



購読料 年8,000円  
送料共 但し、会員は会費に含まれる

発行所  
京都府保険医協会  
〒604-8162  
京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637  
インターワンプレイス丸丸6階  
電話 (075) 212-8877  
FAX (075) 212-0707  
編集発行人 久保 佐世

主な内容

患者申出療養で国に要望(2面)  
支援診療等の要件見直しを(3面)  
政策解説「病床削減と地域医療構想」(4面)

ご用命はアミスまで

- ◆医師賠償責任保険
- ◆休業補償制度(所得補償、傷害疾病保険)
- ◆針刺し事故等補償プラン
- ◆自動車保険・火災保険

☎075-212-0303

# 安保法案に医療者反対!!

## 意見ポスター掲示にご協力を



協会も参加している医療者「戦争法案」反対実行委員会は、安保法案阻止への取り組みとして、京都のすべての医療者を対象に意見ポスター運動を展開。会員各位にも賛同を呼びかけ、前を掲載したポスターは、

会員医療機関にお届けする予定のポスター

本紙次号に同封し、会員医療機関へお届けする予定。賛同者は個人569人、団体40団体。ご協力いただいた会員各位に、厚くお礼申しあげます。

賛同いただいた各氏の名前を掲載したポスターは、各医療機関での掲示にぜひご協力いただきたい。

怒号飛び交う中、自民、公明両党は7月15日、安全保障関連法案に関する衆院特別委員会にて採決強行に踏み切り、16日には衆院本会議の通過も強行した。

これに対し協会は、16日に抗議声明を発表。「国民の理解が進んでいない」ことを認めつつ審議を打ち切る安倍首相の振舞いを批判。大半の憲法学者や歴代の内閣法制局長官からの「違憲」批判に正面から答えず、国民の大半が「反対」にもかかわらず、突き進むとする政権与党の姿勢こそが民主主義の危機で

あり、その責任を問われねばならないと追及。立憲主義、民主主義に対するこの暴挙に断固抗議し、法案の撤回・廃案を改めて要求することを表明した。

なお、京都府内の医師・医学者や「アピール」賛同者が開始1週間で1500人を

超え、増え続けていることも付言した。(6面に関連)

「賛成」(11%)、「どちらか」という賛成(10%)を大きく上回った。内閣支持率は、「不支持」(52%)と「どちらか」という「不支持」(15%)が、「支持」(12%)と「どちらか」という「支持」(15%)を上回った。

さらに医療関係者は、2004年にいわゆる「有事法制」として国会成立した「国民保護法」第85条や、「自衛隊法」103条に基づき、「武力攻撃事態」に際し、住民や傷病者に医療の提供を行うことが要請(自衛隊法では命令)される場合がある。今回の安保法制改革が成立することによって、日本が米軍等の行う戦争に参加する可能性が高まるため、そうした事態がよ

り現実的なものとなる。その認知度は、「知っている」が67%、「知らない」が30%であった。

### 新年度にあたって 政策部会

国が進めている医療費抑制政策には、診療報酬による医療費抑制と医療提供体制改革による医療費抑制のこの二つの面がある。さらに医療費抑制策によって公的保険サービスをできる限り縮小させ、削減した部分に営利産業を取り込み、医療の産業化を狙っている。私達は、これら三つの面に対して運動を展開していかなければならない。



副理事長 渡邊 賢治

病床機能報告制度とこれに基づく地域医療構想がある。これらは、川上の改革であり、川下の改革の中心は地域包括ケアシステム構築である。この川下の受け

血がしっかりと構築できていなければ、医療提供体制改革は完結できない。したがって、そのためには地域の診療所を巻き込んだ医療提供体制の再編、改革を

行う必要がある。この地域包括ケアシステムの担い手として国は総合診療専門医を考へており、総合診療専門医を「かかりつけ医」として「ゲートキーパー」

の機能を担わせようとしている。そうなることで「ゲートキーパー」である総合診療専門医の偏在は許されず、適正配置が行われるはずである。『保健医療20

に「差を設ける」という提

## 開業医医療の復権を

3.5」でも「将来的に、仮案もなされている。これまで日本の医療を支えてきた、国民皆保険制度、フリーアクセス、自由開業医制、出来高払いを、

「総合診療専門医」は崩壊

私たちは、社会的にも経済的にも国から縛られることのない開業医という立場から、今まで築き上げてきた国民皆保険制度を守り、さらに充実させ、「開業医医療の復権」を目指してい

