



全日病 NEWS 12/1

21世紀の医療を考える全日病 2008

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.699 2008/12/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

民主主義の視点から医療のあり方を議論

第50回全日病学会東京大会 舛添大臣が講演、「改革」への参加を求める

11月22日・23日に東京都内の都市センターホテルで開催された全日本病院学会東京大会(河北博文学会会長)に全国から約2,000名が参加、疲弊するわが国の医療を民主主義という視点から捉え直すとともに、その打開策について語りあった。

50回目を迎えた全日病学会は「民主主義と医療～パブリック・マインド～」をテーマに取り上げ、医療の現状を、中央と地方、公と民、行政と現場、医療提供者と患者などの視点から検証するとともに、崩壊に向う医療体制を、創意と活力ある民間病院の主導で再構築していくという課題を確認した。

公務多忙の中、東京学会にかけつけた舛添要一厚生労働大臣は「医療行政に感ずること」と題して講演し、「改革はまだ進めるが、オールジャパンでやらないとうまく行かない。民主主義ということから、皆さんにもぜひ意見を出していただき、一緒に進めてまいりたい」と、医療提供側に議論への参加を求めた。(2面に会長、学会長、大臣の各講演要旨ほかを掲載)

河北博文学会会長は、開会の挨拶で学会テーマに触れる中で、「医療における主権在民」を提起し、「医療のことは、もっと現場をあずかる我々にまかせてほしい」と現場による自己決定の必要を主張。同時に、医療関係者に「民主主義を育てる」意識の高揚を求めた。

西澤寛俊会長は、会長挨拶で「我々は、医療崩壊を招くにいたった財源主導の改革に反対し続けてきた。しかし、反対するだけではいけない。今こそ、我々民の力で打開すべきときに来ている」と、民間病院が総力を結集すべき時を迎えていると喚起した。

四病協を代表して祝辞を述べた日本病院会山本修三会長は、わが国における民主主義成熟度が国際的には低く評価されていると指摘。「医療界も民主化にはほど遠い」と断じた。

その上で、「医療はプロフェッショナル集団として自らの基盤にもとづいて提

供されるべきであり、医療界は国民のために自己形成されないとならない」と課題を示すとともに、「このテーマの議論を契機に自ら新たな医療を構築していかなければならない」と提起した。



▲舛添大臣は改革議論への参加を求めた



同じく来賓として登壇した日本医師会唐澤祥人会長は、「医療を含む国民生活の確保を安全保障として考える国家こそ平和に寄与する」と述べ、民主主義とともに平和という視点からも医療の位置づけを示してみせた。同時に、「この大会で素晴らしいメッセージが出るものと期待している。メッセージは、ぜひ、日本医師会にも出していただきたい」とエールを送った。

東京学会の参加者は登録ベースで約2,000名に達した。関係入場を含めると2日間で4,000名近い医療関係者が会場に参集したと思われる。316件という演題登録数ともども、50回という節目にふさわしい規模と内容の学会が実現した。

各会場で、社会的資本としての医療、組織として医療を提供する病院、社会と医療の関係など、原点に戻って医療を位置づける議論が展開される一方で、プロフェッショナルとしての医師に焦点を当てながら、医療人のオートノミー(自律)と自己決定の現状を問いかける

場面が随所に出現した。

象徴的なシーンは、2日目の午後「主張の部屋」で繰り広げられた「社会資本としての医療」をめぐる議論である。会員病院の管理者やスタッフに混じって全日病の執行部、委員会委員長に全国紙の編集幹部も加わり、公共財としての医療とそれを行使する行政や医療提供者、そして医療費のあり方をめぐってブースを埋めた約20名が口角を飛ばした。

また、終末期医療のあり方を取り上げたシンポジウムでは、患者の自己決定に対する家族と医療人のかかわりについて、あるいは、医療事故における情報提供と患者家族と向き合う病院側のあり方などを取り上げた「医療事故における関係調整」のシンポジウムでは、事故等情報収集にかかわる免責と有責の対応が現場でどう自律的になされているかという事例を含むコミュニケーションのあり方について、真摯な意見が交わされた。

「ケアミックス型病院はDPCの対象として適切」

診療報酬基本問題小委員会 診療・支払両側が合意。ケアミックス型をめぐる懸念をデータが否定

11月19日に開かれた診療報酬基本問題小委員会は、2009年度DPC対象病院の基準について議論した結果、対象病院の基準を満たすケアミックス型病院をDPC対象病院として認めることで合意した。

ケアミックス型病院に関しては、診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会の一部委員から「算定病床割合が少ないケアミックス型病院はDPC対象病院として不相当である」という不満が示されていた。

