

脳卒中に関する連携の組み方として医療計画には何が書き込まれるのか。それが医療機能情報提供制度と組み合わせられたときに、患者の選択にどう役に立つのかをご説明したい。

医療計画作成基本指針には、脳卒中にかかわる医療連携体制として、「救急

医療の機能、身体機能を回復させるリハビリテーションを提供する機能及び日常生活に復帰させるリハビリテーションを提供する機能」と3つの機能を確保する必要が示された。

これに即して、急性期、回復期、維持期の機能を担う医療機関はそれぞれどこなのかを、医療計画は、住民に分かりやすく具体的に示すことになる。維持期については老健といった施設系もあるし、在宅系もあることだろう。

その中で、急性期医療に関してはどのような医療機能情報の提供を目指しているのか。例えば、発症後3時間以内に専門的な治療を開始できる、ベッドサイドで早期にリハビリを開始できる、24時間対応が可能である、脳梗塞にtPAによる脳血栓溶解療法が実施できるといったことなどが考えられる。

医療計画におけるこうした情報提供が医療機能情報提供制度と組み合わせると、〇△病院はどのような疾患とどのような治療が可能なのかということがはっきりと分かるようになる。

このように患者の選択に資する情報は出していきたくと考えている。

自分の病院がどこを目指してやっていったらいいのか、まだ明確に決められないところもあることだろう。あるいは急性期をやりながら回復期もやっていきたい、さらには、維持期の機能

までやれるのだという病院もあることだろう。それについては、それぞれ求められる機能のところにご自分の病院の名前を書いていただいて構わない。

いずれにしても、自分の病院が何ができるのかということを確認なメッセージにして打ち出していきたい。

以上の考え方は7月20日に都道府県に通知している。

ただし、医療連携体制は、地域の実状に応じて組むということにご留意いただきたい。中には、「そうはいつでも都道府県は国が示したものを機械的に処理するに違いない」という懸念を示す方が多い。

今までは整備目標とか、どちらかという量的な面で進めてきた。しかし、今回は、中身に踏み込んで、より質的なものを求めていきたいと考えている。都道府県には柔軟な対応を求めたい。

例えば、急性期についていえば、24時間体制はともかくも、来院1時間以内にtPAができるか、治療が必要となったときには2時間以内に開始できるのかといったこともある。これらは何も新しいことではなく、脳卒中治療のガイドラインに書いてあることだ。こうした医療連携体制を2次圏ごとに整備しようとする、当然できないところが出てくる。それはしかたがない。

問題は、A医療圏では24時間対応の病院はないが、この点は隣のB医療圏で可能だと医療計画に書き込むことである。

つまり、病床規制としては現在の医療圏は残るが、疾病によって医療圏は変わるものと考えていただきたい。

例えば、糖尿病は2次医療圏ごとにある程度は対応できるだろう。しかし、脳卒中や心筋梗塞になると、そういう体制が構築できないことが十分考えられる。こうしたことには柔軟に対応していただきたい。したがって、当然に、脳外科、脳神経外科の医師が加わった作業チームで、疾患ごとに医療圏の設定を議論してもらいたいところだ。

さらに、回復期には「抑うつ状態への対応」という項目がある。脳卒中にしろ心筋梗塞にしろ死に向きあう中で抑うつ状態が出てくる。しかし、だからといって現場に精神科医が必要というわけではないことは重々ご承知いただきたい。

急性期、回復期、維持期という病々診連携あるいは在宅医療における連携と様々なかたちが、地域によって考えられる。確かにICUの数といった数値目標はあるが、最終的に何を目標とするかは地域によって異なるものであり、全国一律に考える必要はない。

第49回全日本病院学会
秋田大会 主な発言

「高度急性期総合病院」は公的病院がイメージ

民間病院は「一般急性期病院(病棟)」、回復期リハ病棟を目指すべし



第1日目/9月22日 医業経営コンサルティング協会シンポジウムから(要旨)