く運動を進めていかなければならない。

代なのであるか。(門倉庵)

## 安保法案の衆院強行採決に抗議 法案の撤回・廃案を求める

代議員 補選の公示 福知山

福知山医師会選出の代議員・予備代議員に欠員が生じました。それにと

もない京都府保険医協会選挙規定第32条1項により、代議員・予備代議員の補欠選挙の公示を次の通り行います。

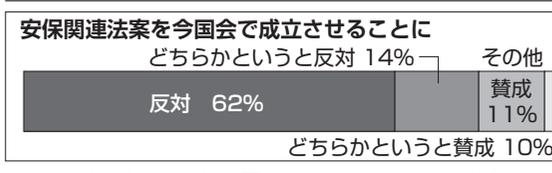
▽公示日 8月5日 協会代議員会議長までご提出下さい。

▽締切日時 8月11日(火)午後4時

▽定員 11代議員3人、予備代議員3人

▽任期 2017年

立候補届出書は本協会事務局に用意してあります。また当該医師会長宛にも送付してあります。



「反対」であり、67%が安倍内閣を「支持しない」と

が、7月26日に開催した協会の第68回定期総会の出席者アンケートで判明した。出席者14人のうち、105人が回答(92%)。今国会での同法成立に、「反対」(62%)、「どちらか」という「反対」(14%)が、

メディカルページ http://www.healthnet.jp 保険医専用サイト http://www.hokeni.jp (ユーザー名・パスワードとも kyohoi) メールアドレス info@hokeni.jp

# 人対象の研究倫理指針遵守の徹底を

## 安全性担保ない患者申出療養に反対

協会は、患者申出療養の本質は実験的医療であり、安全性の担保等がまったくないと指摘し、この制度創設に反対の姿勢で臨んできた。しかしながら、健康保険法改正法が成立し、中医師協会で患者申出療養の細目の議論が開始されたことから、第6回定例理事会で慎重審議を求める要望を採決。安倍首相、塩崎厚労相、田辺中医師協会長、中医師委員あてに要望書を送付した。以下、全文を掲載する。

## 患者申出療養制度を議論するにあたっての要望

去る5月27日患者申出療養新設が盛り込まれた健康保険法改正法が成立し、中医師協会でその細目の議論が開始されました。当協会はかねがねこの新たな保険外併用療養が、エビデンスの乏しい、または無い実験的医療である本質から、慎重審議を訴えてまいりました。その主旨は国会審議の場でも取り上げられ、附帯決議という形で法律に反映されました。このことの重みを充分受け止めた今後の中医師協会の議論をお願い申し上げます。

中でも我々は、患者申出療養の実施医療施設認可とそれを審査する上級機関(患者申出療養に関する会議・臨床研究中核病院等)の厳正性・公正性・透明性が担保され、実際の治療内容の審査・認定においては附帯決議で謳われた「人を対象とした医学的研究に関する倫理指針(以下倫理指針)」遵守を徹底することを強く要望するものです。

治療内容認可は保険収載を目指すものに限定するとされています。当然の要件ですが、その際個々の症例の個別承認となるため、研究計画書の適格性検討が極めて重要になります。例えば治療対象外患者への未承認の症例集め等々に多大な困難が予想されますが、それ

7月28日 第6回定例理事会

### 保団連 病院・有床診療所セミナー in 京都

- 主催 全国保険医団体連合会 ■開催協力 京都府保険医協会
- 日時 9月26日(土)18:30~21:00、27日(日)10:00~15:00
- 会場 ハートンホテル京都 (中京区東洞院通御池上ル ☎075-222-1300) ※地下鉄「烏丸御池」駅1番出口から徒歩約2分
- 参加費 両日参加(1人10,000円)、1日のみ参加(1人6,000円) ※同一法人2人目以降は参加費が3,000円引きです
- \*京都府保険医協会会員医師ご本人に限り、申込先着20人は参加費が無料!!

