



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2011 2/15

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 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.749 2011/2/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

日病協 診療報酬で4項目を要望

外来リハ管理料の新設、他科受診の算定制限撤廃など

日本病院団体協議会は2月4日、4項目にわたる診療報酬に関する要望事項を厚生労働省保険局長宛に提出、鈴木康裕医療課長が面談の上、受け取った。

要望書を提出したのは診療報酬実務者会議の猪口雄二委員長(全日病副会長)、深尾立副委員長(労働者健康福祉機構)、万代恭嗣委員(日本病院会常任理事)の3人。

要望項目は、①標準化医療情報システムの評価、②複数科受診の評価、③入院患者の他医療機関受診に際した算定制限の廃止、④外来リハビリテーシ

ン管理料の新設、からなる。

今回の診療報酬要望事項は、診療報酬実務者会議で半年かけて議論熟考したもの。厚生日比谷クラブにおける記者会見で、日病協の猪口診療報酬実務者会議委員長は「大きな線で各病院団体が一致する要望事項をまとめた。すぐに実現できないものもあるが、いずれにしても重要な問題提起とさせていただきます」と説明した。

このうち、外来リハ管理料については、2月2日の中医協総会に事務局(厚生労働省保険局医療課)が提示した2012年度



▲鈴木医療課長(右)に要望書を提出する猪口委員長(左中)、深尾副委員長(左奥)、万代委員(左手前)

改定に向けた検討課題の論点に外来リハ管理料につながる考え方の可否を問う項目が盛り込まれており、日病協の

今回の要望は、12年度改定を見据えた診療側委員の議論を後押しするものとなった。(5面に要望書全文ほかを掲載)

2012年度改定の論点に外来リハ算定要件の見直しが浮上

中医協総会 医療保険における維持期リハのあり方も焦点に

2月2日に開催された中医協総会に、事務局(厚生労働省保険局医療課)は、「医療・介護の連携」の一環としてリハビリテーション提供のあり方を取り上げ、論点として、①維持期リハにおける医療保険の対応、②医師の包括的指示に基づく外来リハ提供の可能性、の2点を提起した(6面に「論点」を掲載)。

①に関連して、政府・行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」が1月26日に承認した中間とりまとめに、

ライフイノベーションWGがあげた規制改革事項に「医療保険におけるリハビリの日数制限の撤廃」が書き込まれた。

同日の中医協で、診療側の安達委員(京都府医師会副会長)は「こうした短絡的な決めつけは大変遺憾である」と批判。中医協はこうした外部の声に影響されない姿勢で臨むべきであるとする見識を示した。

②について、医療課は「定期的な診察を前提とした医師の包括的指示に基づ

くりハ提供を外来で行うことは可能か」と問いかけ、12年度改定で、再診を前提とした外来リハ算定ルールの見直しを俎上に上げる姿勢を明確にした。

訪問リハにおいては、医師の訪問診療は毎回ではなく、月1回行なわれればよいことになっている。こうした他規定との整合性に欠けるという問題だけでなく、外来リハごとに再診が求められる現行ルールは外来医師配置数をいわずらに増やす原因ともなっており、

日本病院団体協議会や日本リハビリテーション病院・施設協会会長(浜村明徳会長)から見直しの要望が出されている。

この日の中医協は事務局による論点提示にとどまり、具体的な議論にはいたらなかったが、鈴木医療課長は「3月から4月にかけて次期改定にかかわる調査をいくつか実施するが、リハについても、こういう内容の調査でよいかと考えている」と述べた。(6面に関連記事)

特養に民間参入。工業地域の病院建設も可能

規制緩和に税制・財政・金融措置支援—総合特区法案が固まる

政府の内閣官房地域活性化統合本部の下で検討されてきた「総合特別区域法案」の詳細が固まり、近々閣議決定、今国会に提出される見通しだ。

総合特区(総合特別区域)とは、新成長戦略(2010年6月18日閣議決定)の下、観光・医療等の成長分野における事業活性化に取り組む「総合特区制度」を指し、自治体の提案にもとづいて指定される。

小泉内閣の構造改革特区とは異なり、大幅な規制緩和や制度特例だけでなく税制・財政・金融措置による支援・優遇措置がパッケージで提供されるため、地域活性化を目指す自治体には大きな援軍となる。

総合特区法案には10の規制緩和項目が盛り込まれる見込みだが、その中には、①特養の開設・運営に一定条件を満たした民間企業の参入を認める、②工

業地域に都市計画法上の用途地域変更手続きを経ることなく病院や宿泊施設等の建設を認める、項目が含まれている。

①については主に有料老人ホームの事業者が想定されているが、開設主体へ追加される公算が高い社会医療法人に続き、総合特区によっては、医療関係事業者の参入が認められる可能性がある。

②については、市街化区域内で12に分かれた用途地域の1つ「工業地域」に、現在認められていない病院やホテル等の建設を認めようとするもので、政府が促進しようとしている「医療ツーリズム」の視点から採用されたもの。

総合特区法案の全容は閣議決定を待つしかないが、12年以降に実質2%程の経済成長実現を目指す新成長戦略の起爆剤となることが期待されており、新成長戦略が掲げる(1)環境・エネルギー、

(2)医療・健康、(3)アジア経済、(4)観光・農林水産業の4分野を重点に、国際化と地域経済活性化の拠点づくりを狙っている。

そのため、誘導的な施策措置として例示された10項目にとどまらず、「規制・制度改革に関する分科会」がまとめた改革方針の軸となるライフイノベーションやグリーンイノベーションであげられた各項目も、総合特区の対象として想

定かつ重視されている。

したがって、医療に関する各種規制の撤廃や緩和が試みられる一方、株式会社参入につながりかねない医療法人に関する規制の緩和が試みられる可能性もあり得る。

法案が成立した場合は7月にも総合特区の指定が始まるが、波乱含みの国会情勢によって成立の展望は定かではない。

「都市再生基本方針(改訂)」に医療・介護提供の視点

新成長戦略の早期実施事項(2010年度に実施する事項)に「大都市の成長戦略の策定」が盛り込まれたことを受け、政府は2月4日、都市再生に向けた官民による取り組みの共通指針となる「都市再生基本方針」の改訂案を閣議決定した。

改訂基本方針は、「都市再生に関する施策の基本的方針」に、とくに「医療・福祉サービスの的確な提供等」という項目を盛り込み、高齢化を踏まえ、「医療、介護、健康関連サービスに容易にアクセスできる都市環境を効率的に整備する」必要を書き加えた。

清話抄

未来を背負う子供たち

昨今、子供手当の問題が取り上げられているが、国民に税金をばらまくことはどうなのかと思ひながら、ニュースを聞いている。それより制度として整えないといけないことが医療、教育においてあるのではないかと思う。

保育所や幼稚園が足りない問題など今後どうなっていくのか? また、預けることができたとしても、子供同士病気をもらってしまうので、予防接種を打たなくては行けない。

その予防接種も、他国で認可されているもので日本ではまだされていないものが多い。予防接種全般が国の負担でなく任意のものも多く、経済的な負担が大きい。また病気になった時に預ける病児保育施設も十分ではなく、親

の負担はここにもかかってくる。

医療機関は特に女性の多い職場であるので、安心して子供を育てる環境が整っていないことには、いい人材を育てることも、また働いてもらうこともできなくなる。多くの女性が働くことができるのは職場での理解や協力があるからだと思う。本来ならもっと行政がしっかりしてこの問題を解決してもらいたい。

私も母となりこの問題が他人事でない

くなり、切実に感じる毎日である。子供を育てる機会を得ることは最高の幸せであるが、それとともに、働く女性として社会の責任がある。

次世代を担う子供たちが幸せに、また計りしれない能力や可能性を導いていくことは、親だけでなく国の責任もあると思う。20年後、30年後、自分の老後の不安もあるが、それ以上に子供たちにとってどんな世の中になっているのか。(澄)

主張

医療崩壊から抜け出す道は、 医療現場が直接声をあげることにある。 今こそ、すべての会員が声をあげる時だ。

未曾有の経済混乱と2009年の政権交代を経て、日医や病院団体のいくつかの執行部交代もあり、協力して医療崩壊に対処する努力の兆しが見えてきた感がある。2010年診療報酬改定では0.19%の引き上げなど、明るい兆しも見られた。しかし、結果的に、その内容は国公立や大病院に厚く、中小病院は次の機会を待たざるを得なかった。

わが国の医療の構図は80%が民間、また、規模では70%を中小病院が支え国民の健康を守っているのが実態である。しかし、政治と経済は依然

混沌とした状況にあり、時代も、医療の時代から介護の時代へと大きく移行しつつある。次回の改定で中小病院が評価される兆しは厳しく、こうした中で消費税率のアップ、地域医療提供システムなどが検討されている。

消費税については実現が危ぶまれ、実現したとしても800兆円の負債を持つわが国では、これが仮に社会保障にまわったとしても、年金と介護に向けられる割合が増大する状況で、医療にまわる余地は期待薄である。消費税について、我々は長年損税の解消を求めてきたが、消費税アップの

