

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社

メットライフアリコ 法人営業統括部
生命保険株式会社

東京都墨田区錦糸1-2-1
アルカセントラル 4階
TEL: 03-5637-5250

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台 2-5 東京都医師会館内 306 号
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL : http://www.tmha.net / E-mail : tmha@mri.biglobe.ne.jp

2013年(平成25年)11月27日
第199号
毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

平成二十五年十月十五日 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案(プログラム法案)」の骨子判明 医療、介護に関する内容及今後の対応について

独立行政法人福祉医療機構 共済部長 土屋 敬三氏

いま日本が直面している大問題、その一つが社会保障です。高齢者が増えて働く人たちが減り、雇用のあり方も変わる中で、社会保障は毎年一兆円ずつ増えています。利用者の負担の部分などを見直さなければ、社会保障制度そのものが維持できなくなってしまう心配があります。今回の社会保障改革プログラム法案とは、そうした国民の暮らしに直接かかる「医療」「介護」「少子化対策」「年金」の四つの分野で「改革を進めるための法律」です。具体的には、どんな法案なのか「医療」と「介護」に関して解説していただきました。



土屋 敬三氏

はじめに

昨年八月十日に成立、八月二十二日に施行された「社会保障制度改革推進法(以下「推進法」と言います。)」には、社会保障制度改革に関する基本的な考え方、社会保障制度改革国民会議(以下「国民会議」と言います。)の設置、そして国民会議の審議の結果等を踏まえて、社会保障制度改革に必要な法制上の措置を法律の施行後一年以内に講ずるといふ政府の責務が規定されています。実際には、八月は国会が休会中であつたことから、法制上の措置の期限である八月二十一日に「社会保障

制度改革推進法第四条の規定に基づく「法制上の措置の骨子について」を閣議決定し、社会保障制度改革の全体像及び進め方を明らかにする法律案を速やかに策定し、次期国会冒頭に提出するとされました。そして十月十五日、政府は、社会保障制度改革の全体像や進め方を明示した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」(以下「プログラム法案」と言います。)を閣議決定し、同日衆議院に提出しました。

医療と介護については、提供体制と保険給付の両面が規定されていますが、今回はその提供体制に関する部分について、自分なりにプログラム法案の概略をまとめてみました。

プログラム法案の概要

プログラム法案は、第一章の総則から第四章の雑則までの四章で構成さ

れ、第二章が講ずべき社会保障制度改革の措置等、第三章は制度改革を推進するための社会保障制度改革推進本部及び社会保障制度改革推進会議について規定されています。

改革の内容部分である第二章は、条文でいうと第二条から第六条までで、第二条は自助・自立のための環境整備等、第三条が少子化対策、第四条が医療制度、第五条が介護保険制度、第六条が公的年金制度について述べられています。医療と介護に関する部分なので、今回は第四条と第五条の該当部分を中心に考えてみましょう。条文と言

いながら、第四条と第五条だけで四千字を超える量があります。

プログラム法案は、推進法第四条に基づき提出された法案ですから、当然同条に規定されている通り「国民会議の審議結果等を踏まえ」たものです。また、国民会議は推進法に基づく会議でしたから、すなわち、プログラム法案に盛り込まれている内容は、推進法

の基本的な考え方や国民会議での議論に沿った内容であるはずですが、推進法では、第二条に、基本的な考え方として一、自助・共助・公助の最適な組合せによる自立生活実現の支援、二、負担者の立場に立った負担増大の抑制のために、機能の充実と重点化・効率化による持続可能な制度の実現、三、年金・医療・介護の社会保険制度の維持、四、あらゆる世代の公平な負担の観点からの消費税の充当、が規定されており、これらのことは国民会議の報告書の総論にも述べられています。

国民会議報告書のキーワードと考察

国民会議の報告書の中にキーワードはいくつもありますが、私は以下の言葉に注目しました。

先ず、従来から言われてきて今回の報告書でも強調された言葉として、①

理事会報告 (11月)

