



全日病 NEWS 8/1

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.806 2013/8/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

全日病 14年度概算要求で、厚労省に初の要望書

全日病は7月20日の第4回常任理事会で厚労省の2014年度概算要求に対する要望書をまとめ、猪口雄二副会長が7月26日に厚労省医政局をおとずれ、梶尾雅宏指導課長に医政局長宛の要望書を手渡した。

各省庁が所管する政策に要する次年度予算の編成案(概算要求)は、通常は8月末をめどにまとめられ、財務省に提出される。消費税非課税が医療機関経営に与える影響は、来年4月に見込まれる税率8%への引き上げによってきわめて深刻になることが想定される。加えて、医療機関への財政支援は、中小あるいは民間病院には十分なされていないといえないとの認識から、全日病として初めて概算要求に対する要望を行なうことにした。

要望事項は、(1)医療機関の消費税負担に対する補助制度の新設(控除対象外消費税が存在する間)、(2)病院耐震化に対する補助制度の継続と補助要件の見直し、(3)全日病の災害時医療支援活動班(AMAT)及び災害時医療支援活動

指定病院運営に対する支援、(4)高齢者救急搬送体制の構築に対する支援、(5)良質な医療人材幹旋業者の育成の5点で、それぞれ2014年度予算に対する厚労省概算要求に盛り込むことを求めた。

このうち、「AMAT及び災害時医療支援活動指定病院の運営」は、災害発生時における被害状況の迅速な把握と医療救護班の編成・派遣の仕組みを構築するもので、会員病院における災害時医療支援活動指定病院のネットワーク化ともども、東日本大震災後に態勢の整備を進め、必要な機器や物資の確保

やAMATの研修活動等、今年度から本格活動を開始する段階にいたっている。民間医療団体として初めての事業でもあり、必要な支援を要請することにした。

また、「良質な医療人材幹旋業者の育成」とは、医師等の確保が困難な中、病院のリクルート活動に対する民間幹



▲梶尾指導課長(右)に要望書を提出する猪口副会長(左)

旋業者の不適切な介入が急増していることから、信頼できる幹旋機関の創設・育成に向けた補助制度を要望するというもの。

全日病 厚生労働大臣に「2014年度税制改正要望」を提出

7月20日の第4回常任理事会は「2014年度税制改正要望」をまとめ、猪口副会長が7月26日に厚労省をおとずれ、厚生労働大臣宛の要望書を手渡した。

14年度税制改正要望は、(1)消費税の原則課税、(2)事業税特例措置(社会保険診療報酬の事業税非課税、医療法

人事業税の軽減措置)の存続、(3)社会医療法人に対する寄附金税制の整備及び認定取消し時一括課税の見直し、(4)持分ある医療法人が相続発生後5年内に持分のない医療法人に移行する場合の相続税猶予制度の創設、(5)公益社団法人等及び一般社団法人等に対する

固定資産税等の減免措置、(6)病院用建物等の耐用年数の短縮、(7)東日本大震災の被災地域における優遇税制からなっている。

全日病の税制改正要望は、基本的に、四病協がまとめる14年度税制改正要望にも織り込まれる

厚労省 12年度調査にもとづく入院改定項目の中間まとめ案を提示

入院医療等の調査・評価分科会 7対1に在宅復帰率。病棟単位の亜急性期は要件強化で評価を充実。療養も参入可

厚労省は、7月31日の中医協・診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」に、2012年度調査の結果を踏まえて検討してきた14年度改定の主要項目(入院)に関する検討の方向性を、中間とりまとめ案として示した。

中間とりまとめ案は、7対1入院基本料の要件見直しと亜急性期病床の要件案の概要をそれぞれ明らかにしている。

7対1については、在宅復帰率の導入を加えるとともに平均在院日数の計算対象変更と看護必要度の大幅見直しなど、要件のハードルを大きく引き上げて算定病院を淘汰していく方向を打ち

出している。そのため、①短期入院の手術・検査および特定除外項目の患者は平均在院日数の計算から外す、②重症度・看護必要度のA項目を大幅に入れ替える、③在宅復帰率を要件に加えるなどを「検討の方向性」にあげた。

