



全日病 NEWS 5/1

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.777 2012/5/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「基本診療料のあり方」の議論が始まる

中医協・基本問題小委 コスト調査を踏まえて検討。次期改定への反映も視野

中医協は4月25日に2年半ぶりに診療報酬基本問題小委員会を開き、4月11日の中医協総会決定に従って「基本診療料のあり方」に関する検討を始めた。初回とあって、同日は、支払・診療各側が概括的な意見表明を行なうにとどまった。

検討課題は、大きく括ると、(1)コスト調査の実施、(2)それを踏まえた診療報酬のあり方、基本診療料の内容、基本診療料とコストとの関係などの検討、からなる。次期改定へ反映可能な課題についても取り上げていく方針だ。

病院団体がこぞ求めてきた「根拠のある診療報酬」に向けた検討が中医協自身の手で始まったわけで、その意

義ははかりしれない。診療側の西澤委員(全日病会長)は「我々が要望してきた議論によりやく入れる」と、検討の開始を高く評価した。

検討開始に同意したにもかかわらず、支払側は「コスト調査を行なう目的が分からない。何のためにやるのか」(白川委員=健保連専務理事)と、診療側の真意を質した。

さらには、「(改定は)財源の配分をどうするかという中で行なわれ、その結果、最後には基本診療料にも手がつけられるもの。その配分のあり方を考えたいということなのか」とも発言。改定は「財源との関係で決まる点数配分



に過ぎない」とみる立場から、コストデータの活用を期待を寄せる診療側の意図をいぶかった。

これに対して、西澤委員は、「根拠にもとづく改定が行なわれると期待している。例えば、入院基本料は平成12年に入院時医学管理料、看護料や室料・入院環境料が統合されてきた。しかし、それらのうちのどれが変化したかが明らかにされることなく上げ下げさ

れてきた。病院は、基本診療料にキャピタルコストや人件費、材料費等が含まれるとみて、それを踏まえた経営を行なっている。点数を決める上でも同様な視点に立ってほしい」と、その真意を説明した。

その上で、「大変な作業となるが、次期改定までに何をやるかなどスケジュールを定めながら、長い時間をかけて取り組むべきである」と希望した。

基本小委の資料「基本診療料のあり方に関する検討について」

□検討の視点

(1) コスト調査

○コスト調査・分析の意義付け

- ・これまでの議論やコスト調査分科会報告書を踏まえ、コスト調査の意義付けや実施についてどのように考えるか。
- ・原価計算の手法によるコスト把握のほか、基本診療料のあり方の検討に資する方法としてはどのようなものが考えられるか。

(2) 基本診療料のあり方に係る検討の

目的・手段

○診療報酬の構成、機能・役割、水準のあり方

- ・望ましい(点数水準・体系)をどのようなものとするか。
- ・診療内容、地域特性や開設者の多様性がある中で、公定価格としての診療報酬のあり方をどのように考えるか。
- ・出来高・加算算定と包括算定の組み合わせとなっている現状をどのように考えるか。
- ・基本診療料と特掲診療料のあり方を

どのように考えるか。

○基本診療料の評価範囲

- ・基本診療料により提供される医療サービスの内容はどのようなものが考えられるか。
- ・基本診療料の水準と提供される医療サービスに要するコストとの関係をどのように考えるか。

(3) 医業経営データの活用(調査実施小委で検討)

□検討のスケジュール

(1) 検討の視点に関する意見の整理

「検討の視点」について、次期改定に反映することができるものが可能と考えられる事項に関する整理を本年度前半に行う。

(2) 次期診療報酬改定等における対応

- ・次期改定に反映することが可能と考えられる事項についての検討を進める。
- ・その他の事項について、次期診療報酬改定後においても、引き続き検討を行う。

厚労省 急性期病床群の提案を修正

急性期医療に関する作業G 急性期に限った病床類型から、一般病床全体の機能類型検討へ

医療法に書き込む急性期病床群について検討している「急性期医療に関する作業グループ」の4月20日の会合に、事務局(厚労省医政局総務課)は、「都道府県知事が認定する急性期病床群を医療法に位置づける」としてきたこれまでの提案を修正する案を示した。

事務局は、修正案によって膠着しかけていた議論の局面打開を期待したが、一部委員から修正案に対する強い反対意見が示され、同日は具体的議論に踏み込まずに散会した。

認定制として提案された急性期病床群に対しては、医療系委員から、①医療の全体像を踏まえて機能分化のあり方が検討されるべきである、②機能分化は医療機関の自主性に任せるべきではないかなど、多岐にわたる懸念と疑問が投げかけられていた。

修正案はこうした疑問を踏まえたもので、その概要は、(1)急性期に限らず、一般病床に求められる医療機能をそれぞれ類型化していく(位置づけるべき医療機能の詳細は引き続き検討する)、(2)認定制度をやめて登録制度とする、(3)基本的な枠組みは医療法で定めるが医療機能の類型や基準は省令等で定

めるなどより柔軟な仕組みと弾力的運用を検討する、というもの。「登録」の対象は基本的に病棟である。

修正案は、漠とした一般病床が果たしている機能を洗い出してそれぞれカテゴライズしていくという点で、急性期病床の類型化を先行させる当初案とは異なる。ただし、法的な枠組を設けることは共通しており、したがって、各医療機関はそれに縛られるという点で両案は変わりはない。

「認定」と「登録」の違いについて、池永総務課長は「公的に確認する、すなわちお墨付きを出すのが認定であるが、後者は、ある事実を公的に把握すると

いうことになる」と説明。ただし、「登録」であっても一定の基準は必要になると言明した。

一般病床の機能分化を支持する見地から議論を進めることに賛成している病院団体の委員は、事務局の修正案を議題の1つとして受け止めている。ただし、医療法等で細かく縛る発想には反対する姿勢を堅持している。

事務局は「意見とりまとめが可能であれば、それが時間的に間に合うのであれば、国会の医療法改正に加えたい」(徳田医療政策企画官)と早期の合意にこだわっているが、議論を急ぐ余りに急性期の定義など共有されるべき認識の積み重ねができず、議論は堂々巡りに終始していた。

作業グループの会合は6回目となるが、同日も、機能分化の現状認識などをめぐって議論が錯綜した。こうした状況に、西澤構成員(全日病会長)は、「機能

分化の現状認識と問題所在の把握、将来に向けた改革課題など基本レベルで認識が食い違っているし、その辺りの議論すらなされていない。一度議論を戻さないと先に進めないのではないかと苦言を呈した。

その上で、急性期医療機関の整備を進める上で都道府県による関与を歓迎する意見に対して、「都道府県による関与は良し悪しである。提供体制の地域格差を平準化することは我々も望むところであるが、これを都道府県の関与で進めても事態は改善しない。別の方法で押し進められなければならない。そこには、医療団体や保険者なども積極的に参加しなければならない」と述べ、医療現場の自律的な対応を無視して法制化を急ぐことへの懸念を表明した。

一方で、一般病床の機能を洗い出す作業では、亜急性期病床をめぐる実態把握や分析も粗上になることが考えられる。

議論の展開によっては、「地域一般病床」や一体改革に書き込まれた「地域一般病床」「地域に密着した病床」が取り上げられる可能性もあるなど、時間をかけた議論が求められるところだ。

清話抄

「救急と在宅への対策」

医療介護同時改定において、診療報酬は0.004%のプラス改定となった。医科は、平成22年度が1.74%4800億円(全体で0.19%)のところ、24年度は1.55%4,700億円と前回改定とはほぼ同額の引き上げであるとの説明が厚労省よりあった。

連携医療と加算そして在宅医療へ大きくバイアスのかかった改定という評価

が多いが、今回は中小病院への配分も考慮され、また、在宅への誘導は序の口だそうだ。

DPCⅢ群病院の基本係数は1.0418と決まり、それぞれの病院の暫定調整係数や機能評価係数Ⅱも発表されており、全体では約8%上がるが、薬価引き下げ分4%を差し引くと、最終的には4%程度の上方改定と予測されている。

社会保障・税一体改革素案が示す医療・介護機能再編(将来像)のB3シナリオは、いつの間にか、2025年の医療介護サービス提携の骨格的なイメージ図

となりつつある。そして、今話題の中心は、急性期病床の定義であろう。

5:1看護や県の認可でベッド数が決まるなどいろいろ議論されているが、結局は緊急手術や短か目の在院日数で括られそうだ。現在救急医療を支えている中小の2次救急病院も、思い切った救急体制の強化を強いられるかもしれない。

また、在宅医療に向けた課題として、いわゆる病診連携による大病院志向の流れは定着したようだが、急性期後のDPC病期Ⅱ期での連携を模索した病病

連携や、すでに在宅医療や看取りで先行している在支診と在支有床診の連携に、急変時の緊急入院に対するベッド確保など新たに在宅支援病院が加わった連携を構築する必要がある。

さらに、県によっては地域医療再生基金などでIT化による診療情報ネットワークシステムの構築などが進められており、やはり電子カルテ化も必須となろう。消費税増税や耐震化対策など本当に厳しい状況下ではあるが、やるべきことはうんざりするほど多い。