東京都福祉保健局より、「区市町村における災害用の医療資機材等の備蓄リスト(案)」が示されましたが、各資機材の備蓄数量等は経験値として妥当としています。本案をたたき台として、地域の事情を加味しながら、該当する区市町村と打ち合わせをして検証して下さい。

平成25年度新型インフルエンザ対策講習会が12月11日(水)、12月12日(木)に「府中グリーンプラザ本館」「フクラシア東京ステーション」を会場にいずれも午後7時から開催されます。本講習会は新型インフルエンザ等対策特別措置法の施行により、総務省をはじめとする各省の横断的な関わりもあって、多少制度の変更もありますので、制度の確認の意味も含めて積極的なご参加をおすすめします。

河北会長より、日本医療機能評価機構は ISQua (医療の質 国際学会) による「第三者評価のための組織認証」及び「当該団体が第三者評価に使用している評価項目を評価する項目認証」の認定を受けたとの報告がありました。

東京労働局より依頼のあった、「医療従事者の離職防止・勤務環境向上を図るための研修会」の共催が承認されました。

正会員として東京蒲田病院(大田区)が承認されました。

「機能分化」と②「地域包括ケア」があります。また、③「新たな住まい」という言葉も、自宅でも施設でもない生活の場として、サービス付高齢者住宅の意味で使われてきました。しかし今回の報告書では、もう少し大規模な「コンパクトシティ」的なイメージをもつて議論された経緯もあり、医療法人、社会福祉法人の在り方と並んで議論が進む可能性もあります。さらに、「かかりつけ医」という言葉も以前から用いられていますが、今回それに付加された「緩やかなゲートキーパー機能」をキーワード④とします。新たなキーワードとしては、⑤「データによる制御機構(利活用)」を、次に⑥「新たな財政支援の手法」を挙げましょう。⑥の「新たな…」というのは、診療報酬・介護報酬とは別の、ということですが、⑦「新型医療法人」を挙げたいと思います。ただし「新型医療法人」という言葉は国民会議の議論では用いられませんが、報告書及びプログラム法案では「医療法人制度の見直し」とされています。これらのキーワードを頭に置きつつ、プログラム法案の第四条を読んでみましょう。

第四条の第一項は国民皆保険の維持を、第二項は個人の主体的な健康の維持増進への取り組み奨励を規定しています。これは、基本的な考え方の三番と一番に関する条項です。これらは改革を進める上での基本的な考え方・姿勢の表明ですので、この条文に基づく具体的な制度の見直しは無いと考えられます。

第四条の第三項は、要約すると、保

健事業等の推進、後発医薬品の使用及び外来受診の適正化の促進のために情報通信技術、診療報酬請求書等を活用するということです。キーワード⑤「データによる制御機構(利活用)」の一つの形として、患者ごとの診療情報(治療内容や効果)を、学会等が中心となって収集、分析し、情報発信について取り組むことが議論されました。慢性疾患が増加すると、健診、予防医療、予防接種も重要ですが、それらが本当に有効かどうかを、レポート情報等を集めて作成したデータベースを分析することにより、新たなガイドラインを策定して医療現場に情報を発信し、我が国の医療の質の向上、患者の健康増進、ひいては社会保障の負担軽減につながるというものです。学会等の取組みに対して財政面を含めて支援を行うべきという意見も出しました。

後発医薬品の使用については、この原稿を書いている最中にも、経済財政諮問会議においても「後発医薬品の利用に消極的な病院は診療報酬を減らすなど不利になる措置を設ける」よう提起されるとのニュースがありました。

第四条の第四項は、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築を通じ、地域で必要な医療を確保するための検討と措置を講ずることと規定しています。