時に改善されるだろうという楽観論のままやってきた。しかし、ついに、一部の会員が訴訟に踏み切った。

どんな政策も実行段階になると公私の格差が色濃く影響し、民間の中小病院はもっとも強くその影響を受ける。公に対しては、国や自治体の補助金、赤字に対する補填、病院建築資金の助成など、公私格差をあげれば枚挙に暇がない。一方、私的医療機関に対しては新しい医療法人への移行も進められているが、ハードルが極めて高くなかなか実現しない。

医師偏在、医師不足対策、地域医

療計画などが、医療の現実を知らない人々の手で計画され、大きな予算が組まれていく。驚くことだが、国会議員、県議員クラスの人たちでも公私格差の下で同じ診療報酬で、同じ医療をやっているという事実を全く知らないのが現実ではないだろうか。

世の中が変わるときは路傍の石でさえも叫び声をあげると言われるが、今の医療崩壊から抜け出す道は、現場の医療を支えている全ての会員が役員任せや委員任せを脱し、直接声をあげることはないだろうか。(K)

社会保障改革案を踏まえて消費税引上率を提示

社会保障改革に関する集中検討会議 医療・介護の財源確保へ楽観できず？ 改革論の中身とともに損税解消の問題も

政府は2月5日に「社会保障改革に関する集中検討会議」(議長・菅直人首相)の初会合を開き、社会保障と税の一体改革に関する集中議論を開始した。今後はほぼ週1回のペースで議論を展開、4月に社会保障改革案をまとめ、6月には税制と一体の改革案をまとめる予定だ。

「社会保障改革に関する集中検討会議」は与謝野馨社会保障・税一体改革担当大臣が議長補佐を務めるほか、枝野内閣官房長官、片山総務大臣、野田財務大臣、細川厚生労働大臣、玄葉国家戦略担当大臣ら関係僚に、民主党から「社会保障と税の抜本改革調査会」の仙谷会長が加わったほか、民間から渡辺トヨタ自動車副会長ほか9人が委員に就任した。

民間有識者に元厚生労働大臣の柳澤伯夫氏(城西国際大学学長)が名を連ねて話題を呼んだが、小泉内閣時の経済財政諮問会議議員であった吉川洋氏(東大大学院教授)も参加するなど、与謝野氏を含め、民主・自民における消費税と社会保障一体改革の論者が勢ぞろいした会議となった。

この中で、吉川洋氏は厚生労働省主導で2025年の社会保障給付費の展望をまとめた社会保障国民会議の座長を務めたほか、同じく民間有識者として参画した清家篤氏(慶應義塾大学学長)も同会議の委員を務めたなど、財源論を踏まえた医療・介護のあり方に「造詣」が深い論客ともいえる。

同日の会議は「外部専門家による知見の集約」を図るとして、新たに18人に委員を委嘱した。その中には、亀田総

合病院の亀田信介院長、国立病院機構の矢崎義雄理事長と2名の病院経営者が入ったが、他方で、県立柏原病院の小児科を守る会代表やNPO地域医療を育てる会理事長と、地域医療に縁のある患者・住民代表も加わっている。

菅政権による社会保障改革案の検討は、一般に、消費税の引き上げに関心が集まっている。そして、医療界には、この消費税増税によって医療・介護の財源確保が可能になるとの期待が強い。

しかし、社会保障国民会議が08年にまとめた最終報告によると、医療・介護で2025年には3~4%程度(2015年時点では1%程度)の追加的公費財源(消費税換算)が必要とされ、年金だけでみると、現行社会保険方式を前提とした場合でも2025年に6%程度(2015年に3.3~3.5%程度)が必要とされている。

つまり、2015年時点を予測しても、持続可能な社会保障制度に必要な消費税の引き上げ幅は、年金と医療・介護を合わせると4.3~4.5%程度に達する(2025年で9~13%)。したがって、巷間言われる5%の引き上げでは、生活保護など福祉の財源や少子化対策まで回らない可能性がある。

それどころか、菅政権が目指す2020年度の基礎的財政収支(プライマリーバランス)黒字化という目標を考えると、一般税収の伸びや増税が期待できない中で歳出削減が進まなければ、消費税を福祉・医療等の財源に目的化させることは難しいという懸念がある。

こうしたことを考えると、消費税増税によって医療・介護の財源が確保でき



ると楽観できる保証はない。逆に言えば、消費税増税が実現されようが、医療・介護に対する節減と効率化の要求は今後も厳しいことが予測される。

厚労省は、「社会保障改革に関する集中検討会議」に提出する政府案の素案づくりを開始した。4月初めにはまとめるとしているが、その内容によって、2012年度の医療・介護同時改定どころか今後の改定率が概ね予測できるといわれている。

そうした中、厚労省内には「来年の改定率は例年のような年末の予算編成ではなく、もっと早く政府の手で決まる公算が強い」(同)と予測する声もある。

消費税の引き上げは、一方で、医療・介護にかかわる損税を深刻化させるといった問題を含んでいる。菅内閣の政権基盤が不安定とはいえ、医療界は、社会保障と税の一体改革に関する議論の行方から目を離すことができない。

診療報酬の支払早期化で事務連絡

厚生労働省保険局国民健康保険課は1月17日付で各都道府県に事務連絡を送付、国民健康保険および後期高齢者医療制度の診療報酬の支払早期化を、電子レセプトの届出を行った医療機関等を対象に、2011年9月診療分(2011年10月請求分)から実施する旨伝えた。

これによって、診療報酬の支払は、原則として診療翌々月の20日まで(従来は診療翌々月の25日~末日)となる。ただ

し、従来の20日より前に支払いを行っていた国保連については、紙媒体のレセプトを含めて従来どおりの支払いとする。

また、直接支払制度による出産育児一時金については、各月25日請求の正常分娩および各月10日請求の異常分娩(電子・紙とも)を早期化する。

厚労省は、被用者保険についても引き続き関係機関と調整中としている。

全日病厚生会

「個人情報漏えい保険」が追加されました

病院総合補償制度に

患者基礎情報

入院年月日

発症日

現病歴

個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

2012年度介護報酬改定の議論始まる。視点案を提示

介護給付費分科会 厚労省からは改定財源で悲観的な声も

社会保障審議会・介護給付費分科会が2月7日に開催され、2012年度の改定に向け、介護報酬の議論を開始。大森彌分科会長(東大名誉教授)は、改定議論のとは口として、「介護報酬改定に向けたメモ」と題した視点案を示した。

「改定に向けたメモ」は、「基本的な視点」として、①地域包括ケアシステムの基盤整備、②医療と介護の役割分担・連携、③対利用者を含むインセンティブの付与、④認知症にふさわしいサービス、⑤地域間・サービス間のバランス・公平性、の5点をあげた(別掲)。

これに対して、「施設限度額の見直し問題がない。これは中長期的に包括払い、複合型支払いの導入を考えているからか」などの意見・感想が出たが、ケアプランの実態報告(後出記事)に対する“ショック”からか、委員の反応は乏しかった。

「包括払い、複合型支払いの導入」という指摘は、厚労省が12年度改定で小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み

合わせた事業所の創設を予定していることを念頭に置いたもの。

12年度介護報酬改定について、「有効な財源確保策が示せず、状況はかなり厳しい」(宇都宮啓老健課長=1月22日の都内講演)など、厚労省は早くも否定的な見通しを表明している。

それを反映して、厚労省が12月に発表した「介護保険法改正案のポイント」は、介護保険部会が11月にとりまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」から、大きく後退した内容になっており、改定議論も前回と比べるとかなりの苦戦を強いられそうだ。

宇都宮老健課長は、例年よりも数ヶ月早く、2010年の介護事業経営概況調査結果が3月までにまとまることを明らかにするとともに、議論の過程で保険局医療課長を招いて、診療報酬改定議論との整合性確保を図る意向を示した。

分科会会長による「視点メモ」は、次回までに委員からの意見を反映させ、修正追加が図られる。



(48.5%)、短期入所(33.8%)に対して、通所リハ(18.8%)、訪問看護(8.9%)、訪問リハ(1.6%)と医療系サービスの利用がきわめて少ない。この傾向は基準額7~9割の者も同様であった。

収集した、超過者の週間ケアプランの内容を市町村でケアプランの点検指導を行なっている人に評価してもらったところ、利用者の詳細データがないという点で留保条件がつきながらも、①「見直す余地がある」プランが9割に達した、②「見直す余地がある」とされたうち、「提供量が多すぎるサービスがある」と「提供量が不足しているサービスがある」ものがそれぞれ半数以上を占めた、このうち、③看護師である評価者によると、「提供量が多すぎるサービスがある」プランが約9割、「提供量が不足しているサービスがある」プランが約6割を占めたが、一方、④社会福祉士・介護福祉士である評価者によると、看護師である評価者に比べ、「提供量が多すぎるサービスがある」プランは少なく、「提供量が不足してい