(佐)

主張

超高齢社会の日本だからこそ、世界に先駆けて、高齢者の定義を70歳に変えてはどうか。

65歳が高齢者の定義になったのは日本では1965年の国勢調査からとなっている。国連の報告書は65歳が高齢者と1956年に定義している。1965年の日本人の平均寿命は男68歳、女73歳である。

2009年には男80歳、女86歳となっている。1965年から2009年の44年間に男12歳、女13歳程寿命がのびている。そこで、現在65歳以上が高齢者となっているのを、70歳以上を高齢者とするように提案する。

これで計算すると、2011の高齢化率は23.4%から17.3%に減る。また、

高齢者1人を支えるのに必要な生産年齢人口(生産年齢人口)は2.7人から4.1人となる。2025年では高齢化率は30.5%から24.6%に、高齢者1人を支えるのに必要な生産年齢人口は2.0人から2.7人となる。

高齢者の定義をかえることによって2025年になっても高齢化率、高齢者1人を支えるのに必要な生産年齢人口は2011年と同じことになる。その結果、日本が超高齢社会であるという呪縛から解放され、将来への不安が大きく減る。不安がなくなれば消費も増える景気の改善が望めるで

あろう。

そのためには70歳まで働ける社会の創造が必要である。働いてもあまり年金が減らないような年金の支払い体制の検討、勤務体系の検討が必要になる。働きがいのある職場づくりや労働の種類や分担の見直しが必要となる。職場全体の理解と協業の精神が重要となる。

生産年齢人口が増加することで、人材不足にあえぐ医療・介護の大きな担い手となる可能性が大きい。

国は2011年6月に社会保障・税一体改革で2025年医療供給体制のビジョ

ンを出しているが看護・介護者の数が100万人単位で不足するのに、この対策を全く論じていない。医療労働者の充足を担うのは65歳以上の人々と、女性労働者の働く環境の整備しかない。日本人の労働力を確保することで、いま失われようとしている日本の文化や食生活を守ることにもなる。

超高齢社会の日本が、世界に先駆けて高齢者の定義を70歳以上とすることを実践、かつ、提案してはどうか。(K)

改正法案 短時間労働者の年金・健保適用拡大を盛り込む

医療保険部会

週20時間、月額7.8万円、勤続1年、従業員501人を超える事業所労働者が対象

4月18日の医療保険部会に、事務局(厚生労働省保険局総務課)は、通常国会に提出した医療保険制度関連法案の内容を説明した。

それによると、厚生労働省が今国会に提出した法案は4月13日現在で11本。そのうち、国民健康保険法の一部改正法案には市町村国保財政運営の都道府県単位化を進めていく措置が、国民年金法の一部改正法案には短時間労働者の厚生年金・健康保険適用拡大(2016年4月施行)と産休期間中の保険料免除(2年以内の政令で定める日から施行)が盛り込まれた。

産休期間中の保険料免除は、申し出にもとづいて事業主と被保険者の保険料をともに免除するというもの。

国民健康保険法の一部を改正する法律案の概要

(1) 財政基盤強化策の恒久化

2010年度から13年度までの暫定措置である市町村国保の財政基盤強化策(保険者支援制度及び都道府県単位の共同事業＝高額医療費共同事業及び保険財政共同安定化事業)を恒久化する。
* 財政基盤強化策として公費2,000億円を投入

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

市町村国保の都道府県単位の共同事業(保険財政共同安定化事業)について、事業対象を全ての医療費に拡大する。
* 共同事業の実施により、財政負担の市町村間格差が最大100から50に縮小する。

(3) 都道府県調整交付金の割合の引上げ
都道府県の財政調整機能の強化と市

短時間労働者については、現在週30時間以上が対象のところ、改正法によって、①週20時間以上、②月額賃金7.8万円以上(年収94万円以上)、③勤務期間1年以上、④従業員501人以上の労働者にまで適用拡大される。

適用を受ける対象者数は約45万人。対象者は「3年以内に拡大する」と法律に明記される。

国民年金法の一部改正法案は6項目の改正を取り上げているが、短時間労働者への適用拡大と産休期間中の保険料免除以外は「税制抜本改革により得られる税収(消費税収)を充てる」とされている。したがって前出2項目は、成立すれば、消費税率引き上げがなくても施行される。

町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げる。
* これに伴い国庫負担の定率を給付費等の34%から32%に引き下げる。

(4) その他

恒久化までの間、財政基盤強化策(暫定措置)を1年間(14年度まで)延長

「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律案」から

●短時間労働者に対する厚生年金・健康保険の適用拡大(2016年4月施行)

1週間の所定労働時間または1ヵ月の所定労働日数が、同一の事業所に使用される通常の労働者の4分の3未満であるもののうち、次の要件に該当するものは厚生年金保険・健康保険の被保険者とする。(経過措置として、当分の間従業員501人以上規模に限る)

- ・1週間の所定労働時間が20時間以上であること
- ・当該事業所に継続して1年以上使用されることが見込まれること

する等、所要の措置を講ずる。

●施行期日(適用日)

- (1)及び(2)は15年4月1日。(3)及び(4)は12年4月1日。

- ・報酬(最低賃金法で賃金に算入しないものに相当するものを除く)の月額が7万8,000円(年収94万円)以上であること
- ・学生等でないこと
- *対象者数約45万人(3年以内に対象を拡大する＝法律に明記)

●産休期間中の厚生年金・健康保険等の保険料免除(2年を超えない範囲内で政令で定める日から施行)

産前産後休業期間について、申し出により、事業主および被保険者の保険料を免除する。

医療法人役員が営利法人役員を兼務できる条件を整理・確認

厚生労働省は3月30日付で「医療機関の開設者の確認及び非営利性の確認について」(平成5年2月3日総第五号指第九号健康政策局総務課長・指導課長連名通知)を改正、それにとまう関連

通知の改正を同日付で実施、当該通知を各都道府県宛に発出した。

この改正によって、医療機関開設法人役員が営利法人等役職員を兼務できる条件があらためて明確にされた。

政府の「規制・制度改革に係る方針」(2011年4月8日閣議決定)にもとづいて、社会保障審議会医療部会(3月7日)で審議された結果を踏まえて措置されたもの。

同日の医療部会でできた、①医療法人による他医療法人への融資を医療機関債等の限定的条件で認める、②医療法人の合併手続について都道府県(医療審議会)の迅速対応を図るという方針は追って施行される。

医療法人役員が営利法人役員を兼務にかかわる「平成5年通知」の改正内容は以下の通り。

「医療機関の開設者の確認及び非営利性の確認について」(平成5年総第5号・指第9号)の改正箇所(施行通知)3月30日付医政総発0330第4号・医政指発0330第4号

第一 開設許可の審査に当たっての確認事項

1 医療機関の開設者に関する確認事項

(2) 開設・経営の責任主体とは次の内容を包括的に具備するものであること。

③ 開設者である個人及び当該医療機関の管理者については、原則として当該医療機関の開設・経営上利害関係にある営利法人等の役職員を兼務していないこと。

ただし、次の場合であって、かつ医療機関の非営利性に影響を与えることがないものであるときは、例外として取り扱うことができることとする。また、営利法人等との取引額が少額である場合も同様とする。

・ 営利法人等から医療機関が必要とする土地又は建物を賃借する商取引があ

る場合であって、営利法人等の規模が小さいことにより役職員を第三者に変更することが直ちには困難であること、契約の内容が妥当であると認められること、のいずれも満たす場合

④ 開設者である法人の役員については、原則として当該医療機関の開設・経営上利害関係にある営利法人等の役職員を兼務していないこと。

ただし、次の場合(開設者である法人の役員(監事を除く)の過半数を超える場合を除く)であって、かつ医療機関の非営利性に影響を与えることがないものであるときは、例外として取り扱うことができることとする。また、営利法人等との取引額が少額である場合も同様とする。

ア 営利法人等から物品の購入若しくは賃貸又は役務の提供の商取引がある場合であって、開設者である法人の代表者でないこと、営利法人等の規模が小さいことにより役職員を第三者に変更することが直ちには困難であること、契約の内容が妥当であると認められること、のいずれも満たす場合

イ 営利法人等から法人が必要とする土地又は建物を賃借する商取引がある場合であって、営利法人等の規模が小さいことにより役職員を第三者に変更することが直ちには困難であること、契約の内容が妥当であると認められること、のいずれも満たす場合

ウ 株式会社企業再生支援機構法又は株式会社東日本大震災事業者再生支援

機構法に基づき支援を受ける場合であって、両機構等から事業の再生に関する専門家の派遣を受ける場合(ただし、開設者である法人の代表者とならないこと)

(3) 開設・経営に関する資金計画については、次の内容を審査すること。なお、資金計画は、医療法施行規則第1条の14第1項第5号の「維持の方法」を確認するものであり、「開設後2年間の収支見込」等の資料とする。また、医師が病院を開設する場合においても同資料の提出を求めることが望ましい。

