



全日病

21世紀の医療を考える全日病

ニュース

2013

1/1

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.793 2013/1/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

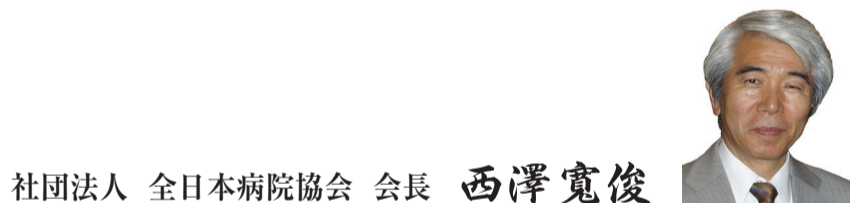
2013年1月1日・15日号合併号

4・5面/新春対談—原厚労省医政局長 vs 西澤全日病会長
6・7面/新春企画—四病院団体協議会4会長座談会
8面/医療事故調査のあり方に関する検討部会ほか



年頭のご挨拶

2013年の新春を迎え、謹んで新年のご挨拶を申し上げます。
一昨年の東日本大震災という未曾有の大災害が起きてから、早くも2年が経過しようとしております。
この間、被災地の日も早い復旧・復興を願い、支援を行ってまいりました。しかし、原発問題等もあり、復旧・復興にはまだまだ時間が必要と感じております。今後も引き続き支援を続ける所存です。
同時に今回の震災で広く認識された人々の生命や生活を守るために果たしている社会的役割の重要性を深く受け止め、今まで以上に国民に安心・安全で質の高い医療を提供する決意でおります。
昨年は、診療報酬・介護報酬の同時改定が行われました。医療については、0.004%の微々たるプラス改定でしたが、経済・財政状況が厳しい中でのプラスであった事を素直に評価したいと思います。
その内容は、社会保障・税一体改革の第一歩と位置付けられ、機能分化と連携、在宅医療、医療と看護の役割分担と連携等を評価したものです。しかし、結果として、大病院・外科系はプラス幅が大きかったものの、中小病院・内科系への配慮が足りなかったと感じております。次回改定に向けての検証・検討が始まりましたが、その結果を反映したバランスの良い改定になるよう議論を進めるべきと考えております。
また、現在中医協では、入院基本料等の基本診療料のあり方、費用対効果、そして医療における消費税など、重要な議論を平行して行っております。
消費税に関しては医療においては非課税となっており、控除対象外消費税等、多くの問題が生じております。今後非課税のまま消費税税率が上がっていくと医療機関の経営が不安定になり、安定した医療提



社団法人 全日本病院協会 会長 西澤寛俊

供体制の継続が困難になります。結果として、国民の皆様へ質の高い医療提供ができなくなる事を危惧しております。一日も早く患者さんの負担が増えない形の課税制度になる事を望んでおり、実現に全力をつくす所存です。
急速に進む少子高齢化社会、団塊世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年…。改革は待ったなしです。この改革に対して、医療提供側である病院及び病院団体は、積極的にそして主体的に取り組んでいくべきと考えております。
このような中、昨年末に衆議院解散総選挙が行われ、自民党が圧勝し、新しい政権が誕生しました。社会保障・税一体改革の議論が迅速に行われる事を期待するとともに、その内容は充分注視し、現場を一番理解している医療提供者として、積極的に提言していきたいと思っております。
全日病は本年、公益法人認可を受ける予定です。公益法人化の後、今までと同様に委員会活動を中心にして、一層公益性を重視しつつ必要な事業を進めていく所存ですが、同時に公益法人としてのあり方、新事業等についても検討したく考えております。
当協会の会員数は、全国の病院数が減少している中で着実に増加しており、間もなく2400病院となります。
当協会の理念である「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に環境整備を行う」という目的を実現するために、活動していく所存です。
本年も一層のご支援をお願いするとともに、本年が皆様にとりまして良い年となりますことを祈念し、新年の挨拶とさせていただきます。

2013年 年頭所感



日本医師会会長 横倉義武

明けましておめでとうございます。

東日本大震災から2年が経過しようとしていますが、被災地における復旧・復興は決して順調ではありません。日本医師会は、いち早くJMATを組織し、強力な医療支援活動を展開してまいりました。地域社会の復興に地域医療の存在は不可欠です。社会的インフラとしての医療機関を再建していくための支援を、今後とも継続していくことが必要です。

さて、われわれ執行部は、昨年4月に発足して以来一貫して、国民が安心して生活していくためには「地域医療の再興」が最重要課題であると主張してまいりました。

地域の医療・介護、福祉を見据え、急性期のみならず、予防、亜急性期、回復期、慢性期、在宅医療まで、「切れ目のない医療・介護」の提供体制の構築は地域医療の基本であることを、今後とも訴えていきたいと思えます。

昨年10月には日本医師会会員である山中伸弥京都大学教授がノーベル医学・生理学賞を受賞されました。近い将来、これらの研究の臨床応用が行われ、治療が困難とされている患者さんに大きな希望がもたらされることを切に望むところです。日本医師会としても、研究環境の充実のために、法整備面・倫理面に関して全面的にバックアップしてまいります。

一方、昨年8月10日に社会保障・税一体改革関連法が成立しました。社会保障の機能強化と持続可能な安定財源確保のためには、消費税率の引き上げはやむを得ないものと思えます。しかし、社

会保険診療が非課税となっていることから医療機関が過大に負担している「控除対象外消費税」の問題や保険給付の重点化、適用範囲の縮小等が懸念されるどころです。

特に「控除対象外消費税」については、この問題が解決されることなく消費税が引き上げられることになれば、医療機関の経営に極めて深刻な影響を及ぼすことは必至です。社会保障の充実を目的に導入された消費税によって、医業経営が困難になる事態があってはなりません。

12月21日には、医療関係40団体で構成する国民医療推進協議会の主催で「国民医療を守るための総決起大会」を開催、「国民皆保険を崩壊に導く医療の営利産業化に繋がる政策への反対」および「医療に係る消費税問題の抜本的解決」を強く要望する旨の決議を採択したところです。

こうした中、新たな政権が誕生しました。日本医師会も本年4月1日、公益社団法人として新たに生まれ変わる予定です。世界に冠たる国民皆保険の堅持を主軸に、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、これからも政策提言を続けてまいります。

医療界には、他にも医師不足、医師の診療科・地域偏在の問題、医学教育・研修制度のあり方、医療事故調査制度等喫緊の課題が山積しています。こうした課題解決に向けて、執行部一丸となって対応してまいりますので、国民の皆様方の深いご理解と格段のご支援を賜りますようお願い申し上げます。

2013年 新年のご挨拶

日本は超高齢化と少子社会を 乗り超えなくてはならない



全日本病院協会副会長
猪口雄二

新年あけましておめでとうございます。

平成24年は、総選挙において自民党が圧勝し年が暮れました。震災からの復興そして原発問題の処理などは、まだまだ、途に就いたばかりという感じです。

一方、高齢化の大きな山と言われている2025年までには、残り12年しかありません。この超高齢化と少子社会を日本は乗り超えなくてはなりません。

民間医療機関が主体の全日本病院協会は、医療・介護の需要拡大とその提供において、大きな役割を担っています。多くの政策課題について、全日病としての意見を集約し、国民の支持が得られるよう、世に出し続ける必要があります。

また全日病は、平成25年4月に「公益社団法人」の認定を受けるべく、多くの議論がなされてきました。会員の皆様に応援していただけるよう、丁寧な作業を進めてまいります。今後も、一層のご協力を賜りますようお願い申し上げます。

平成25年が、全日病にとって実り多い年であることを心より願っております。

今こそ国民の叡智を 出し合わなければならない



全日本病院協会副会長
安藤高朗

新年あけましておめでとうございます。

本年は医療界にとって正念場の年になりそうです。昨年8月、消費税増税を柱とする社会保障・税一体改革関連法が成立しました。全日本病院協会では、「控除対象外消費税問題」に関し、一貫して原則課税の立場を取っています。

非常にラフな試算ですが、国が示した2025年の医療供給体制をもとに収支をシミュレーションすると、各医療機関の形態によって差はあるものの、多くの場合、人件費増が収入増を上回る結果となります。現場を知る病院協会として、全日本病院協会から、わが国の医療のあるべき姿を訴えていく必要性を強く感じます。