9月26日(土) 18:30~21:00

- 基調報告 「入院医療をめぐる動きと対策」(18:30~19:00)
- 記念講演 (19:00~21:00) 「新段階の医療費抑制策と提供体制の改変 — 地域医療構想と地域医療連携法人にどのように対処すべきか —」 仏教大学社会福祉学部教授 岡崎 祐司氏

9月27日(日) 10:00~15:00

- 医療事故調査制度実施直前セミナー (10:00~12:00) 「医療事故調査制度の留意点」 大阪弁護士会弁護士 長谷部 圭司氏、他
- 《ランチョンセミナー 12:05~12:50》
- 様式9 Excel表の利用方法と、よくある質問・対応の留意点 《分科会 13:00~15:00》
- 病院分科会 「医事紛争事例ケーススタディ(仮題)」 京都府保険医協会副理事長 林 一資氏 「マイナンバースタート! — 医療の個人情報を守るか(仮題)」 京都府保険医協会副理事長 鈴木 卓氏
- 有床診療分科会 シンポジウム 「どうして地域から有床診療所が消えるのか、地域に必要な有床診療所を存続、発展させる道は何か」

申込・お問い合わせは、京都府保険医協会(☎075-212-8877、FAX075-212-0707)へ (9月11日〆切 定員100人)

## 審査委員が改選

### 基金審査委員長に垣内氏 国保審査会長は上原氏

任期満了に伴う支払基金・国保連合会両審査委員 月1日付でそれぞれ行われ

た。委嘱された医科の審査委員は表の通りで、基金は86人、国保は80人。基金の審査委員会委員長(再・内科)が、副委員長には坂部秀文氏(再・外科)、田代研氏(新・内科)が選出された。両審査委員の任期は、いずれも17年5月31日までの2年間。

専門科	保険医代表	保険者代表	公益代表
内科	和田 成雄 鈴鹿 隆之 坂口 佳司 佐々木善二 山下 直己 小野 晋司 神田益太郎 長坂 行雄 松原 欣也 ☆山本 康正 ☆川上 明	馬場 満男 中埜 幸治 中嶋 俊彰 島崎 千尋 北野 誠雄 安田健治朗 勝島 慎二 原 美彦 ☆小林 裕 ☆正木 元子	◎上原 春男 尾崎 信之郎 中島 直昭 小西 正研 ○田代 雅之 畑 藤村 恒司 松本 俊一 武透 西村 山 麻衣子 牧山 関 洋彦 浅野 智彦 ☆谷口 幸知 ☆滝 政憲 ☆十倉 東道 ☆南部 清人 ☆坂部 秀文 ☆角山 正博
精神科		中嶋 章作	
小児科	川勝 秀一		栗山 政憲 東道 二郎
外科	武内 俊史 北浦 一弘 薄井 裕治 野原 文裕 田村 耕一	柴垣 一夫 土屋 宣之 齋藤 信雄 高橋 章之 山本 功策 中原 昌昌 前田 千晶 田中 良樹 ☆玉井 和夫 ☆小西 啓介 北村 浩二	垣田 清人 ○坂部 秀文 角山 正博
整形外科	藤田 隆生 橋本 秀輝 岩下 靖史	中嶋 章作 田中 千晶 ☆玉井 和夫	内田 寛治
皮膚科	松井 美萌	小西 啓介	
泌尿器科	飛田 収一 近藤 守寛 山崎 悟	北村 浩二	
産婦人科			岩破 一博 越山 雅文 中島 正之
眼科	西嶋 一晃 ☆佐々木研二 村上 匡孝	☆溝部 恵子 ☆高木 伸夫	
耳鼻咽喉科			