るサービスがある」ケアプランが6割という判断となった。

利用の多い訪問介護の内容を調べると、身体介護に比べて生活援助が多く利用されており、こうした傾向となる理由としては、「家族等で介護が補えない」「利用者や家族から強い要望があるため」の割合が高かった。

調査結果の報告を受けた分科会では、「調査実施の方法等に疑義がある」という不満が示される一方で、「これでは廃用症候群助長のケアプランではないか」などの強い批判が噴出した。

医療系委員からは、「7対1看護導入後ケアマネから看護師が消えた。今のケアマネはほとんどが福祉系である」「福祉系のケアマネは医療系サービスに精通していないし、利用者の医療ニーズが把握できない」「医師の同意書も無視されているのが実態だ」など、ケアマネの資質と資格・研修制度、ケアプラン作成の指針と管理体制の改善を求める声が相次いだ。

訪問介護に偏するケアプラン。実態調査で判明

同日の介護給付費分科会に、事務局は「区分支給限度額に関する調査結果」を報告した。調査結果は、医療知識に乏しいケアマネージャーが利用者と家族の要望に抗しきれず、訪問介護中心のケアプラン作成に傾き、自立を促すよりは、要介護者が廃用症候群に進んでいく過程を阻止できていないケアプランとなっている可能性を示唆するものであった。

区分支給限度基準額を超えてサービスを利用している実態を把握する目的

で、10年3月分を対象に1万2,730人の介護給付費明細書を調べた結果、基準額を超過している者および基準額の7~9割の者の週間ケアプランは圧倒的に2種類以下のサービス利用が多く(32.4%が1種類、52.6%が2種類)、しかも、利用の内容は訪問介護や通所介護など見守りを必要とするサービス利用に偏し、訪問看護など医療系サービスの利用はきわめて少ないことが分かった。

基準額超過者の利用サービス割合をみると、通所介護(53.9%)、訪問介護

□2012年度介護報酬改定に向けたメモ

2012年度同時改定は、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスを切れ目なく、有機的かつ一体的に提供する「地域包括ケアシステム」を実現するために以下の視点で対応。なお、以下の点に配慮することが必要。

●基本的な視点

- ・地域で介護を支える体制を構築すること(地域包括ケアシステムの基盤整備)
- ・医療と介護の役割分担・連携により、効率的で利用者にもふさわしいサービスを提供する
- ・質の高いサービスを確保するために利用者・事業者・サービス提供者の努力を促すようなインセンティブを付与すること
- ・認知症にふさわしいサービスを提供すること
- ・地域間・サービス間のバランス・公平性に配慮すること

●配慮すべき点

- ・給付の重点化を図ること
- ・新たな報酬の設定のみならず、既存の報酬の点検を併せて行なうこと
- ・エビデンスに基づいた説得力のある議論を行なうこと
- ・2006年度改定、2009年度改定の検証

要介護・要支援認定の有効期間を延長

2月7日の介護給付費分科会で事務局(厚労省老健局老人保健課)は要介護認定等の有効期間を延長する「介護保険法施行規則の一部を改正する省令案」の骨子を提示、承認を得た。

これは、社保審・介護保険部会が昨年11月30日にとりまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」を踏まえた措置で、要介護・要支援認定にかかわる高齢者の便宜を図るとともに市町村の事務負担を軽減するために有効期間の

上限の一部を延長するというもの。

具体的には、①要介護状態区分の変更認定、②要支援状態区分の変更認定、③要支援認定の更新申請に対する要介護認定、④要介護認定の更新申請に対する要支援認定のいずれについても、有効期間を現行の6ヵ月から12ヵ月に延長する。

老人保健課は、パブリックコメントを経て4月1日施行を目指すとしている。

□認定有効期間 具体的な対応案

申請区分等	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間(改正後)	設定可能な認定有効期間(改正後)	
新規申請	6ヵ月	3~6ヵ月	6ヵ月	3~6ヵ月	
区分変更申請	6ヵ月	3~6ヵ月	6ヵ月	3~12ヵ月	
更新申請	前回要支援 → 今回要支援	12ヵ月	3~12ヵ月	12ヵ月	3~12ヵ月
	前回要介護 → 今回要介護	12ヵ月	3~24ヵ月	12ヵ月	3~24ヵ月
	前回要支援 → 今回要介護	6ヵ月	3~6ヵ月	6ヵ月	3~12ヵ月
	前回要介護 → 今回要支援	6ヵ月	3~6ヵ月	6ヵ月	3~12ヵ月

研修医による過剰投与ミスで薬剤師の過失を認める

東京地裁で判決。「誤った処方に疑義照会を行なう義務がある」

虎の門病院(東京都港区)に入院中に死亡した患者の遺族が、薬剤の過剰投与が原因として、病院開設者である国家公務員共済組合連合会等に約1億円の損害賠償を求めた訴訟で、東京地裁(浜秀樹裁判長)は2月10日、国家公務員共済組合連合会、処方医、関係薬剤師3者の過失を認定、計約2,300万円の支払いを命じる判決を言い渡した。

調剤の誤りによる事故で薬剤師が責任を問われるケースはあるが、今回は、医師の処方誤りを見逃したということで、医師とともに薬剤師にも賠償責任を認める異例の判決となった。

2003年3月には、処方ミスによる抗

がん剤過剰投与によって患者が死亡した事故で、福井地検が医師と薬剤師を書類送検し、立件している。

今回は民事訴訟ではあるものの、疑義照会の義務があるとして、薬剤師の責任をも認定する判決となった。チーム医療推進の議論に影響を及ぼす可能性がある。

当該患者(男性・当時66歳)は肺がんで入院していたが、抗がん剤の副作用とみられる肺炎を発症、担当医(臨床経験3年目の研修医=当時)の指示で、05年10月29日から3日間、1日正規量の5倍のペナンボックスを投与され、低血糖に陥って10日後に死亡した。

病院は事故発生直後に病院の過失を認め、遺族が訴訟に踏み切ったことで、チーム医療の中で誰に責任があるのかが問われる裁判となった。

判決は、「過剰投与と死亡に因果関係が認められる」とした上で、担当医

の誤った用量指示を見逃したとして、調剤役と確認役の薬剤師計3人の過失を認定した。

研修医を指導する医師の責任については、「ミスは単純で研修医個人の問題」と退けた。

第14回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの開催案内

14回目の地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムを開催します。

日時 ● 3月12日(土) 16:00~20:00 (開場 15:30)
 会場 ● 学研ビル(東京都品川区西五反田2-11-8) Tel.03-6431-1001
 参加費 ● 無料

詳細は全日病HP掲載の案内でご確認ください。
 問合せ 全日本病院協会事務局 Tel.03-3234-5165

4疾病5事業の記載基準、国と都道府県がWスタンダード

「4疾病5事業に関する調査報告」医療制度・税制委員会 国に先立って全日病が検証調査。「公的に偏しない統一記載基準が必要」と提起

第5次医療法改正の結果、4疾病5事業については、必要な医療機能とそれを担う医療機関・施設の名称を医療計画に記載することが義務づけられたが、現在に至るも、その実態把握と検証がなされていない。

松寛治委員長）は、各都道府県の医療計画における4疾病5事業の医療連携体制がどのように生まれ、その中で、全日病会員病院の参画状況がどのような状況にあるかについて実状を調査、このほど、その結果をまとめた。

計画が2012年度で終わることから、厚生労働省は昨年12月17日に検討会を立ち上げ、4疾病5事業の医療機能とそれら指標のあり方を含む各課題の検証と見直しの作業を始めようとしている。

その中で、(1) 地域医療を支える民間病院の4疾病5事業への参画状況が十分ではないこと、(2) その背景に、「4疾病5事業毎さらに都道府県毎に病院名記載基準のばらつきがある」とことを明らかにしている。

「4疾病5事業に関する調査報告」(概要) 医療制度・税制委員会

□報告の目的

- (1) 各都道府県の医療計画より、4疾病5事業の策定基準を明らかにする。
- (2) 会員病院がどのように4疾病5事業に参加しているか、また、どうして参加できていないかを明らかにする。

□調査内容

調査1.「各都道府県の4疾病5事業を担う病院名の記載基準」

各都道府県の医療計画をウェブ上で入手し、4疾病5事業を担う病院名を記載する基準を調査した(2010年6月実施)。

調査2.「会員病院に対するアンケート調査」

会員病院を対象に、主に以下の項目についてアンケート調査を行なった(2010年6月実施)。

- ・4疾病5事業のうち、いずれの分野に

参加しているか、また参加したいか・参加したいが参加できない理由は何か、またどのような要件が整えば参加できるか

□調査の背景

●4疾病5事業の定義等

新医療計画制度の目的について、厚生労働省は、①医療計画に、脳卒中、がん、小児救急医療等事業別の具体的な医療連携体制を位置付ける、②医療計画に分かりやすい指標と数値目標を明示し、事後評価できる仕組みとする、ことを主目的にあげている。

4疾病とはがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病を、5事業とは救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療を指す。

4疾病5事業に関する指標と数値目標を具現化する為に、厚生労働省医政局指導課長の通知「疾病又は事業ごとの医療体制について」(2007年7月20日、医政指発第0720001号)は「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」を示し、具体的な医療体制の構築及び計画の作成を指南している。