しかし、同分科会が11月12日にケアミックス型病院を招いてヒアリングした結果、ケアミックス型に対する一部委員の不満は後景に退き、関心は調整係数廃止後の病院機能係数に移った。

一方、11月19日の基本小委は、前回(10月22日)に続いてDPCのあり方を取

り上げ、一般病棟と療養病棟を併せもつケアミックス型病院はDPCの対象として適切かどうかについて議論した。

ケアミックス型にとどまらず、専門病院など算定病床数あるいは算定病床割合の低い病院のDPC参入が増加しており、来年度に対象病院入りを迎える07年度準備病院では、DPC算定病床200床未満の割合が約半数を占めている。

事務局(厚労省保険局医療課)は、救急車搬送割合、緊急入院割合、平均在院日数、再入院率、入院経路、症例の多様性、医療内容に関して、DPC対象病院と07年度準備病院を比較したデータを報告、「対象病院、準備病院のいずれにも、DPC算定病床割合の違いによる明らかな傾向は認められない」と説明した。

報告で、事務局は、「(算定病床割合

の低い病院は)同じ疾患でも症状の軽い患者が多くなるので点数を引き下げることにならないか」といった「大病院」の懸念に言及。「診断群分類が別のツリーとなるのでそうした心配はない」と述べ、「以上が我々によるデータ解析の結果だ」と締め括った。

この結果、「算定病床割合が少ない病院はDPC対象病院として不相当である」とする認識は誤りであることが明らかにされた。

事務局の報告を受け、診療側西澤委員(全日病会長)は、「すでにすべての急性期がDPCの対象であることが確認済みだ。ケアミックス型病院とそれ以外の病院とにデータ上の差異がないことが判明した。すべてのケアミックス型病院を対象として認めてよいのではないか」

と提起。

さらに、「08年度の準備病院も基準をクリアすれば対象病院とすべきである」と2010年度を見据えた提案を行なった。この意見に支払側の対馬委員(健保連)も同調した。

一方、診療側藤原委員(日医常任理事)は、「その考えには賛成するが、ケアミックス型病院と急性期病院とのイメージのずれをどう考えたらよいか」と質した。

事務局担当官は、「病院全体ではなく病棟がDPCの対象という考え方でよいのではないかと。急性期に特化した病棟がある一方で、療養病棟や回復期リハをもってDPC後も対応する病院があるということだ」と説明。「DPCのデータは病院全体に及ばなくてもよいのか」という質問には、「あくまでも急性期の病棟が対象である」と答えた。

基本小委の遠藤委員長(学習院大学教授)は「DPCの対象としてケアミックス型病院を認めたい」と宣し、診療・支払各側とも承認した。

介護従事者による医療行為を提言

安心と希望の介護ビジョン より踏み込んだ認知症対策。「処遇改善に資する報酬設定」も盛り込む

舛添厚生労働大臣直轄の「安心と希望の介護ビジョン」は11月20日、2025年を見据えた介護施策の提言をまとめ、介護従事者による医療行為へ道を開く方針を打ち出した。

ビジョンは、医療と介護の整合性確保、在宅生活支援基盤の整備、地域特性

に応じた高齢者住宅等の整備などの基本的施策をあらためて整理する一方、認知症対策についても、認知症ケアの標準化など、より踏み込んだ施策を打ち出している。

さらに、①将来的に介護従事者に医療行為を認める資格制度を検討する、②

当面は医療ニーズの高い施設で研修を受けた介護従事者に経管栄養と喀痰吸引を認める、③訪問リハビリステーションなど在宅支援リハビリ拠点の整備、④要介護ニーズに対応した慢性期医療の確保と救急ネットワークの整備、⑤医療・介護関係者が一堂に会する「地域ケ

ア推進会議(仮称)の設置、⑥各事業所による介護従事者処遇情報開示の推進、⑦高齢者の社会・地域参加を促す高齢者地域活動推進者の輩出、⑧「コミュニティ会議」開催ほか地域包括支援センターの機能の強化など、積極的な施策案を提案している。

また、「介護従事者の処遇改善に資する介護報酬の設定」を盛り込むなど、介護現場の崩壊を回避する姿勢を厚生労働大臣容認の下で打ち出したビジョンの意義は大きなものがある。(ビジョンの概要は3面に掲載)

公共財である医療を民主主義の視点から再構築しよう!