日本は人口減少社会に突入り、社会保障を巡る環境はますます厳しさを増しています。今こそ与野党の枠を超え、同じ理念を持った者が結集し、国民の叡智を出し合わなければならないと思います。

医療の質向上及び、マンパワー問題の解決に向けたチーム医療の推進といった規制緩和、リビングウィルをベースにした人生最期の迎え方など、柔軟な発想が求められているのではないのでしょうか。この難局を乗り越えるため、西澤会長のもと皆で頑張っていきたいように。

病院のあるべき姿を提言していく 覚悟が求められている



全日本病院協会副会長
神野正博

あけましておめでとうございます。

暮れの総選挙は予想を超える自民党の大勝でした。自公が安定多数を占める強い政権の誕生で、滞り感のあった社会保障・税の一体改革、それに伴う社会保障改革国民会議の議論が一気に進む可能性があります。

われわれは、特に、①入院医療の機能分化、②高齢者増に伴う医療～介護の地域包括ケア、③控除対象外消費税問題、④医療事故調査機関のあり方などの懸案事項の成り行きを注視しなければなりません。

ギリシア神話に登場する名医アスクレピオスの杖には蛇が巻き付いています。この蛇は、生命力の強さを現し、また脱皮を繰り返すことから、「再生」を意味するといわれています。

巳年の今年、われわれにも蛇のごとく執念深く、強く、そして脱皮によって制度に適合しながらも、国民の安心・安全と職員の誇りのために、日本の病院のあるべき姿を議論し、スピード感を持って提言していく覚悟が求められているのではないのでしょうか。

新年のご挨拶

全日本病院協会 常任理事 (50音順)

常任理事 国際交流委員会委員長 赤枝雄一

明けましておめでとうございます。
 “財政の健全化”と“社会保障の機能強化”を共に実現。という日本の現状を直視すれば、どの政権であれ改革の選択肢は限られてくる。
 来年は消費税の引き上げと診療報酬の改定である。今年も大事な年になる。
 引き続き震災復興を願うとともに、安心・安全を提供する医療に皆様と共に邁進いたします。

常任理事 新垣 哲

あけましておめでとうございます。
 今年は政治・経済の先が見えない混沌とした状況です。選挙の結果、政権も交代しましたが、医政が政治によってぶれないよう注目しましょう。
 今年は昨年よりは、きっとよい年でありますように、祈っております。

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。
 本年4月、公益社団法人に移行します。公益活動の実践を踏まえて、公益とはなにかを再認識し、それにふさわしい活動を展開する必要があります。
 病院団体は、信頼でき・信頼される安定した社会を構築する責務があります。積極的な参画をお願いします。

常任理事 総務・財務委員会委員長 猪口正孝

新年明けましておめでとうございます。
 昨年末の総選挙で自民党が圧勝し政権をとり返しました。多くの政策が年度末にかけて繰り出されてくることと思います。
 総務では情報収集と情報提供を円滑に行い、全日病の運営に支障をきたさないようにと考えています。

常任理事 医療従事者委員会委員長 大橋正實

明けましておめでとうございます。
 私が全日病の委員、役員をさせていただいてもう20年以上になります。北海道の会員も20年前は131病院でしたが今は230病院になっています。
 人の世は常に流れており、これからは若い会員に是非全日病で活躍して欲しいと思います。

常任理事 広報委員会委員長 織田正道

明けましておめでとうございます。
 政権が再び交代し、医療のあり方の議論が一気に進む可能性があります。今こそ、公益性を高めた全日病が、これまで地域医療を支えてきた自負を持ち、医療界のオピニオンリーダーとしての役割を果たさなくてはならないと思います。
 広報委員会としては、全日病ニュースやホームページを充実し、全日病の考え方を積極的に外部にも情報発信し、全日病の存在価値を一層高めて行きたいと考えています。
 本年も、会員の先生方のご支援とご協力をよろしくお願い致します。

常任理事 救急・防災委員会委員長代行 加納繁照

明けましておめでとうございます。
 安倍新政権の元でいよいよ国民会議の議論が開始されますが、やはり、モデル作りでは高齢者救急も含め、団塊の世代の疾病への対応が一番重要と考えます。
 また、災害医療に対してはAMATを研修内容と共によりしっかりと構築していきたいと思っております。

常任理事 学術委員会委員長 川島 周

今年も波乱の多い年になりそうですが、私が担当しております学術委員会の重要課題である学会と研修会の開催予定地選定が各支部のご協力により完了しており、大変ありがたく思っております。
 本年から、全日本病院協会雑誌のリニューアルを目指して努力いたします。

常任理事 介護保険制度委員会委員長 木下 毅

あけましておめでとうございます。
 老人保健施設への転換予定の意向調査を行っています。また、厚労省老健局補助金事業も追加募集で行うことになりました。ご協力よろしくお願いたします。
 今年は政治が安定し、日本の再出発になるように願っています。

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。
 日本医療機能評価機構は、本年4月1日より認定の仕組みを変更します。①病院の特性に応じた機能種別、②評価項目の効率化、③認定期間中の継続的な自己評価改善活動の支援等です。
 当委員会より、意見を評価機構に提言しましたところ、大幅に取り入れて頂きました。中小病院を適正に評価できるような評価項目になったと思いますので、どうぞ新規、更新受審をお願いいたします。

常任理事 病院のあり方委員会委員長 徳田禎久

おめでとうございます。
 政権交代がなされましたが、医療提供に関する種々の取り組みは「社会保障税一体改革」に従って行われることには変わりはありません。
 今年も各施設において質の高い医療提供が可能なよう委員会活動を致します。宜しくお願い申し上げます。

常任理事 医療制度・税制委員会委員長、若手経営者育成事業委員会委員長 中村康彦

新年明けましておめでとうございます。
 本年は、公益法人に向けての最初の年となりますので、安定した財務基盤の強化を図り、消費税問題や医療制度に対する協会としての活動、そして次世代を担う若手のさらなる育成に努めて参りたいと考えております。

常任理事 人間ドック委員会委員長 西 昂

謹賀新年
 人間ドック指定事業は、日帰り483施設、一泊29施設となりました。
 人間ドック委員会では、本年も引き続き会員病院の予防医学の向上に向けて特定健診・特定保健指導、人間ドックに関する各種研修会の開催など有益な事業展開を行っていく所存ですので、本年も宜しくお願い申し上げます。

常任理事 濱砂重仁

謹賀新年
 昨年は、消費税訴訟問題があり玉虫色の判決。年末の衆議院選挙は自民党の圧勝。どの政権になったとしても、医療、介護特に国民皆保険制度のあるべき姿は、守らねばならない。たとえTPP問題を推進するにしても。
 今年も、消費税は原則課税で押し切ろう。

常任理事 濱脇純一

明けましておめでとうございます。
 昨年はロンドンオリンピックで最多のメダル獲得や山中伸弥教授のノーベル医学・生理学賞受賞と素晴らしい朗報で国民は感動しました。
 一方、震災復興や経済回復、外交がままならぬ中、政治は益々混迷を続け、国民の範となるべき国会議員の資質の低下とモラルの欠如は怒り心頭の一年でした。
 今年こそ、社会保障制度(医療や福祉)を充実させ、国民から金メダルをもらえる政治と政治家を期待して止まない。苛政は虎より猛し(礼記)。

常任理事 平山登志夫

謹賀新年
 超高齢社会は急速に拡大している。社会保障費も限り無く増大し、今後数十兆の増加が予測される。
 経済は長期間低迷を続け、所謂ワニの口現象である。このままでは医療は近い将来必ず崩壊する。
 我国の医療制度は世界最高の制度であり、これを守り続けるのは現場を受持つ我々医療人の責務である。
 新年を迎え気持ちを引き締めて立ち向かいたい。

常任理事 丸山 泉

巳年が始まる。巳の語源を調べたところ、「子宮が胎児を包むさま」と書いてある。
 個人的な感覚であるが、医療者も、その受け手も、その司(つかさ)も、この数年、主張や対応に現実感が増したように思っている。そろそろ、何かが生まれるに違いない。

四病院団体協議会(四病協)賀詞交歓会—新年の集い—開催のご案内

全日病恒例「新年の集い」は2012年より四病協4団体共催による賀詞交歓会となりました。

全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の4団体は2013年の新年の集い(賀詞交歓会)を下記要領で開催します。

日 時 ● 2013年1月10日(木) 午後5時30分～午後7時30分 (受付開始午後4時30分)
 会 場 ● 東京都内・ホテルオークラ東京 本館1F「平安の間」
 会 費 ● 1万円(当日受付にて申し受けます)