厚生労働省保険局医療課課長 原 徳壽

1961年に国民皆保険制度ができた。今、それが岐路に立たされている。

1960年ごろの一般病床は30万弱ぐらいであったが、皆保険後の10年ちょっとで50万床ほど増えて80万床ほどになった。

その後、1973年の老人医療費の無料化によって高齢者の入院が増大、老人病院を中心に30万もの病床が増加、さらに、医療計画にともなうかけこみ増床が20万床生じた。

こういう事情からベッドが増えた例は外国にはない。日本の病院のベッドの数はあまりにも多すぎるということをしっかりと踏まえておく必要がある。

精神科を除いた入院患者数の将来推計をみると、現在、74歳以下の入院患者は60万人弱で、75歳以上と丁度同じくらいだが、現在の入院状況が続くと、74歳以下は2015年まで微増した後に減少に向かうが、75歳以上は2025年に倍ほどに、2055年には2.4倍ぐらいに増加する。

今後の医療は、こうした予測を踏まえて考えられなければならない。

日本の高齢患者の多くは慢性期であり、それを病院への入院という形でみている。これは諸外国にはあまり見当たらない。

病院の外でもアウトソーシングによって十分間に合う人々は福祉の方に移っていただければよいのではないかと。

と同時に、慢性期にいたる前に、急性期あるいは回復期でしっかりしたリハビリを受けることによって、病院から福祉施設や在宅への移行が円滑に進み、入院需要を少しでも抑えることが可能となる。リハビリの充実はきわめて重要である。

では、療養病床を含めて125万ある病床をどう考えていったらよいだろうか。

これはまったくの私案であり、決して、この通りになるとは思えないが、まず、急性期の疾患をしっかりとみとめる必要がある。ここでは、それを「高度・急性期総合病院」と名づける。

「高度・急性期」とは、非常に高度な医療や、急性期でも本当に大変な部分を担う医療機関である。

なぜ総合病院かというところ、そうしたことを実施するには各種の設備や機器が必要であるし、手術、検査、画像診断といった中央部門を充実させなければならない。これらをうまく効率的に使うとなれば、専門病院よりは総合病院という形態が考えられるのではないかと。

こうした拠点をしっかりと整え、そこに医師を集めてしっかりとしたトレ

ニングができ、そうしたことによって医療の質が維持できる。

ただし、そのほかに、地域性を考えたときに、それなりの急性期は地域でどんどんやってもらう必要があるので、一般急性期的なものあるいは急性期を終えた患者を送ることができる亜急性期という急性期の後の状態、それから在宅で悪化した患者をみる、こういう複合的な機能をもった病院や病棟というものを1つ整理する必要がある。

そのほかに、回復期のリハビリテーション病棟が非常に重要なパーツとなるので、今後、相当数つくっていく必要がある。

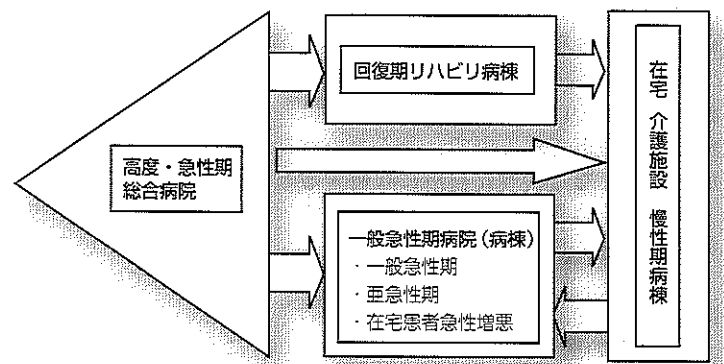
「高度急性期総合病院」に期待される条件とは、医師数が沢山いるとか、一定規模の病床があるとか、各種手術をしっかりとやっているなどがある。実は、今、このイメージに合うのはほと

んどが公的、公立の病院である。

想定しているイメージに合う民間病院もいくつかあるが、多くは公的病院である。なぜかというところ、採算を度外視して色々なリソースをつぎ込んでいるからで、現状では、そうしたところがイメージに近いかと思っている。

決して民間を否定しているものではない。これからこういう方向を目指すという選択肢もあるだろうとは思っている。ただ、多くの中小の民間病院は、これからは「一般急性期病院(病棟)」あるいは回復期リハ病棟を、考えていく必要があるのではないだろうか。

■急性期医療からの流れを考慮した病院機能区分の一案



後期高齢者医療「主治医」に中小病院を活用すべし

「病院のあり方報告書」で主治医制を提言。専門医資格が不可欠

第1日目/9月22日 「病院のあり方～全日病の主張～2007年版報告書より」から(要旨)

全日本病院協会副会長 猪口雄二



「病院のあり方報告書2007年版」で、我々は外来機能はどうあるべきかを論じ、①プライマリーケア、②専門医、③コンサルテーション、④救急という4機能からなるべきではないかと整理した。その際に主治医制度を提言している。