なお、開設者が医療法人の場合にあつては、同規則第31条第7号をもって代替することができるものであること。

56行為について分類。その52%が「特定行為」に該当

看護業務検討ワーキンググループ 特定能力認証のカリキュラム案を並行検討。「法改正の準備は整った」

看護師特定能力認証制度の設計について検討を進める「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」は4月23日、一定条件で看護師が実施できる医行為(特定行為)の範囲を定める作業として、第1次分56行為の具体的な分類案について検討した。

56行為は2010年夏に実施した看護業務実態調査の203項目から先行的に抽出したもの。同調査を担当した前原委員(防衛医科大教授)等の手で分類され、たたき台として示された。

各項目は、A(絶対的医行為)、B1(行為の難易度が高い特定行為)、B2(判断の難易度が高い特定行為)、C(一般の医行為)、D(さらなる検討が必要な項目)、E(医行為には該当しない項目)のいずれかに区分され、その結果、A=1項目、B1=14項目、B2=15項目(「B2またはE」とされた2項目および「B2またはC」とされた1項目を含む)、C=18項目、D=3項目、E=5項目という分類となった。

このうち、B1とB2の29項目が特定行為の候補となる。その割合を単純に203項目にあてはめると、約半数の105項目が特定行為になるとも類推できる。

同日のWGは、56行為の分類案そのものよりも特定行為分類の方法論などをめぐる議論がもっぱら議論されたが、事務局(厚労省医政局看護課)は分類作業の第一工程が終了とみなしている。事務局は、同日のWGに、特定能力

認証を得るための資格となる養成カリキュラムのイメージ案をも示した。

この案も同日は説明に終始したが、事務局は分類案ともども検討作業の俎上にのぼったと認識しており、次回以降、第2次分類結果およびカリキュラム

の具体案を提示して並行議論を重ねていく方針だ。

事務局は、看護師特定能力認証制度についてはすでに保助看法に書き込む枠組が固まったとしており、WGで特定行為分類の議論が始まったことか

ら、省令通知で定める各論についてもゴールがみえつつあると評価。「政府が提出せよといったら改正法案は出さざるを得ない」(事務局高官)とする一方で、法律ベースの審議手続きは概ね道筋がついたとの認識を披露した。

神野委員「他職種との整合性を確保しなくてよいか」 チーム医療における分担議論を看護師の視点のみで進めることに疑問

4月23日の看護業務検討WGで、神野委員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)は、チーム医療の名の下で看護師に限定した議論に終始している現状に「違和感を覚える」と疑問を呈し、「他専門職を呼んで意見を聞くなりして、他職種との整合性を図ってはどうか」と提案した。

同日示された医行為分類案で、「単純X線撮影の画像評価」は「E(医行為に該当しない)」とされた。これについて、事務局は「最終的には医師が確認するものという前提からこう判断したもので、決して誰がやってもよいというわけではない」と釈明したが、「CT、MRI検査の画像評価」も「B2またはE」とされるなど、診療放射線技師による画像読影の1次評価がおしなべて「医行為に該当しない」と定義される可能性がある。

しかし、読影の補助は2010年の医政局長通知で診療放射線技師が実施できる行為に位置づけられている。「医行為に該当しない」とすると、前出局長通

知は、わざわざ、診療放射線技師に、医行為でない行為を業務としてできるとして注意喚起したことになる。

こうした評価に「違和感を感じる」とした神野委員は、逆説的に、「であれば診療放射線技師に(照射以外の)どういう医行為が可能なのか親のチーム医療推進会議で考えていただきたい」と注文した。診療放射線技師が参加していない看護業務を検討する場で、診療放射線技師の医行為該当の有無が議論されていることへの、チーム医療を案じる立場からの批判である。

一方で、前出局長通知はカテーテル採血を臨床工学技師の業務として認めているが、特定行為の分類案は「動脈ラインからの採血」を「一般の医行為」に区分している。あるいは、臨床検査技師法で臨床検査技師の業務の1つにあげられている採血について、「臨床工学技師については政令で静脈に限るとされている」(事務局)ということから、分類案は「直接動脈穿刺による採



血」を特定行為に位置づけた。

このように、医療関連職の行為を1つ1つ取り上げていくと、看護師を含む他専門職の業務と重なったり、近接するケースが少なくない。

チーム医療を推進させる視点からの議論だからこそ、医行為という視点から看護業務の1つ1つを定義・評価する作業は、看護師と他職種の仕事範囲と分担の関係を整合的に整理する作業と並行されるべきであると思われるが、神野委員の提起に、特定行為の確定を急ぐ委員の反応は鈍いものがあった。

「2010年の医政局長通知にある薬剤師の業務も医行為から外されるのか」と疑問を投げかけた神野委員は、あらためて、「この際、他専門職の医行為についても同時並行で見直していくべきではないか」と提案、禍根を残さない議論を求めた。

審査支払機関の統合問題が再び俎上に

医療保険部会 衆院委員会の決議が検討を求め、厚労省が提案

社会保障審議会医療保険部会が4月18日に開かれ、事務局(厚労省保険局保険課等)は審査支払機関の統合問題を提案、議論を求めた。同日の部会は事務局による資料説明にとどまった。

審査支払機関の統合問題は、かつて、行政刷新会議や規制改革会議からの指摘を受けて検討会で議論された結果、その「中間的整理」(2010年12月10日)で「統合と競争の観点から引き続き検討する」という「結論」が出ている。

今回、再度の議論が提起されたのは、昨年12月8日の衆議院決算行政監視委員会が行なった「行政監視に基づく事業の見直しに関する決議」に、「社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会統合に向けた検討を速やかに進めるべきである」と書き込まれたため。

同決議には、「レセプト審査に係る民

間参入の環境整備」と「労災診療費のレセプト審査事務の支払基金等への委託についても検討を進めるべき」と記された。

決算行政監視委員会は、代表的保険者には反対意見が強いことなどをあげて統合には慎重であるべきとの見解を

示した厚労省に対して、「全国の保険者にアンケートをとるべきである」と明記するなど、強い姿勢で統合の検討を求めている。

同決議は6ヵ月以内の回答を厚労省に求めているため、事務局は、遅くとも6月内のとりまとめを予定しており、並行して3,500にもものぼる保険者に対するアンケート調査に着手している。

中医協総会 12年度実施特別調査の方針を決める

4月25日の中医協総会は、診療報酬改定結果検証部会が行なう2012年度診療

報酬改定の結果検証調査のうち、12年度に実施する特別調査の方針を了承した。

□2012年度診療報酬改定結果検証調査の項目(ゴシック部分が12年度の特別調査)

- (1) 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査
- (2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善についての状況調査
- (3) 歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価についての影響調査

- (4) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査
- (5) 訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査
- (6) 慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況調査
- (7) 在宅における歯科医療と歯科診療

12年度の検証調査は全部で10項目からなる(別掲)。そのうちの6項目を前倒して12年度内に実施、その結果を次期改定に向けた議論に供するというもの。

- で特別対応が必要な者の状況調査
- (8) 維持期リハ及び廃用症候群に対する脳血管疾患等リハなど疾患別リハに関する実施状況調査
- (9) 医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査
- (10) 後発医薬品の使用状況調査(当調査は12年度と13年度の両年に実施する)

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

〈称号〉メディカル クラーク

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、35年余にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- 〈実技Ⅰ〉患者接遇
- 〈学 科〉医療事務知識
- 〈実技Ⅱ〉診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

〈称号〉医事業務管理士

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する、平成23年度より開始の試験です。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- 〈実技Ⅰ〉患者接遇・院内コミュニケーション
- 〈学 科〉医事業務管理知識
- 〈実技Ⅱ〉診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

〈称号〉ドクターズクラーク 【主催】社団法人 全日本病院協会 財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- 〈学 科〉医師事務作業補助基礎知識
- 〈実 技〉医療文書作成

●試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

(財)日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923
●03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

地域で役割を果たす中小病院が係数Ⅱで初めて評価

基礎係数の割合が大き過ぎる。係数Ⅱの割合がもっと大きくてよい

神野 2012年の診療報酬改定でDPCの仕組みが大きく変わりました。そこで、DPC対象病院の立場から、12年改定のDPCについて総括を試みたいと思います。

金田 今回改定におけるDPC制度の特徴的变化は、医療機関の質だけでなく、医療提供体制の質にも目が向けられたということではないでしょうか。これは画期的なことだと思います。すなわち、個々の医療機関の質だけでなく、地域あるいは医療圏における医療提供体制の質を問う、そういう視点が初めて入ったということです。

神野 機能評価係数Ⅱのことですね。それに加えて、基礎係数に医療機関群が導入されました。

美原 医療機関群の議論は「一体改革案」と並行して出てきました。その中の、2025年の病床機能分化のシミュレーションでは、高度急性期ということで18万の病床が予測されています。これは医療機関群ⅠとⅡを合わせた数に一致する訳ですが、結局、医療機関群Ⅱは90と限られた病院とされ、ほとんどの病院はⅢ群に位置づけられました。

金田 医療機関の話は去年1月13日のDPC分科会に事務局案として出てきました。10年の12月までその議論はなかったように思います。機能類型で分けるということで、最初はA群、B群、C群ということでしたが、はなからA群は特定機能病院、のちの大学病院本院とされ、やがて、それ以外の病院をどう分けるかという議論の中で、「医師密度や診療密度の高い病院」を2群、「それ以外」を3群とする方向が打ち出されたわけです。