問い合わせ先 四病協賀詞交歓会運営事務局(公益社団法人日本精神科病院協会 北原・中村・河井)
 Tel. 03-5232-3311 Fax. 03-5232-3315

大きな切り口で医療機能を分ける。機械的分化は避ける

病床機能報告には将来展望も織り込む方向

西澤 新年おめでとうございます。併せて、昨年9月に医政局長に就任されたことをあらためてお祝い申し上げます。さて、少子高齢化にどう対応するかということで、昨年、2025年とその先に向けて「社会保障・税一体改革」を進めるという方針が打ち出されました。その中の医療提供体制のあるべき姿は、厚生労働省医政局が中心となって描いたものと思います。そこで、一体改革のベースとなるお考えから伺いたいと思います。

原 2025年というのはいわゆる団塊の世代が75歳を超える年にあたります。病気の発症率は75歳以上が圧倒的に高くなる上、年間の死亡者数も2040年頃がピークで今の1.5倍になると推定されます。したがって、それまでに、その厳しい状況を乗り越える準備を、限られた医療資源の中でしていかなければいけない。そういう意味で、2025年を病気の面から見た高齢化時代の入り口と捉え、そこまでに体制を組んでいこうというのが一体改革の狙いです。

西澤 2025年の医療提供体制がどうあるべきかということで、ベースとなっているのが機能分化です。とくに入院医療の機能分化。それから在宅への移行という大きなテーマがかかげられています。入院医療の機能分化については、社会保障審議会の医療部会でもいろいろと議論をしているところなんです。

原 一体改革のキーワードは「限られた医療資源」になるのではないのでしょうか。中でも人的資源がきつくなる。

今、医師の養成数は一時的に増えていますし、いわゆる新設医大創設前と比べても大きく増えています。しかし、新設医大の1期生が60歳ぐらいになってきており、彼らがリタイアしていくと、医師数はあるところでプラトールになって推移していきます。

一方で病人が増えていく。そうすると、人的資源は急性期医療中心に投入しないとならないし、患者もある程度絞るなどして、いわゆる重装備の医療を展開する場所を限定してつくっていかねばならない。そこを効率よく使うためには、その受け皿になる、いわゆるポストアキュートが要ります。

つまり、重装備の超急性期病院、ある程度の急性期医療ができる病院、あるいは超急性期から渡された方の受け皿になる病床、さらに、高齢化による脳血管疾患に対応する回復期リハビリ、これらが必要な機能として残ります。

一般病床と療養病床で125万床ありますが、病気の量が増えてくるとこれをフルに使わないと対応できないでしょう。それでも溢れる患者をどうするか。

原局長 主にどういう機能であるかを報告してもらおう

西澤 そのよい例が、一昨年の12月に医療部会に提起された急性期病床群です。これは、「一般病床の機能分化を進める」という方向で医療部会が合意した直後に急に出てきた話で、一般病床全体について議論するのではなく、まず、急性期医療を担う病棟を要件化し、該当する病床を都道府県が認定するというものでした。

そこで、「急性期医療に関する作業グループ」で議論をした結果、病院が自主的に医療機能を選択し、その内容を都道府県に報告する仕組みにすることにしました。どういう報告制度にするかということで、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する

当然、在宅も進めなければならない。

しかし、これだけで終わらない。実はもう一つの大きな要素として介護施設の問題があります。医療は外づけになります。そういう施設の整備が大きなポイントとなります。

西澤 このままいけば病床はさらに多くが必要となるが、それは資源的に無理だから、高齢者が増えていく中で今の数ぐらいで抑えたいというのが一体改革だと思います。重装備の病院は限られた数にして、あとは、中等度から軽度の急性期、あるいは亜急性・回復期の役割が大きくなる。さらに、その先に在宅や居宅があって、介護施設もそこに絡んでくる。これをどうバランスよく整備していくかということです。

私達も2011年にいたる「病院のあり方報告書」で、日本社会の将来展望から推して、これからは機能分化が必要であり、とくに、限られた人的資源をいかに有効に使うかを考えていかなければならないと提起してきました。問題意識は基本的に同じだと思います。

一体改革は、一般病床を高度急性期、急性期、亜急性期・回復期の各機能に分化させていくといっています。私達もそれに賛成します。ただ、機能をあまりにスパッと切ってしまうのはどうか、一方で、柔軟に臨んでいく必要もあるのではないかと考えています。

同時に、現場から発言していくことが大切であるとも考えます。私達もデータを出して、地域差も含めて、実態に即した機能分化と連携のあり方を提言していかなければならない。そして、その中で2025年の医療提供体制像を共有しながら取り組んでいければという思いをもっています。

実は、全日病は「病院のあり方報告書」で、入院と外来それぞれの機能分化はどうあるべきかという提言をいち早く行なってきました。しかし、そうした考えが、必ずしも民間病院からすんなり理解されたわけではありません。

そこには、病床を減らすことにつながるのではないかと、我々がやっている診療に色々な規制がかかるのではないかと、あるいは、行政の手で機能が強制的に変えさせられるのではないかと、誤解と言うか、警戒心があったように思います。

それは、この一体改革のシナリオにも投げかけられているわけで、そうした意味からは、将来に向けた改革の道筋をきちんと説明していただきながら、医療提供側と国民がともに納得していく中で進めていかないと、うまくいかないのではないかと考えています。

検討会」で議論が始まったところなんです。原 これについては様々な議論があると思います。病床機能をどのように分けるかという点で言えば、重装備の医療を行なうところは病院単位で考えていく必要があるでしょう。しかし、そのほかの機能は細かく分け過ぎても困るのではないかと考えています。

したがって、重装備の病院は別出しにするのか、それとも普通言われている急性期と同じように切り分けるのかという点があり、その上で急性期、ポストあるいはサブのアキュート、いわゆる亜急性期というものがある。そして回復期リハ、これは別立てでも必要でしょう。それから比較的慢性的なと



〈写真左から〉
厚生労働省医政局長 原 徳壽
全日本病院協会会長 西澤寛俊

ころも考えられる。となると、療養病床についても機能を求めるのかということにもなる。この辺りは議論をしていただかなくてはいけないところですが、いずれにしても、ある程度の区分をしていく必要があります。

こうした機能をどこで切るかというのは難しい問題です。長くかかるといっても、必ずしも軽症とは限らない患者をどうみるか。あるいは、高齢者になるほど複合的な病態になりますから、それぞれはそれほどでなくとも全体として重体な患者は長くかかるのか。

しかし、そういう一人一人まで機能として把握するのは難しいですから、大まかな切り方になるのは仕方がない。したがって、この病棟では主にこういう人をみまますというところを報告していただくということを、今、考えています。

それから、地域によっては、500床ぐらいの、急性期がしっかりできる施設でありながら、まわりに何もなかったために、リハビリまでやらなければならないという病院も出てくる。こういう

西澤会長 病床機能報告制度の本質は自主的な機能選択

西澤 そうなるとケースミックスが重要になります。疾病分類にもとづいて、そこに重症度も加味してみても、疾患ごとに入院期間が異なることが分る。そういうのをうまく反映できるようなものにしていく必要があるのではないかと考えています。そうすれば、こういう資源を有する病院は、この疾患であれば何日ぐらいの入院期間なのかとかいうことが分るのではないかと。DPCのデータを活用すればできるのではないかと考えています。

原 病床の機能を表わすのにどういう指標があるのか。DPCデータの活用もあると思いますが、DPCではない病院もあります。一番分かりやすいのは平均在院日数で、この病棟であれば全国平均として在院日数はどれぐらいかという「標準」が分るのではないかと。全国を統一して、どういう指標ならばうまく切り分けられるのか、何が分かりやすいかという点をしっかり議論していただければよいのではないのでしょうか。

西澤 病床機能の選択は急にできるものでもありません。2025年に向けてステップ・バイ・ステップで進めていく、そういう意味で随時変化していくことだとも思います。その変化をみながら対応していく必要がありますが、何でもいいということでは改革できない。したがって、ある程度の指標は作らなければならないでしょう。ただ、きちきちにすぎる指標であってはならないという点は、先ほどおっしゃった通りだとも思います。

そして、その間に色々データも蓄積して現場の実態にあった機能を整えていく。とくに、地域によって資源が異なるという状況にどう合わせていくかが重要になると考えていますね。そういうことで、疾病にもとづく分類とハコ