我々は、その対象として診療所と中小病院を想定した。主治医の選択権は患者の側にあり、したがって、いつでも主治医を変更することができる。専門医やコンサルテーションの受診は主治医から紹介してもらい、返ってきた答えに対して投薬は主治医が行なう。

このような主治医制度をしくことによって、外来機能を効率的に発揮できるとともに、その質を引き上げることが可能となると考える。

後期高齢者医療の診療報酬体系の議論でも、「主治医」もしくは「総合医」の考え方が提起されている。これは我々の考えとどう違うのか。

決定的に違うのは、「病院のあり方

報告書」は後期高齢者に限っていないこと、主治医を担うプライマリーケア医には専門医資格が不可欠であるとしている点である。

資格制度を設けることによって、卒業研修、認定資格そして資格更新という流れが確立され、その質が担保される。こうすることによってこそ、外来を担う主治医に対する国民の信頼が得られるのではないかと考え、我々は専門医資格が必要であるとした。

広く、浅く、多くの領域をカバーできる「総合的に診る医師」がイメージされているが、日本の医師のほとんどは何らかの専門分野をもって診療にあたり、何でも診れるという教育は受けていない。

また、情報の一元的管理というが、それを保障するITシステムは整っていない。

診療報酬の上で「主治医」を評価するという後期高齢者医療は来年の4月に

始まる。しかし、「主治医」の役割を担える医師が地域にどのくらいいるのか、はなはだ疑問である。

「病院のあり方報告書」は、在宅医療には医師、看護師、ケアマネージャー等によるチーム医療が必要であること、24時間体制は絶対必要であると論じている。夜中になると、診もしないで「はい、病院にどうぞ」というやり方は絶対避けなくてはならない。

また、急変時には常時入院が可能になっていなければならない。最後の最後にリハビリできない状態で在宅で看取りとなることはあるかもしれない。しかし、そこにいくまでの急変時、骨折もあるだろうし、肺炎になることもあるだろう、そういう場合には常時入院が可能になっていなければならない。

さらに、在宅医療の教育の問題もある。在宅医療に関する講習を受けた医師はほとんどいない、多くは経験にもとづいてなされているのが実状だ。し

したがって教育プログラムについても我々は提唱している。

私自身の10数年に及ぶ在宅医療の経験でも、レスピレーターがついていて常に吸引が必要で、それを家族に教えながら世話するといった重い患者を、多くの診療所は断ってしまう。

前改定で在宅医療支援診療所がスタートしたが、はたしてどこまで機能しているだろうか。

数人の医師がグループを組み24時間体制で在宅専門にやっているところもあるが、日本の診療所は1人医師がほとんどである。1人の医師が365日24時間体制でやっていたら、とてもではないが身体がもたないだろう。

そう考えると、地域の中小病院をうまく活用していただかないと在宅医療はうまくいかないということになる。「病院のあり方報告書」には、そういう考えが示されている。

「後期高齢者療養管理料(仮称)」で「主治医」を評価すべし

調査結果は中小病院を「主治医」とする必要があることを如実に示した

慶應義塾大学医学部教授 池上直己

後期高齢者に対しては2008年4月より、現行診療報酬とは別に、独自の診療報酬が適用される。75歳以上を対象とする医療保険の創設に合わせて新たに創られる診療報酬は、今後の日本の医療のあり方の先駆けになるのではないかと。

7月30日の社会保障審議会「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」に厚生労働省が示した「これまでの特別部会における議論等(未定稿)」には「75歳で区切る必然性はない」とされている。これは、将来、後期高齢者医療の診療報酬の考え方を75歳未満に適用してもおかしくないことを意味する。

もう一つには、06年現在の人口構成で1割に過ぎない75歳以上が医療費の3割を占めているが、2025年に人口の2割になるときに医療費の5割を占める可能性があるからである。

次に「総合医」をどう位置づけるかという問題がある。

「患者が病院の外来に行くことを直接制限するのではなく、地域で総合的に診る医師が出てくる中で、そこでの診療が中心となるように自然に収斂する方向をとるべきではないか」という意見が、前述文書に書き込まれている。