「医療のことは現場に委ねよ」「患者と医療人が協力し、民の力で医療を再生すべし」



■西澤寛俊会長の挨拶(要旨)

医療は国民・患者と医療人が協力して構築すべき公共財であり、我々には、国民・患者が安心して受けられる、安全で質の高い医療を提供する義務がある。



そのためには、我々医療人が誇りと達成感をもって提供できる環境整備が行われなければならない。しかし、今の医療は我々が思う方向に向かっていない。

その原因は経済・財政の視点にたった改革にある。我々は、医療費の削減と抑制にもとづく医療改革に反対してきた。しかし、反対するだけでは現状の打開はできない。

今こそ、民の力を結集して現状を打開し、真の改革をするべきである。その先頭に立つのが、民間病院の団体である全日本病院協会である。

医療は公共財であり、その意味からも「民主主義と医療」というテーマは、まさに、時宜を得たものといえる。

医療崩壊から医療の再生へ、その第一歩を、ここから踏み出したい。

■河北博文学会長の開会挨拶(要旨)

全日病は、医療の国営化に反対し、民営化をこそ進めるべきであるということから民間病院が集まり、1960年に発足した。全日病学会は、全日病発足間もない1962年(昭和37年)の全日本病院管理学会に始まる。



その節目の第50回東京大会に、我々は「民主主義と医療」というテーマを掲げた。このテーマの意味するところを受けて、講師の先生方に、本当の民主主義について、民主主義と医療の関係について語っていただく。

「現場でできることは現場にまかせろ」という主張、あるいは、自分達で解決してゆく裁判外紛争処理のあり方や自己の死に対する自己決定への対応など、様々なテーマが論じられることだろう。

我々は民主主義を育て、主権在民を実現する必要があるが、とくに、医療と民主主義の関係は、「我々に医療をまかせろ」という意味からも重要なテーマであると考えている。

舛添大臣、ドクターフィーの検討を提起。現行の中医協審議には不満

■舛添要一厚生労働大臣の講演要旨

この1年間、医師不足確保を含めて大胆な政策をとってきた。「安心と希望の医療確保ビジョン」は、現場の意見が第一であることと、医師と患者・国民両方目線に立つという立場でまとめられた。

局長の下で審議会をやっても、まったく世間に情報発信できない。したがって私の直属で開催し、できるだけ私も出席するようにしている。医師臨床研修を見直す検討会のメンバー選定も私が直接行った。

救急医療についても懇談会で議論を始めている。12月にはまとまる予定だ。看護師のビジョン策定会議も始める。

妊婦健診は14回すべてを無料にすることを決めた。健診無料化に続いて、35万円が直接保険者から医療機関に出るようにする。その方法については議論が必要だが、最低35万円あればどの地域でも何とかできるだろう。

後期高齢者医療は、現在、検討会で議論しており、厚生労働大臣としての私案を発表した。いい制度であっても、国民から批判があれば耳を傾けるしかない。

こうした姿勢が今までの医療には欠けていた。だから、今回、河北先生が「民主主義」というテーマを取り上げたのではないかと理解している。

そういう意味で私案を出したが、これはたたき台である。皆さんにもこの議論にぜひ参加していただきたい。

医療事故調査委員会は3次試案までできたが、まだ、医師と国民にコンセンサスができていないので待ったをかけている。これも皆さんに参加していただきながら、できるだけ早くまとめたいて考えている。

無過失補償制度には色々批判もあるが、最初の一步を踏み出すことが大切だ。まず産科の分野で充実させ、他の診療科についても充実させる。だめであれば切り替える。

とにかく改革の一步をあらゆる分野で踏み出していく。その中で皆さん方にも参加していただく、まさに民主主義であるから、提供側も受益側も参加し、皆でよいものをつくっていききたい。

【会場質問】

●大臣として中小民間病院に望むこと、また、救急や急性期医療の受け皿である中小民間病院あるいは療養病床のあるべき姿をうかがいたい。

大臣 最終的には診療報酬をどうするかだが、私はドクターフィーの考え方を入れないと医師を集められなくなると思う。仕事のレベルが違うのに、それを無視して決めるのはどうか。

民主主義という観点からは、中医協のあり方を見直すべきだと考えている。つまり、今私が話したような点が即中医協の議論に反映できるシステムをつくらなければならない。

国民に選ばれた大臣が政策を決めたら、それを役所がきちんとやらなければならない。その時に、まったく違うことを審議会がするというシステムは、まさに、厚労省改革の対象であると思っている。

例えば、私が、中小病院のホスピタルフィーを変えたいと考えても、救急医対策にしても、診療報酬による(現在の)対応では時間がかかる。では、ど

うするか。今のような考えを中医協で議論できるようにしないとならない。

私は、今のような問題も含めてきちんと議論する場が1ヶ所だけというのを是正する必要がある時期がきているのではないと思う。

(中小病院が)経営を含めて苦しいことは分かっているし、療養病床にしても15万床を22万床にしたように過渡的な措置をとったが、順次見直しをしていきたいと思っている。