永井 どんな議論があったんですか。

金田 文科省の今後の医学部定員の在り方等に関する検討会や社会保障審議会医療部会の議事録を読んでいくと、大学附属病院への運営費交付金が減らされ、それを補填するために診療報酬で賄っていく仕組みにしていることが問題ではないかという議論がありました。このことが医療機関群設定の背景にあるのではないのでしょうか。

神野 大学病院に関して、我々は、研究や教育というもので診療報酬でみるのは疑問で、文部科学予算で研究教育をすべきじゃないかと思いますがね。

美原 事務局(厚労省保険局医療課)は当初、医療機関群について「DPCに沢山の病院があるが、それぞれの病院にはいろいろな機能がある。それを、国民の視点で分かるように看板をつける」と言

っていたんです。「医療機関群によって診療報酬が変わるものではない」とも。

金田 先生が指摘された、大学病院について「教育は非常にお金がかかる。そこを何とかみるべきである」という意見は、DPC分科会でも大学系委員から再三出ました。もちろん、それは診療報酬でみるべきものなのかという意見もあったのですが、結局は、教育も保険診療で賄うべきだという意見が分科会の趨勢になってしまった。ということで、大学病院本院は最初からⅠ群として位置づけられた。その次に出てきたのがⅡ群の話で、この位置づけについては「大学病院に準ずる」とされたのです。

永井 Ⅰ群が大学病院の教育云々でしかたがないというのであれば、では、Ⅰ群とⅢ群の2区分でいいのではないかとこの考えもある。

金田 Ⅱ群とⅢ群を1つにしたらどうかという意見もありましたね。

美原 「国民目線でどのような病院かが分かる看板だ」といいますが、Ⅲ群には、地域の中核の病院から専門病院まで、余りにも種々雑多な病院がある。それが全部同じ評価というのはどうなるだろう。余り細かく分けるのはどうかと思いますが、Ⅲ群を、それぞれの病院の機能によっていくつかの病院群に分けることがあっていいと思います。ところで、いわゆる有名病院で、Ⅱ群に入るとみられていた病院が意外に入っていないですね。

神野 有名病院ということで地域からたくさんの方が受診する、したがって軽症の患者も大勢来ているということが「高診療密度」の評価に響いたようですね。一方で、専門特化型でⅡ群に入った病院もある。「大学病院に準ずる」という位置づけからいうと、疑問が残るところかもしれませんね。

永井 それは、初期の理念と違って来たということではないですか。

美原 Ⅱ群の決め方は、今後、見直される可能性があると思いますね。一方で、Ⅰ群である大学病院が全部一律でいいのかという意見もありました。例えば、都市部と違って、地方の大学病院は地域の基幹病院的な役割も果たしているなど、一律ではないのではないかと。

金田 岡山県について、Ⅰ群の川崎医大、岡山大学とⅡ群の2つの病院で機能評価係数Ⅱを比較してみたところ、係数ⅡはⅡ群のほうが高く、むしろ大学の方が低いです。係数Ⅱ群だけの比較ですけどね。全体で見るとやっぱり大学が圧倒的に高い。

Ⅱをたくさんつけてやるべきですね。

美原 そう思いますが、機能評価係数Ⅱと比べると基礎係数の割合が大変大きいので、係数Ⅱが高くても、それほど収益に影響を与えないように思います。

これは自院のデータですが、医療機関別係数のうち基礎係数が73%と、比重がとて大きいのです。係数Ⅰというのはストラクチャーです。基礎係数もほぼストラクチャーの大きな病院でないといけない。で、パフォーマンスをみる係数Ⅱはただかか2%なんですよ。これだけ基礎係数の割合が大きいと、Ⅲ群の病院はどんなに頑張っても浮かばれないのではないかと感じます。

神野 やっぱり機能でみていくのが本筋ではないかと。

金田 我々の立場にすれば、やはり、係数Ⅱが大事だと思います。

美原 こういうデータもあるんです。脳梗塞のDPC点数は18年以降毎年減っているんです。それでも当院では係数Ⅱが高いので医療機関別係数を加えることによって何とか前年度並みの収益が確保されるくらいになる。ところが、当院の脳梗塞の平均在院日数9.3日で計算すると減収になってしまうので、収益を考えれば在院日数を伸ばさないとやっていけない。だから、機能係数Ⅱは大事だけれど、それだけではどうにもならないんです。

永井 要するに機能係数Ⅱが高くてもお話にならない。基礎係数が高くなければ在院日数に頼らざるを得ないという話になるわけですね。

神野 というような問題点があることを踏まえると、これからの攻めどころが見えてくるのではないのでしょうか。

金田 DPCの係数で個々の病院の質は分かります。しかし、医療圏あるいは地域で、それぞれの病院がどういう役割を果たしているかということを考えると、いくら、自院の質を上げていったところで、役割がなくなったら存在できなくなってしまいます。しかも、都市圏と地方で事情はまったく違うわけです。しかし、係数を個々に分析していけば、その答え、つまり、地域で果たす役割をより適正に評価する方法が必ず出てくると思います。

美原 それにしても、データがないと何も言えません。地域という面もあるかもしれない、あるいは、中小病院としてどうであるかという切り口もあるかもしれません。

神野 全日病の会員でDPC対象病院は10年度で392あります。今回改定の影響ということで、医療機関別係数の前回との比較とか、これらの病院からデ



出席者(写真左から)
社会医療法人緑社会金田病院 理事長・院長
金田道弘(DPC評価分科会委員)
(株)日立製作所ひたちなか総合病院 院長
永井庸次(全日病理事)

ータをいただいて発表したいものです。中小病院が多い全日病のDPC病院はどうなったかと。

金田 全国の病院数の7割を占める中小病院という視点に立てば、全日病にはプライオリティーがあります。

永井 392病院の全国レベルのデータは出る。でも、それを、全日病のDPC参加病院のデータを含めて、地域という視点からどう分析していくか…。

美原 今後の問題ですが、Ⅰ群は動かし方がない、Ⅱ群については、恐らく見直しがあることでしょう。しかし、Ⅲ群をどうするのかという問題は残ります。やはり、基礎係数のあり方をもう一度検討し、Ⅲ群の中で各病院の機能による分類をしないといけないのではないのでしょうか。我々は、例えば、地域の中核の病院や専門病院など、病院の機能をデータによって明らかにして、その上でモデルをつくって、提言していかねばならないと思います。

永井 それには、やはり、基礎係数と機能評価係数Ⅰ・Ⅱがどういう関連づけになっているかというのをもう少し明確化出来るように、しっかり議論しなければなりません。それがまだできていないと思うんです。

美原 できていないように思います。

永井 本当はそこが一番大事なんですよ。全日病としてマスのデータを取って見て、基礎係数とⅠ・Ⅱがどうなっているのかという辺りを地道に出していけば、Ⅲ群の中である固まりができてくる。それが、地域の中核でもあるし、専門特化の病院でもあるしということかもしれない。

金田 それにはシェアを見れば分る。やはり、シェア分析が大事になってくると思うんです。

DPCは医療計画とリンクしていく

神野 これは単にDPCだけでなく、医療制度全体とリンクしてくる話かと思いますが、今、全日病会員の中小病院で非常に多いのは非DPCの一般病床・病棟です。この病院は今後どうしたらいいのか。DPCのⅠ群・Ⅱ群が高度急性期に相当することは明白です。今改定で看護必要度の要件が7対1と10対1のツールとして重視されたように、これからは高度急性期の病床を絞っていくという方向がみえます。では、Ⅲ群病院の7対1と10対1、さらには非DPCの一般病棟はこれからどうすべきかという課題が出てきます。

永井 そこまで絞り切れるかという点もあるのではないのでしょうか。

金田 下手に絞ると地域医療が崩壊す

るところが出てくるかも知れません。その結果、一体改革の「地域一般病床」を考えると流れになるのかどうか。

神野 非DPCで一般病院として残るならば、全日病の「地域一般病棟」もありではないのでしょうか。もしかすると、このDPCⅢ群から「地域一般病棟」に転じていく可能性も出るかもしれない。

美原 全日病が提唱している「地域一般病棟」というのは、基本的には、急性期病院の機能を持っていると思うんです。一方、一体改革で示された「地域一般病床」とか「地域に密着した病床」というのは、ケアミックスですよ。つまり、地域に密着した病院というのは、どちらかというところをイメージして

Ⅲ群は病院機能でさらに分類する必要も

神野 調整係数の廃止が当初より2年延びました。前年の所得保障のところがあった調整係数ですが、私はDPC制度ができたときから、なんで前年所得を保障しなければいけないのか疑問でした。

美原 調整係数はDPCを導入する病院の激変緩和ということで設けられたのでしょうか。それが、いつまでもあるのはいかがなものかということで廃止されることになったと理解しています。調整係数が高いというのは前年度にお金をかけた医療を行なったことを意味していますが、病院によってその内容にも違いがあるわけで、標準化の方向に向うべきという発想だろうと思うんです。ただ、今改定でも、暫定調整係数が病院によってかなり大きな差があることに気づかされます。