事務局(厚労省保険局医療課)は、①として、平均在院日数の対象から短期滞在手術入院基本料の2・3を除くとともに包括対象の拡大を想定していることを示唆。

また、②については、項目入れ替えの各種組み合わせによって算定可能病院の割合が大きく変わるとし、改定状況の中でそのバランスを図る必要があるとの認識を示した。

③に関しては、自宅だけでなく、亜急性期病床への転棟・転院も対象に含める方向だ。これらの見直しは10対1も対象となる。

亜急性期に関しては、①人員配置、重症度・看護必要度、2次救急病院、在宅療養支援病院、在宅復帰率、DPCデータの提出等の要件を踏まえ、②病棟単位の届け出とする、③病床種別にかかわらず届出できるようにするなど新たな施設基準にした上で、「評価を充実させる」方向を明示した。

この日の議論で、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、「7対1の大幅な見直しは、おの

ずと、単位算定を病院とするか病棟とするかというテーマの浮上する」と提起。

平均在院日数についても、「短い疾病を一律にターゲットにするオール・オア・ナッシングという発想」で臨むことに疑問を呈するなど、激変を招きかねない見直しの内容に懸念を示し、慎重かつ丁寧な議論を求めた。

一方で、7対1の要件に第三者評価を加えるよう提案した。

亜急性期に関しては、「要件の具体案がないので全体像がつかめない」としつつも、亜急性期の機能に含まれているとする在宅患者の緊急受け入れについて、「在宅患者急変への対応は軽症急性期の機能であり、急性期に位置づけられるもの」と指摘、亜急性期に位置づける事務局に疑問を呈した。

事務局は、この日の意見を踏まえた修正案を次回8月7日の会合に提示、そ



中間とりまとめ(案) 一般病棟入院基本料の見直しについて(「方向性案」から)

○7対1基本料のあり方について
①平均在院日数

7対1を算定する医療機関の機能は「複雑な病態をもつ急性期の患者に高度な医療を提供すること」と考えられる。これを踏まえ、要件の見直しとして以下が考えられる。

(ア)標準化された、短期間で可能な手術や検査の患者は平均在院日数の計算から外す。

(イ)7対1と10対1の特定患者は前改定の13対1・15対1と同様の扱いとする。

②重症度・看護必要度

(ア)時間尿測定と血圧測定の項目は削除する、(イ)創傷処置は定義から褥瘡の処置を外す、(ウ)呼吸ケアは定義から痰の吸引を外す、(エ)A項目に、「抗悪性腫瘍剤の内服」「麻薬の内服・貼付」「抗血栓薬の持続点滴」「計画に基づいた10分間以上の指導」「計画に基づ

いた10分間以上の意思決定支援」を追加する。

③その他の指標

DPCデータの提出および在宅復帰率を要件とすることが必要。在宅復帰率は、自宅のみならず、亜急性期病床(回復期リハ等を含む)への転棟・転院も含めることが必要。

ADLの低下や関節拘縮等を防ぐため、早期からのリハ等を含めた介入が必要。リハの実施で入院が長期化することがないように規定を設けることを検討する必要がある。

(2)亜急性期入院医療管理料等の見直し
亜急性期病床の役割・機能は、①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等の患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援の3つの機能が重要。

こうした役割・機能を評価するため、亜急性期病床は、人員配置、重症度・

看護必要度、2次救急病院の指定、在宅療養支援病院の届出、在宅復帰率のような要件を設けた上、評価を充実させることが必要。

また、病棟単位の届出とすることや、病床の種別にかかわらず届出を認めていくことが必要。さらに、医療内容に関するデータ(DPCデータ)の提出を求めていくことが必要。

(3)地域に配慮した評価の検討

12年改定で導入した評価は14年改定後も引き続き継続していくことが妥当。当該地域における医療機関に、12年改定での評価とは別に、今後の亜急性期に準じた評価を導入することも必要。対象は一定病床以下とすることが必要。

(4)療養病棟に転換した場合に対する経過措置

各種の経過措置は廃止することが妥

当。

(5)診療報酬点数表における簡素化
①栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括化

入院基本料等への包括継続が妥当。(有床診にかかわる部分は省略)

