

平成22年7月20日

内閣総理大臣

菅 直 人 殿

要 望 書

謹啓

愈々、盛夏の候、参議院の選挙も終り、政治の実務が本格的に始まります。

社会保障国民会議の提示によれば、近未来に高齢患者や高齢死亡者が倍増するとされ、在宅医療の必要性が強調されています。私達の日本慢性期医療協会は、慢性期医療に真剣に取り組んでいる医療機関の団体です。私達は在宅医療への支援に協力をおしまないつもりであります。

すなわち、従来より慢性期医療の現場としては、回復期機能、重度慢性期機能の2つの医療機能を中心に運営して参りましたが、在宅療養支援診療所のみ依存していた在宅支援は一向に進んでいないことより、当協会を中心として在宅医療支援機能を加えた3つの主要理念を機能として充実するとともに増え続ける認知症治療機能、がん患者支援機能（術後化学療法や再発対応や緩和機能）の2つも地域で取り組んでゆくつもりです。

民主党による本格的予算案の作成や新しく医療・介護体制を改革してゆこうとする前に当会としての要望書を提出いたしますので、何卒よろしくご高覧の上、真摯にご検討下さいますようお願い致します。

日本慢性期医療協会は、自らの責務を誠実に果すことを前提にしておりますので、良質な慢性期医療を育てるために必要と思われる施策を別紙①～⑩を要望させていただきます。

敬具

日本慢性期医療協会
会長 武久 洋三

[日本慢性期医療協会 要望項目]

- ① 医療区分はその項目や基準は慢性期病床の現状からみて見直しが必要である。例えば、病状よりも医療処置の有無で判断されていたり、認知症や意識障害についての配慮がない。また高齢者中心の項目となっており、現在の慢性期病床での多彩な患者像に十分対応できていない。
- ② 介護療養型医療施設の果している重要な業務からみても24年3月期での廃止については延期し、再検討をして欲しい。
現状の老人保健施設とは医療機能に大きな差がある。特に高度認知症で身体合併症の患者や意識障害の重い患者については行き場がなくなる。
- ③ 一般病床と療養病床に大別されている病床分類はすでに実態に合っていない。
7：1、10：1までの看護体制を急性期病床とし、13：1、15：1、回復期リハ、亜急性期、医療療養病棟、障害者病棟等を慢性期病床とし、病床種別を急性期病床と慢性期病床に大別する時期に来ている。また、亜急性期病棟と回復期リハ病棟の機能にほとんど差がない現状からみて、回復期リハ病棟に統一する方がよいと思われる。
- ④ 慢性期病床については、入院基本料は医師や看護師などの人的資源の数と病床面積や平均在院日数の3要素の傾斜による診療報酬を考えて欲しい。
- ⑤ 在宅療養支援病院の充実を図る上からも200床以下という条件を廃止し、例えば、10ヶ所以上の在宅療養支援診療所との後方連携を果しているか等の、実態として適切に在宅支援病院としての機能を果している場合に認めるものとしたらどうか。
一方、病院のある地域での在宅支援を独占している場合は、認定しないなどが考えられる。また、在宅患者急変時に対応できるようある程度の診療専門科のオンコール体制や一定レベルの初期急性期対応機能を有することなどを条件に入れることも考えられる。
- ⑥ 地域の中小病院（200床前後のケアミックス病院を含む）で在宅療養支援病院と認定された病院は地域包括医療センター機能を持たせ、脳卒中パスターなどのコーディネーターとして機能し、併せて介護保険の地域包括支援センター機能も併設することが望ましい。

- ⑦ 地域包括医療センターとして適切に機能している在宅療養支援病院には社会医療法人を認めてもよいのではないか。
- ⑧ 現行の療養病床の基準に達していない病床面積の狭い、実質は慢性期病床である一般病床は6人部屋以上の多床室の改善がなされていないところが多いことに鑑み、病床環境改善のため長期低利融資制度を設けて欲しい。
- ⑨ 地域の慢性期医療の重要性から考えても初期医師研修の中での地域慢性期医療の研修を現行の1ヶ月から3ヶ月に拡大してほしい。
- ⑩ 慢性期医療の診療の質の改善に対して評価をして欲しい。
例えば、医療区分や要介護度の改善、在宅復帰率や平均在院日数などの項目について改善の良い病院に対しての評価を診療報酬および介護報酬上考慮して欲しい。