圏域については、「各疾病及び事業に特有の重要事項に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する」とした。

4疾病5事業の医療体制を構築するにあたり、①必要となる医療機能を明らかにした上で、②各医療機能を担う医療機関等の名称、③数値目標が医療計画に記載される。これらの情報は公開

される為、医療機関にとっては、医療機能がどのように区分され、いずれの機能を担う病院として自院が掲載されるかが特に重要になる。

●4疾病5事業を要件に課す事項

医療機関に視点を移すと、4疾病5事業を担うことは、病院の収入に直結するという点で重要な分野となる。

例えば、2010年の診療報酬改定に伴うDPC包括評価に導入された機能評価係数Ⅱに地域医療指数が組み込まれ、4疾病5事業のうち、脳卒中、がん、救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療への参画が評価されるにいたった。

一方、第5次医療法改正で創設された社会医療法人に関しては、認可要件の1つとして、5事業のいずれかを担うことが必定とされた。

□調査1.「各都道府県の4疾病5事業を担う病院名の記載基準」

●調査の目的と方法

厚生労働省は、医療計画に記載する4疾病5事業について、「医療機関等の名称については、(中略)地域の実情に応じて記載することで差し支えない」と述べている。

地域の実情に応じるとは、つまり4疾病5事業を担う医療機関名の記載基準は、各都道府県の裁量に依る所が大きいということである。医療機関名の記載が各都道府県に任されているということは、その前提となる医療機能の記載基準も異なっていることを示唆している。全国的に統一された基準を用いていないということから、各都道府県の医療機関名の記載基準にばらつきがあることが予測されたので、検証を行った。

●調査の結果

調査の結果、医療機関名の記載基準は必ずしも厚生労働省が提示した医療機能別ではないことが明らかになった。4疾病5事業それぞれの医療機関名記載基準は以下の通りである。

①がん

4疾病5事業の中では、がんが最も多くの記載基準を有していた。最も多くの都道府県で採用されていた基準は、病期別の基準(例/予防・早期発見、専門診療、標準的診療、療養支援)であった(25都道府県)。続いて臓器別の基準(例/胃、大腸、肝、肺、乳、卵巣、子宮)が多かった(17都道府県)。その他では、がん診療連携拠点病院(県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院)を記載している場合もあった(16都道府県)。これら記載基準を病期別や臓器別の基準と重複して採用している都道府県も少なくなかった。

②脳卒中

大半の都道府県が採用している基準は、病期別の基準(例/予防・救護・急性期・回復期・維持期)であった(42都道府県)。その他では、回復期リハビリテーション対応医療機関、t-PAを使用している医療機関等を記載基準に設けている都道府県もあった。

③急性心筋梗塞

大半の都道府県が採用している基準は、病期別の基準(例/発症予防・応急手当・病院前救護・急性期・回復期・再

発予防)であった(38都道府県)。その他では、CCUネットワーク加盟施設等を条件に課している都道府県もあった。

④糖尿病

最も多く採用されていた基準は、病期別の基準(例/初期治療・安定期治療・専門治療・急性増悪時治療・慢性合併症治療)であった(31都道府県)。その他では、専門医や管理栄養士を配置している医療機関、糖尿病教室の開催等を記載の条件に課している都道府県もあった。

⑤救急医療

最も多く採用されていた基準は、重症度別の基準(例/初期救急医療・第2次救急医療・第3次救急医療)であった(42都道府県)。この基準に加えて、救急告示病院名を記載している都道府県もあった(18都道府県)。

⑥災害医療

医療計画を作成していない県を除き、全ての都道府県が災害拠点病院としての認可を記載の条件に課していた。その他の条件としてDMATを有する病院等が挙げられた。

⑦へき地医療

多くの都道府県が採用している基準の1つが、へき地医療拠点病院としての認可である(37都道府県)。その他の条件として、へき地の診療を支援する医療の機能を有する病院や、それに準ずる病院を記載している都道府県もあった。

⑧周産期医療

多くの都道府県が採用している基準の1つが、許認可別の施設(例/地域周産期母子医療センター・総合周産期母子医療センター)である(43都道府県)。その他の条件として、正常分娩を扱う病院、妊婦健診を扱う病院名等を記載している都道府県もあった。

⑨小児医療

多くの都道府県が採用している基準の1つが、機能別の基準(例/一般小児医療・休日夜間小児救急医療・小児専門医療・入院小児救急医療・高度小児専門医療・小児救命救急医療)である(37都道府県)。その他の条件として、相談支援を行う病院名、重症心身障害児施設名等を記載している都道府県もあった。

●まとめ

各都道府県が制定した医療機能の分類とそれに基づく医療機関名の記載基

準は、必ずしも国が提示した指針に則っていなかった。災害医療を除く他の疾病・事業においては、独自の基準を設けている都道府県もあった。医療計画の策定が各都道府県の実情に委ねられた結果、このようなばらつきが生じたといえる。

また、2010年6月時点で医療計画そのものが未整備であったり、疾病・事業が部分的に未整備であるなど、全都道府県の医療機能分類を調査できなかった。

□調査2.「全日病の会員病院に対するアンケート調査」

412病院が回答した(回答率約18%)。脳卒中と救急医療に参加している病院が約50%を占め、最も多かった。

4疾病5事業のいずれの分野においても、DPC非対象病院と比較して、DPC対象病院の方が、より多くの疾病・事業に参加していただけでなく、同時に参加したいとも回答した。

いずれの疾病・事業においても、参加できない理由として最も多かったのは、院内体制の未整備であった。

参加しやすくなる要件としては、院

内体制の整備を除けば、都道府県からの打診、民間病院の参入のし易さ、参加要件の緩和が、今後の参加を促進することが推測された。反対に高機能病院や後方病院との連携は、参加の上で大きな問題にはならないという傾向があった。

なお、災害医療、へき地医療、小児医療、周産期医療については、回答数が著しく少なかった為に、参考程度に留めることにした。

自由記載欄では、公的病院や大病院を中心とした医療提供体制の構築に疑問や異議を唱える回答も見受けられ、中小規模の民間病院の参入が阻まれている可能性が伺えた。

自院である分野の疾病・事業を行っていることは、医療計画に自院名が記載されることには直結していない。ところが別表のように、医療計画に自院名が記載されていないにも関わらず、「参加している」と回答した病院が少なからず存在したことから、医療機関によっては4疾病5事業を熟知していないことが読み取られた。(調査報告の詳細は本紙10月15日号を参照)

■「参加している」と回答したうち、実際に医療計画に記載されていなかった病院数

	参加していると回答した病院数	実際に医療計画に記載されていなかった病院数	割合
がん	111	23	20.7%
脳卒中	200	15	7.5%
急性心筋梗塞	73	4	5.5%
糖尿病	103	6	5.8%
救急医療	192	20	10.4%
災害医療	41	20	48.8%
へき地医療	13	3	23.1%
周産期医療	22	1	4.5%
小児医療	28	6	21.4%

※医療計画において、高度な治療を実施できる医療機関名しか記載されていなかった場合等は、たとえ慢性期の治療を担っていたとしても、病院名が記載されない為、医療計画に記載されていなかった病院に含めた

□考察

病床規制に過ぎないと批判されてきた従来の2次医療圏に対して、4疾病5事業は、それぞれに対する医療提供体制を提示し、これから重点的に整備していく医療を明確化したうえで地域住民に情報提供する点で画期的である。

また、診療報酬において、DPC対象病院の機能評価係数の中の地域医療指数として取り入れられ、病院の収入を左右することになった。さらに新しい医療法人類型である社会医療法人の認可要件としたことも特筆に値する。

しかしながら、都道府県の実情に合わせるという名目で、医療機関が所在している都道府県によって、大きく異

なる基準が適用されている。こうした、都道府県独自の認定・実施と国による一律認定というダブルスタンダードは、病院が存する都道府県によって報酬が異なる問題を引き起こしている。

また、全国の病院の80%を占める民間病院も4疾病5事業に参加する意向があるので、それらの病院が参加しやすくなるように、公的病院・大病院だけを制度の前提としない改善が求められる。

今後、全日病としては、会員病院への医療提供体制に関する情報提供や啓発活動を行いつつ、ダブルスタンダードの解消や、公的病院・大病院偏重の医療提供体制の是正を求めていきたい。

標準化要件満たした医療情報システムの評価を求める

日病協が改定要望 インフラ整備に国の責任を提起。他科受診時算定制限の撤廃も要求

日本病院団体協議会は2月4日に4項目にわたる診療報酬の改定要望を厚生労働省保険局長宛に提出した(1面記事を参照)。

診療報酬に対する日病協の提起は、昨年6月の「エビデンスに基づく入院基本料の算出」を求める要望書に続く第2弾。診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)が昨年7月以降検討してきた要望課題を、半年かけてまとめたものだ。