専門科	診療担当者代表	保険者代表	学識経験者
内科	安達 秀樹 稲掛 英男 井本 雅美 沖 映希 角水 正道 北川 靖 林 理之 吉政 孝明 若林 正之 ☆馬本 郁男 ☆出木谷 寛 ☆余みんてつ	江村 正仁 玄 泰行 小林 正夫 佐藤 克明 田上 哲也 長谷川剛二 早川 道雄 林 英夫 三尾 直士 山下 浩平 吉田 章 吉田 憲正 吉波 尚美	大藪 博 長村 吉朗 ◎垣内 孟 勝目 紘 久米 典昭 佐々木義博 谷村 伸一 古川 啓三 山内 知 山口 恭平 横江 信義
精神科	東前 隆司		清水 達夫
小児科	藤田 克寿	木崎 善郎 若園 吉裕	天満 真二
外科	濱島 高志 古家 敬三 峯松 壮平 水谷 均 山木 垂水 ☆曾我部俊大	天谷 文昌 池田 義 糸井 啓純 伊林 範裕 神田 圭一 能見伸八郎 矢部 正治 大和 俊夫	高橋 俊三 竹中 温 野見山世司 福州 修
整形外科	小室 元 鈴木 雅清 高田 秀彰	日下部虎夫 吉岡 慎二	岩田 啓史 菱本 修 中嶋 毅 松木 正人
皮膚科	新屋 明美		
泌尿器科	青木 正	野々村光生	
産婦人科	井田 憲司 井上 卓也 大坪 一夫	堀江 克行	山下 元
眼科			久山 元 原山 憲治 松田 敏央 松本 康宏 児嶋 久剛 ○西村 秀夫
耳鼻咽喉科	☆牛嶋 千久	出島 健司	

◎基金委員長、国保会長 ○基金副委員長、国保副会長 ☆新任審査委員(順不同・敬称略、基金・国保とも歯科審査委員を除く、2015年6月1日現在)

# 「支援診等2」減少が京都でも

## 在宅医療連携の推進には要件見直しが急務

2014年度改定以降、強化型連携型在宅療養支援病院・診療所(支援診等2)の医療機関数が減少している。14年度改定で要件が厳格化したことに起因すると考えられるが、協会は当初よりその数の推移を注視してきた。連携により支えられてきた在宅医療の基盤が弱まるのが危惧されたからである。下図は、14年度改定前後の京都府内における在宅療養支援診療所および在宅療養支援病院(以下、支援診等)の数の推移である。

支援診等2は、12年度改定で新設された。①医師3人要件のほか、②緊急の往診実績および看取り実績の要件が求められたが、複数の連携医療機関(10件未満)全体で満たすこともよくとされた。

支援診等2における経過措置と医療機関数推移

2014年9月末 (直近6カ月で①連携医療機関全体の実績+②各医療機関で緊急の往診2件以上、看取り1件以上の実績必要)	要件導入前			
	2014年3月	2014年7月	2014年11月	2015年5月
2015年3月末 (直近1年間で①連携医療機関全体の実績+②各医療機関で緊急の往診4件以上、看取り2件以上の実績必要)				
類型	2014年3月	2014年7月	2014年11月	2015年5月
支援診1(強化型単独型)	1	2	2	2
支援診2(強化型連携型)	89	90	70	62
支援診3(強化型以外)	244	242	252	265
支援診3のうち実績型	—	31	37	37
支援診 合計	334	334	324	329
支援病1(強化型単独型)	3	3	3	4
支援病2(強化型連携型)	12	13	11	10
支援病3(強化型以外)	6	6	8	10
支援病3のうち実績型	—	0	0	0
支援病 合計	21	22	22	24

(近畿厚生局HPより京都府保険医協会調べ)

ところが14年度改定では、要件②について、複数の連携医療機関で満たすことに加え、各々の医療機関

で満たすべき要件(直近1年間の緊急の往診4件以上、看取り2件以上)が課せられた。この要件の経過措置として、半年ごと(2014年9月末、2015年3月末)に1年間の必要数の半数を満たすことが求

められ、できなければ、支援診等3(強化型以外の支援診等)への区分変更、または支援診等の取り下げの届出が必要となったのだ。その結果、14年度改定前と比較すると、15年5月時点で支援診全体で5医療機関が減少した。支援診2に限っては27医療機関(30.3%)減少した。それらの多くは、支援診3へ区分変更し、若干数は支援診の届出を取り下げたと推測される。一方、支援病全体では、3医療機関増加したが、支援病2では2医療機関減少した。