病院を、病棟・病院のどういう単位でみていくか。あるいは、地域によっては、小規模の病院を後方病床として位置づけざるを得ないところもある。その辺りをどう切っていくかという点もあることでしょう。

いずれにしても、私どもは、スパッと切って、この機能だからほかの患者がいてはおかしいというようなことを言うつもりはありません。主としてどういう機能になっているかを報告してもらおう、あるいは、今はこうだけど、地域の患者の動向をみていると、自院には将来こういう機能が必要ではないかと考えているというのも含めて聞かせてもらおう、そんな制度にしたほうがいいのではないかと考えているところです。

西澤 ある程度の区分をしなければならぬというのは、その通りだと思います。ただ、入院期間で切るの少し乱暴ではないでしょうか。疾患によっては、手術して3〜4日で帰れるものもあるが、1ヵ月かかるものもあるわけで、在院日数で縛るとするのは適切ではないように思います。

としての機能区分をある程度分けて対応していくと、こういうことになるのかなと思います。

そうした議論が「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で始まっていますが、私は、こうした報告制度は意外に面白いのではないかと考えています。

というのは、医療機関が自分の病院の機能はこうだと報告、つまり、オープンにすることになれば、情報提供した機能が実態に合っているかを住民が判断することができる。そういう意味では、実態と違う機能を報告することはできない、やはり、医療機関が自分たちの責任において情報提供していくということにならざるを得ない。

さらに、上からの押しつけで機能を定めるのではなく、自分達がこういう医療を提供しているということ、実態を踏まえて堂々と示していくというのは、ある意味、医療機関に自覚と責任を問うということでもあり、いいことではないかと考えています。

先ほど医師数に関する指摘がありましたが、医師の業務は、できるだけ医師でなければできない仕事に限っていく必要があります。看護師にまかせる業務もあるし、ほかの職種に委ねていくものもある。しかし、人的資源の不足は、看護師さらには他の医療職も同じだとも思います。そういうこともあって、チーム医療が大きくクローズアップされていると思います。

その一方で、いわゆる特定看護師の議論が続いています。これに対して、看護師以外の職種からは、チーム医療の視点から業務分担と連携のありかたを整理する対象は医師・看護師だけに限られない、などの疑問が出ています。かなりの数の専門職を擁する病院と

在宅医療連携拠点で中小病院に期待

「地域一般病棟に在宅医療連携拠点を位置づけてはどうか」

しては、いかにうまくチームを組んで、質と効率性を高めていくかが問われているわけで、チーム医療の議論の行方に重大な関心をもたざるを得ません。原 チーム医療の中で、今一番の議論になっているのが看護師の部分で、いわゆる特定看護師が特定行為を実施するという形で議論されてきました。それは、看護師に新たな資格を設けるとか、その独占業務にするというものではありません。今している議論は、保助看法に書いてある診療の補助といわれる業務がどういう範囲であるのか、どこができて、どこが逸脱するのかを整理して明確にするというものです。

ただ、診療の補助の行為にはある程度看護師に任せてもいいと考えられるものがあり、それをするためには、ある程度は勉強して知識や技術をつける必要があるものもある。そういうのを含めて、診療の補助行為をどう整理するかということを議論しているわけで、いわゆる、アメリカでいうナース・プラクティショナーについて議論しているわけではありません。

日本では、医療関係者は、あくまでも医師の指示の下でそれぞれの業務を行なうことになっていますが、現在議論している看護師についても、その範囲を逸脱するつもりはありません。これは時代とともに変わるかもわかりま

せんが、今はそれを議論しているわけでは決していない。医師が判断をして、看護師にどういう業務をやらせるか、こういうことはやらせていい、しかし、これをやらせるときはきちんと勉強した人に任せてくださいと、こういう議論をしているところですよ。

したがって、医師が具体的に指示する場合は、一般の看護師あるいは業務によっては他の職種が実施できるという形になるということです。

西澤 看護師による診療の補助の行為にはグレーゾーンとされてきた領域がありますが、それらを含めて整理をし、今までできなかったこともできるように法的枠組で条件等を整理し、問題なければ実施できるようにしていくということですね。

原 そうです。

西澤 その考え方は私も基本的に賛成します。ただ、それにしても、特定看護師が特定行為を実施するというように、看護師の中でもその人達しかできない仕組みを打ち出して、ある種の資格制度にしていこうと、どうもそうみえる動きがあったように思うのですが、今、局長がおっしゃったことはそれとは違う。そういうことで、私は、今、方向が変わったのはいいことだと思っています。

西澤会長 重要なことは看護師全体のレベルアップ

西澤 ただ、看護師に関しては、もっと重要な課題があるように思います。それは卒業しても何もできない、就業後に色々教えてもらって初めてできるという問題です。とくに臨地実習、これを増やさなければだめだと思えます。これを解決すれば、今できないことでも、看護師としてできることがまだまだあると思うんですね。

特定の限られた人が特定のことをできて、日本全体で見ると意味をなさない。それよりは看護師全体のレベルアップだと思います。それをぜひやっていただいて、それがある程度できるようになった先に、さらなる教育の上乗せをしていく必要があれば試みていく。そういう方向が望ましいと私は思っています。

それからもう一つ、看護師でなくてもいい仕事を看護師がしていることが沢山ある。それはどんどんほかの職種に任せていくということも必要ではないでしょうか。

原 特定行為というのは、かなりの部分が、救急とか急性期の手術を多く手がけている病院と在宅医療の領域です。とくに在宅医療は、病院のように医師が毎日患者を診るというようにはいかないということから、こうした要望が出てくるのでしょうか。そういう中で、安全で、しかも患者も安心して看護師にまかせられる形をつくっていきたいわけです。

ただ、逆に言うと、普通の病院はそれほどの必要がないのかもしれない。恐らく、普通の病院では、具体的にこうしてほしいという指示で仕事が進んでいるんだと思います。例えば看護師に注射を指示してやってもらうというように、普通の診療補助としてやられる部分が沢山あるわけですが、その部分がなくなるわけではありません。

救急救命士法で特定行為が認められて、研修を受けた救急救命士は、一定条件の下で気管挿管ができるようにな

った。法律上はこれも診療補助になっていますが、そういうものは時代とともに変わるものです。特定行為をどこまで任せるか、具体的に絞られてきています。通常国会に法律が出せるようにまとめていきたいと思っています。

西澤 私自身は、法改正までする必要があるのかと疑問に思っています。

ところで在宅医療ですが、今まで医療がやっていたことを、ある程度、福祉なり、介護なりに委ねていくというのが流れだと思えます。ただ、そうするには、急に病院から追い出すというのではうまくいかない。やはり、看取りを含めて、在宅医療ができる場所、あるいは住む場所があって初めて成り立つわけですが…。

原 訪問診療に話を絞ると、福祉や介護のサービスとうまく連携しているところは各地にあります。残念ながら、全国的な広がりになっていない。で、うまくいっている事例をみると、やはり、医療側が一生懸命やっている、介護の方も一生懸命やっている。

逆に、お医者さんがなかなか出てくれないと、そこで行きどまってしまふ。つまり、うまくいっているところは、必ず医療側が主体的に、あるいは少なくとも協力的に取り組んでいる。こう考えると、診療所や病院がどれだけ介護側に手を差し出すことができるのか、そこをうまくマッチングさせるシステムが必要となります。

そこで、厚生労働省は在宅医療連携拠点事業に取り組んでいます。初めは色々なところに主体を任せてモデル的に実施しましたが、介護保険を担う市町村に医療をうまくマッチングしてもらった方がいいということで、市町村に拠点事業をやっていただくことにした。

ところが、国保は別にして、市町村は医療を直接やっているわけではないので、来年度は医師会とタイアップした市町村に医療と介護との連携をとらせるという方向でやろうとしています。

西澤 拠点事業は市町村が医師会と一緒にコーディネートしていますが、私達からすると、地域の病院、とくに中小の民間病院をうまく使っていただきたいという思いがあります。

原 いや、使っていますよ。(笑)

西澤 いや、だいたい市町村あたりで決められるから、目配りがなかなか行き届かないというのが実態ではないでしょうか。例えば、一つの市をみても、小学校区の単位になるのか、もっと小さいか大きいかで医療機関の数も違って来る。それを全部コーディネートするのは無理です。

これは医師会も無理で、一番適切なのが中小病院です。中小病院を中心に近在の診療所が連携を組んで、それを地域医療支援病院が支えるという形、要するに、医療現場の手で連携を組んでいった方がスムーズに運ぶのではないかと思います。