複数科受診の評価はこれまでも主張してきた病院団体にとって必至のテーマであるが、今回は、新たに、他科受診時算定制限の撤廃、外来リハ管理料

の新設、標準化医療情報システムの評価という課題が取り上げられた。

標準化医療情報システムについては、厚労省が指針とする標準化要件を満たしたシステムを整備稼働させている医療機関を評価することによって、互換性の確保に積極的ではないベンダーの標準化指向を促すべきであるという考え方が背景にある。

実現の可否はともかく、日病協は、医療情報システムの整備を医療機関の問題に矮小化するのではなく、そこに政府の責任と主導性を求めるという見地から、重要な問題提起として、要望項目のトップに取り上げた。

複数科受診の問題については、「すべての診療科について、初診料および再診料の区別なく、また減算することなく算定できること」とし、①全科について、②初再診料問わず、③減算することなく算定されるべきと、具体的な見解を明らかにした。

他科受診についても「出来高払い・包括払いを問わず、診療報酬上の制限を行わないこと」と、受診制限をなくす見地から全面撤廃を初めて打ち出した。記者会見で、猪

口日病協・診療報酬実務者会議委員長は、「病院団体として長く問題視してきた問題であり、本格的な議論の緒につけたいという思いである」と、粘り強く訴えていく姿勢を鮮明にした。



▲日病協は要望書提出後厚生日比谷クラブで記者会見を行なった

日本病院団体協議会 要望書 2月4日

平成22年度診療報酬改定において、診療報酬本体は10年ぶりの報酬増となった。しかし、日本の医療の存続、質向上のためには、改革すべき項目は多く存在する。今回、日本病院団体協議会として、先に要望した「根拠に基づく入院基本料等の算定方式の創設」に続き、下記を要望する。

記

1. 標準化に適合した医療情報システムの整備と活用における診療報酬上の評価について
 2. 同一日の同一医療機関複数科受診について
 3. 入院患者の他医療機関への受診の取り扱いについて
 4. 「外来リハビリテーション管理料」の新設について
- 以下、個々の要望項目を解説する。

1. 標準化に適合した医療情報システムの整備と活用における診療報酬上の評価について

医療情報システムは、国全体の疾病構造の把握、臨床評価指標の活用、個人の健康管理、医療機関相互の情報利用、などにおいて極めて重要であり、早急に整備する必要がある。

現在、日本の医療情報システムは標準化が進みつつあるが、医療全般に普及しているとは言えず、重要な情報が統合できない状況である。しかしながら、各関連企業が情報システムの標準化に協調することで、医療情報の統合は飛躍的に進むと考えられる。

一方、各医療機関は、オンラインレセプトへの対応をはじめ、オーダリングシステム、電子カルテ、画像電子化、などの導入に巨額の投資が必要であり、一定の維持費用も発生する。そして、医療機関から提出された情報は、日本全体の医療政策、保険者機能の強化、さらに医療の質の向上などにおい

て有益な情報となるものであるが、医療機関はその投資に見合う収入が全く得られていない。

このような現状を鑑み、以下を要望する。

【要望事項】

医療情報の標準化によるデータ活用の推進は、日本の医療の質向上に貢献する。また、標準化による情報機器の価格低下も期待できる。

今後の医療情報システムの整備と標準化を促進するため、医療情報標準化指針で示された規格に含まれた、厚生労働省標準規格に適合したレセプト・オーダリングシステム、電子カルテなどの医療情報システムを使用し、標準化されたデータを取り扱う場合、診療報酬上十分な評価が行われることを要望する。

2. 同一日の同一医療機関複数科受診について

医療は、医師の診察に基づく極めて専門性の高い診療が基盤であることは論を俟たない。さらに各科協調による全人的医療の提供は国民のためでもある。しかるに、同一医療機関における同一日の複数科受診については、現在の診療報酬では2つ目の診療科の初診に限り所定点数の100分の50に相当する点数を算定することのみしか認められておらず、医師の技術料を無視した体系となっている。

従って、以下を要望する。

【要望事項】

医師の専門性を活かした各科協調による医療はより高度な全人的医療の提供であり、その個別診療科の専門性は当然評価されるべきである。したがって「同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、すべての診療科について、初診料および再診料の区別なく、また減算することなく算定できること」を要望する。

3. 入院患者の他医療機関への受診の取り扱いについて

入院中の他医療機関への受診の取り扱いは、従来、包括支払病棟では入院料の70%減とされており、今回の平成22年度改定においては、出来高支払病棟でも30%減というルールが明確化された。

しかし、現実にはこのようなルールの下、多くの国民の受療制限が起こっている。例えば、

- ・精神疾患と内科や外科疾患が合併している患者の入院が必要とされた場合、精神科単科の病院で受け入れると、内科や外科疾患の治療費の多くはその精神科単科病院の支出になってしまう。
- ・医療療養病床において、認知症による問題行動がある患者が、長期に渡り精神科に受診し投薬される場合、その治療費の多くは医療療養病床が負担することになってしまう。
- ・包括支払病棟で、白内障・緑内障等の眼科専門領域の疾患を他の専門医療機関で治療する場合、その治療費の多くは包括支払病棟が負担することになってしまう。

ここに例を示したように、現行の入院中の患者の他医療機関への受診取り扱い規則は、国民の基本的な受療の権利を規制している。従って、以下を要望する。

【要望事項】

入院中の患者が、医学的に応じて他医療機関の専門的医療を受ける場合、出来高払い・包括払いを問わず、診療報酬上の制限を行わないことを要望する。

4. 「外来リハビリテーション管理料」の新設について

病態の安定した外来リハビリテーション患者は必ずしも毎回、医師の診察を必要とせず、むしろ療法士による機能回復訓練こそが重要である。

■日病協 診療報酬実務者会議 猪口雄二委員長 (全日病副会長) の話



今回、日本病院団体協議会は、掲載された4点について要望書を提出した。IT関連の評価については、今までにも要望を繰り返してきたが、まったく取り上げられていない。今回は、現在構築されつつある診療情報の標準化を推進するとともに、それに対して診療報酬上評価することを要望した。

同一日・多科受診時の初診・再診料、入院患者の他医療機関受診時の入院料減算等については、もう一度問題点を整理した上で論議し直すべきと考え、要望したものである。

外来リハビリテーション管理料については、すでに中医協で論議が開始されており、定期的な診察における評価・指示で通院リハが行えるよう、病院団体としても中医協の議論に賛同するとともに後押ししたものである。

診療報酬・介護報酬同時改定は、実質的にあと10ヵ月で決まってしまう。今後日病協では、医療・介護にまたがる問題(訪問看護、訪問リハ等)の整理、より具体的な要望へと議論を進めて行く予定である。

したがって、上記のリハビリテーション患者に対して「リハビリテーション処方箋」を出し、一定期間(2週~2か月程度)その処方箋に沿ってリハビリテーションが提供できる制度の創設を要望する。

【要望事項】

上記の「リハビリテーション処方箋」によって、外来リハビリテーション医療を管理する「外来リハビリテーション管理料」の新設を要望する。



あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の

病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

●病院向け団体保険制度

- 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
- 医療施設機械補償保険
- 居宅介護事業者賠償責任保険
- マネーフレンド運送保険
- 医療廃棄物排出事業者責任保険
- 個人情報漏えい保険

●従業員向け団体保険制度

- 勤務医師賠償責任保険
- 看護職賠償責任保険
- 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会

お問合せ (株) 全日病福祉センター
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

厚労省 係数Iを構成する診療報酬項目の追加を提案

DPC評価分科会 調整係数後の医療機関別係数の議論。救急係数は再編か

2月9日のDPC評価分科会に事務局(厚労省保険局医療課)は、1月21日の中医協総会で了承を得た、DPC/ PDPSの調整係数見直し後の医療機関別係数に関する検討の方向を提示した。

その主旨は、
(1)機能評価係数Iを構成する診療報酬項目を追加する
(2)機能評価係数IIについては現行6項目も含めて改めて検討する。その際、医療機関の役割・機能に対するインセンティブとして、①全DPC対象病院が目指すべき医療(透明化、医療の質、効率化、標準化)、②社会や地域の実情に応じて求められている機能(高度・先進性、総

合性、重症者対応、4疾病・5事業等)のような項目を考慮する。

(3)上記にもとづいて係数IIを整理すると、現行6項目のうち、救急医療係数については再考の余地がある。

(4)原則としてプラスの係数とし、段階的だけでなく連続的な評価も考慮する。必要に応じて上限値・下限値を設ける。

以上の考え方に立って事務局は、救急医療係数について、前改定で「救急入院初期の検査等を評価するという考え方から係数が設定されており、医療機関の基本的診療機能(救急医療)のバラつきを評価するという側面も有してい

る」ことから、基礎係数に類した側面があるとして、一部を基礎係数に組み込む可能性を示唆した。

医療課は、1月の分科会と中医協総会への説明を通じて、「次期改定で調整係数が全廃される」という認識を示したが、同日の分科会後のブリーフィングで「それは誤解だ。直ちになくなるわけではない。(その証拠に)今日の資料に“経過措置を別途検討する”と書き込んだ」と釈明、前言を撤回した。