■ 具体的な内容について

具体的内容としては、
 (一) 病床機能報告制度の創設
 (二) 病床機能報告制度に基づく医療提供体制の構想策定と構想実現のため

の方策

- (一) 病床機能分化連携と介護サービスの充実並びに医療従事者確保と医療施設設備等の整備推進のための新たな財政支援制度の創設
- (二) 医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し
- (三) 地域における医療従事者の確保及び勤務環境の改善
- (四) 医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し
- (五) 診療報酬に係る適切な対応の在り方
- (六) その他の必要な事項

とまとめることができるでしょう。

(一) は、病院の設備・構造・人員配置等、入院患者の状況や病院の機能性について、各病院から都道府県に報告する仕組みを設けるもので、その内容については「厚生労働省医政局の病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方」に関する検討会において議論されています。この情報についてもデータベース化し、地域ごとの医療機能の現状を把握するとともに、将来推計人口等と合わせて将来的な医療ニーズを推計し、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能ごとの医療の必要量を示す「地域医療ビジョン」と医療計画の策定が(二)です。この手法がキーワード⑤「データによる制御機構(利活用)」で、実施される内容がキーワード①「機能分化」と整理できます。「地域医療ビジョン」は次期医療計画の策定期期である二〇一七年度には策定され直ちに実行することが望ましいとされています。

(二) には、構想策定のほかその構想実現のための方策まで措置することとされています。

地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要です。個々の医療機関が競争するのではなく、地域の医療ニーズ等に沿う形で、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことにより、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができま

す。このためには一つの経営体であるほうが意思決定が容易であろうというところから、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことも盛り込まれています。

(四) の「医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し」はこの意味で、後に述べるグループ化も経営統合の手法の一つです。広い意味でキーワード⑦「新型医療法人」と言えます。また、国民会議の報告書では「地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築する」という改革の趣旨に即するためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠である」と述べています。

(三) の財政支援は、単に施設設備の整備や事業充実のみならず医療従事者の確保等にも用いることができることとなります。キーワード⑥「新たな財政支援の手法」は、そのような地域のニーズに合った提供体制の整備充実のために用いられる財源のことです。提供体制の見直し等には、計画から実行まで一定の期間が必要なものも含ま

れますので、基金方式等が検討されています。

医療・介護のサービス提供体制は、人口減少社会における新しいまちづくりの問題として考えられています。キーワード③の「新たな住まい」の整備、特にコンパクトシティ化を図る計画など住まいや移動等のハード面の整備も医療・介護のサービス提供体制の一環と位置付けられているわけです。これらのまちづくりのための⑥「新たな財政支援の手法」としては「ヘルスケアリート」等が挙げられていますが、その設計は慎重に行うべきと報告書に書かれています。このようなまちづくりの構想は、医療法人のみならず異なる種類の法人が一体となって推進することも必要となります。そのため、単なる合併等ではなく、個々の法人の上位に位置するともいえる、いわゆる「ホールディングカンパニー」的な組織によるグループ化も検討されています。キーワード⑦「新型医療法人」はこのような組織を想定しているようですが、意思決定の在り方や非営利性の確保など、検討すべき課題は多いと思われま

す。国民会議の報告書では、社会福祉法人についても、経営の合理化、近代化、大規模化や複数法人の連携の推進、さらには非課税扱いにふさわしい国家や地域への貢献について言及されていますが、現行法で対応が可能と考えられたのか、プログラム法案には「社会福祉法人の見直し」という文言はありません。しかし、厚生労働省内でその在り方についての検討は行われています。

地域のニーズに合った医療、介護の

機能分化と連携が求められるわけですが、このことは担い手である医療従事者等についても求められます。

(五)の「医療従事者の確保及び勤務環境の改善」や(六)の「医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し」、さらには第五條第二項第一号(ア)の「在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携の強化」と規定されているのがそれです。

第四條第七項は国民健康保険の保険者の見直しや後期高齢者医療の負担の見直しなど、医療保険制度の見直しに関する規定なので説明は省略しますが、同項三号(ロ)の「医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し」は、「かかりつけ医(診療所の医師)」にキーワード④「緩やかなゲートキーパー機能」を持たせる方向を示しているものと思われます。