ただ、現実にはうまくいっていないのは、今まで、医療機関は自ら出ていくというよりも来るのを待つという姿勢でやってきたからで、発想の転換がうまくいっていないからだと思います。したがって、私が申し上げた話は、中小病院が積極的に意識改革を行っていくという前提のもとでの構想です。

全日病は、以前から地域一般病棟というかたちで、中小病院に、軽度急性期から重急性期まで診る一方、在宅の慢性疾患のお年寄りなどの急性増悪も診るという機能を提言しています。したがって、介護保険を使っている患者の割合がかなり高いわけで、地域一般病棟の役割に在宅医療連携拠点を位置づけるとうまくいくのではないかと、個人的には思っているところです。

原 要するに、退院した、引き続き医療が必要な患者をどうするかです。外来に通えない人にはこちら側から訪問診療をしてあげないといけない。その機能をどこが持ってくれるかというときに、中小病院も訪問診療をやる在宅医療部門を設けていただけるなら、それも必要な機能だと思います。医者が来てくれるという機能をどう調整していくか。その窓口がこの連携拠点だと

原局長 専門医制度で地域や診療科の偏在がなくなる

西澤 総合医、家庭医、プライマリーケア医と色々な名前がありますが、こういう資格を専門医に位置づける方向で検討が進んでいます。これは大変重要なものだと思います。

原 専門医については「専門医の在り方に関する検討会」で8月に中間まとめが取りまとめられ、その中で、基本領域の1つとして総合医あるいは総合診療医という領域をつくるという動きになっています。重要なことは、専門医制度によって、なぜ地域偏在や診療科偏在がなくなるかということです。

問題は、どういう患者がどのくらいいるかということです。全国には色々な患者がばらばらにいますが、仮に専門医の数が決められると、1人の専門医が診る患者の数も決まりますから、専門医を置く病院は地域の中である程度集約されていきます。しかし、地域で経験できる症例はおのずと決まってくるから、専門医は全国に散らばっていくと考えられます。

診療科についても、やはり、必要な専門医数が決まれば、偏在はある程度一様になっていくのではないのでしょうか。そういう意味からも、専門医制度

を考えているわけです。

地域包括支援センターは中学校区に1カ所を目標としています。そういうエリアの中で、退院した患者に、訪問診療をしてくれる医者を確保してあげる。エリアの格差を調整しないとマッチングはできないが、基本的には、地域包括支援センターと連携拠点が結びついてそういう機能を果たしていくという方向に進んでいくとみえています。

西澤 中小病院は介護も手がけているところが多いですから、それこそ意識改革を行なって、そうした動きに積極的に関与していかなければなりません。介護サービスをしている病院は、おおかた訪問看護も行なっています。実際に訪問するのは連携した診療所や訪問看護でいいので、大切なことは入院という機能を持っているということです。

こうした体制をつくることによって緊急の場合は即入院させられ、逆に帰すときもすぐに帰せる。要するに、お互いに見える範囲内での連携ということ。これが大切なことであって、私としては、中小病院が連携拠点になれば大変いい形のできるのではないかと考えています。全日病としても色々検討したいと考えています。

原 中小病院に併設された地域包括支援センターは素晴らしい活動をしています。それは医療と直結しているからです。したがって、医療側にも積極的に取り組んでいただきたいというのは我々の願いでもあるのです。

西澤 今は地域包括ケアシステムと言われているんですけども、医療なしの地域包括ケアシステムはあり得ない、やはり、医療が中心でなければだめだということには賛成です。

原 中心とは言いませんけど。(笑)

西澤 決して上という意味ではありません。(笑) 医療を必要とする人に確実に医療を届けられる連携でなければならないということです。そういうことでは、私達全日病の会員は民間病院が非常に多いわけですから、ぜひ、そういう中で自ら役割を担っていくという積極的な動きをみせていただきたいと思います。

をしっかりとつくるということが非常に重要になります。

総合医あるいは総合診療医については、卒業して臨床研修が終わった後の専門医の1つとして勉強してもらおうということもありますし、それから、団塊世代の医師や新設医大を卒業したが徐々に現役から退いていく、こういう方々をどう使うかということだと思います。

彼らは色々な症例を幅広く診ている。そういう方々に一定の勉強をしてもらって、総合診療医とか総合医になっていただきたい。その数がどれくらいになるかをこれから考えなくてはいいませんが、そういう方々が在宅を担当していただければと期待しています。

西澤 2025年に向かう中で、質の高い医療をしっかりと国民に提供できる体制をつくらなければならない。それに関しては、私たち提供側の責任あるいは期待されるものが大きいと考えてます。これからはそれぞれの立場で情報を交換あるいは共有しながら、しっかりした議論を重ねていくことで、2025年に向けた、国民と医療提供者が納得できる提供体制をつくり上げていきたいものです。本日は有り難うございました。

新春企画 四病院団体協議会(四病協)4会長座談会

西澤 2013年を迎えました。恒例の四病協会長座談会ということで、皆様と初春を寿ぐことができますことを、慶びたいと思います。さて、昨年は「社会保障・税の一体改革」が成立し、それとセットで消費税率の引き上げが決まりました。一体改革にもとづいて、厚生労働省は病院・病床の機能分化と連携など、「あるべき医療提供体制の姿」を示しました。

堺 「社会保障と税の一体改革」といいながら、前面に出るのが消費税増税のことばかりというのが非常に残念ですね。

ただ、3党合意で社会保障制度改革国民会議ができました。政権が変わろうと、ぜひ、社会保障の議論をまとめてほしいものです。そのためには、四病協としても積極的に意見を言っていかなければなりません。

日野 ビジョンが出てきたことは評価できますが、現場の意見が反映されていない点が不満ですね。高度急性期を取り外して、残った急性期病院の平均在院日数は9日とっています。経済の視点だけで切っているの、ああいう無茶苦茶な結果になるんです。患

者さんが何をしてほしいかという気持ちを知っているのは現場です。それを制度に反映させてもらわないと、物事がゆがんでしまわないかと危惧します。

山崎 一体改革については、公と民の医療の提供をどう考えているのという疑問があります。今までは政策医療は公がやる、だから赤字でもいいということできた。しかし、公と民の差がなくなってきた今、どういふものを政策医療というのかを明確にするべきでしょう。この部分は国が補助金を出す、この部分は政策医療ではないから、たとえ公的病院でも自分の経営努力で乗り切れといった分別を示すべきだと思いますね。

それから、どういう程度のものまで税金で負担するのか。つまり、高負担・高福祉なのか、中負担・中福祉なのか、低負担・低福祉なのか、その辺の国の位置づけが決まっていないうような気がする。政府が考える社会保障はこういうものであって、それを実現するために国民にこれだけの負担をしてもらわなければならない、ということを引きちんと示すべきだと思います。

機能分化 患者の視点で考えたい

西澤 団塊の世代が後期高齢者になる2025年から人口構成は逆ピラミッドになります。高齢者の割合が圧倒的に増え、医療を受ける人も多くなります。そのときに医療提供体制はどうあるべきかということです。そこで、特に入院医療に関しては機能分化を進める、今の一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期等に分けて現状投影シナリオに対して病床を減らしていくというのが厚労省の描く姿なわけですが。

堺 一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床とある中で、一般病床は「その他病床」とされていますが、これが分りにくい。政策誘導もあって今までは急性期がいいといってきたわけですが、ではすべて急性期で成り立つかということ、そんなことはない。

普通、急性の時期というのはそんなに長くありません。予後のいい人は早期に退院しますが、高齢者が増えてくると、病気自体はある程度治まっても病態と



して自宅に帰れない人が増えてくる。そういう意味で、ある程度の機能分化は必要になります。しかし、こういう形で高度急性期、一般急性期、亜急性期と分けて、それぞれに平均在院日数がどうか、病床稼働率がどうかいっても、実際には難しいと思うんです。

日本では、例えば、急性期病院には受け皿がなくて患者が回っていかないところがある。逆に、慢性期病院から見ると、急性期病院は何かあると胃瘻をつくって送り出してくるということになる。したがって、誰の視点で考えるかということが重要になります。

私は、患者の視点で考えたときに、予防健診、急性期、ポストアキュートという道筋ができればいいと思いますね。

西澤 患者の視点で捉えるということですね。病気を発症した時、急性期、その後、亜急性期、そして慢性期とい

うように、どのような経過をたどるかを引きちんとみて、それに合わせた提供体制をとらなければならない、機能分化をしていかなければならないということではないでしょうか。