しかしながら、現状の支援診等の数で今後、さらに必要とされる在宅医療を過不足なく供給できるのか甚だ疑問だ。他医療機関との連携により、在宅医療を成り立たせる医療機関、少しであっても在宅医療を提供しようとする医療機関も含め、在宅医療に携わる医療機関の数を増やすことが必要ではないか。連携により在宅医療を提供する医療機関の裾野が広がれば、病診

数に比べて、半年ごと(2014年9月末、2015年3月末)に1年間の必要数の半数を満たすことが求

# 保険診療縮小の動きを危惧

## コミュニケーション委員会で見直しを促す

協会は、2014年度第2回コミュニケーション委員会を5月30日に開催した。委員会では、「医療保険制度改革・特定疾患療養管理料等に関する厚労省交渉の結果報告と今後の課題」ならびに『地域ケア会議』への対応状況と『地域包括ケアシステム』をテーマに協会から情報提供し、意見交換した。地区から14人、オブザーバー2人、協会から8人が出席し、岡田楯彦代議員会議長の司会で進行した。

協会は3月17日、厚生労働省に「医療保険制度改革関連法案についての意見と質問」「特定疾患療養管理料の算定要件および7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関する要請書」およびアンケート結果を提出、交渉して改善を要請した(第2926号既報)。この運動について報告の後、委員からの意見を求めた。

特定疾患療養管理料の減点を実際に経験した委員からは、個々の患者が連絡な

く他院に入院した場合、把握し管理するのは難しいという意見が出された。また、高齢者や糖尿病患者等への投薬はすでに7種類以上になりやすく、医療費を抑制したいと考える厚労省側と実際の医療現場でのズレが確認された。このような現場の声を制度に反映していくために、今後は保団連や全国の協会にも働きかけていく必要性があるのではないかといった意見も出された。

協会は、7種類以上の内服薬を投薬した場合の算定制限による医療費削減効果の根拠は不明確であり、医師の処方権侵害にもあたるとの立場を再表明した。必要な医療や薬の処方を受けられない状況を起こさないよう、引き続き改善を厚労省に求めていくことを示した。なお、この二つの問題については全面的な取り組みとしていくことが保団連で確認されている。

医療保険制度改革については、患者申出療養に関する意見が多く出され、先進医療の審査期間が短くなる、安全性の不安があるにもかかわらず、有害事象が生じた場合の責任を自己責任として患者に押しつけられかねない不安の声が挙げられた。

協会は、患者申出療養は混合診療の実質拡大であり、なおかつ安全性の担保や責任所在等の問題が多いと指摘した。評価医療における先進医療の位置づけは、治療前あるいは治療中等の実験的医療であるのに対し、患者申出療養は臨床研究の実施計画の上で対象外の患者も対象とするものであり、倫理上も重大な疑問があるとした。

服薬を投薬した場合の算定制限による医療費削減効果の根拠は不明確であり、医師の処方権侵害にもあたるとの立場を再表明した。必要な医療や薬の処方を受けられない状況を起こさないよう、引き続き改善を厚労省に求めていくことを示した。なお、この二つの問題については全面的な取り組みとしていくことが保団連で確認されている。

協会は、患者申出療養は混合診療の実質拡大であり、なおかつ安全性の担保や責任所在等の問題が多いと指摘した。評価医療における先進医療の位置づけは、治療前あるいは治療中等の実験的医療であるのに対し、患者申出療養は臨床研究の実施計画の上で対象外の患者も対象とするものであり、倫理上も重大な疑問があるとした。

協会は、患者申出療養は混合診療の実質拡大であり、なおかつ安全性の担保や責任所在等の問題が多いと指摘した。評価医療における先進医療の位置づけは、治療前あるいは治療中等の実験的医療であるのに対し、患者申出療養は臨床研究の実施計画の上で対象外の患者も対象とするものであり、倫理上も重大な疑問があるとした。



各テーマごとに活発な意見交換を行った委員会

(補償制度費用保険特約セット型約定期限費用保険・三井住友海上取扱い)

身近なリスクの備えに  
**「針刺し事故感染症 見舞金補償プラン」**

ここに注目! 4つのポイント!!