また、同日の資料にある図解では、それまで調整係数が基本的に基礎係数に移行するというイメージであったも



のを、調整係数の一部は機能評価係数IIに置き換えられるというイメージに“修正”された。

調整係数見直しの内容が2年で大きく変わろうとしている上、今後の展望についても曖昧な説明が多く、DPC/ PDPSの改訂作業は混迷を呈しつつある。

調整係数見直し後の医療機関別係数のあり方(これまでのまとめと今後の検討方針)

1月21日の中医協総会での検討の結果、以下のような考え方で今後の検討を進める。

1. 調整係数見直し後の医療機関別係数として、基礎係数、機能評価係数I、機能評価係数IIを合算した値とする方向で検討する。

- (1) 基礎係数
- ①基本的考え方
 - ・それぞれの医療機関群毎の基本的な診療機能を評価
 - ・DPC/ PDPSに参加する病院の診療

機能(施設特性)を反映させるため、DPC/ PDPS参加病院を幾つかの医療機関群に分類

②具体的方法

- ・直近の診療実績(改定前2年間分の出来高)に基づき、医療機関群毎に1件あたり平均償還額により算出

- (2) 機能評価係数。
 - ①基本的考え方
 - ・医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等を反映
 - ・出来高点数体系で評価されている構

造的因子を反映

②具体的方法

- ・医療機関全体として有する機能等に着眼して設定されている出来高点数を医療機関別係数に換算(出来高点数体系で評価されていることが前提)

(3)機能評価係数II(平成22年改定で導入されたものと必ずしも一致しない)

- ①基本的考え方・DPC/ PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価
- ②具体的方法

- ・機能評価係数IIに配分される一定の財源を各係数に按分し、各医療機関の診療実績等に応じて、その配分額を算出
- ・最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算

2. 検討にあたっては、医療機関群の設定方法等を含め、データに基づく具体的な検証を踏まえるものとする。

3. 実際に制度移行する場合の経過措置(激変緩和)については、別途検討を行う。

医療機関別係数のあり方を踏まえた機能評価係数I・IIの再整理(案)

1. 機能評価係数。

機能評価係数Iの考え方の整理から、現行の診療報酬項目の中には、機能評価係数Iとして評価することを検討してもよいと考えられる項目がある。

一方で、これらの点数は、現行では出来高評価(包括範囲から除外)とされているため、これらの見直しについては今後の「DPC/ PDPSの包括範囲について」の整理を踏まえて、改めて検討してはどうか。

例)がん診療連携拠点病院加算、地域加算、離島加算、画像診断管理加算

2. 機能評価係数II

(1) 評価方針

平成24年改定に向けた機能評価係数IIの具体的な項目は、今後、現行6項目も含めて改めて検討する予定。その前提で、これまでの医療機関別係数のあり方の整理等を踏まえ、今後検討する

係数IIの具体的な評価方針を以下のよう

に再整理してはどうか。

【機能評価係数IIの具体的な評価方針(案)】

1. 評価の基本的考え方
係数IIが評価する医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブとして次のような項目を考慮する。係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

(1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

主な視点/医療の透明化(透明化)、医療の質的向上(質的向上)、医療の効率化(効率化)、医療の標準化(標準化)

(2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現(地域における医療資源配分の最適化)

主な視点/高度・先進的な医療の提供機能(高度・先進性)、総合的な医療

の提供機能(総合性)、重症者への対応機能(重症者対応)、地域で広範・継続的に求められている機能(4疾病等)、地域の医療確保に必要な機能(5事業等)

2. 評価の具体的方法論

・一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機関へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。

・原則としてプラスの係数とする。

・DPCデータを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かして、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。

・評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

(2) 現行の機能評価係数IIについて前述の評価方針を踏まえ、現行の機能評価係数II(6項目)を整理すると、以下の通りとなる。

○データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数については評価方針の考え方と合致

○救急医療係数は地域の医療確保に必要な機能(5事業等)について救急医療機能の提供を評価するという観点からは評価の基本的考え方に合致している。一方で、平成22年改定では「包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等を評価する」という考え方から係数設定がなされており、医療機関の(救急医療における)基本的な診療機能のバラつきを評価するという側面も有している。

○以上を踏まえ、現行の救急医療係数について現時点でどう考えるか。

「退院経路で異なる評価」等退院調整の論点を提示

中医協総会 医療・介護について、診療側も次回に論点を提起

2月2日の中医協総会は、事務局(厚労省保険局医療課)が提示した論点(別掲)を受け、医療・介護の連携にかかわる退院調整のあり方について議論した。

論点としては、①入院早期あるいは外来で実施する退院支援計画の評価、②外泊時における訪問看護ステーション等による訪問の評価、③退院後の施設

入所と在宅復帰の別による退院調整の評価を違えること、などがあげられた。

②については在宅医も対象とされる。論点に掲げられた検討課題に加え、鈴木医療課長は、「入院中から在宅関係者と共同で退院後の指導を行なった場合に、在宅療養を担う医療機関の医師・看護師は退院時共同指導料1(1000点=在支診以外は600点)、訪問看護ステー

ションの看護師は退院時共同指導加算(6,000円)をそれぞれ算定できる。しかし、入院の保険医療機関の医師または看護師は退院時共同指導料2(300点)の算定にとどまる上、訪問看護ステーションとの連携ではそれも算定できない」ことなどを例示、「こうしたことをどう考えるか」と問いかけた。

議論の中で、支払側の勝村委員(連合=患者代表)は「医療と介護の全体

に関するグランドデザイン」の策定を厚労省に求めた。

一方、嘉山委員(国立がん研究センター理事長)は診療側を代表して、「医療と介護の問題については、次回の中医協に、診療側として論点を提案したい」と発言した。

このほか、同日の中医協では、在宅医療(仙台往診クリニック川島孝一郎院長)、訪問看護(ケアーズ白十字訪問看護ステーション秋山正子代表取締役)から現場説明を受けたほか、東京大学高齢社会総合研究機構の秋山弘子特任教授が高齢社会の医療のあり方について自説を披露した。

医療・介護の連携(リハビリテーション)にかかわる論点(1面記事を参照)

○リハビリテーションに係る医療保険と介護保険の給付について

2006年度のリハ提供体制の状況を勘案し、状態の維持を目的とするリハについて医療保険で一定の評価を行うこととしているが、医療と介護が連携しつつ、医療保険と介護保険の機能の一層の明確化するために、医療保険においてどのような対応が考えられるか。

○外来時のリハビリテーションについて

外来でのリハ提供時には基本的な診察を前提としていることについて、患者の状態像やリハ提供時の急変時対応体制等の観点からどのように考えられるか。また、定期的な診察を前提とした医師の包括的指示に基づくリハ提供を外来で行うことは可能か。

医療・介護の連携(退院調整)にかかわる論点

○退院後の療養生活支援も含めた詳細な入院診療計画の説明や指導について、丁寧に行うことについてどのように考えるか。また、退院後の生活を見越した退院支援計画について入院早期あるいは外来で行うことについてどのように考えるか。

○入院中からの在宅を担う医療機関や訪問看護ステーション等との連携について、どのように考えるか。例えば、外泊時の訪問看護ステーション等による訪問については現在診療報酬上算定されていないが、どのように考えるか。

○退院後施設に入所する場合と在宅復帰する場合の退院調整の評価についてどのように考えるか。

2010年度「個人情報保護に関するアンケート調査」結果の報告

施設として必要な取組みは年々充実化

5年連続の調査。回答全病院と連続提出病院の間で取り組み状況に差

個人情報保護担当委員会委員 森山 洋

全日病は認定個人情報保護団体としての活動の一環として、個人情報保護法が施行された2005年より、毎年、会員施設での同法への取組みについてアンケートを実施している。

本アンケートは毎年高い回収率である。本年も各施設の個人情報保護担当者のご協力により、回答1,113施設(48.3%)と高い回収率(前年45.7%)であった。

今回は5回目となる、2010年7月に実施したアンケートの結果報告として、(1)提出施設全体群(以下「全体群」)、(2)5年連続提出群(以下「連続提出群」)のそれぞれ前年比較において、傾向と変化が大きい項目を抽出し、その取組みの差について考察を加える。前年比較または2群間比較とも5%以上の差がある場合に「差がある」とした。

アンケートにおける設問1(設立主体、病床数、病床構成)は、両群ともに、変化と傾向に差は見られなかった。

設問2の組織体制整備において、監査責任者の職種については両群に経年変化や傾向の差は見られなかったが、管理責任者については、経年変化では全体群で「医師」が減少しているが、連続提出群では増加傾向(+5.6%)であった。両群比較では、連続提出群で「医師」割合が6.1%高く、「事務職」が5.4%低いという結果となった。

規定整備等対応の設問においては、両群とも規定や情報システムの整備は年々進んできているが、「業者への誓約書」の整備については、全体群のみ減少傾向が見られた。両群を比較すると、