厚労省の案がそうみえないということであれば、我々現場がデータを出してあるべき医療提供体制の姿をつくり上げていく必要があります。一定の機能分化は必要ですが、それは患者の病態に合った、ニーズに合った機能分化でなければならないというのが我々の考えではないでしょうか。

一体改革はたたき台であって、必ずしも最終決定ではありません。分科会を設置したり、ヒアリングを行なって、国民会議としても医療関係者の意見を汲み取っていくという話を聞いています。いずれにしても、病院団体が丸となって対応を考える必要がありますね。

地域連携 施策だけでなく医療機関にも原因が

日野 我々民間病院から見ると、近隣の診療所から紹介される患者は極めて少なく、病院からの紹介がほとんどです。病病連携はできているが病診連携はほとんどできていない。診療所には民間の病院よりも公的病院に送ってし

まう風潮がある。つまり、高度急性期というよりも公的病院に回すという状況があって、高度な機能を持っている民間病院は非常に不利に扱われている。だから、そういう病院は自院の外

(下段に続く)

ある程度の機能分化は必要。だが、機械的にはできない

一体改革はたたき台。病院団体一丸となって対応を考える必要

来から患者を得ていくわけです。

国民会議がこうした実態を踏まえた議論をしてくれればいいのですが、現場の医師が委員にいないということもあって、きれいごとで終わってしまう可能性があります。

西澤 確かに、地域における連携はまだまだうまくいっているとはいえません。地域で連携をとるといっても、そこにはいろいろな問題点があって、そう簡単にできることではない。一体改革のシナリオは一つの理想ではあるが、そう簡単にはいかない。そこに向うためには、もっと色々なことをしなければならぬということですね。

日野 近くの存在であればあるほど連携のまずさが目立つんです。必要な情報を伝えなかったりという単純ミスを

やられるとトラブルが発生しますね。結局、そのツケが患者に回って転院や転所が滞るという結果になって、連携がだめになるという…。

西澤 そういう問題点をいかに片づけていくかが大切であり、それがないと改革が進まない。それは行政的な対応ということもあるが、我々現場の問題もある。そういう意味では、どうしたら地域の連携がうまくいくかということ、病院団体としても考えていかないといけないですね。それから、総合医やかかりつけ医というものがどういうものか。専門医制度も絡むと思いますが、そのあたりのこともしっかり整理しなければ機能分化は進まない、地域医療はうまくいかないだろうということだと思います。

病床削減 精神病床も一般病床も受皿整備が前提

西澤 2025年に向けて精神病床はどうあるべきとお考えですか。

山崎 一番大きな問題が36万床という精神病床の多さです。これは、精神障害者は危険だからということで2004年まで隔離収容を推し進めてきた結果でもあるんです。実は、精神科の病床と居住系施設の総和は外国も日本も変わりません。ただ、外国は病床が4割で居住系施設が6割。日本は9割が病床で居住系施設が1割ということなんです。そこで、36万床を5対5の比率で転換させたらどうかと提案すると、一部の人は「また精神科病院は患者を囲い

込む」という批判が出てくるというのが現状です。

精神科病床の再編は外国でもさんざんやられています。でも、大体失敗しているんです。それは最初に受け皿をつくっていないからです。最近はその反省に立って、きちんと受け皿ができた時点で建物を壊そうということになってきた。チェック・アンド・バランスといって、スウェーデンから始まって、色々な国でそういう考え方になってきています。

西澤 日本の病院の病床数は世界に比べて非常に多い、だから減らさなければならぬと言われます。しかし、よ

くみると、諸外国は居住系施設が大変多い。入所や在宅を含めた全体数は同じで、バランスが違うだけなのです。それを、日本では多いところだけを減らそうとして、すべて失敗しています。例えば、介護療養病床を廃止したとして、では受け皿をどうするかということをしないうように。そういう経験に立てば、政策変更で、例えば病床を半分減らすとしたら、その受け皿

を整えておかなければなりません。それなしでやろうとすると、まさに追い出しになってしまいます。

山崎 これは一般病床の場合も同じです。病床を少なくするのであれば、まず、介護施設や居住系サービスとかを揃えとか、人材の質も担保するとか、きちんと準備しておいてからやらないと、現場は混乱するだけです。

認知症対策 連携へ、一堂に集まった議論が必要

西澤 認知症対策が問題になっています。この問題に関しては、やはり、精神科に専門医としての役割があると思うんですが。

山崎 認知症は軽症、中症、重症を一緒くたにして語られがちですが、それは正しくありません。精神科が診るのは中等度から重症のBPSD、要するに行動障害とか精神障害の強い患者が中心です。我々は、軽症の認知症は診ていないんです。その辺が分っていないようですね。

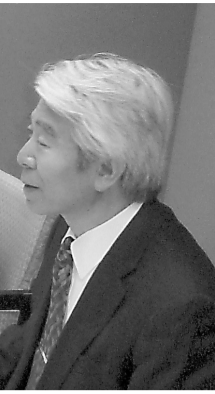
今問題となっているのは、認知症疾患治療病棟という専門病棟の患者が1年たっても40%が帰れないということです。だいたい精神病床は、今、1年以内に90%が退院しているんです。それが認知症の患者は40%残ってしまう。というのは、1つには、家族や居宅施設がBPSDのトラウマをもってしまい、「とても看不られる」と思ってしまうからです。

もう1つは施設が足りないからです。特養待ちや老健待ちが1年半とか2年という状況で、認知症疾患治療病棟から出るに出不れなんです。こういう状況を知らずに「社会的入院を抱えて金もうけをやっている」という批判をする人がいるわけです。

西澤 認知症疾患医療センターが他で認知症とされた人を診断したところ認知症でない人がかなり多かったという話がありますが、まずはしっかりした診断をすることが必要で、これは専門医でないにだめですね。それと、認知症といっても軽症からBPSDなどの重度まで色々あるので、役割分担をしていかなければならないということですね。

山崎 それと早期発見。つまり、早期発見・早期診断が必要です。でも、早期発見・早期診断したときに医療的なかわりとして何があるのでしょうか。というのも、MCIのレベルでアリセブ

(7面上に続く)



〈写真左から〉

日本精神科病院協会会長
山崎 學

日本医療法人協会会長
日野 頌三

日本病院会会長
堺 常雄

全日本病院協会会長
西澤 寛俊

(6面下から続く)

トを投与したくとも、あるいはその前のプレクリニカルステージで予防投薬しようとしても、診療報酬はそれを認めていません。

認知症 日精協の講習会に他団体もどうぞ

山崎 認知症を地域で家庭医が診るためには家庭医のスキルアップが必要です。精神科に来るBPSDの患者4割はドネペジルを使われて、興奮して来るんですよ。興奮している患者にドネペジルは禁忌だということが分っていない家庭医が4割ぐらいいるんです。

西澤 家庭医も認知症を扱わなければならないとすれば、それなりの教育が必要になると。その場合は精神科の先生方から教育を受けることとなります。そういうことも含めて、色々な役割分担と連携があるのではないのでしょうか。そういう場合に、我々病院団体が核になりやすいのではないかと思います。

日野 私の病院には回復期病棟がありますが、実はそこに3割ほど認知症の患者がいます。そのうちBPSDの患者は、急性期病院から、両手をくくられて、向精神薬を大量に点滴静注されて、

それともう一つ、例えば長谷川式で5点以下になっている重症患者にも抗認知症薬を使っている。これって、何か意味があるのかなと思うんですけどね。

西澤 精神科で診なければならない状態の人がいる一方で、それ以外で診ることができる認知症もあるという。つまり、認知症に対して、色々な施設がどう対応していくかが問われているということですね。認知症患者は一般病院にもいるし、地域でも、例えば総合医とか家庭医とかがある程度診る必要があると思います。さらには医療施設以外の居住系もあります。そういうことで、やはり連携だと思えますよ。そのためにはもっとまとまって、一堂に集まった議論が必要だと思いますね。