②入院基本料等加算の簡素化について
算定率が低い加算の一律包括化・廃止は慎重にすべき。

(6)医療機関における褥瘡の発生等

褥瘡の定義を明確化し、有病率や発生率等の基礎データを収集した上で、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の見直しを含めた有効な褥瘡対策へつなげていくべき。また、在宅での褥瘡予防・治療対策を一層推進する必要がある。一方、褥瘡対策をすべての患者に実施すべきかどうかは慎重に検討する必要がある。

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

「亜急性期」の議論は、財政の見地から結論を急ぐことがあってはならない

国民の意見も十分聞いた上で結論を導くべきである

昨今、病床(病棟)機能のあり方に関する議論が白熱している。中医協の下部組織では、亜急性期入院医療のあり方について議論しており「病床単位から病棟単位へ」というような論点になっているようである。一方、医政局の病床機能の報告などに関する委員会では、「亜急性」という文言が消え、「検討中」となっている。

これらの議論はどこに核があるのかというと、まさしく全日病が提唱してきた「地域一般病棟」なのである。

高次機能病院における急性期入院後のリハビリテーション等の入院医療、主として高齢者の在宅療養や施設入居者の増悪期における入院医療、これらと同じ病棟で医療提供するという概念である。

それは、今後急増する後期高齢者における医療提供のあり方を示す、という極めて大切な考え方である。これまでは、一般病床の中に診療報酬上「亜急性入院医療管理料」があり、病状が比較的安定し、リハビリテーション等が中心となる場合に利用さ

れてきた。それが、今回はこれらの利用対象を同一の基準で運営する「病棟単位」という考え方にも変わろうとしている。それでは、その趣旨に沿って急性増悪の病状を一つに括ることが可能であろうか。

後期高齢者の急性増悪という状態は、紛れもなく急性期の状態である。肺炎・脱水・嚥下困難・非観血的な骨折、等が中心となろう。これらを急性期の一部と考えるのか、「亜急性期」として捉えるのか、という問題になる。地域医療を実践する多くの会員病

院において、これらは、大きく関与している病状であろう。さらに突き詰めると、終末期医療のあり方、認知症高齢者における医療提供のあり方、等に関する問題となる。

このような、大きな社会問題にもなるであろう医療提供体制については、性急に結論を出すのではなく、国民の意見も十分聞いたうえで結論を収斂させるべきではないだろうか。財政的な問題として結論を急ぐと、大きな過ちを起こすのではないかと危惧する。(I)

社会保障制度改革国民会議

改革で都道府県が前面。医療・介護の提供体制に街づくりの視点

報告書 総論(草案)と各論(骨組み案)を了承。次回に各論(草案)を議論

7月29日に開催された社会保障制度改革国民会議は報告書を構成する総論の草案と各論の骨組み案について検討。両案とも大筋で了承した。次回会合で各論の原案について検討を行ない、旧盆休みの前にも報告をとりまとめる見通しだ。

総論の素案は遠藤会長代理(学習院大学経済学部長)が作成、社会保障制度改革の基本的な考え方として、要旨、以下の内容を書き込んだ。

- (1) 社会保障制度改革と財政健全化は同時達成が必須。税や社会保険料の負担増は避けられず、徹底した給付の重点化・効率化が求められる。
- (2) 給付・負担の両面で世代間・世代内の公平が確保された制度とする。
- (3) 社会保障制度を「1970年代モデル」から「21世紀(2025年)日本モデル」に再構築していくことが喫緊の課題。
- (4) データで地域を分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要。
- (5) 医療・介護の提供体制を新しいまちづくりの問題として考えていくことが不可欠。
- (6) 社会保障における国・都道府県・市町村の役割分担の見直し(国民健康保険の保険者等)、地方公共団体の役割・財源の強化(都道府県の権限強化等)、改革を進める基盤整備(人材の確保や必要なデータの整備等)で、国と地方公共団体が連携していくことが必要。
- (6) 医療は従来の「治す医療」から「治し・支える医療」への転換が求められる。

総論案に対して、国民会議の委員からは「少し長文ではないか」という声

のほか、言及すべき問題点等の追加修正を求める意見や「総論に改革の推進体制を明記すべき」「具体的な工程表をつけるべき」などの注文も出たが、大筋で了承された。次回、修正した文案を再度検討する予定だ。