すべての項目で連続提出群の方が整備率が高く、特に、「保護方針」(+6.8%)、「抜粋掲示」(+8.1%)、「システム規定」(+6.9%)、「業者誓約書」(+9.8%)でその差が顕著に表われた(グラフ参照)。

掲示物の場所・方法について前年と比較すると、連続提出群で「受付前掲示」が前年比+5.2%増加したほか、両群ともに「HP(Home Page)に掲載」が増加した。「HPに掲載」について両群を比較すると、連続提出群が+8.3%と、差が顕著に表われた。

情報システムのセキュリティ対策については、両群とも前年比較で「していない」が減少しており、対策としては、とくに「アクセスログ管理」が前年に比べ大きく(全体+13.1%、連続+14.2%)増加している。

個人情報の外部持ち出し制限については、前年比較では両群とも「していない」「文書のみ」が減少した。制限措置では、「メディア使用禁止」が前年から大きく増加(全体+7.4%、連続+8.7%)した。

個人情報保護法施行に際して実施した事項の設問では、前年比較では、連続提出群で昨年まで減少傾向であった「外来患者への個別同意」が+7%と増加した。両群比較では、「保険加入」で連続提出群が+5.4%となった。

院内研修の設問では、「実施率」が経年的に増加傾向をたどっており、両群比較でも同様である。実施時期は、全体群では、「入職時」(+13.8%)、「他の研修会と併催」(+10.3%)が連続群より高かった。

外部研修会への「参加率」は両群とも経年的に減少傾向にあり、「参加率」「主催者別」について両群に差は見られない。

保険加入と苦情に関する設問では、「保険の加入状況」は昨年より引き続き20%強と、若干の増加しているが両群に差はない。「苦情の有無」は経年的変化がなく、両群間の差も見られない。

相談・問い合わせを受けた施設の率は、両群とも2009年に増加に転じたが、2010年は過去最低の10%以下となった。これは利用者側の理解が進んだためであるのかについては、来年以降の動向を分析する必要がある。

診療情報開示の請求については、「診療情報請求有」が両群とも増加、約60%強の施設が開示請求を受けた。「請求者別」をみると、全体群では「弁護士」という回答が連続提出群を7.0%上回ったが、「患者本人」(+5.8%)、「保険会社」(+10.9%)、「裁判所」(+6.0%)とした回答は、連続提出群が全体群を上回った。

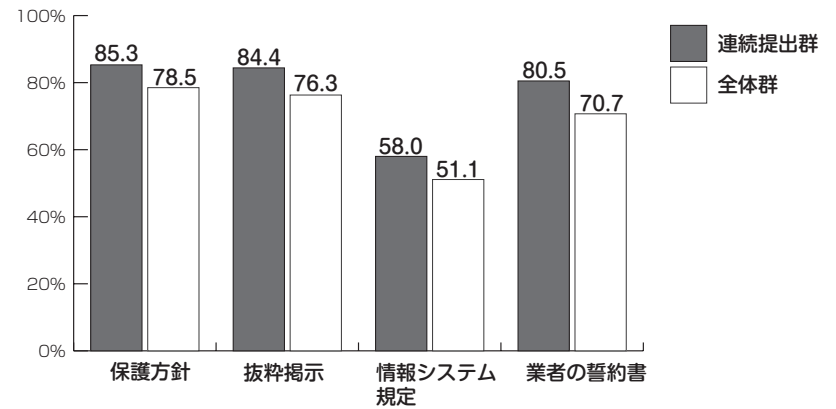
当協会の個人情報保護への取り組みに対しては、「研修会開催認知」度は、連続提出群が全体群比を13.4%、「認定個人情報保護団体としての認知」も16.9%上回った。「活動内容についての認知」も、「よく」「だいたい」を合わせた数値で連続提出群が全体群比より6.7%高い。

【まとめ】

個人情報保護について、施設として最低限必要な取組みは年々充実してきており、利用者側の理解も概ね進んでいると考えられる。しかし、全体群と連続提出施設群の間には、組織的取組等に差が認められる。

委員会として研修会を実施するとともに、本アンケートを継続して行なうことが、会員病院への同法への理解、取組みの改善に寄与していくものと考えられる。本アンケート結果の全文報告は全日病のホームページに掲載されているので、今後の取組みへの参考としてご活用していただきたい。

■規定整備についての設問(両群差5%以上抽出)



2010年度第9回常任理事会の抄録

2010年12月18日

【主な協議事項】

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の9名の入会が承認された。

埼玉県 東川口病院 院長 田辺知宏
 神奈川県 湘南泉病院 理事長 児玉喜直
 新潟県 とやの中央病院 理事長 小林 脩
 長野県 NTT東日本長野野病院 院長 市川 英幸
 大阪府 大阪府済生会茨木病院 院長 曾根 春男
 島根県 東部島根医療福祉センター 院長 伊達伸也
 岡山県 水島第一病院 理事長 平木章夫
 高知県 幡多希望の家 施設長 長岡常雄
 福岡県 あさひ松本病院 理事長 松本信司
 別途退会が6名あった結果、在籍会員数は2,314名となった。

以下の賛助会員の入会が承認された。

新やなぎ健診クリニック(福岡県、代表者・医療法人柳育会理事長 柳 東)

●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

以下のとおり人間ドック実施施設指定の申請が承認された。

◎日帰り人間ドック
 埼玉県 戸田中央総合健康管理センター
 日帰り人間ドック実施指定は477施設。

◎1泊人間ドック
 埼玉県 戸田中央総合健康管理センター
 1泊人間ドック実施指定は27施設。

【主な報告事項】

●医師事務作業補助者研修の北海道開催

本会と北海道病院協会の共催により、医師事務作業補助者研修を2月16日、17日に札幌市内で開催するとの報告があった。

●医療業高齢者雇用に関するアンケート調査の実施

高齢・障害者雇用支援機構より医療業高齢者雇用推進事業を受託している全日病総研として、高齢者雇用の課題や可能性を明

らかにするために、全会員病院を対象にアンケート調査を実施するとの報告があった。

●2012年度 第54回全日本病院学会の開催日程

第54回全日本病院学会(担当神奈川支部)の開催日程が2012年9月21日(金)、22日(土)の両日、会場はパシフィコ横浜に決ったとの報告があった。

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

2010年11月5日付で以下の20会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

◎一般病院
 北海道 東札幌病院 更新
 青森県 八戸平和病院 更新
 茨城県 石岡第一病院 新規
 埼玉県 白岡中央総合病院 更新
 埼玉県 東大宮総合病院 更新
 神奈川県 湘南厚木病院 新規
 京都府 三菱京都病院 更新
 大分県 川島整形外科病院 更新

◎精神科病院
 佐賀県 大島病院 更新
 宮崎県 県南病院 更新

◎療養病院
 奈良県 奈良東病院 更新
 鹿児島県 水間病院 更新

◎複合病院
 福島県 柞病院 更新
 東京都 田無病院 更新
 島根県 加藤病院 更新
 徳島県 美摩病院 更新
 福岡県 夫婦石病院 更新
 熊本県 鴻江病院 更新
 大分県 井野辺病院 更新
 沖縄県 沖縄第一病院 更新

上記の結果、2010年11月15日現在の認定病院は2,550病院となった。そのうち、本会会員は897病院と会員病院の38.81%、全認定病院の35.2%を占めている

2010年度第3回理事会・第10回常任理事会の抄録

2011年1月13日



【主な協議事項】

●2011年度事業計画案・予算案

2011年度事業計画案・予算案が承認された。事業計画案については、2週間以内に文言修正提案を受け付け、修文は西澤会長に一任することになった。

●役員改選日程等

次期(2011年度~12年度)役員選出の日程等が承認された。

●支部に対する調査・聴取活動

本会の公益社団への移行基盤を模索する作業の一環として各支部の現状を詳しく把握するために、公益法人改革対応プロジェクト(猪口雄二委員長)が各支部に対する調査・聴取活動を行なう方針が諮られ、承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の2名の入会が承認された。

東京都 南八王子病院 院長 掛札啓資
 大阪府 枚方公済病院 院長 田中一成
 別途退会が2名あった結果、在籍会員数は2,314名となった。

【主な報告事項】

●奄美地方集中豪雨の被災状況調査報告

10月21日の奄美地方を襲った集中豪雨による下院病院被災状況調査の結果、1会員病院に見舞金を支給することになった旨の報告があった。

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

2010年12月3日付で以下の15会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

◎一般病院
 群馬県 日高病院 更新
 埼玉県 八潮中央総合病院 更新
 埼玉県 武蔵野総合病院 更新
 千葉県 山王病院 更新
 神奈川県 菊名記念病院 更新
 石川県 金沢有松病院 更新

◎精神科病院
 秋田県 秋田緑ヶ丘病院 新規
 宮崎県 国見ヶ丘病院 更新

◎療養病院
 東京都 初台リハビリテーション病院 更新
 佐賀県 佐賀リハビリテーション病院 更新

◎複合病院
 秋田県 市立大森病院 更新
 福島県 かしま病院 更新
 新潟県 長岡西病院 更新
 高知県 高知総合リハビリテーション病院 更新

佐賀県 三樹病院 更新

上記の結果、2010年12月3日現在の認定病院は合計2,543病院となった。そのうち、本会会員は867病院と会員病院の37.47%、全認定病院の34.09%を占めている。