異常行動だけは抑えているという状態で転院してくるケースがあります。

山崎 それは精神科病院はやりません。やるのは大体、大学病院とか一般病院です。

日野 急性期の病院です。急性期と連携するとそういう患者がくるんです。向精神薬も、精神科の先生が使う10倍、20倍の量が入っているんです。

山崎 要するに、向精神薬でせん妄状態にする。これはBPSDではなくて、単なる意識障害なんです。意識障害とBPSDの判別がつかない。

堺 そこは一般病院には難しいですね。しっかりしたものを準備しなければなりません。今回、医療計画が4疾病5事業が5疾病5事業になったので、その辺りはちゃんと議論しておく必要がありますね。ただ、地域医療計画というのは中央からひな型が投げられて、地方がつくるといふかたちという点に問

題があります。地域のおかれた環境をあまり考慮しないで作られる。中央から指示があるんでしょうが、現場の意見を聞いて、地域特性をしっかりと考えてもらわないと難しいことになります。日野 認知症に関しては、山崎先生に講習会をひらいていただくことをお願いしたいですね。あるいは、専門の先生に来ていただいてもいい。

山崎 日本精神科病院協会は、先週も

チーム医療 看護対他職種の対立構造は回避すべし

西澤 昨年はチーム医療をめぐる様々な議論がありました。本来は色々な医療職種を対象にしたものですが、どうも、研修を受けた看護師が医師の包括的指示の下で特定行為をしていくという仕組みづくりが前面に出て、もっぱら看護師だけの話になっています…。

山崎 実はチーム医療が一番必要な科は精神科なんですが、看護基準で決められる入院基本料は即刻やめて、コメディカルをちゃんと評価したものにすべきですね。医療必要度が高い部分は、ある程度看護師が多いのもしかたがないでしょう。しかし、医療必要度よりも「医療+看護+介護」みたいなものは、コメディカルすべての配置を評価する仕組みにしていけないといけないと思うな。

もう一つは、これは看護協会にも前から言っているんだけど、特定看護師、認定看護師、専門看護師と、あんなに看護師をつくってどうするのよと。どこが違うのか、僕たちがわからないんだから、国民が聞いてもわからないよって。(笑)

西澤 これは、言い方を変えると、もっと看護職全体のレベルアップをすればそんなに色々な資格は要らないので

認知症疾患の講習会を2日かけてやりましたが、他団体の先生方も参加できるようにしています。ぜひ参加してください。

西澤 高齢化社会の大きな問題の1つが認知症です。新年を期した座談会として、非常に重要な問題でコンセンサスができたというのは非常に喜ばしいことです。大きな成果につなげたいものです。

はないかということにつながると思います。

日野 回復期リハもチーム医療です。それぞれに役割分担があるんですが、看護師がすることと理学療法士等とすることが重なっているんですね。ところが、入院日数や点数は看護師の頭数で決められている。理学療法士や作業療法士とかは一定数いないといけないというだけで、評価には影響しないんです。これはおかしくないですか。

チームというからには栄養士が入らないといけないし、薬剤師もいるわけです。看護師の頭数で診療報酬を決めるというやり方が正当化されるのであれば、他の職種の頭数もカウントしなければフェアではないと思いますね。

堺 チーム医療推進というのは、医師不足をどうするかということで、政治主導で出てきたと思います。ところが、診断や治療技術がどんどん進んでくると臓器別の専門家が出てくる。病院というのは専門家集団ですから、縦割り組織の下では、誰もニッチの部分を見ようとしないう状況が生じる。そういう面からも病院にはチーム医療が必要になっています。したがって、チーム医

(下段に続く)

消費税は課税が先決。補填方式は屋上屋を重ねるもの

政策決定に向けて調査・提言を共同でしていく必要がある

療を推進する立場からすると、あたかも看護対他のコメディカルという対立構造は避けなければなりません。

それと、地域連携として病診連携と病病連携の必要がいわれられていますが、病院の外でのチーム医療が非常に重要だと思えます。そういう意味で、チーム医療の概念が矮小化されて対立構図になってしまったというのは、厚生労働省はちょっとまずかったんじゃないかなと思います。

西澤 地域におけるチーム医療も大切だというのはまったくそのとおりだと

消費税の補填 高額投資というのもよくわからない話だ

西澤 消費税の8%さらには10%への引き上げが決まりましたが、医療に関しては非課税でいくとされました。その一方、高額投資に関しては別に保険財源の中で手当することを検討ということで、中医協に分科会ができて議論が始まっています。

山崎 高額投資について別に手当するという話ですが、説明を聞いていると、増税する3%部分についてしか返さないという。しかし、元々5%で控除対象外消費税が生じているわけですから、高額投資の分も8%について返さなければならぬと思います。

それから、消費税の検討に際しては、これまでの5%について補填がなされているのかを検証するというのが一番初めにあったはずですが、これがいつの間にか消えてしまった。まずはそこか

思います。それにしても、入院基本料が看護師だけで評価されているというのは納得がいかないですね。しかも、夜勤の72時間規定というしりばりまでかけて。看護師の数と72時間を守れないというだけで、どんと下げられる。看護料は、かつて入院料の一部に過ぎなかったわけで、その部分を大きく超えて減算されるというのはどう考えてもおかしいと、そういった議論を最近よく聞きます。私も、チーム医療という観点からみても、今の診療報酬は見直されるべきではないかと思えます。

ら始めて、その次に高額投資の話に行くというのが筋ではないでしょうか。

日野 公平、公正、平等かつ簡明でなければならぬという税の本質に立ち戻って議論される必要があります。最初のかじ取りで日医が失敗した結果こうなったわけですが、税制が変わる時期でもあるので、この際元に戻してもらおう、つまり一般の企業と同じように課税業種にしてもらわないと泥沼に入るばかりです。

高額投資というのもよくわからない話です。8%というのは1年半ぐらいでしょう。なぜ一挙に10%にしないのか不思議ですが、10%になるまでにきちんと議論を練り上げていくべきでしょう。他の業種と同じにしてくれと言っているんですから、そう難しいことじゃない。ほかの方法はもう全部だめです。

堺 皆さんと同じで原則課税を追求すべきです。いったん課税にしないと、軽減税率やゼロ税率という話はできないと思います。原則課税にすることで、患者の負担をどう軽減するかという議論になると思うんです。

高額投資についてですが、もう診療報酬等の保険財源で手当するというのは非常に悪い対応です。これをしていたら、8%で納得したのだから10%もいだろうとずるずる行ってしまう。すべての病院団体が結束して、医師会とも連携して、毅然たる態度で反対する必要があります。

西澤 非課税というのは矛盾だらけでもはや限界にきている、誰がみても課税にせざるを得ない、まずは課税にし

共同行動 行政が示すデータを検証する仕組みも整えたい

堺 昨年の診療報酬改定をみると、厚生労働省が色々なデータを出してきましたが、それがエビデンスとして本当に適切なのか、十分検討するにいたらぬ間に議論が進んで、最後はわあっとやられてしまったという感じでした。社会保障制度改革国民会議の議論も、色々なものが、あれよあれよという間に決まる恐れがあります。

こうしたことに対抗するためには、四病協としても共同調査を速やかに行なって、政策決定に間に合う形で提言していく必要があると思えますね。

日野 厚労省は実に色々な資料を持っていますが、なかなか出さない。あれ

てほしいということで4団体は一致しています。まずこのことを確認させていただきます。

次に、8%への対応として提起されている高額投資などの手当ですが、私は、法で決められているからといって、ここで変な方法をとってしまうのは矛盾を重ねるだけですから、できればやめてもらいたいと思っています。何らかの対応がどうしても必要というのであれば、まずは、10%なら10%で課税方式にするという方針を決めて、しかも課税になったときに困らない方法、すっきりと課税に移れる方法で、当面手当するというようにしてほしいと思います。しかし、願わくは、8%のときから課税にしてほしいというのが本音です。

を何とか透明化させて、持っているデータは出さなければなりませんね。

山崎 国会議員は議員特権で出させることができますよ。

日野 テーマが分っていれば出てくるんですかね。とにかく、必要な資料を手に入れるなりして、我々も情報というデータを持たないだめですね。

西澤 国民会議の場に出されるデータもしっかり検証しなければなりません。そういった、政治や行政が示すデータを検証する仕組みを整えることも四病協として考えていきたいものですね。2013年の初夢に終わらせず真剣に検討したいものです。

消費者庁「医療事故は“消費者事故調”の対象に入る」

医療事故調査のあり方に関する検討部会 調査機関二重化の懸念。回避方法は消費者安全法改正または調査機関の厚労省内設置

医療事故調査の仕組みを検討している「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」は12月14日、消費者庁消費安全課事故調査室の担当官から、2012年10月1日に発足した「消費者安全調査委員会」に関する説明を聞いた。