その中で、大島委員(国立長寿医療研究センター総長)は、「必要な場所で必要な医療を受けるべき」という視点が出てくるが、では、それはどんな場所であるかが不明だ。つまり在宅医療について踏み込んだ記述がほしい」と問題を提起した。

さらに、「市町村を単位として地域包括ケアに在宅を位置づけるとともに、在宅を担える人材確保を含めた国の支援を明確にすべきである。その際、在宅ができる医師の養成には時間がかかる。そこで医師の行動変容を促すために研修プランが必要。専門職団体が中心になり、それを国として支援する。職団体が一致してできない場合は国の介入—場合によっては保険医指定のあり方も含めた誘導が考えられていくべきである」と発言。

さらに、「医師が独占している技術を他専門職に移転する問題であるが、旧来の手法は、今、看護師への移転の面でだいぶ消極的になっている。この技術移転が大変重要になっていることを、ぜひ明記すべきである」と、追加修正を求める具体的な意見を展開した。

提供体制改革で診療情報と医療法人の役割が重要に?!

各論に関しては草案の骨組みを提示するにとどまったため、具体的な意見は出なかった。

権丈委員(慶大教授)が担当する「医療・介護」には、①医療機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定、②都道府県の役割強化と国民健康保険の都道府県移行、③医療法人制度・

社会福祉法人制度の見直し、④医療と介護の連携と地域包括ケアシステムの構築、⑤医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)、などの柱が立てられている。

そこには、「医療の在り方」や「医療問題の日本の特徴」という柱立てもある。「医療の在り方」では、「治す



医療」から「治し・支える医療」への転換」という、とくに後期高齢者にかかわる医療提供のあり方の方向性が記述されるものとみられる。

また、「医療問題の日本の特徴」について、各論の骨組みを読み上げた中村事務局長(内閣官房社会保障担当室長)は、「日本の医療は政府による強制力と市場の力に依らずに営まれている。したがって、改革を推し進めるためには、何よりも医療にかかわるデータを共有していく中での(自律的な)改革が望まれる」と課題のひとつに診療情報のデータベース化とネットワーク利用をあげることを示唆した。

さらに、改革の方向性に触れる中で、「急性期を中心に資源を集中投入して

いくが、それは受け皿の整備と並行してなされる必要がある」と指摘、「いわゆる川上から川下への戦略である」と比喩した。

柱立ての1つに「医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し」が位置を占めており、医療提供体制改革において医療法人等を前面に出し、そのために必要な規制緩和を図っていく方向性が打ち出される可能性が強い。

国保の都道府県移行が「医療保険制度改革」ではなく「提供体制改革」に位置づけられていることに、一部委員からは「不可解」との声も出た。これについて、清家会長(慶義塾長)は記者会見で、「両域にかかわる重要な課題ということではないか」という認識を披露した。

各論部分(第2部 社会保障4分野の改革)の骨子案

II. 医療・介護分野の改革

- 1. 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命
 - (1) 改革が求められる背景
 - (2) 医療問題の日本の特徴
 - (3) 改革の方向性
- 2. 医療・介護サービスの提供体制改革
 - (1) 医療機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定
 - (2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の都道府県移行
 - (3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

- (4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築
- (5) 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援
- (6) 医療の在り方
- (7) 改革の推進体制の整備
- 3. 医療保険制度改革
 - (1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
 - (2) 医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)
 - (3) その他必要な改革
- 4. 介護保険制度改革

清話抄

「真夏の夜の…」

猛暑の中で行われた参議院選挙も自民党の圧勝で、抵抗野党では共産党の躍進という結果に終わりました。自民党は原発問題、憲法改正問題、TPP問題、消費税増税問題等をあえて封印し、経済問題に論点を集中させて勝利を納めました。さて、医療界にとっての今

後の大きな問題は、この政権が押し進めるであろうTPP(環太平洋経済連携協定)への参加です。

我が国が世界に誇る国民皆保険制度。日医は3項目の重要課題を挙げ、これが守られなければこの国民皆保険制度は世界に誇るものとは言えないと指摘します。それは、公的な医療給付範囲を将来にわたって維持すること、混合診療の全面禁止、営利企業の医療機関経営参入を禁止することです。