全日本病院協会50周年記念式典 記念講演 (1月13日)

「日本の医療のこれから」 ジャーナリスト 田原総一郎

日本の病院の優秀性を世界に喧伝してはどうか



社会保障の帰趨にかかわる「大きい政府」「小さい政府」の選択

今、民主党は綱領をつくらうとしていますが、しかし、そのことで非常に頭を悩ませています。どういう点で悩んでいるか。資本主義を肯定するのか否定するのかで迷っているんです。では、否定する場合に一体何になるか。社会民主主義というやつです。これは、実は、福祉の問題とか医療に非常に大きく影響しています。

社会民主主義は別に目新しいものではありません。世界の先進国には2大政党がありますが、片一方は必ず社会民主主義です。例えば、英国の保守党は資本主義ですが、労働党は社民主義です。その英国保守党にはサッチャーがいて、それまでの英国の仕組みを壊しました。福祉とか医療とかを含めて、ゆりかごから墓場まで面倒見る仕組みを壊しました。面倒見ない、つまり、競争社会であると。サッチャーは、時のアメリカのレーガン大統領と一緒に、今の新自由主義を打ち出しました。

この思想を代表した経済学者が、「資本主義社会には時々不況があるものだ」と言ったシュンペーターです。不況によって企業が倒産することはとてもいいことだ。時代に合わなくなった企業が倒産するわけで、それによって社会は健全になる。倒産しそうな企業を生かしているといつまでたっても景気がよくなる、というのが資本主義なんですね。

それに対して、やっぱりかわいそうな人は救おうではないか。病気や金のない人のために政府が金を出そうよ。これが社民主義ですね。換言すれば、資本主義というのは小さな政府で、大きな政府、何でも面倒見ようというのが社会民主主義です。

フランスも、社会党が政権をとったり、保守党が政権をとったりしてきた。社民党が長く政権をとってきたドイツも、今は保守党が政権をとっています。どの国にも社民主義と資本主義があって、交互に政権をとっています。

ところが、日本は長い間自民党が一党支配してきました。したがって社民主義と資本主義の区別がなくて、自民党が時には資本主義、時には社民主義

と、両方を交互にやってきたのです。

資本主義といいながら、実は、自民党のやってることは社民だったのです。高度成長というのは、明日は今日より豊かになる、とてもいい時代でした。企業は儲かって大きくなる一方ですから、国の税収は支出よりも多かった。だから、国は国民に分配し続けた、福祉をどんどん重くした。分配とはばらまくことです。あるいは減税をした。減税というのも完全なばらまきです。こうして、自民党は政権を握ってきたのです。

ところがバブルがはじけ、景気は悪くなり、国に入ってくる金はどんどん減ってくる。ところが、高齢化社会になってきていますから、国から出ていく金はどんどん増えていきます。その結果、国に入ってくる金よりも国から出ていく金のほうが多くなったんですね。

ちなみに今年度は、国に入ってくる金は37兆円で、国から出ていく金は92兆円です。つまり、入ってくる3倍出ていっているんですよ。そこで借金を44兆円して、それでも間に合わないというので埋蔵金とかでやっと間に合わせている。皆さんの病院なら倒産です。これが現在の日本の姿です。

収入より支出が多くなったらどうするか。本当ならば、収入を増やすと同時に支出を減らす。つまり増税をすることです。これしかありません。では、支出を減らすということは何か。福祉や医療や教育を切っていく。あるいは、地方へ出す金を切っていくんです。

ところが、自民党は増税ができなかった。たった一回、橋本内閣の時に消費税3%を5%にしたら選挙に負けたことがあり、怖くて増税ができない。かといって、福祉や医療や教育を減らすわけにはいかない。だから支出は切れない。それどころか、高齢社会になってきて、福祉の部分は毎年1兆円ずつ増えていく。どうしたか。どんどん借金をふやして行って、今や900兆と世界一の借金大国になって、もはやこれ以上の借金もできなくなってきた。だから政治が難しい。つまり、民主党がまぬげなんじゃないんです。

患者と医師の関係性のあり方

ところで、最近、新聞や週刊誌が福祉や介護・医療の問題をよく取り上げています。杉並区の中学校在、授業で、中学生にがんの告知をすべきかどうかということを取りあげた討論会が行なわれ、私が司会を頼まれました。本当ならば、こういうことは、医療にかかわっている皆さん方が、中学や高校でやるべきだと思う。

今は変わりましたが、昔は、病気を治す人がお医者さんで、患者は病気を治してもらって側だと思っているお医者さんが多かった。

私の女房は、最初の女房も、2度目

の女房も乳がんで亡くなった。最初の女房ががんになったときに、担当医は「告知をしたほうがいいのか」とたずねたので、当然、告知してほしいと。それで、初期のがんだと言われました。ところが再発しました。再発したら、担当の先生たちは「後は、もうご自由に暮らしてください」と。そんなことはないだろう、再発したってやっぱり、医師には全力を尽くす義務があるんじゃないですか、責任があるじゃないですかって思ったのですが……、今さら言うのはやめましょう。

そこでつてをたどって、別の病院に

頼んだところ引き受けてくれて、再発のがんの手術をしてくれました。ところが手術医は一切説明には来ませんでした。まあ、これは1984年の話ですから……。

ところが、2人目の女房も、また乳がんになって、ある病院へかかった。そうしたら、炎症性乳がんという悪性中の悪性で、もって半年だと。それを、女房に正確に告げるべきかとかどうかで医師も悩んだ結果、炎症性乳がんということは言わないでおこうということになって、手術をしました。

ところが、女房は「乳がんとしか言わないのはおかしい、何か隠している」と疑心暗鬼になりまして、で、退院後にインターネットで調べた結果、炎症性乳がんということに気がついて、怒りました。

「短ければ短いほど精いっぱい一日一日を生きたいんだから、当然言うべきだ」と、そういうことで、その病院

ごと信用をなくしました。それで医師を代えることになりました。

4つの病院に断られました。当時の聖路加病院の中村清吾さんが引き受けてくれました。それまでの私の女房がかかった医師は全部、医師が病気を治すものだ、患者は病気を治されるものだという考え方でした。ところが、中村さんは、病気が医師が患者に学ぶんだという信念を持っていて、患者の言うことをよく聞く。悩みも非常によく聞く。夜中まで患者の言うことを聞いているわけです。

そのお蔭でしょう、半年と言われた女房が5年10ヵ月もちました。すごいなあと思いました。医学というのはそういうものだなとつくづく思います。つまり、科学的な部分もあるのでしょうけど、やっぱり、医師がとて相談に乗ってくれる、コミュニケーションがとれると、免疫力みたいなものが出るのかもしれない。



日本医療の変化に期待する

どうも日本の医療を見ていると、患者と医師・病院が共通の意識を持ち合う上で邪魔がたくさん入っているような気がします。その1つがカルテで、Aという病院で検査をしてもらっても、次にBという病院に行くと、A病院のカルテでは診察をしません。何故か、また、一からやる。こういう、カルテの電子化とか共有化が、まだ成り立っていない。

あるいは、抗がん剤というのは、その人のDNAを調べれば効果のあるなしがわかる。だから、がんに関しては遺伝子の検査をするべきだと思うのですが、この話に厚労省は前向きではありません。恐らく、薬の会社や薬屋さんの団体が背景にあるのでしょう。

かと思うと、例えばアルツハイマーとかの治療薬が日本ではなかなか使えません。最後の人体実験が簡単にはできないからです。そのために、研究者はやっぱりアメリカに行ってしまうんですね。もう一つは、日本では、まだ流通していない抗がん剤を打とうとすると入院代から何から全部健康保険から外れてしまう。こういう部分で、日本の医療界はちょっと遅れているように思います。ぜひ、皆さん方に頑張ってもらって、こういう基本的な問

題を解決してほしいものです。

もう一つ残念なことは、私は日本の医療、つまり病院の腕は相当進んでいると思います。ところが、どうも「日本の病院はだめだ」という話ばかりで、日本の病院は優れているぞという宣伝が世界に行き渡っていない。

例えば、世界の金持ちがシンガポールの病院に集まってきましたが、日本は、こういうことをやるべきだと思うんですよ。世界の金持ちが、日本の医療は優れている、日本は素晴らしいということで、日本にどんどんやってくるようにすればいい。ところがどうも、日本の病院経営者や医師たちは、医師が少ない、小児科が少ない、外科も段々少なくなってくると、「困る」ことばかり言っている。これが海外へ聞こえると、どうも日本はだめだという話になってくる。

私は日本の医療は大したものだと本当に思っています。だからこの医療を世界に広げて、やっぱり世界の患者が日本にやってくるという状況にしたい。皆さんはできる人ですから、そういうことをぜひやっていただきたいということを願っています、私の話を終わらせていただきます。