- ①院長についても給付対象者に!! \*従業員の加入が前提です
- ②手術中の血液飛散による吸入事故も対象に!!
- ③見舞金の給付を受けた後でも、再度の針刺し事故で別の感染症に感染または発病した場合も、給付の対象に!!
- ④保険料は確定方式!!面倒な精算手続きはございません。※保険料は労災保険申請人数で算出いたします。所定の通知書にてご通知下さい。

本号に案内パンフレットを同封しています。ぜひご覧下さい。

年会費 永久無料

**DCゴールドカードのご案内**

京都クレジットサービス(株)と提携しているゴールドカードは、京都府保険医協会の会員は個人・家族・法人カードとも年会費は永久無料です。

また、有利な特典も備えております。ぜひご入会をご検討下さい。

\*本号に同封している申込書は個人カード用です。法人カード(個人診療所可)の申込書が必要な場合は、協会・経営部会までご連絡下さい。

間だけでなく、近隣の医師との連携、さらには他の専門医との連携も強化され、在宅医療における質の向上も期待できる。地域包括ケアシステムにおいて在宅医

政策解説

「病床削減」と地域医療構想

政府が「病床15万減」要請報道の衝撃

6月中旬、政府が2025年を目指して「病床15万減」を要請と各紙が報じた。16日の京都新聞は「ベッドが過剰だと不必要な入院や長期療養が増えて医療費がかさみやすい」から「病床の地域格差を是正」し「医療費の抑制」を進めるねらいと報じた。

根拠は、首相官邸直轄の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」(以下、専門調査会。第5回6月15日開催、座長・永井良三自治医科大学学長)の「第1次報告」である。

既に国が3月に通知した「地域医療構想策定ガイドライン」には、「医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量(必要病床数)」の推計方法が示されていた。その推計方法で弾き出されたのが今回の「必要病床数」である。

経済財政諮問会議の意向を受けた作業

専門調査会は、社会保障制度改革プログラム法(2013年)に基づき、内閣に設置された「社会保障制度改革推進本部」の下に作られた。2014年4月22日、麻生財務大臣は都道府県ごとに「合理的かつ妥当な医療需要を前提とした支出目標を設定」し、「医療費を適正化する」仕組みを提案した。同日、安倍首相も「麻生財務大臣からの提案を含め、ICTによる地域横断的な医療介護情報の活用については、国や都道府県ごとの医療費の水準の在り方を含め、社会保障・税一体改革担当大臣において、関係大臣と協力して、有識者の知見を活かしつつ、その具体化に向けた検討」と指示した。

この経過を受け、専門調査会は支出目標設定に向けた協議を重ねてきた。第1次報告が示した必要病床数は「合理的かつ妥当な医療需要」とそれに対応する「供給体制」の姿を示したということになる。

病床削減 国は最大19万8千床 府は9百床

「地域医療構想ガイドライン」は、「2025年における病床の機能区分ごとの医療需要(推計入院患者数)は、構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計する」としている。今回示された数字は、その「基」となるものとみられる。

報告書は、全国推計を(図1)のとおり示す。

2025年段階で「4つの医療機能(注:高度急性期・急性期・回復期・慢性期)の医療機能を担う必要病床数の合計は、地域ごとに推計した値を積み上げると、115万床~119万床」。「機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度」、「(目指すべき姿)115万床~119万床程度」。「高度急性期13万床」「急性期40.1万床」「回復期37.5万床」「慢性期24.2万床~28.5万床」。病床数全体でいうと2013年の134万6,900

床から最大約15万床の削減となる。「慢性期」に幅があるのは、3パターンの推計方法があるためである。

京都府は、13年時点の一般23,900床・療養6,400床の合計30,300床(14年医療施設調査による)に対し、「2025年の必要病床数」は、高度急性期3,200床、急性期9,500床、回復期8,500床、慢性期は8,100床~8,700床で、合計29,400床~29,900床と推計した\*1。