ご質問は、いかに財政的措置を取れるかということであり、例えば、救急に対する支援についても、地域医療に対する支援の中で何らかの予算をつけることができると思う。いずれにしても隔靴搔痒なのは、議論する場を確保するということが、民主主義という本日のテーマからしても必要なことであることを申し上げたい。



「主張」の部屋—社会資本としての医療



▼猪瀬直樹東京都副知事(作家)



▲一般演題「患者満足/CS」



▲個人情報保護に関するランチョンセミナー

東京学会の点描

シンポジウム●「民意の工夫による社会制度の補完」

4名のシンポジストが医療に対する思い、共感、注文などを語りながら、日本社会における民の力と可能性を模索・検証した。

野村祐之氏(青山学院大学)は、アメリカにおける肝臓移植でB型肝炎を克服した体験から、アメリカの医療チームには患者も含まれ、その筆頭は患者であり、医療者は患者の伴走者であるという考え方で臨んでいることを披露。

地元のボランティアが交代で病院をバックアップする、病院は地元住民を招いて勉強会を催す、住民には「自分達の病院」という思いが生まれると語り、

「経済効率」主体の日本は「生命効率」主体のアメリカスタイルに切り替えるべきだと提起した。

人間ドック委員会企画●特定健診・特定保健指導の最新動向について

行政・保険者・取りまとめ団体・健診施設が制度の動向を報告した。

「やがて安定飛行に入る」とする厚労省に対して、国保中央会は「軌道に乗る迄には程遠い状態にある」として、非効率の解消を求めた。日本人間ドック学会は「問題は多いが次年度には改善されるだろう」という認識。健診施設の高橋秀理氏はB契約の問題を中心に、現場の混乱ぶりを紹介した。

広報委員会企画●ヤングフォーラム

10回目の今年は、6人の若手経営者が「経営観10年前と今。10年間で変わったこと変わらなかったこと」というテーマで発表した。「元気な経営者はここにしかないから、今年も聴きに行きますと言われた」とは、座長の高橋泰国際医療福祉大学教授の話。

医療従事者委員会企画●「病院における暴言暴力から医療従事者を守る方法」

医療現場を代表する4名のシンポジストが具体的な体験と工夫を踏まえた暴言暴力対策を披露。精神科専門の武蔵野病院は「安全管理プログラム」を作成・実践した事例を公表した。

「接遇の教育も必要であり、病院側に反省すべき点がないとはいえない。患者と医師の両方を守る包括的な対策が必要」というまとめが導かれた。

ランチョンセミナー●あるべき災害医療体制のあり方

中国四川地震の医療救助にあたった日本チームの報告が写真資料とともに紹介。生存救出デッドラインの72時間、クラッシュ症候群、控減時間・低体温・水の欠乏というスマイル&ダイに至る要因など、控減外傷が主となる地震災害の特徴や時間的経過とともに変わる被災者ニーズと対策などが詳しく解説された。

介護療養型 コミュニケーション療法は「集団」も評価

介護報酬改定の論点 栄養マネジメント加算と短期集中リハ実施加算は算定促進方向で見直す

11月21日の社会保障審議会介護給付費分科会に事務局(厚労省老健局老人保健課)は、施設サービスに関する介護報酬改定の具体的な論点を提示した。

それによると、居宅系や訪問の事業所と同様に、介護保険3施設とも、介護従事者のキャリアアップの仕組みを介護報酬のあり方と一体に検討される。有資格者の数や研修受講実績などが加算評価される方向が考えられる。

同じく3施設に設けられている栄養管理体制加算は基本サービス費に包括

される。栄養マネジメント加算は算定を増やす方向で見直される。

介護老人福祉施設については、算定率が頭打ちの重度化対応加算を補うかたちで、手厚い看護職員配置を評価する加算が検討されている。看取り介護加算は、その要件を重度化対応加算から分離するとともに、死亡した場所が施設外であった場合に単位数が半減する点を是正する方向だ。

介護老人保健施設と介護療養型医療施設に共通の改定課題として、①リハ

ビリテーションマネジメント加算の本体報酬への包括、②短期集中リハビリテーション実施加算の評価引き上げ(もしくは要件の変更緩和)、③診療報酬を踏まえた外泊時費用の引き下げ、があげられている。

介護老人保健施設単体では、①在宅復帰支援機能加算要件の変更緩和、②試行的退所サービス費要件の変更緩和、③他2施設で認められていた看取り評価の新設、④夜勤職員加配の評価、⑤人員配置基準へのSTの組み込み、な