TPPに参加すれば米国の要求がまかり通り、国民皆保険は形骸化されて行くことは火を見るより明らかです。昭和46年7月1日、日医は健康保険制度の抜本改正の要求を掲げて保険医総辞退の統一行動に突入しました。この取り組みは、昭和26年、31年、36年と3度にわたり計画されたようですが、決行に至ったのが昭和46年7月1日です。7月28日には首相官邸にて、当時の佐藤首相を交え、武見日医会長と斉藤厚相の間

で12項目の合意がなされ、7月いっばいで打ち切られたと記録にあります。

この当時の保険制度は患者と医師の人間関係を壊してしまうような制度であり、抜本改正によりこの人間関係が修復され、医師一人一人の良識が原動力となって日本の医療制度が良き方向に進んだと言われます。先輩医師達の努力によって継続されてきたこの世界に冠たる国民皆保険制度の堅持に心を馳せている真夏の一夜です。(田)

部門別収支調査の中止に診療側が反対。議論は仕切り直しへ

中医協・基本小委 「病院に負担大きく、改定の基礎資料には難しい」とコスト調査分科会



中医協の診療報酬基本問題小委員会は7月24日に約8ヵ月ぶりに開かれ、診療報酬調査専門組織「医療機関のコスト調査分科会」から2012年度部門別収支調査結果の報告を受けた。同分科会は調査結果報告と併せて、原価調査(部門別収支調査)を今回をもって中止することを提起した。

この提案を支払側は支持したが、診療側の委員はこぞって原価調査の継続を求めたため、基本小委の意見は賛否が分かれた。そのため、委員長の森田朗中医協会長(学習院大学教授)は「事務局と相談の上、何らかの対応を次回提議する」として、議論を預かった。

「医療機関の部門別収支に関する調査研究」は、03年7月に設置されたコスト調査分科会において、医療機関のコスト分析を行なう代表的なアプローチとして採用され、同年度から12年度までの10年間実施されてきた。

病院の収支としては医療経済実態調査があるが、その診療科別収支は不明であった。そのため、診療科別に費用と収入を把握する方法として部門別収支調査に着手したもの。

コスト調査分科会は、03年3月の閣議決定(健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針)が打ち出した「診療報酬体系の見直し」の一環に、「医療機関の運営や施設に関するコスト等に関する調査・分析を進め、疾病の特性や重症度、看護の必要度等を反映した評価を進めるとともに、医療機関等の機能の適正な評価を進める」方針が示されたことを受けて設置された。

診療科別の直接原価を把握する一般原価調査と間接的原価(中央診療部門費用の各科への配賦係数)を得るための特殊原価調査からなる部門別収支調査は、08年度まで6回にわたる調査を重ねた結果、09年7月の基本小委は「精度の高い調査手法が確立した」と評価。

以降、調査手法の簡素化を進めることで調査対象医療機関を拡大し、診療科別収支調査のデータを診療報酬改定の基礎資料とすべく、12年度まで調査方法の改善を試みてきた。

その12年度調査結果をまとめた7月17日のコスト調査分科会で、事務局(厚生労働省保険局医療課)は、これまでの部門別収支調査を以下のように総括してみせた。

(1) この手法は原価計算の1手法としてほぼ確立した。

(2) 一方、この調査に回答する病院の負担が大きく、中小を含む全国病院の収支を代表するデータをこの原価計算から把握し、改定につなげていくことは難しい。

(3) また、診療科は原価計算の単位としては適切でなく、したがって、この手法で得られる診療科別収支のデータを改定に結びつけることも困難である。

事務局のこの総括は部門別収支調査の中止を示唆するものであり、7月17日の同分科会は、「全員ではないが、概ね、(事務局の)総括で一致した」(基本小委における田中分科会長の発言)。その結果、同分科会の発議として、基本小委に「部門別収支調査の中止」が諮られたもの。

この提起に、支払側の白川委員(健保連)は、「これ以上の調査は(病院におけるITの)投資が必要というのであれば簡単にはいかない。その使命は終わったのではないかと述べ、コスト調査分科会の考え方を支持した。