(一)から(六)までの措置は平成二十九年度までを目途に行われ、そのために必要な法律案を平成二十六年に開催される国会の上階に提出することを目指すとしてあります。

第五條が介護保険関係ですが、保険給付と利用者負担の見直しが多く見受けられます。介護提供体制としては、上記の「関係者の連携の強化」と「介護予防」、「認知症対策」が挙げられています。

最後に、キーワード②「地域包括ケア」を考えてみましょう。「地域包括ケア」はややもすると介護の体系であ

ると受けとめられてきました。しかし今回、地域包括ケアシステムを「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」とあると法案に定義し、この構築により地域に必要な医療と介護を確保するとしています。

■まとめ

プログラム法案それ自体は法律の方向性とその成立時期とを定めたものであり、個々の改正点はその時期に向けて現在各所で精力的に議論されています。しかし、その議論の結果を待つのではなく、地域の高齢者の日常生活を支援する体制全体が「地域包括ケアシステム」であるという視点から、そのために何が必要かを地域全体で考える必要があります。答えは決して一つではなく、場合によっては一万通りの正解があるかもしれません。自分たちの地域に最も適した高齢者生活支援の体制づくりが求められています。

わが国の人口の一割が暮らし、政治経済の中枢でもある東京都における高齢者対策の適否は、わが国の将来を左右すると言つて過言ではありません。二〇二五年から二〇四〇年の東京都や各市区町村さらには町内会までを見据えて、地域に必要な医療・介護サービス提供体制の検討と構築を進めなければなりません。医療・介護に携わる皆様方にはその中核となつていただきたいと願つております。

(本文は、個人的な整理と見解であることを申し添えます。プログラム法案をご覧下さい。)

在宅医療の課題と今後の対応 — 早期に在宅医療学の確立を —

新田クリニック 院長 新田 國夫氏



新田 國夫氏

在宅医療を基礎として高齢社会の地域医療が求められ、今現在地域包括ケア体制の重要な担い手として考えられている。在宅医療から見えるものは大である。高齢者医療の本来の在り方が「生活を主体とした医療であること」「生活を支える医療であること」この基本は在宅医療からの発想である。

病院死と在宅死との割合は第二次世界大戦後の半世紀で逆転した。この間に病院での介護、看取りを加速させた医療政策、医療行政の代表は、一九六一年の国民皆保険のスタート、病院の建設ラッシュ、そして一九七三年の老人医療費の無料化と老人病院の急増であった。社会的変革、家族構造の変化の中で、その後、特別な政策誘導がなくても病院死は増え続け、今では世界でも一、二を争う病院死の多さであり、二〇〇〇年には社会的入院の解消、医療費の減少をも兼ねての介護保険がで

の詳細は、厚生労働省のホームページをご覧ください。

きたが変化を見せていない。その理由は救命、延命に全力を傾け重装備の病院機能の安全、安心思想、又介護まで肩代わりをしてくれる病院としての施設機能の存在がある。

在宅療養は家族が身体的、精神的負担を背負うが、安価に入院ができ、介護まで負担可能な病院は国民にとって有難い存在である。現在さらには療養型病床群、老健施設、特養老人ホームまでの看取りが推奨される。高齢になり、障害を持ち、終末期には家族にとつて頼りになる。在宅療養は決して安上がりではない。老いて障害を持つと、ますます家から遠ざかることになる。家族負担のみではなく在宅療養にかかる費用は医療費、介護保険費用など多くの人材が投入されねばならない。国は一九九〇年から保険制度も含めて来たるべき高齢化に対応するために在宅重視に踏み切った。しかしながら国民の意識を変えることはできなかった。

一方、一般病床、療養型病床群、老健施設、特養老人ホームにて様々な病態の高齢者のニーズに答える人材が投入されているかとなると疑問である。さらにはその療養の環境条件があるかどうかは疑わしい。今、医療と介護の連携について語られることが多