どが組上にあげられた。

介護療養型医療施設に関しては、①診療報酬との整合性を確保した理学療法と作業療法の人員配置基準引き上げ、②STによる集団コミュニケーション療法の新たな評価、が取り上げられている。

また、通所介護と通所リハにおける口腔機能向上加算と栄養改善加算について、利用と算定を増やす方向で見直される。口腔機能向上に関しては、施設入所者に対する取り組みも評価対象とする方向が打ち出されている。

栄養管理体制加算、リハマネジメント加算は包括へ

介護療養型 診療報酬との整合で理学・作業療法の人員配置を引き上げが

報酬・基準に関する具体的な論点(概要) 11月21日

■介護老人保健施設(介護療養型老人保健施設を除く)

①在宅復帰に関する各種加算等は次の方向で見直してはどうか。

・リハビリテーションマネジメント加算は本体報酬に包括することにしようか。

・入所後間もない期間に集中的に行うリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算の評価を見直してはどうか。

・在宅復帰支援機能加算については、介護老人保健施設における在宅への退所者の割合の実態を踏まえ、算定要件を見直すこととしてどうか。

・試行的退所サービス費については、その算定実績や介護老人保健施設における居宅サービス事業所の併設状況を踏まえ、退所時指導加算として、退所が見込まれる入所者を試行的に退所させる場合に算定することとしてどうか。

②介護老人保健施設における看取りの労力を適切に評価することにしようか。

③介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することにしようか。

④夜勤職員の配置に関しては、基準を

上回る配置を行っている施設について、配置の実態を踏まえて評価することにしてはどうか。

⑤外泊時費用については、利用者が入院・外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は引き続き居住費の対象として徴収することができることを踏まえ、その評価を見直すこととしてどうか。

⑥介護老人保健施設における言語聴覚士の配置の実態を踏まえ、人員配置基準上、言語聴覚士を理学療法士及び作業療法士と同等に位置付けることとしてどうか。

■介護療養型医療施設

1. リハビリテーション(特定診療費)については、医療保険との役割分担を明確にし、医療保険との整合性をはかる観点から、次の方向で見直しを行ってはどうか。

(1)リハビリテーションマネジメント加算は本体報酬に包括する。

(2)入院後間もない期間に集中的に行うリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算の評価を見直す。

※介護療養型医療施設における認知症短期集中リハビリテーションについては、認知症対策を議論する際に併せて議論



を行う。

(3)理学療法及び作業療法については、医療保険との役割分担や医療保険における施設要件等との整合性の観点から評価の見直しを行う。

(4)失語症等の言語障害を有する者に対して言語聴覚士が集団で実施するコミュニケーション療法を新たに評価する。

2. 外泊時費用は、利用者が入院・外泊期間中において居室が当該利用者のために確保されているような場合は引き続き居住費の対象として徴収をすることができることを踏まえ、その評価を見直すとともに、入院中の患者に対し他医療機関における診療が行われた場合の評価についても見直してはどうか。

3. 介護従事者のキャリアアップの仕組みを含めた評価の在り方については介護報酬の在り方とともに検討することとしてどうか。

■口腔機能向上加算・栄養改善加算

(1)サービスを必要としている者に確実にサービスを提供するという観点から対象者の基準の明確化を検討してはどうか。

(2)口腔機能向上加算、栄養改善加算及びアクティビティ実施加算について、サービス提供に係る労力等を適切に評価する等の観点から、評価のあり方を見直してはどうか。

(3)必要なサービスを継続的に確保し、医療と介護の連携をはかるという観点から、齲歯の治療など、嚥下機能訓練以外の目的で歯科医療を受診している場合については、口腔機能向上加算を算定できることとしてどうか。

(4)施設入所者等への口腔機能向上に係る取組の評価のあり方を検討してはどうか。

■栄養管理体制加算(栄養士配置加算、管理栄養士配置加算)及び栄養マネジメント加算

(1)栄養管理体制加算は基本サービス費に包括することを検討してはどうか。

(2)管理栄養士が配置されているにもかかわらず、栄養マネジメント加算が算定されていない施設が存在することを踏まえ、栄養マネジメントを適切に実施する観点から、栄養マネジメント加算の評価の見直しを検討してはどうか。

慢性期医療の確保と救急ネットワーク整備を提起

介護従事者の処遇情報開示を推進。地域包括支援センターの機能を強化

安心と希望の介護ビジョン(概要) *1面記事を参照

1. 高齢者自らが安心と希望の地域づくりに貢献できる環境づくり

①コミュニティ・ワーク・コーディネーター(仮称)の輩出

意欲ある地域の高齢者や住民(コミュニティ・ワーク・コーディネーター=高齢者地域活動推進者)を年間300人(10年間で3,000人)募集し、先進的事例や様々なノウハウを修得できる機会を提供。