さらに、「部門別調査の結果を改定に結びつけるのは難しいと思う。2号側はコストを積み上げることによって点数の引き上げを期待しているが、我々か

らすれば、(逆に)コストを引き下げるといふ話になる。そもそも、企業が原価を調べるのは、価格の適性を探ることと収支の改善が目的。そのためにはコストをいかに下げることが大切であり、原価調査はそのためにあるからだ」と論じた。

「コストを把握するよい方法を分科会で検討してほしい」

この見解に診療側は反論を加えた。西澤委員(全日病会長)は、「ベースとなる材料をもたずに診療報酬を議論しているのが現状であり、こうしたデータは絶対に必要である。部門別収支調査については、病院の間にも、病院間を比較するベンチマークとして有効という声強い」と病院界の声を代弁。

「03年の閣議決定はコストを反映した診療報酬体系を目指す方針を掲げた。それを受けて分科会が設置され、10年かけてここまでできた。この10年間、診療報酬は何ら変わっていない。これを止めたとして、では、ほかにより方法があるのか」と質した。

その上で、「診療科以外にも適切な分析単位があるのではないかと。ぜひ、分科会で検討してほしい。改定への目先の反映は無理としても、診療報酬をエビデンスベースへ変えていくために、調査研究はぜひ続けるべきである」と、次善の策をもたずに中止を提案することに強く反対した。

鈴木委員(日医常任理事)は「定点観測で続行する。あるいは診療科以外の

単位を考えてはどうか」と提案、万代委員(日病常任理事)も「半数近い病院が調査結果の活用を考えている」と指摘するなど、調査研究を続行する必要性を訴えた。

一方、公益側の関原委員(日本対がん協会常務理事)は、「電力やガス等値上げに承認を要する業種は、すべて、コストを勘案してプライスを決めている」と発言、公定価格の決定プロセスも基本的にはコストの積上げになっていくとして、白川委員のコスト反映否定論をたしなめた。

こうした議論に、コスト調査分科会の田中会長は「基本小委が他の方法で原価調査を模索してほしいと決めたのであれば分科会として対応は可能だ」と発言。部門別収支調査の廃止は止むを得ないものの、原価調査の研究は引き続き可能とする見解を示した。

基本小委の森田委員長は「分科会の提案に対する基本小委の意見はまとまっていない。この取り扱いには私に預からせていただき、事務局と相談の上再度提案したい」と議論を引き取った。

改定基本方針の検討を開始。一体改革関連の議論を先行

医療保険部会 医療課長 「高度急性期・急性期に在宅復帰機能を導入する」意向を表明

厚生労働省は7月25日の社会保障審議会医療保険部会に「2014年度診療報酬改定に向けた検討」を求めた。10年度改定、12年度改定も前年7月に社保審で改定基本方針の議論を始めており、例年通りの議論開始といえる。

議論を求めた保険局の宇都宮医療課長は、改定の方向性として「社会保障・税一体改革大綱」(12年2月17日閣議決定)に書き込まれた「具体的改革内容」を紹介。消費税の増税分が医療等に投入される一方で効率化の実現による医療費等の節減も求められると述べた上で、「政府の消費税率8%への引き上げ判断は9月~10月と見込まれる」と付言した。

その上で、「医療保険部会には、まず、一体改革関連の議論を先行してほしい

と。それ以外の通常の改定事項は、秋以降に引き続き議論をお願いしたい」と要請。社会保障制度改革国民会議の報告を控え、かつ、消費税率の引き上げが決まる前として、一体改革課題の検討を先行した上で、状況がはっきりする秋以降に、本来の改定基本方針議論に入るという段階的な手順を提案した。

宇都宮課長は、1月から先行している中医協の議論を紹介する中で、看護配置別病床数の構成をイメージ化で対比した図を示して「現状を2025年のイメージにどう変えていくかである」と述べ、7対1病床の削減が重要課題に位置づけられることを示唆した。

また、高度急性期・急性期の課題に言及した際には、「これまで高度急性

期・急性期を過ぎた者は亜急性期・回復期に向かうという流れを考えてきたが、それだけでなく、直接(高度急性期・急性期から)在宅に復帰するというものもある。つまり、どういう段階からでも在宅復帰は考える必要があるのではないかと述べ、高度急性期・急性期に在宅復帰機能を導入していく意向を明らかにした。