私見であるが、外来で複数の診療科・医療機関を受診している場合に、そのうちの1人の医師が主治医となって「総合医」の役割を担っていくという対応が考えられる。

具体的なイメージとしては、例えば、外来主治医以外の医師が処方や検査を行なった場合に、外来主治医に情報を提供することによって情報提供料が支

払われる。これは現行の仕組みを活用できる。

また、情報にもとづいて外来主治医として管理する中で、必要に応じて、他医師の診療内容に指示をするという場面が避けられないが、その場合に、主治医は指導管理料を請求するという方法がある。

そのひな形が現在の特定疾患療養管理料であり、今後、出来高払いとして「後期高齢者療養管理料」(仮称)を設けることが考えられる。

特定疾患療養管理料というのは、再診患者について月2回請求することができる。

外来主治医にかかわる報酬については、この方法以外に、①医療機関が患者ごとに出来高・包括を選択する、②医療機関単位で出来高・包括を選択する、という方法がある。

①はかつての外総診と同様であるが、単価が平均より高い患者は出来高に、低い患者は包括が選ばれたことを踏まえると、医療費適正化の下で外総診の復活は考えにくい。

②の場合でも、包括を選択した医療機関は、重症患者を他医療機関の紹介にまわして軽症患者にかぎって診療するという危険性が考えられ、想定されにくい。

これに対して、「後期高齢者療養管理料」を設けて、外来主治医が別途出来高として請求すれば解決できる。

ただし、特定疾患療養管理料というのは、診療所は225点、100床未満の病院は147点、200床未満は87点、200床以上

になると請求できないというように、病院には非常な不利なものとなっているので、是正が必要であると考えられる。

なお、在宅医療に関しては、「通院が困難」というのをどのように定義するか、あるいは住居と施設の線引きをどうするのかという問題がある。

例えば、診療所の上がアパートであった場合に、現在は在宅とみなされているが、病棟を住居にした場合にも、規定どおり在宅医療とみなされるのか。

病院にとっての問題は、医師が往診した際の当直体制であり、院内患者と院外患者それぞれのために当直医が必要なのかである。これは有床診では必要がない。

このように、在宅医療については、まだ、解決されるべき課題が残されている。

さて、後期高齢者の外来医療における中小病院の役割だが、前述の特別部会や在宅医療推進会議(国立長寿医療センター)の議論をみる限り、中小病院は意中になく、どうも大病院と診療所がモデルとなっているようだ。したがって、診療所の医師が総合医になることを想定しているように思える。

また、在宅における看取りを重視している。そのために在宅主治医という言葉が出てきたようだ。かくて、医師が患者宅を訪問することが前提となっている。

あたかも後期高齢者になると通院できないほど虚弱している在宅医療



以外の選択肢はないというような印象が伝わるのだが、しかし、現実には、後期高齢者でも通院可能な患者の方が圧倒的に多い。

こうしたことから、外来主治医という名称に帰着させ、中小病院が現実には高齢者医療で果たしている役割を明らかにし、それを政府と社会にアピールする必要があると考える。

全日病の「後期高齢者の外来主治医に関する調査」は、そうした目的から実施された。

その結果、多数の後期高齢患者が、現在、全国の会員病院に通院・入院していることが明らかとなった。それは、病院の医師を外来主治医とする必要があることを如実に示している。

外来主治医とするメリットは、①外来受診時に複数の診療科を同時に受診できる、②入院医療と外来医療を切れ目なく提供できる、③同一もしくは関連法人で介護サービスをより切れ目なく提供できる、④国の医療費、患者の自己負担はいずれも診療所より低い、と数多く指摘できる。

後期高齢者の診療報酬格差を決める最終局面で、こうした事実が明らかとなったことから、今回の調査はきわめて重要な意義を持つものと考えられる。

「後期高齢者の外来主治医に関する調査」結果と分析(要旨) *1面記事を参照

●全日病全会員を対象に実施。対象月は6月(調査対象は老健法適用患者)

●有効回答945(43.0%)

●会員病院を受診する75歳以上の外来患者数は回答病院の合計で59万5,388人。未回答病院も、病院あたりの患者数が同じであると想定した全会員病院の患者数は約140万人。これは全患者数の

■75歳以上外来患者が受診する診療科(回答のあった516病院の平均)

内科	45.4%
整形外科	13.2%
外科	7.9%
精神科	7.7%
脳神経外科	3.7%
眼科	3.5%
泌尿器科	2.9%
リハビリテーション科	2.8%