永井 調整係数を基礎係数と機能評価係数Ⅱに割り振っていく。それを緩やかにやろうということですが、当分少しずつ残っていく調整係数、つまり暫定調整係数が高い病院というのは、今後の付け替えで相当影響を受けますよね。

神野 調整係数が高い病院が将来必ず機能係数が高いかどうかは分からないですね。

永井 それは分からない。そここのところはどう対応していくかという問題を含めて、今後、DPCの病院は、根本的に調整係数廃止にどう対応するかという問題を考えていけません。

金田 今回の改定で、地域で役割を果たす中小病院がある程度評価されたというのは、機能評価係数が初めてではないのでしょうか。

神野 真面目にやっている病院には係数

基礎係数と機能評価係数の関連を明確にする必要

会員病院のDPCデータから中小病院評価の視点が導かれる可能性も



社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院 理事長
神野正博 (全日病副会長)
公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院 院長
美原 盤 (DPC評価分科会委員)

永井 そう、だから私は「地域一般病棟」もDPCに入ってこざるを得ないような気がする。DPCに入って、なおかつ急性期の、ケアミックスでも構わないけども、ある程度の急性期病床は持っている病院が必要だと。

美原 個人的には急性期病床はDPCでなければだめだと思うんです。DPC対応でない病院は急性期病院でなくなっていくのではないかと考えますが。

永井 ただ、全日病が言っている「地域一般病棟」の診療報酬上の位置づけは、まだ、はっきりしてないんです。特にDPC絡みになると。

神野 しかし、今回、より充実した機能が評価された在宅療養支援病院なんか、「地域一般病棟」のイメージに近くなってきているともいえる。200床以下の一般病床で在宅療養支援病院になった。で、DPCに入るという選択肢があるかどうかだが…。そういうことも含めて、非DPC一般病院は、今後、どうすべきなのかということで進路を悩んでいるかもしれない。

金田 それにはマーケティングが要るんじゃないですか。自院が何をしたいかではなく、周りを見て、医療圏の中で何が自院の役割なのかを判断し、その役割を果たしていくという視点が。

例えば、近くに大病院がある地域とない地域とではまったく目指すところが違って来る。マーケティングによって初めて自分たちの役割がはっきりするわけです。それを無視してやりたいことをやったら、地域で競い合うことになるばかりです。だから、2次医療圏単位あるいは3次医療圏単位でシェアしていくという考え方が必要になるのです。

永井 その視野を持って、7対1、10対1などの看護師対策等々もやっていくということですね。

金田 そうなれば、保健医療計画を策定する県との連携も当然重要になってくることでしょう。

美原 しかし、一体改革によれば、70%稼働率で平均在院日数9日というのが一般急性期に求められる機能なんです。どんなに「自院は急性期をやりたい」と思っても、そのレベルでないとやっていけない体制にするとされているんです。一般病床であっても、こうでなかったら急性期病院ではないですよ。これはとても厳しい条件だと思います。

恐らく国として考えているのは、一般急性期までがDPCなんですよ、それがケアミックスであったとしても。それ以外の病床は亜急性期や慢性期であって…。例えば、今改定でスーパー回復期病棟ができましたが、あれは回復

期ではない。あれは、まさに、急性期から受け入れる亜急性期病床を回復期リハ病棟に持ってきたわけです。つまり、あくまでも急性期病院というのは早く回転させる、少したったら亜急性期に回すということで、亜急性期はそういう急性期の下請をやりなさい、その上で地域と密着して多様な在宅患者を引き受けなさいと言っていると思うわけです。そこは、もうDPCの世界ではないだろうと思います。

神野 なにも国の言うとおりにする必要はないのだけど、それを踏まえると、70%の9日に対応できるように一般急性期を固めて、それ以外のところはどうかということを考えないといけない。

美原 そのとおりだと思います。
金田 そうなってくると、我々は自院をどう守るかだけでは限界がきます。社会経済がこれだけ厳しい中で、我々は大転換を迫られているのです。では、何が要るのか。それは、病院の責任を持つということと、もう一つは地域の責任をどうやって持っていかずかです。地域の病院と戦っているは無駄が生じるんです。

例えば、自院は地域の近隣の病院と毎月、計100回以上話し合いをしまして。岡山県内でも毎月、計60回以上中小病院が集って話し合いをしています。4月も52人が集まりました。地域のライバル病院と話し合って、シェアを分担していく。そして連携から連合に進んで、その次はやはり統合に向かわざるを得ないかもしれません。医療圏内の合併、医療法人同士の合併は将来避けて通れない社会状況だと思います。自分のところのシェアをどうするかという話から、地域を皆でどうやって責任を持っていくかという発想にならない限り、今後生き残れないのではないのでしょうか。

美原 それはよく分かるけど、一方ではこんなことが起きているんです。群馬県にはⅡ群の病院が1つもないんですね。それで、Ⅲ群の地域の中核的な大規模病院の多くはⅡ群になりたいと思っています。そのためには、急性期の患者をより多く集めなくてはならない、そこで競争になる。その結果、こういうことが起きた。

脳卒中の患者が前年度と比較して一番伸びたのは国立病院機構の高崎病院なんです。ここが病院を新築するなど機能強化を図ったために、周りの公的病院と民間病院の脳卒中患者数は軒並み減少したんです。まさに競争です。話し合いをしてとかという雰囲気ではないように思います。弱肉強食です。

金田 ですから、それをやっているのは医療費の無駄・非効率が発生するだけなんです。したがって、それができにくい評価体系、その役割分担をするところを評価するようなシステムにしていく必要があると思います。実際、自院は目の前の病院とずうっと戦ってきました。しかし、これではだめだと思って、10年ほど前から話し合う中で、10数人だった透析を、100人以上行っていたかつてのライバル病院にほぼ全員移譲し、機能の分担を実践してきました。

神野 その代わりに得たものは？
金田 段々と、自院はDPC主体で、向こうは慢性期主体で行くというように路線が明確に分かれたこともあって、将来の統合も視野に入れながら、2カ月に1回定期的に幹部が集まって話し合いを続けています。そこで経営状況や設備投資計画もさらけ出してね。こ

れが抑止効果にもなるし、その結果戦わなくて済む。各地では、まだ戦えるだけの体力があるから戦っているのです。我々は人口減少や社会経済からみても、もう戦えない状況が迫っていることが本当に分った。それで話し合いを10年も続けてこられたのです。

神野 もしかしたら、弱肉強食の関係には統合という選択肢もあるかもしれない。
金田 まずは連合で臨むべきでしょう。近くの病院と話し合って、あなたのところはこれを目指す、では私たちがこちらを目指すというように役割分担していくことが必要なんです。

永井 病院にとっては、2025年までのイメージがきちんと打ち出されたとい

連携は難しい。だが、しなければ生き残れない

美原 今回打ち出された、外来のデータやDPC以外の病院のデータ提出を評価するというのが、その伏線になるのじゃないでしょうか。DPC以外の病院にデータを出せというのは、必ずしもDPCに導いているわけではありません。

金田 そうです。この措置は医療資源の適正配置を医療圏の中でしようということが目的ですから。今後、DPCデータに出来高病院のデータも入ってくれば、すべての病院の診療内容と医療圏で果たしている役割が丸裸になり、すべてが表に出ることになります。

永井 そうしたデータを踏まえた上で、70%の9日でペイできる誘導政策をとってくと。

金田 だからこそ、地域の中でどういう役割を分担してるかという話に必ずなる。個々の病院だけで生きていくというのは限界がありますから。近隣の病院と話し合いを始め、顔の見える関係を作ることが大事になってくる。

神野 地域医療計画というのは本来はそういう場なんですよ。その医療計画をつくる過程に我々がどれだけ口を出せるかという話になってくる。13年度からの医療計画では、より細かい指標が使われます。そうすると、DPCという同一の資料を確保したほうが、確かに仕分けしやすくなるわけです。

永井 これが基礎係数とか機能評価係数Ⅱにリンクしてくるわけですね。

神野 そういう意味では、今回の医療計画の改定も、今後のDPCに非常にリンクしますね。ところで、地域包括ケアの時代に入っていきますが、これも、統合か連携かは別にして、地域包括を目指さざるを得ないわけです。

金田 急性期から慢性期そして在宅も含めた、地域で責任を持つ体制づくりがこれからの時代だと思います。そこに早く向う方がリスクが少ないのではないのでしょうか。

神野 そうだと思う。地域包括ケアができるのは民間の医療機関です。多くの公的医療機関は病院しかありませんから。したがって、逆に、我々の時代になるともいえるんですね。

金田 アメリカでも非営利・民間が主体になっています。ただ、日本では、公立を残す必要があるということで強制的に統合させている。しかし、民間病院に強制することはない。つまり、多くの選択肢がある中、自らの責任で選択していけばいいのです。それだけに、我々は、そういう体制に向けた視野を持ちながら進んでいく必要があります。最も大切な職員を守るためにも。