②地域包括支援センターのコミュニティ支援機能の強化

高齢者の生活を総合的に支える中核的役割を担うために、介護、医療の従事者に加え、地域活動者、地域ボランティアを含めた「コミュニティ会議」を開催する。

2. 高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上

①在宅生活を支援するサービスの基盤整備

訪問介護・訪問看護のネットワーク整備、要介護高齢者のニーズに対応した慢性期医療基盤の確保、救急医療に係るネットワークの整備 等



②在宅生活支援リハビリテーションの強化

訪問リハビリテーションの創設、既存施設における在宅生活を常に念頭に置いたリハビリの推進など、在宅生活支援リハビリ拠点の整備と質の向上の推進

③医療と介護の連携強化

●関係者間での連携

・将来的に、医師や看護師との連携の下に、介護の現場で必要な医療行為を行なうことができるようにすることを含め、資格のあり方の検討

・当面、医療的なケアのニーズが高まっている施設において、必要な研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、安全性が確保される範囲内で施設入所者に経管栄養や喀痰吸

引を行う仕組みの整備

・医療関係者と介護関係者がチームとしてケアを提供するチーム・ケアの推進、地域における最適な医療・介護の提供システムを議論する関係機関や団体等が一堂に会した「地域ケア推進会議」(仮称)の立ち上げ

・緩和ケアの積極的な推進
・医療・介護関係者の養成課程等における介護・医療職種間の協働や連携を学習する実習の実施、ケアマネジャー等に対する医療研修の実施

●制度面での連携

・退院後の在宅生活への移行に係る医療・介護の連携を強化するための病院とケアマネジャー・地域包括支援センター間の引継ぎ連絡体制の確立

・医療保険による診療報酬と介護保険による介護給付の連動性・整合性の確保に向けた取組の推進

④認知症対策の充実

・認知症の進行と症状、合併症に対して、医療と介護が連携して対応できるようにするための地域のかかりつけ医、介護従事者等に対する認知症研修の実施、

地域での総合的なケアの提供を進める地域レベルでの検討会の設置、認知症医療と介護の橋渡し役としての地域包括支援センターの機能強化

・ライフステージに対応した認知症ケアの標準化、介護現場への普及に向けた取組の推進

・認知症高齢者を地域で支えていくため、住民による「認知症サポーター」の普及

・成年後見制度の活用 等

⑤地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備
地域特性に応じた住宅整備、多世代交流機能を持つ小規模住宅の整備 等

3. 介護従事者にとっての専心と希望の実現

①各事業所における介護従事者の処遇に関する情報の積極的な公表の推進

②介護従事者が誇りをもって働くことができる環境の整備

介護従事者の処遇改善に資する介護報酬の設定、資格や経験等に応じたキャリアアップの仕組みの構築、アウトカム指標のあり方の検討 等

③介護従事者の確保・育成

卒前・卒後の一貫した養成システムを求める声が多数

臨床研修制度のあり方検討会 大学側は専門分野の研修に拘泥。現行制度の地域医療理念には否定的

11月18日の臨床研修制度のあり方等に関する検討会で、参考人の医療系大学間共用試験実施評価機構福田康一郎氏は、医学系・歯学系大学が自主参加して各大学で実施されている「臨床実習開始前の共用試験」について説明した。

「共用試験」は、2001年3月の文科省報告書で提示されたモデル・コア・カリキュラムに準拠した全国共通の標準評価試験で、医学生が実習を始める前に習得すべき必要最小限の臨床姿勢と診療能力を4年次末に客観的な臨床能力試験(OSCE)で把握するとともに、コンピューターを用いた客観試験(CBT)で総合的知識を評価する仕組みで、試験の成績は大学における成績とともに臨床実習開始前の進級判定等に用いられる。

いわば、実習に臨む医学生の到達度を全国共通の尺度で評価することによって、医学教育の質を担保しようとするもの。

05年12月から正式にスタートしたが、公正円滑な運用と試験問題・成績の厳正な管理をはたすために、同年3月に医学系全80大学・学部と歯学系28大学・学

部が参加して社団法人の機構が設立されている。

福田氏は、知識と技能のバランスが取れた医学生教育を検証かつ担保していく「共用試験」の運営経験を踏まえ、「学部教育と卒後教育との間にギャップがあり、これを埋めることが緊急の課題だ。卒後研修の内容も勘案しつつ、卒前・卒後を通じて一貫した教育内容のグランドデザインを示す必要がある」と医師養成のグランドデザインを創ることが重要であるという認識を示した。