21.7%にあたる。

●会員病院における後期高齢者医療の実態は、

◇全国調査との比較—75歳以上患者について

	全日病調査(07年6月)	全国調査(病院分)(05年、10月)
外来患者全体に占める割合	31.4%	31.1%
初診患者/全外来患者	10.0%	6.9%
月間診療回数	2.5回	2.4回
入院患者全体に占める割合	58.3%	43.0%

■75歳以上患者の受けた医療—全体および介護サービス機関保有病院

	対象病院全体平均	介護機関保有病院平均*
2つ以上の診療科を受診患者が外来患者に占める比	17.4%(322)	22.6%(163)
外来から入院した患者が入院患者に占める比	42.6%(695)	46.4%(467)
過去1年以内に2回以上入院した患者が入院患者に占める比	26.5%(686)	30.0%(432)

*「介護機関保有病院」とは訪問看護ステーションまたは居宅介護支援事業者を有する病院。()内は回答数

①全国通院患者のうち5人に1人は会員病院を受診しており、大きなシェアを有している。

②複数診療科を受診している外来患者は6人に1人いる。

③入院患者の4割は外来より入院している。

④入院患者の4人に1人は過去1年間に2回以上入院している。

以上から、切れ目のない医療を提供するうえでも会員病院は大きな役割をはたしていることが、さらに、介護サービス機関を有する病院における②~④の割合はさらに高いことから、介護サービスを併設する病院は、医療・介護の連携

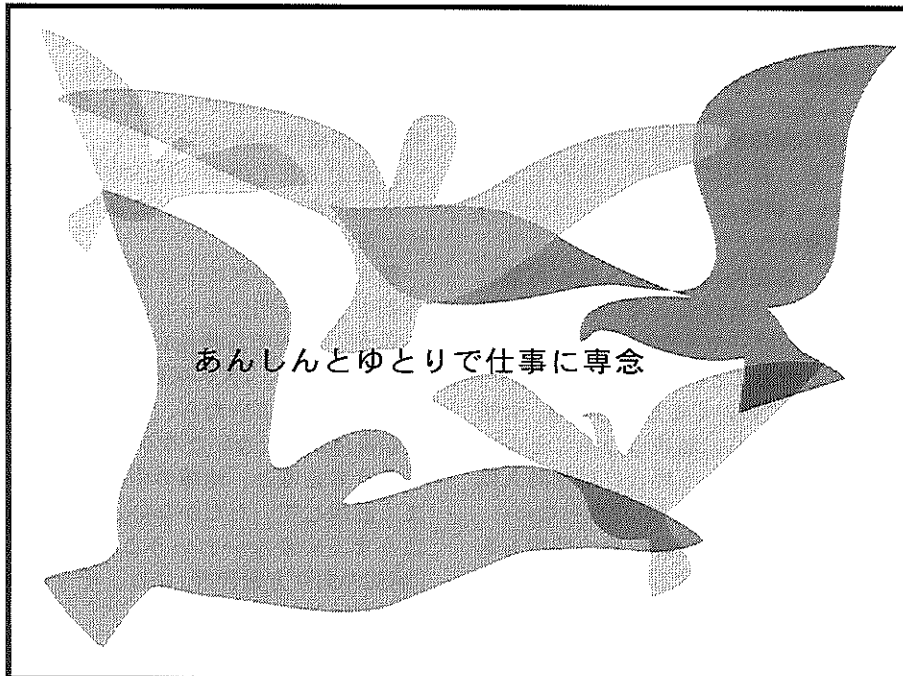
を実現する上で特に大きな役割を果たしていると考えられる。

■訂正とお詫び

本紙9月15日号6面に掲載した公立病院改革ガイドラインの記事で「自治体病院と私的病院との経営状況比較」の表の私的病院に関する数字に誤りがありました。同ガイドラインについては次号であらためて取り上げ、同表を掲載し直します。

第5回DPCセミナー in 東京

主催●日本DPC協議会
日 時●10月20日(土)13時~17時20分
会 場●東医健保会館
内 容●講演 厚生労働省大臣官房総括審議官 宮島俊彦 東京医科歯科大学大学院教授 川淵孝一 シンポジウム 「今回の提言に至る過程と背景を語る」
参加費●5,000円 非会員 7,000円
詳細はURLをご覧ください
<http://www.j-dpc.com>



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)
 - 医療施設内包括機械保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - 現金運送・盗難保険
 - 医療廃棄物排出者責任保険
- 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