神野 場合によっては、一部の病床を閉じて在宅にするという選択肢も出て

うことが大きいですね。2025年に向けて、うちは何ができるかということを考えてときに、急性期として残るのか、本当に70%と9日でやっていけるかどうかを真剣に検討していかざるを得ない。

美原 それとも亜急性期でやるのかと。
金田 そして、それはマーケティングがあってこそ可能な話です。

神野 しかし、今のDPCでいけば、70%で9日よりも、90%で14日のほうが収入は高いわけです。ということは、これに向わせるのであれば、より在院日数が短くて看護基準が高いところが点数が高くなるということでしょうか。

永井 その辺り、厚生省は既に相当データを持っているんでしょね。

くる。地域包括ケアも1つの戦略であり、それを目指す病院があってもいいわけです。

金田 急性期病院と慢性期病棟で連合体をつくってもいいし、社会医療法人になってもいい。

神野 逆に言えば、今までどおりにやれば何とかなるという意識では、やっていけなくなるということです。

永井 もう、そういう時代ではないということでしょう。

美原 ただ、現実問題として、地域によってうまく連携ができるところとなかなかできないところもあることでしょう。例えば、官尊民卑の風潮があったり、あるいは中核的な大病院があって上から目線で対応されると、なかなか連携することは難しくなるような気持ちになります。しかし、そうしたときにも、自分たちにどういう医療が求められているのか、自分たちのやるべき医療はなにかということ把握していかなければならないと思います。

神野 12年改定におけるDPCを考察したときに、一方で、調整係数廃止と医療機関群の問題点からみえてくる課題があり、そこから今後の攻めどころというのがみえてきたかと思います。しかし、それだけでなく、いわゆる2025年プランを介して考察したときに、DPCにとどまらず、特に中小病院の戦略にかかわるものがみえてくること分りました。つまり、DPCのデータで近隣の病院と比べることによって、強み弱みというのを理解する。そして、あるところでは攻め続ける、あるところでは撤退するという決断が、そろそろ求められるのではないかと。

永井 そのときに、厚生労働省発表のDPCデータだけでなく、個々の病院、個々の地域の病院のデータを得るには、やはり、全日病が推進しているDPC分析ツールであるMEDI-TARGET*に入っている必要があると思います。これは大変重要な話でして、個々の病院では係数の比較だけで終わってしまう上、厚生省もすべてのデータを出しているわけではないです。したがって、我々の側は我々の側ですべてのデータをきちんと各病院・各地域で整理しておかなければなりません。そういう意味で、ぜひ、MEDI-TARGETを使ってベンチマークをしていただきたいと思います。

神野 すなわち、今後も急性期病院として残るためには、DPCに加わるか、少なくともDPCデータを作って活用すべきであるということ、当座談会からの一つのメッセージとさせていただきます。*

*MEDI-TARGETについては6面を参照。

DPCデータ分析事業(MEDI-TARGET)の意義

質評価と結果公表は経営管理の要件である

全日病が進める質評価・公表事業への会員病院の参加を期待

医療の質向上委員会委員長 飯田修平

データに基づいた医療・経営の評価の始まり

医療の質向上・質保証と結果の公表、すなわち、透明性に関する社会の要請が急速に高まっている。この要請に病院あるいは病院団体として対応するには、事実やデータに基づいた医療・経営(EBM: Evidence Based Medicine/Management)、すなわち、医療に質管理を導入し、標準化と継続的改善により効率と効果(質向上)を両立する必要がある。

本年の診療報酬改定で、DPC病院のみならず、出来高病院においてもDPCフォーマットデータ提出が評価された。4月にデータ提出が遅れた14病院名を公表し、当月の加算は不可と通知された。

この意味は極めて重大である。DPCと出来高、急性期と療養と介護、入院と外来等の区別に関係なく、標準様式のデータを提出しない、精度を確保しない施設は存続させないという、国・社会の意思表示である。

全日病は、2002年より臨床指標を用いた質評価事業を実施し、DPC(Diagnosis Procedure Combination)データを用いた分析事業(MEDI-TARGET)と国際的な質評価事業であるIQIP(International Quality Indicator Project)を2006年から実施している。

そうした全日病における取り組みの概要と現状について報告する。

求データを自動変換してアウトカム評価事業に必要な数個の診療情報を付加的に入力するだけに簡素化し、両事業を統合一元化した。

これによってデータ分析の有用性が向上しただけでなく、集計データを参加病院に還元する時間を短縮することができた。

IQIP事業—各国の病院との質の比較

米国メリーランド病院協会が開発しPress Ganey社が運営するIQIPには、世界17カ国の約350病院が参加している。全日病は2006年からIQIPの我が国のコーディネーターとなり、現在、8会

員病院が参加している。IQIPにおいては、参加病院全体との比較、ピアグループレポート(退院患者数、臨床研修病院等、同類の特徴を持つ病院間で比較)が参照できる。

医療の質評価事業—質の評価・公表に踏み切る

全日病の医療の質評価事業では、参加病院の固有名詞は公開していないが、当該病院は他施設をベンチマークできる。MEDI-TARGETでは固有名詞開示を相互に承認した病院でグループを作り、個別データを比較可能とした。

その後、個別病院のデータの公表を求める声が上がったため、参加病院及び結果の公開の可能性を検討していたが、2010年の厚労省「医療の質の評価・公表等推進事業」応募を契機に、参加27病院名の公表と一部データの公表を試行した。

その成果は以下の通りである。
 (1) 臨床指標として患者満足度・病院推奨度を導入した。
 (2) 10指標中5指標は病院名を公開し、指標を選定すれば公表可能であることを実証した。
 (3) 参加病院の実務担当者の意見を反映し、MEDI-TARGETのシステムを改善した。
 (4) 多様な参加病院で運用可能な院内体制・情報システムの確立に寄与した。
 (5) 参加病院職員の臨床指標、医療の質計測手法の理解を深めた。

DPCデータ分析事業(MEDI-TARGET開発)の概要

DPC請求病院が少数であった時には、DPC請求データの一部を独自のソフトを用いて利用する病院があった。しかし、DPCが急性期病院の標準的な支払方法となるにつれ、自院の請求データの時系列的分析と共に、他病院とベンチマークできる標準的なソフトが必要になった。

なくなるなど、導入費用と維持費用を大幅に低減することができた。

DPCデータ(様式1・4、D・E・Fファイル、外来E・Fファイル=任意)の提出に際して、利用する病院の側に付加作業は生じない。しかも、本事業に参加する全病院の母集団データセットとのベンチマークが可能であり、時系列の経営分析が可能である。

MEDI-TARGETの最大の特徴は、開発会社と個別病院の契約ではなく、全日病が契約主体であることにある。各ユーザーの要望を集約した上で、全日病の戦略も加えて、システムを改善している。例えば、全日病パネルの設置、自由分析の機能向上と迅速化、外来/入院を通したパス形式の分析、合意した病院(グループ)間の情報開示、任意の地域内のシェア分析等々である。

参加病院数の増加によってデータ規模が格段に大きくなれば、病院機能・規模別等に層別化し、より精度の高い分析が可能となる。会員病院の経営に役立つと共に、政策提言の基礎データにできる。

DPC分析、アウトカム評価、質評価公表各事業への参加を募集中

全日病は、制度改正に先んじて種々の施策を実施あるいは準備している。本年からDPC対象外の病院も標準様式データの提出が評価されることになったが、DPCの診療報酬請求データは収入確保に重要であるだけでなく、経営管理への2次利用に極めて重要である。

会員病院の経営者と担当者は、経営基盤整備の観点からもDPCデータの2次利用が必須であることを認識し、DPC分析事業、アウトカム評価事業、質評価公表事業に参加されるようお願いしたい。これからは、これらの事業にデータを提出できる仕組みを構築した病院こそが評価され、存続できるものとする。

DPC分析事業だけの参加も、アウトカム評価事業、質評価公表事業までの参加も自由であり、DPC対象外の病院も参加可能となっている。

DPC対象外病院の場合はシステム内で自動的にDPCコーディングするので、コーディングデータの提出は不要である。定期的に機能を追加して全日病ボードに掲示しているが、DPC対象病院向けに、新たに、DPCコーディングの点検レポートを提供するサービスも開始する。

なお、現在、無料試用や過去データ取り込みの無償サービスなどのキャンペーンを展開している。詳しくは全日病ホームページ(<http://www.ajha.or.jp/hms/dpc/>)で「全日病DPC分析事業(MEDI-TARGET)」をご参照いただきたい。

全日病は本年も質評価公表事業を推進する計画であり、付加的入力を要する指標についても、選択できる枠組みを検討中である。

診療アウトカム評価事業とDPCデータ分析事業の一元化

全日病は2004年から診療アウトカム評価事業を全国展開している。診療アウトカム評価とは、主要24疾患の入院患者のレセプトデータを基に、病院全般の指標として転倒・転落、入院後発