い。連携が問題で、連携があればたかも解決するような幻影がある。本質的には、医療の問題なのか、介護の問題なのか、あるいは制度の問題なのか、様々な議論があるが、根本的に、高齢者のケアとして医療、介護を分離することに問題が内在している。

二十数年前の在宅医療は、病院医療の延長線上からの出発が大多数を占めていた。日本の医学教育の主体が大学の専門教育であることから、在宅医療を行う医師が最初から総合診療医として成立するのは難しく、病院主体となれば本来の姿を見ることがむづかしい。いま大学教育の中で在宅医療の教育を地域を中心において研修する必要がある。今までも病院医療の中でも高齢者を対象としてきたが、臓器別医療の枠を出ることはなく、高齢者本来の在り方を見つけないとできないと思える事が多い。医療モデルから生活モデルとしての転換により解決する方法であったが、日本国内を取り巻く様々な事情により放置され、また困難であった。

社会的入院から地域包括ケアの誕生は長い年月が必要となった。社会的入院の入院患者の状態像と現在の施設療養病床の入院、入所者の状態像に変化があるのかといえば変化がない。社会的入院は福祉政策がもたらしたともいえるが、医学的教育体制の欠陥がもたらしたともいえる。環境要因は高度成長期における家族環境、社会環境の中で見つけることが可能である。措置制度の中の施設への入所は家族にとつて精神的負担を強いるものであり、病

院への入院は家族に安心感を与えることであつた。

かかりつけ医の総合医療としての機能とは、ここでなのであるか考えなければならぬ。わたくし自身が外科系の出身であるからであるが、疾患範囲は広い。近年は特に精神疾患が多くなつてゐる。訪問診療で気づくのは、訪問先の家族の状況である。家族には通院不能、あるいは通院しない精神患者が放置されていることが多く、結果としてともに診療することになる。ときに精神科医に状況を話しながら確認し継続医療を行うことも多い。総合医を可能にする地域医療体制の実現には、在宅医療を相互に教育の場とする事が日本的方法と考える。

在宅医療は平成二十一年七月一日から二十二年六月三十日の患者合計は百十一名、死亡者数は三十四名、医療機関の死亡者数は十名、在宅死亡は二十四名であつた。

訪問診療の回数は六百四十五回、訪問診療が五百八回、往診は六回、当院からの訪問看護は百十回、緊急訪問看護は二十一回であつた。

平成二十一年度から二十二年度の新規の訪問診療の始まりは五十五名いたが当院への通院が困難になり在宅医療に切り替えざるを得なかつた人が十九名いたことである。その他の患者は病院からの紹介等であつた。

平成二十二年七月一日から平成二十三年六月三十日の患者合計数は九十五名、医療機関の死亡数は十一名、在宅死亡は二十八名、訪問診療の合計回数は五百回、往診は十回、訪問診療は四

百十七回、当院からの訪問看護は五十六回、緊急訪問看護は十七回であつた。この数字から見えることは、看護師の役割が大きいこと、在宅訪問診療は日常の医療であることである。

今後の地域医療の在り方を考えると、改めて在宅医療は外来医療の延長であることがわかる。さらには、外来への通院が困難、かといって救急車は呼ばない中での対応として訪問医療を頼まれるケースが増えている。

九十歳代、発熱にて動けなくなり訪問してみるとやや血圧が下がり、敗血症性ショックであつたが在宅にて、早期治療にて一週間で改善した例もある。このような例にみられるように、高齢者医療においては在宅医療ではプライマリ、セカンダリの医療のすみわけがないことも多い。小回りが利く在宅医療は急性期疾患から治療までを可能にさせる。現在わたくしのところで行われている医療内容は二次救急も行うことが多いからである。もちろんその限界と、治療それ自体の意味を問いつながるようになる。