20分に及ぶ医療課長の説明を受けた初回の議論は、主に、医療側の委員が意見を表明。鈴木委員(日医常任理事)は「高齢化の下では、気軽に受診できる地域に密着した医療が大切。そのため、中小病院と有床診の評価を高めていく必要がある」と論じた。

武久委員(日慢協会長)は「医療側として効率化に協力する姿勢も必要だ

とした上で、「急性期病床における慢性期患者」と「莫大に増えた7対1」を非効率の例にあげ、「ソフトランディングするために協力しあう必要がある」という見解を述べた。

菊池委員(日看協副会長)は、「病床の機能分化によって医療依存度が高い患者が地域に戻ってくるので、これに対応できる専門能力の高い看護師が必要になる」と主張した。

一方、高知市長の岡崎委員は「かつて療養病床を減らすために診療報酬を大きく下げたため、高知などでは廃業が続いた。自宅に戻っても山間地などでは車椅子も使えず、在宅療養は難しい。医療難民が出ないように、こうした面への配慮も含めたバランスを図ってほしい」と訴えた。

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) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

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)

特別鼎談 高齢者医療における病院の役割

日本が直面する大きな課題は後期高齢者に対する医療！

「在宅医療・介護と認知症は地域の病院が引き受ける」

国立長寿医療研究センター総長
(社会保障制度改革国民会議委員)
大島伸一 (写真中)

全日本病院協会常任理事
プライマリ・ケア検討委員会委員
織田正道 (写真右)

全日本病院協会常任理事
プライマリ・ケア検討委員会委員長
(日本プライマリ・ケア連合学会理事長)
丸山 泉 (写真左)



□ プライマリ・ケアの議論から中小病院の役割を明確化

丸山 全日本病院協会は2月にプライマリ・ケア検討プロジェクトを立ち上げました。本日も出席の織田先生ほか数名の先生方で構成され、西澤会長、猪口・神野両副会長にもご参加いただき、私、丸山が責任者を務めています。プロジェクトを立ち上げた目的は、高齢社会を迎えて、在宅医療、地域包括ケア、認知症への対応がますます重要となる中、全日病として地域医療の前線を担っている中小病院の役割を明確にするとともに、会員病院に有用な情報と研修機会を提供することにあります。プロジェクトはこのほど常設の委員

会として認められましたが、これまでの議論で、「在宅医療・介護と認知症は中小病院も担う」ことを国民にアピールすることから活動をスタートしようではないかという方針を確認しています。そうした活動の一環として、プライマリ・ケア検討委員会は、この9月に認知症の研修会を開催することを決めました。本日は、高齢者医療を中心に日本の医療が直面している課題について議論させていただき、そこにおける中小病院の役割を明らかにしたく、大島伸一先生をお招きしました。

□ デスを意識した医療を議論すべき時期にきている

大島 最初に確認したいことがあります。その1つは、高齢化が極めて急速に進んでいますが、それによって医療需要が劇的に変化している。しかも、その変化は量的だけではなく、質的な問題を伴って出現しているということです。20世紀は、生存率の向上あるいは生命予後の延長をエンドポイントにした医療、いわば、50歳から60歳までの医療でした。ところが、これからは80歳や90歳を主体にした医療へと大きく変わります。言い換えれば、QOLさらにはQOD(Quality of death)の追求です。これは小手先の対応で済む話ではなく、一度リセットしなければいけない、そういう時期を迎えています。次に、これまでの医療を支えてきたシステムがあり、その下で、我々はWHOが世界一と評価した成果を上げてきました。これをひっくり返して新たに何かをつくるという考え方もありますが、この前提をまずは受け入れようではないかと思うのです。その上で、変わるものと変わらないものをきちんと区別しなければなりません。実は、根本的に変わるべきは人、つまり、我々医療人と国民だということです。今後の展開を考えると、急性期医療の姿というのはもう決まっており、その最先端化は変わりなく進みますが、治すという技術には限界があり、これ