症感染症、抑制、転倒・転落に関するデータを収集・分析する事業である。

DPCが開始されるとともに診療アウトカム評価事業とDPC請求の両者のデータ作成が困難となったため、DPC請

DPCデータ分析事業の今後の課題

DPCデータ分析事業の、準備・検討中の課題は以下の通りである。

- (1) 質評価公表事業が実務として継続可能な仕組み・体制構築が必要である。
- (2) 収集データの信頼性確保が重要である。実務担当者の資質向上が必要であり、診療情報管理・医事担当者対象の説明会や講演会等の継続研修を実施している。
- (3) ノウハウの提供など病院団体として

支援体制の検討を進める必要がある。

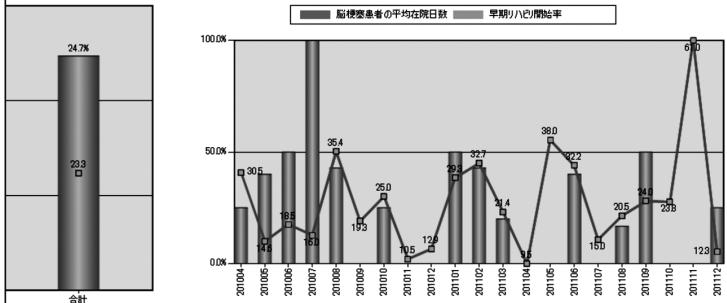
- (4) 病院団体および病院の体制構築と情報システム改良・公開システム構築が必要である。
- (5) 参加病院数を増加しデータ規模を増大し、より精度の高い分析を可能とする。
- (6) 継続的データ分析・評価結果を、病院の経営の質向上と政策提言に活用する。

MEDI-TARGET 分析結果

入院曜日から1週間以内の手術曜日の関係

全科	手術1手術曜日							入院曜日	入院曜日率
	日	月	火	水	木	金	土		
入院曜日	日	61	88	149	9	7	4	318	6.6%
	月	3	143	621	197	88	34	2,108	22.6%
	火	1	34	143	466	139	45	833	17.3%
	水		43	38	179	411	243	915	19.0%
	木	4	60	26	45	155	629	928	19.3%
	金	3	278	59	51	41	154	604	12.6%
	土	11	24	18	5	3	6	56	2.6%
総計	83	670	1054	952	844	1115	91	4809	100%
手術曜日率	1.7%	13.9%	21.9%	19.8%	17.6%	23.2%	1.9%	100%	
当日・前日入院率		34%	72%	68%	67%	70%			
2日前率		41.5%							

脳梗塞患者の早期リハビリ開始率 50歳以上、在院日数3~90日



全日病のDPCデータ分析事業 MEDI-TARGET サービス概要のご案内

自院へのサーバー設置と保守要員が不要。DPCデータを分析、低費用で院内改善に利用できます。ベンチマークデータが、貴院の改善課題を明らかにします。

◆2012年度からの新サービス

- ① 1ヶ月間のトライアルサービス (無料)
- ② DPCコード点検レポートサービス (無料)
- ③ 過去データ(2年分)の取込みサービス (無料)

※参加病院の要望に応じてコンテンツを追加する「全日病ボード」が好評!

詳しくは全日病ホームページ(病院運営支援事業→DPC分析)をご覧ください
 お問い合わせ 全日本病院協会事務局 Tel.03-3234-5165

新評価項目「評価の視点」の検討結果まとまる。機構に提出

新たな評価の枠組と項目が決まる中、訪問審査の現状に強い批判も

日本医療機能評価機構による新たな評価項目の作成作業が進んでいるが、全日病は新評価項目の中項目に書き込まれる「評価の視点」に対する検討結果をとりまとめた。近々、日本医療機能評価機構に提出、最終案への反映を求める。検討結果は病院機能評価委員会(木村厚委員長)がまとめ、4月21日の第1回常任理事会で承認された。

評価体系の全面改訂作業に取り組む評価機構は3月16日の理事会で、5つの機能種別からなる評価枠と大項目(4領域)と中項目の2層85項目程からなる評価項目の体系を決定。現在、従来の小項目と下位項目を整理した「評価の視点」などの作成に入っている。

評価機構は「評価の視点」を6月に決定、今年10月から新たな評価体系による受審申込を受け付け、2013年4月をもって訪問審査を開始するとしている。

病院機能評価委員会がまとめた意見は、事前に内示された「評価の視点」案に対して、中小病院の機能を正確に評価する上でよりの確と思われる観点から項目ごとに修正点を示した、見直しの提案である。

評価機構による枠組など評価体系の全面改訂に対して、全日病の病院機能評価委員会(木村厚委員長)は、これまで3回にわたり意見を申し述べており、今回は4回目の修正提案となる。

新評価項目の「評価の視点」に対する

全日病の意見を承認した常任理事会で、日本医療機能評価機構による病院機能評価の現状に対する懸念と危惧が多く、常任理事から示され、新たな評価体系に対する個別意見にとどまらず、現行の病院機能評価事業について抜本的な改善を求める提言を行うべきではないかとの意見が大勢を占めた。

病院機能評価の認定病院は3月2日現在で2,437あるが、その数は、例えば3年前(2009年5月1日現在)の認定病院数2,556と比べても119病院減少している。新規受審病院に加え、認定更新を受ける病院の間に辞退が続出しているためだ。

常任理事会では、もっばら、訪問審査におけるサーベイヤーの硬直した評

価姿勢に批判が集中したが、同時に、その背景には、現行評価事業を支えてきた理念の形骸化があるのではないかといった指摘がなされ、「病院の質向上に取り組む病院の底辺が広がり、ノウハウも蓄積されつつある。このままでは評価機構離れが加速するばかりではないか」という意見が多数を占めた。

こうした批判に、西澤執行部は「評価機構による病院機能評価はわが国医療に必要な事業である」としつつ、機能評価機構に改革を求めることは意義があるという認識を示した。その結果、病院機能評価委員会で提言作業を行なう方針が決定された。

医療保険と介護保険の給付調整通知が出る

3月30日付の医療課長通知「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事

項」は、医療保険による疾患別リハの終了前2月間に認められる介護保険リハ

(別日・別施設)との併算定について、終了前1月間に算定できる疾患別リハ

は1月7単位までに限られることを明らかにした。

前出以外で、これまでの給付調整通知との変更点は以下のとおり。

3月30日付医療課長通知「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について(保医発0330第10号)別添 *変更箇所のみを抜粋(下線)。ただし4と7は新たに挿入された項目である。

第4 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

4 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に関する留意事項について

介護保険におけるターミナルケア加算を算定した場合は、在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定できない。

6 訪問看護等に関する留意事項について

(1) 訪問看護療養費は、要介護被保険者等である患者については、精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)を除き、原則としては算定できないが、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合、訪問看護療養費にかかる訪問看護ステーションの基準等(平成18年

厚生労働省告示第103号)第2の1に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合(退院時共同指導加算及び退院支援指導加算については、退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)及び入院中(外泊日を含む)に退院に向けた指定訪問看護を行う場合には、算定できる。

ただし、その場合であっても、介護保険の訪問看護等において緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定している月にあっては24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算、介護保険に

おける特別管理加算を算定している月にあっては医療保険の特別管理加算は算定できない。また、介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算を算定した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。

(2) 要介護被保険者等については在宅患者連携指導加算は算定できない。

7 訪問リハビリテーションに関する留意事項について

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う必要がある場合には、6月に1回、14日間に限り算定できる。

疑義解釈(2)

15歳以降発症超重症者で対応策を検討

厚生労働省保険局医療課は4月20日付の事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その2)」を地方厚生(支)局等に送付した。

その中で、今改定で、算定対象が判定基準を満たし、かつ、「15歳までに障害を受けた児(者)」であることが明確にされた超重症児(者)入院診療加算・標準超重症児(者)入院診療加算に関する照会への回答において、「15歳以降に発症した神経難病患者等への対応については、早急に実態などを調査したうえで、更なる対応を検討している」ことを明らかにした(問18)。

同加算については、前回改定後の通知で「5歳までに発症した超重症児(者)」に限るという解釈が示されたものの、

地方厚生局における対応の違いもあって、今改定まで、そうした制約がない旧来解釈で算定してきた病院が少なくないとみられ、病院関係者の間では、その影響を懸念する声が強かった。

こうした声を踏まえ、医療課は何らかの措置の検討に入ったものとみられる。

「疑義解釈(その2)」は、また、入院基本料の要件に組み込まれた栄養管理体制についても、管理栄養士の離職や長欠によって栄養管理体制の基準を満たせなくなった医療機関は「届出を行うことにより、届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる」とした上で、「こうした届出に基づいて栄養管理体制の施設基準を満たさない医療機関の

実態を早急に把握した上で、さらなる対応が必要か、検討している」ことを認めた(問2)。

また、3月30日付「疑義解釈(その1)」に関する訂正を示したが、とくに、「問38」については削除するとした。

四病協 損税の実態捕捉で緊急調査を実施

4月25日の四病協総合部会は、医療に対する消費税が非課税であるために生じている損税の実態を捕捉する調査を緊急に行なうことを確認した。

消費税については中医協に検証の場を設置することが決まっていたが、4月11日の中医協総会で「消費税率10%まで医療非課税を継続する」という政府方針が示されたことから、四病協の医療経営・税制委員会(委員長・伊藤伸一 医法協副会長)は、早急に実態調査を行なう方針を固めていた。