国が病床数を示すこと自体が 都道府県を追い込む

二つの問題が指摘できる。

一つは、政権が医療費抑制の立場にある以上、国が「病床数」を示すことが地域医療に「負」の影響を及ぼすということだ。大幅な病床削減を示された都道府県や地域の医療者の動揺は大きいであろう。医療計画による基準病床数も医療費抑制策であり、計算式は国が示してきた。だが、必ずしも都道府県は医療計画を医療費抑制のために策定したわけではない。むしろ策定作業を契機に、医療保障の前進を図ろうとしてきた。しかし国がトップダウンで「機能別病床数」を示し、その枠内での提供体制構築を求めると、都道府県の主体的判断の余地は狭まる。

まして、都道府県は一方で国保の財政を睨み、医療費適正化計画で「医療費支出目標」を課せられる立場になっているのであり、いよいよ地域医療構想を医療費抑制目的で策定する他ない事態に追い込まれることになる。

報告書の推計方法で医療需要が計れるのか?

二つ目は、報告書の推計方法で導き出された医療需要はどの程度正しいのか、である。

今回の医療需要推計では「医療資源投入量」なる新たな概念が採用された。これは「患者に対して行われた診療行為を、1日あたりの診療報酬の出来高点数(入院基本料相当分およびリハビリテーション料の一部を除く)で換算した額」であり、NDBのレセプトデータおよびDPCデータ等から導き出されている。つまり医療資源投入量=保険点数の高低の実績から、各医療機能を分別(ex.〇点以上なら「高度急性期」というように)し、将来の「需要」を導き出している。

高度急性期と急性期の「境界」は3000点。急性期と回復期の「境界」は600点。回復期と慢性期の「境界」は225点に設定しつつ、「在宅復帰に向けた調整を要する幅をさらに見込み」175点で区分する\*2。以上の境界区分を設けた上で、人口構造等を勘案し、「一定の仮定を置いて」、「2025年における医療機能ごとの医療ニーズ(1日あたりの入院患者数)を算出し、機能別に病床稼働率(注:高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%)で割り戻して、医療機能別の病床数の必要量」を推計したのが、今回示された「推計値」である。

慢性期の推計方法と地域包括ケアシステム

慢性期機能の医療需要の推計方法はいつそう誘導的で、慢性期病床の刈り込みに力点が置かれている。

病床機能報告制度では慢性期機能を次のように定義している。「長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能」。つまり、慢性期機能を担う病床とは療養病床だけではない。慢性期の需要推計にあたっては、障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院医療管理料の算定患者も対象となる。

だが報告書の焦点は療養病床である。報告書は「高齢化の進展による医療ニーズの増大に対応するため」には、「療養病床以外でも対応可能な患者(医療区分1の患者の70%に相当する者と示唆)を2025年に病床ではなく「地域包括ケアシステム」で受け止めるよう求めた。その上で、都道府県間で療養病床の入院受療率に「地域差」(図2)があることに着目し、これを2025年までに「相当程度」解消するよう求める。そのための目標の立て方についてはABCの3パターンが示され(表)、都道府県は地域医療構想にABCの範囲内で構想区域単位の必要療養病床数を定めるよう求めた。