その上で「関係者はそれぞれの権益にこだわりなく議論してほしい」と注文した。

同時に、医師国家試験に、きわめて専門性の高い医学知識を問う出題が増えている傾向に言及し、「せつかく5、6年時に実習に励むところ、国家試験があるために知識先行の勉強に追われてしまっている」と、国家試験との関係から卒前教育の「限界」を憂慮した。

一方、小川委員(学校法人順天堂理事長)は、全国医学部長病院長会議が昨年9月にまとめた「医師養成のためのグ

ランドデザイン」の内容を説明し、「制度だけを直してもうまくいかない。卒前、卒後、そして生涯教育を含め一貫性をもったものへと見直さないと医師養成は成立しない」と強調した。

「グランドデザイン」は、前出「共用試験」の資格制度化、医師国家試験の見直し(技能と態度を問う試験の導入)、新臨床研修制度の理念見直し、研修病院指定基準とマッチング方式の見直しなど、医学部側の共通意見を整理している。

こうした意見に、新臨床研修制度の設計で主導的役割を果たした矢崎委員(国立病院機構理事長)は、「制度設計の変更は時代とニーズの変化に応じて当然なされるもの。ガイドラインが充実している初期研修と同様に情報提供が整えられた後期研修を、学会主導ではないかたちで設計し、一貫したシステムにするべきである。地域ごとに大学病院を中心とした質の高いコンソーシアムをつくり、卒後から継続してメンテナンスしていく仕組みであるべきであろう。しかし、大学のパターンリズムにもとづくものであってはならない」と述べると

ともに、「(特定分野の専門性のみ優れた)タワーマンション型ではなく、富士山型の医師を社会は求めている。そうした、実務型ではない医師を養成するということが現在の制度がつくられた」とも指摘。専門分野の医師養成に主眼を置く大学病院の理念に対してプライマリーケアを理念とした現行制度の基本的部分を擁護した。

西澤委員(西岡病院理事長・全日病会長)は、「初期研修が終わっても大学には戻ってこないというのが、どこに行ったのか。では、大学にはどのくら残っているのか、データとして重要である」として、事務局に現状分析の詳細データを要請した。

その一方で、「臨床研修に参加している地方の中小病院が一生懸命研修医の確保に努めているのは、地域医療を体験してほしいからだ。こうした現実を踏まえた上で、見直しの議論を進めていただきたい」と述べ、地域の一線で医療を支えている中小病院が、制度の見直しによって取り残されることがないように、慎重な議論を求めた。

メディカルスクールに関する報告書を承認

四病院団体協議会 優れた臨床医の養成システムとして提言。1月に講演とシンポを開催

四病院団体協議会は11月26日の総合部会で、米国ほかで導入されているメディカルスクールを日本でも創設する旨を提言した委員会報告書を正式に承認した。

昨年9月に設置されたメディカルスクール検討委員会(委員長・山崎學日精協副会長)がこの7月にとりまとめ、8月以後、4団体の内部検討に付されていたもの。

メディカルスクールの検討は、直接には医師不足解消という視点から提案されたが、委員会では、現行の医学部教育とは異なり、大学卒業者を対象に4年間に効率的で質の高い医学教育を実践することによって、より優れた臨床医の育成が果たせるのではないかとこの視点からも検討された。

シンガポールのメディカルスクール視察

を含む10ヵ月余の検討の結果、そうした可能性に満ちた制度であるという点で各委員の見解が一致、わが国への導入の可能性を探るために、早期に行政、医育機関そして医療界に提起すべきテーマであるという認識に基づいて報告書はまとめられた。

報告書は、メディカルスクールによってより優れた医師が養成される可能性が高い理由として、次の5点をあげている。

- ①入学対象は22歳以降であるために医師になる動機付けがより強く形成されている
- ②大学教育で医学以外の勉強を経験し、幅の広い教養が身につけている
- ③年齢的に、人間的により成熟している

る学生を対象に教育できる

④現行医学部の6年制と異なって教養教育が不要であるために短期間で医学教育を修了できる

⑤大学教育で基礎学力を身につけているために質の高い斬新な方略を導入することが可能

その上で、骨子以下の内容のメディカルスクール導入を検討するよう提言している。

- (1)4年制の大学教育を終えた志望者から選抜し、4年間の医学教育を行なう大学院レベルの医師養成機関とする
- (2)学校法人ではなく、卒後臨床研修で優れた実績をもつ病院が母体となって開校する
- (3)北米のメディカルスクールが使ってい

るカリキュラムを参考に質の高い教育プログラムを採用する

(4)メディカルスクール制度を全国一律に導入する必要はなく、医学教育のアウトカムを検証しながら、日本に適したシステムを確立していく

報告書は、また、医師国家試験の受験資格や学校教育法のカリキュラム規定など法制度の改正についても提起し、各界による幅の広い議論を経て国民の理解と支持を得た上で導入に至るべきであると論じている。