一方、全日病の医療制度・税制委員会(中村康彦委員長)も調査に向けた準備を進めていたため、全日病調査の対象を四病協傘下の会員病院に拡げて緊急調査とすることを決めたもの。

時間的にも急がれることから、病院機能別・規模別など層化した上で限定数の病院を対象に調査を行ない、集計結果を早ければ6月上旬に政府・民主党等に提出、医療非課税の見直しを求めたいとしている。

なお、中医協総会における政府見解に対して、四病協は、「10%になる前に消費税非課税について検討すべきであり、内閣府に検討の場を求める」とした1月31日付意見の立場を堅持している。

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」

が追加されました

個人情報が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。

●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

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)

全日病が提言「終末期の対応でGLの普及と国民的議論が必要」

調査から、GLの必要認めるも活用不十分な実態が明らかに

「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」の結果が4月21日の第1回常任理事会に報告された。調査研究は厚生労働省の2011年度老人保健健康増進等事業として全日病が受託したもので、事業検討委員会(木下毅委員長)がまとめた。

調査研究の目的は、各施設における終末期対応と看取りに関する実態、ガイドラインの使用状況、現場スタッフ・家族の意識状況を把握、その結果分析から国民的コンセンサスが得られるガイドライン策定に向けた提言を行なうことにある。

そのため、本調査研究では、施設、従事者、家族に対するアンケート調査だけでなく、医療・介護各従事者に対するグループインタビューおよび法律、

哲学、倫理、医学各分野の有識者による講義を実施、終末期に対する国民意識の現状とともにコンセンサスの可能性を探った。

アンケート調査は、病院、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型老健、グループホーム、訪問看護ステーションの計7,184施設を対象に行なわれ、1,941施設から回答が寄せられた(回答率27%)。それら施設の職員に対するアンケートには7,869人が回答(22%)、同じく各施設を利用する患者家族からは5,215人から回答を得た(15%)。

アンケート結果によると、概ね半数近くの施設が終末期ガイドライン(GL)を利用しているが、厚労省、日医、全日病、救急医学会等が作成したGLの利用率はそれぞれ1桁台かそれ以下と低く、もっとも多かったのが「当該施設で作

成したGL」で16.4%から40.5%を占めた。その一方で、「利用しているGLはない」とした施設が47.2%から66.7%にも及んでいる。

反面、62.8%から73.4%の施設が「GLはあった方はよい」と回答、必要性を認識する一方で国を初めとする各種GL普及との間にギャップがあることが分かった。

GLに明記すべき事項については「意思確認できない場合の対応」が81.7%ともっとも多く、「終末期の定義」(78.9%)、「本人の意思確認の方法」と「終末期の決定プロセス」(71.8%)が続いた(回答は施設票=複数回答)。

「リビングウィル」について、意味を理解しているとした家族は12.5%から14.6%に過ぎず、各施設とも家族の7割前後が「聞いたことがない」と回答した。

家族と施設の回答を一体に集計したところ、主な疾患が癌の場合に、終末期に関する家族と施設の認識はほぼ一致していた。しかし、癌以外の場合は、家族が終末期とみなすケースの59%について施設は終末期とは違うという認識をもっていた。

この結果について、報告書は「慢性期の疾患において終末期の判断が難しくなることが、この結果からもうかがえる」と、さらに、「(癌以外の場合に)終末期とは思わないという判断は家族と施設側でほぼ一致していることから、慢性期疾患では、家族の方が施設側よりも早い段階で終末期だと判断する傾向にあると考えられる」と指摘している。

こうした調査研究を踏まえ、報告書は次のような提言をまとめた。

□終末期対応のあり方に対する提言(概要)

◆終末期ガイドラインのあり方

アンケート調査の施設票と職員票の共通設問である、終末期ガイドラインに明記すべき事項の上位5項目は一致しており、①本人の意思確認ができない場合の対応、②終末期の定義、③終末期の決定プロセス、④本人の意思確認の方法、⑤外部医療機関等との連携であった。

平成21年5月に全日本病院協会は「終末期医療に関するガイドライン」をとりまとめており、上記の事項①～④に係る方針が示されていることから、実効性が高いガイドラインであることを確認できた。

しかしながら、全日病の終末期ガイドラインはほとんど利用されていなかった。他のガイドラインも利用頻度は低く、ガイドラインの普及・宣伝が必要である。理解されやすいような記述方法も考える必要がある。

基本的にはガイドラインは統一したものであるべきだが、現状は施設独自のものが多く使用されており、統一・普及に向けての取り組みが必要

である。

今後の医療介護連携も考えた場合、終末期医療の方針決定や事前指示(リビング・ウィル)等については各施設共通のフローチャートや記載方法が必要であり、細かな点に関しては使い良い様に施設毎の裁量に任せるのが適当である。

◆終末期に係る法律の整備

すでに尊厳死法や事前指示(リビング・ウィル)を法制化した国が20か国以上あるなか、わが国では尊厳死や事前指示に係る法律は整備されていない。全日病の終末期ガイドラインで指摘している通り、終末期の対応や理想の看取りについての実態を踏まえれば、終末期に係る現状を十分に吟味して関係法律の整備が必要である。

◆自宅での看取りのサポート

自宅で最期を迎えることを望む人が最も多いが、実際には病院や施設で最期を迎える割合の方が高くなっている。終末期対応や看取り等に取り組んでいる中小民間病院や在宅療

養支援診療所などが中心となって、日常的な医療・ケアニーズに対応するとともに、緊急時のゲートキーパーの役割を果たすことが、本人の希望通りに在宅での看取りを行うために必要になるであろう。

◆リビング・ウィルの普及

リビング・ウィルの内容の確認方法として、最も多かったのが「意向を聞き取り記録する」であった。終末期ガイドラインで、事前指示(リビング・ウィル)を聞き取り記録するプロセスや方針を示すことが考えられる。その際、以下の点に留意すべきである。

- ①判断能力はあるが決断できない場合について対応方法を提示する。
- ②認知症等で本人の判断能力がなくても決定に関与させる方法を提示する。
- ③家族・信頼できる相談人などの決定への関わり方を明確にする。

すでに行われている情報提供や意思確認の仕組みを活用して、リビング・ウィルを普及していくことで、一

般の人々の認知度が高まると考えられる。

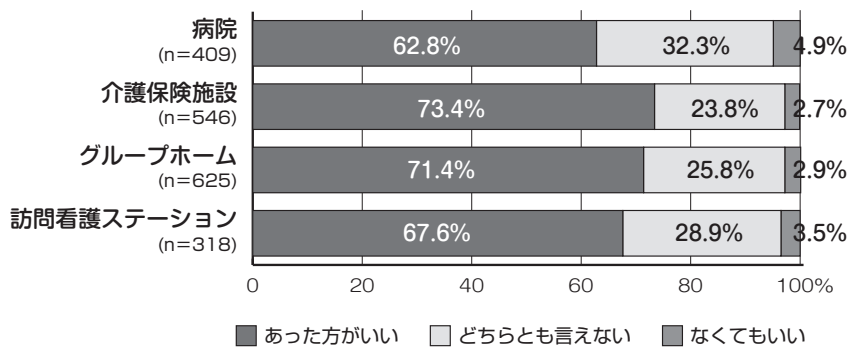
◆教育・研修・連携の充実

医学生や看護学生などへの終末期ケアや医療倫理の教育を充実させるとともに、医療・ケア提供者への研修を充実させることが必要である。また、24時間・365日対応できる医療機関との連携が進んでいるが、連携を望んでいても連携できない施設が1割程度あるので、一層の充実が必要である。

今後、前回提言した認知症問題や胃瘻の問題を含めて関係者だけでなく広く国民的議論を進めより一層の理解を深める必要がある。

(編集部注:「前回提言した認知症問題や胃瘻の問題」は、全日病がまとめた「胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・在宅における管理等のあり方の調査研究事業報告書」(2011年4月)および「認知症を持つ要介護高齢者への適切な医療・ケアの構築に関する調査研究事業報告書」(2010年5月)に盛り込まれている。

□終末期ガイドラインの必要性(施設票)



全日病・医法協共催「平成24年度医療安全管理者養成課程講習会」のご案内

本講習会は診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たしています。


日 時 ● 第1クール(講義) 6月15日(金)・16日(土)
 第2クール(講義) 7月6日(金)・7日(土)
 第3クール(演習) 8月4日(土)・5日(日)、8月25日(土)・26日(日)、
 10月6日(土)・7日(日)、11月3日(土)・4日(日)、
 12月1日(土)・2日(日) (いずれか1つの日程を選択)

会 場 ● 第1,2クール(講義) ベルサール九段(東京都千代田区)
 第3クール(演習) 全日本病院協会会議室

参加費 ● 会員8万円 会員以外10万円

定 員 ● 第1クール・第2クール/各250名、第3クール/各50~60名前後

申込締切 ● 5月25日(金) (詳細は全日病HPの研修案内をごらんください)



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