現在の在宅医療の課題の一つとして、本人、家族も家で最後を迎えたいと思つてゐるが、実際は救急車対応になる事もある。この差は高齢者の終末期の考え方であり、家族の中ではなく地域の多職種理解が必要である。人の意思が最後に表現できない事は地域の医療、福祉がそこまで育つていない事であり、病院の医師も機能的に対応せざるを得ないからである。課題今後さらに啓発が必要となる。課題の二つ目は在宅医療が個々の実践から

成立するものであるが在宅医学としての確立がない中で個別性に転化し問題が生じる事も修正する必要があるが、それには早目に在宅医療学を造らねばと思つてゐる。階層化された医療の欠点は高齢者医療に不釣合いが多いことも多々あることである。

参考文献

- ・東京都医師会 東医二エースみどりの広場
- 在宅医療に関する話 新田國夫 二〇二一・六・十五
- ・日本医師会・民間病院オランダ医療・福祉調査団報告書
- 改革に揺れるオランダ医療「知られざる高コスト構造と我が国への対応」私見的、日本とオランダ家庭医比較論 新田 國夫

会務日誌・委員会報告 (十一月)

- 十一月十三日 第八回事務管理部会
- 平成二十五年事業について
- ・都病協学会セッションについて
- 第四回診療情報管理委員会
- ・第二十回全体会について
- ・亜急性性のためのQ1について
- 十一月十八日 第五回急性期医療委員会
- ・都病協学会セッションについて
- ・東京都・あきる野市 合同総合防災訓練について
- 十一月二十二日 第六回渉外・広報・会員組織委員会
- ・広報紙一九九号反省および 二百号企画について

■「プラウド恵比寿ディアージュ」予告物件概要●所在地/東京都渋谷区東三丁目44番2、東京都渋谷区広尾一丁目41番36(他地番)●交通/JR山手線・JR湘南新宿ライン・東京外日比谷線「恵比寿」駅徒歩5分、東急東横線「代官山」駅徒歩12分●総戸数/46戸(地権者住戸3戸含む)●販売戸数/未定●構造・規模/RC造地上12階地下2階建●敷地面積/852.27㎡(所有権部分688.51㎡、借地権部分163.76㎡)●用途地域/第二種住居地域●間取り/2LDK~3LDK●専有面積/60.37㎡~99.85㎡●バルコニー面積/3.90㎡~11.23㎡●入居予定時期/平成27年9月下旬●分譲後の敷地の権利形態/敷地は専有面積割合による所有権の共有及び借地権(賃借権)の準共有、建物は区分所有●借地権の種類・期間/敷地の一部(163.76㎡)に普通借地権(旧法 平成24年11月30日から33年)を設定。期間30年で更新可。●※地代等/未定●管理形態/区分所有者全員に管理組合を結成していただき、運営・管理業務は野村リビングサポート株式会社に委託予定●建築確認番号/第UHEC建確25176号(平成25年7月18日付)●予定販売価格/未定●管理費等/未定●売主/野村不動産株式会社/国土交通大臣(12)1370号、(一社)不動産協会会員(公社)首都圏不動産公正取引協議会加盟、本社:東京都新宿区西新宿1-26-2 新宿野村ビル●施工/大豊建設株式会社●販売予定時期/平成26年1月下旬予定●※本物件は一括して販売するか分割するか未定です。記載の専有面積等は未分譲の全戸に対してのものであります。販売戸数等につきましては本広告で表示させていただきます。

※掲載の完成予想図は計画段階の図面を基に描いたもので実際とは異なります。外観の細部・設備器具・配管等は一部省略又は簡略化しております。また周辺の環境写真をCG加工・合成したもので実際とは異なり、今後変更になる場合があります。※タイルや各種部材につきましては、実物と質感・色等の見え方が異なる場合があります。

予告広告

資料請求受付中

お問い合わせは「プラウド恵比寿ディアージュ」販売準備室

0120-054-305 営業時間/10:00~18:00 定休日/水曜日・木曜日

資料ご請求は 提携法人様専用サイトから

プラウド法人 検索 野村不動産