同日の四病協総合部会は、報告書の冊子印刷とともに、1月22日に東京都内で、メディカルスクールに関する講演とシンポジウムを開催する計画を承認した。

さらに、山崎委員長は、12月10日に行なわれる自民党社会保障調査会医療委員会による四病協ヒアリングで、医師確保対策に関連した病院団体の提案としてメディカルスクール構想を発表することを提案、了承を得た。

対策案の12月中取りまとめで性急な議論

周産期と救急の確保連携に関する懇談会 周産期Cへの麻酔科医配置、NICU加算の医師要件緩和などの意見

10月に東京で起きた救急搬送の妊婦死亡事件を契機として設置された外添厚生労働大臣直轄の「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」は、対策案を12月中に取りまとめる予定で精力的な議論を繰り広げている。

11月25日の第3回会合で、麻酔科医の照井氏(埼玉医大総合医療センター産科麻酔科診療科長)は、安全を確保する見地から、地域周産期母子医療センターについて、現行の「麻酔科医が勤務していることが望ましい」ではなく、総合周産期センターと同様に「勤務していること」を施設要件にすべきであると提案した。

周産期医療における麻酔は相当高度な水準が求められており、事故等への不安も手伝って、各地の周産期センターは麻酔科医の確保に追われている。

少なからぬ委員から「それだけの数があるのか」と疑問の声が出たが、照井氏は「いきなりは難しいが、麻酔科医は毎年一定数増えている。研修等で確保は可能だ」と力説した。

この提案には、「学会が養成を引き受けてくれるのか。ここは願望を言う場ではない。してほしいではなく、これを引き受けるという即効性のある対策

を示してほしい」と、救急医等の委員から厳しい注文がつけられた。

このやりとりに、外添大臣は「週1～2日勤務できる麻酔科医の派遣を組織できないか」とたずねたが、具体的な返答は得られなかった。

一方、田村委員(埼玉医大総合医療センター総合周産期母子医療センター長)は、「少なからぬ病院が小児救急が地域周産期母子医療センターかの選択で悩んだ上、小児救急を選択している。NICUが増えないのは医師と看護師が足りないからだ」と指摘した。

その対策案として、NICU加算の医師要件について、「NICUに24時間配置」から「病院の中に24時間常駐」へと緩和してはどうかと提起。また、準加算として1日6,000点(現行は8,500点)つけるようにしないと周産期は短期的には増えない、と提案した。

さらに、小児科医等の負担軽減のために、「24～30床以上の規模の周産期センターは交代勤務とすべき」であり、交代勤務ができない(中小)施設は「最低限労働基準法にしたがった医師の給与支払いを法的義務とし、違反したら施設長は逮捕されるというようにすべきである」と、厳しい要求を示した。

こうした議論に、外添大臣は「今日出た提案は基本的に診療報酬で解決するしかない。しかし、今のかたちの診療報酬でしか実現できないということ

看護職員確保と質向上で大臣直轄懇談会が発足

厚生労働省は外添厚生労働大臣直轄の「看護の質の向上と確保に関する懇談会」を設置し、11月27日に初会合を開いた。委員の1人に西澤寛俊西岡病院理事長(全日病会長)が選ばれた。

懇談会は、看護職員の確保対策ととも

でよいのか。勤務医の不足や診療科偏在をホスピタルフィーによってしか解決できないというのはいかがなものか。中医協で議論となるといつ実現するかどうか分からない。そのありように大臣として疑問を感じる」と発言し、問題の解決をあげて中医協の責に帰すという認識で締め括った。

に、①新人看護職員の質の向上、②チーム医療の推進、③看護教育のあり方等をテーマに取り上げる。

4回の会合で1月半ばをめどに中間報告をまとめる予定。委員からは4年制看護教育の実現を求める声も出た。

医療経済実態調査の対象として決算書の可能性を検討

11月19日に開かれた調査実施小委員会は、09年度の医療経済実態調査の方法について議論した。

診療側日医の委員は、10月22日の中医協総会に続いて、「実態調査のデータは通年の収支であるべきであり、決算ベースを対象データとすべきである」と正式に提起。同時に「急な切り替えでデータの連続性に懸念が残るのであれば、現

行6月単月調査との二本立てでもよい」と提案した。

議論の結果、調査対象を決算書とするかどうか検討することで基本的に合意。09年度に調査が可能かどうかなどの検討を、専門家からなるワーキンググループに委ねることで診療・支払側ともに一致した。