自治体と医療者が住民と共に わが町の医療構想を示す

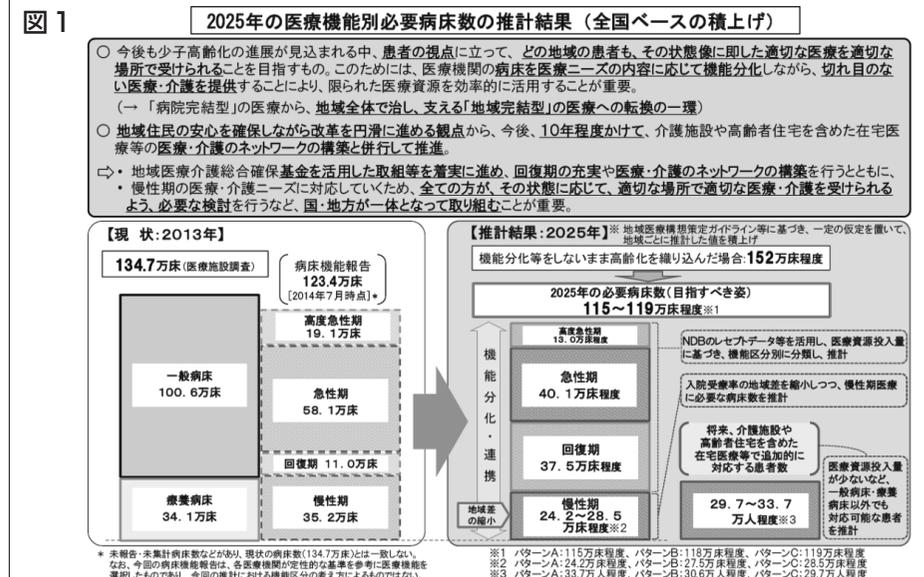
こうした推計方法には、根本的な疑問がある。そもそも医療需要を見込むのに画一的な数式を採用するのがふさわしいのか。京都府は国が必要病床数推計にあたって、「推定する病床稼働率を全国一律に設定するなど画一的な基準が採用」されているとして、ガイドラインの見直しを求めている。そもそも地域が必要とする医療提供体制の姿は、各々の社会経済状況や人口動向を反映し、なおかつ住民や関係者の意見に耳を傾けることなしには導き出せない。

また、レセプトデータは医療機関にアクセスできた人たちの実績数値に過ぎず、アクセスできない層の潜在的な医療ニーズを反映しない。需給見込みに使うには不十分なデータである。

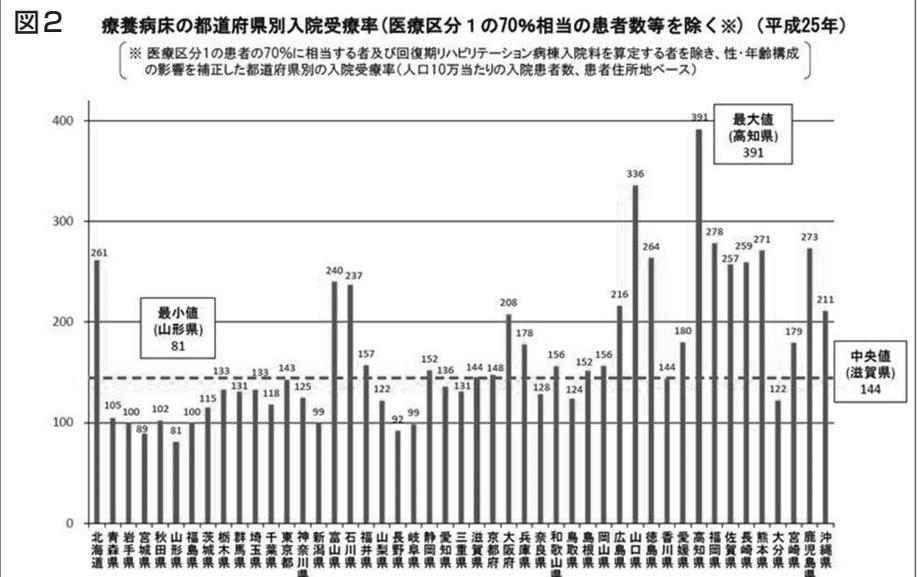
そんな不十分な根拠で病床数を一方的に推計し、財政抑制圧力をかけて病床削減を迫る。その受け皿である地域包括ケアシステムは、自治体と医療・介護関係者にまる投げされる。

こうした国の手法を批判し、自治体と医療者が住民とともにわが町に必要な医療資源の在り方を示す取り組みが、今求められている。

Table with 2 columns: 表 (Table) and (3つのパターン) (3 patterns). It lists three patterns for calculating medical needs: Pattern A (national minimum), Pattern B (regional difference), and Pattern C (targeted area).



※1 今回示された「推計結果」は「医療機関所在地ベース」と「患者住所地ベース」の2通りがある。前者は、他府県からの患者の流出入を反映させたものであり、後者は都道府県内で「完結」することを想定したもの。ここで取り上げた数字は前者に依る。



※2 回復期については、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を「加算」して推計していると説明されている。