「消費者安全調査委員会」いわゆる“消費者事故調”は、暮らしの中で生じる生命・身体事故の原因を、刑事責任の追及とは別に調査し、再発防止策を提言するために消費者庁に設置された。立ち入り調査や資料保全などの権限をもつとともに、省庁の縦割り行政を超え、幅広い分野を調査対象としている。

事故調査室から説明を聞いたのは「医療事故も“消費者事故調”の対象に入る」(前出担当官)としているため。検討部会としては、医療事故調査の二重化を避けるために、“消費者事故調”との関係調整を視野に制度設計を考える必要があるからだ。

その結果、①運輸安全委員会が扱う航空・鉄道・船舶の各事故は“消費者事故調”の対象から除外されている、②その他の消費者事故のうち他行政機関等

が行なう調査は、その報告をもって原因究明たりえているかの評価を行なうことにしている、ことが判明した。

運輸安全委員会とは、航空・鉄道・船舶各事故の原因調査と事故防止対策を提言する国土交通省の機関。“消費者事故調”が審議会等の内局(国家行政組織法の八条機関)であるのに対して、運輸安全委員会は、外局(同三条機関)としてより強い権限等を持っている。

説明によると、医療事故を“消費者事故調”の対象から外して“医療事故調”に一本化するためには、①運輸安全委員会の例にならって医療事故は対象外とする旨を消費者安全法に書き込むか、少なくとも、②“医療事故調”を八条機関として設置する必要がある。

検討部会の議論で、多くの構成員は、医療事故調査の主体を院内事故調と院外事故調の2層構造で考えているが、その組織は、いずれも厚生労働省等の行政機関から独立した機関を想定している。

しかし、“消費者事故調”による調査介入を回避するには、消費者安全法を改正する以外には、第三者機関を諦め



て厚労省内の内局とする方法しかないというのが事故調査室の見解である。

担当官は、“消費者事故調”でも医療事故の取り扱いをどうするかを検討を始めたというが、法制の枠組を変えない限り、医療事故を除外することは容易ではない。検討部会は、今後、“消費者事故調”という既存機関との関係調整を視野に制度設計を行なうことになったわけだが、原因究明・再発防止の議論に、思わぬところから横槍が入った恰好だ。

同日の検討部会は残された時間に、再発防止のあり方について議論を行なった。山本座長(一橋大学大学院教授)

は「検討事項の議論がひと通り終わった。当初考えたよりは一致点が多かったが、意見が大きく分かれた個所も多い。引き続き、とくに意見の隔たりが大きい個所に絞って深掘りしていきたい」と、今後の議論課題を示した。

一方、構成員からは、「現在までの議論の到達点が、親会議(医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会)のテーマとどういう関係になっているか、一度整理してはどうか」という提案がなされた。検討部会は、親会議の座長を務めている里見構成員(東北大学病院長)にその作業を委託することで合意した。

衆院選挙 民主大敗。自公“絶対的多数”を確保

厚生労働政務3役の現職3人とも落選。再び自公連立政権

第46回衆院選挙は12月16日に投票が行なわれ、自民党294(公示前118)、

公明党31(21)、日本維新の会54(11)などの議席が確定した。



離党が相次いだ民主党は公示前の230議席を57へと減らし、前回選挙で大敗した自民党と同様、歴史的な敗北を喫した。

大勝した自民党は、公明党と、3年4ヵ月ぶりの政権に向けた連立協議を開始した。両党合わせた議席は325。法案再可決が可能な絶対的多数(480議席の2/3)を確保した。

安倍自民党総裁は17日の記者会見で、26日に特別国会を召集、首相指名を経て同日中に組閣する考えを示した。安倍総裁は「社会保障・税一体改革」

に関する3党合意を継承する意向を明らかにしており、社会保障制度改革国民会議の議論を見守る方針だ。

政権を明け渡した民主党は、閣僚経験者や現職が軒並み敗れる中、厚生労働省の三井大臣、西村副大臣、糸川政務官の3役も落選した。議席が概ね確定した後の会見で野田佳彦首相は代表辞任を表明した。

三井雄雄厚生労働大臣は、18日の記者会見で、「税と社会保障一体改革については、3党で協議したものは引き続き取り組んでいきたいと願っている」と述べ、一体改革の継続に期待を寄せた。

医師資格をもつ当選者は、自民党8人、日本維新の会4人、みんなの党2人、日本未来の党1人の計15人であった。

3,000人要件 見直しの方向性を打ち出す

医師臨床研修制度評価WG プログラム弾力化の是非は両論併記

12月19日の「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」は、現行医師臨床研修制度の2015年度からの見直しに向けた課題を整理、課題ごとに論点を示して、WGの意見を付記した「論点整理案」を了承。臨床研修部会に提出、引き続き議論を委ねる。

「論点整理案」は、基本理念や研修期間について現行制度を明確に肯定した。

研修プログラムに関しては、「7科目必修に戻す必要はない」「必修科目を見直す必要はある」と両論を併記する一方、各科の研修期間については、小児科を例にあげ、「3ヵ月程度は必要では

ないか」と検討の必要を提起している。

基幹型臨床研修病院の指定要件「年間入院患者3,000人以上」については、「訪問調査等を踏まえつつ、臨床研修病院群での状況も考慮して、柔軟に評価すべきではないか」と、見直しの方向性を打ち出した。指導医についても、「少なくとも必修科目の診療科には必要」と、必置を求める見解を表わした。

募集定員の上限設定等に関しては様々な意見を併記するにとどめた。地

域枠をマッチングと別枠にすべきかどうかの論点も意見が分かれ、同日の議論でも一致にいたらなかった。

研修医の処遇問題に関しても多様な意見を併記したが、上限額を規制するという意見は採用されなかった。

大学病院を含めた「臨床研修病院群」の形成を指定要件にするという案は賛否が分かれた。第三者評価を要件にしていることの是非についても意見が分かれたため、ともに両論を併記した。

特定行為に関する修正案を大筋了承

チーム医療推進会議 指定研修受けずに包括指示で実施すると指導対象?!



12月20日のチーム医療推進会議に、事務局(厚労省医政局医事課)は、12月6日の「チーム医療推進のための看護業務検討WG」に示した、特定行為の定義に「プロトコルにもとづいて看護師が患者の病態確認を行なう」という考え方を追加、それを踏まえて見直した特定行為(45項目)案を提示した。

この45項目について、事務局は「(看護業務検討WGで)多くの委員から29項目を特定行為とすべきとの意見があった」と紹介。特定行為をさらに減らす方向で考えていることを示唆した。

また、8月22日の推進会議に示した「特定行為及び看護師の認証に係る試案(イメージ)」の修正案を提示し、その中で、①特定行為は(省令で)限定列挙方式で示す、②特定行為の追加・改廃は常設の審議の場で検討の上決定する、③制度施行後一定期間内に指定研修を受けなければならないという経過措置を検討する、④特定行為が追加された場合は当該内容にかかわる追加研修の義務が生じる、⑤指定研修の受講が義務づけられない看護師についても、医療安全の観点から、補助看法の資質

の向上に係る努力義務の内容に特定行為の実施に係る研修(編集部注/院内研修等を意味する)を追加する、という規定案を明らかにした。

「指定研修を受けていない看護師が包括的指示で特定行為を行なった場合は処罰の対象となるのか」という委員の質問に、事務局は「特定行為は業務独占でないから一般の看護師が行なう

ことを禁止することはできない。しかし、法理的には補助看法の指定研修受講義務違反にあたるため、それが繰り返される場合は行政指導の対象となる」という解釈を示した。

推進会議は事務局提案を大筋で了承。事務局は、次回以降、看護業務検討WGともども指定研修のプログラム案に関する検討を進める方針を表明した。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会

神野副会長“準拠点病院”の検討を提起

がん診療提供体制のあり方に関する検討会が厚労省に設置され、12月14日に初会合を開いた。6月に決まった「がん対策推進基本計画」(2012年度~15年度)にそって、①拠点病院指定要件の見直し、②地域におけるがん診療のあり方、③拠点病院等の客観的な評価などの検討を行ない、連携を含むがん医療提供

体制のさらなる構築を図るというのが検討会の目的。全日病からは神野正博副会長が構成員に選ばれた。

初回の議論で、神野副会長は「高齢化にともなうがん患者は増大をたどる。拠点病院だけで対応できるだろうか。準拠点病院の整備も一考に値しないか」と、論点を提起した。