からの医療は、QOLの向上あるいは侵襲の少ない技術という方向に向かうのではないかと、そして、デスを意識し、重視する医療になっていくのではないかとこの点です。この問題はこれまではタブーとされてきました。しかし、これからは、圧倒的に増えてくる死に対してデスを意識した医療に向かわざるを得ない。つまり、老化とそれに伴って起きてくる認知症など老年症候群のさまざまな問題を、医療としてどう位置づけていくかが求められていくと思うのです。医療提供体制の出口としては病院から地域へ向かうという概念があり、そのキーワードは在宅医療です。これは、ほぼコンセンサスが得られている。残る課題が真ん中、つまり急性期と在宅の間です。実は、私はこのこの需要が大変多いと思っているんです。それにもかかわらず、その部分のシナリオができていません。例えば、現在のウィングラス型から2025年にはつぼ型へと変化していく患者構造があります。あの方向性は大きくは間違っていないと思うのですが、そうした変化は、真ん中部分が一番多くなることによって生じるのです。では、そこを一体どういうふうにしていくのか。私は、この問題に我々自身が答えを出すしかないだろうと考えています。

□ 高齢患者への医療には国民的合意が必要

丸山 今のお話を整理させていただくと、まず、人口と人口構成の変化があります。そして、ルーラル(地方)とメガロポリス(大都市)の問題、さらに、高齢者の疾病構造の変化がある。そういうことを踏まえて、日本の医療が直面する大きな課題は後期高齢者の問題に尽きるということかと思えます。大島先生は、そうした問題に向けて我々は自ら変革してきたかと問われる。これまではアドバンスケアばかりに目が向いて、リアルな現実への対応が

できていない、今こそ、我々は自らそうした課題に立ち向かうべきではないかと…。大島 おっしゃるとおりです。織田 確かに医療需要は大きく変わりつつあります。全日病は、病院のあり方委員会を中心に、こうした変化にどう対応するべきか、地域医療を支える中小病院は、今後どのような役割を担っていくべきかということを議論してきました。その議論を踏まえた上で私の考えを申し上げると、今まで、急性

期医療を担う多くの病院は高密度の医療を目指してきましたが、高齢化が進みますと、地域に必要な急性期医療というのは、診療所をバックアップし、高齢者にふさわしい医療の提供ではないかと思うのです。高度の医療を担う3次救急の病院は基本的に治療主体です。しかし、我々のように地域に密着した病院というのは、どちらかという、患者をいかに在宅に帰していくかが求められます。そうした中に、高齢化に伴う医療提供のあり方の問題があります。実際、我々の地域では、75歳どころ

か85歳以上の患者が救急搬送されてくるケースが増えています。こうした高齢患者は、治療することももちろん大切なことですが、一方で、いかに最期を看取ってあげるか、まさにQODというのが大切なんです。これはもう大きなテーマになっていると思います。ただ、この問題は、地域や国民のコンセンサスがないと、我々だけではどうしようもない。だから、現場にとっては、いかに質の高い死を迎えさせるかが大きなテーマになっているのですが、そここのところが、今、大きな壁になっているというのが実情です。

□ 国民的合意を得るためには我々がすべきこと

大島 そのとおりで、国民が動いてくれないと我々だけではどうにもなりません。医療の中身を一番分かっているのは医師です。しかし、実際の診療の場で、医師が医学的な適応を判断しようとするときに、社会的な適応の問題と多様化する価値観の適応の問題が立ち上がり、最後は、医学的な適用よりも価値観による適用のほうが大きくなってしまっているというのが現実です。患者が死に向かいつつあるときに、医師として「もうこれ以上やっても幸せにはなりません」と言えるかどうかが一番大事なことなのですが、そこで、医師の側にも、医師としての判断と個人としての価値観がないままになって出てきている。個人それぞれの価値観というのはもちろん大事ですけども、医学的に見たときにどうなんだということについては、これはやはり、はっきりと言うべきではないでしょうか。丸山 役所やお上が何とかするだろうということで今まではやってきた。ある意味、私どもはそれに誠実に対応してきたわけですが、結果的にはこのような状況になってしまった。しかし、事態がここまでくると、そろそろ、我々は踏み出すべきではないかと思えます。全体の医療をもう少し違うものに変えていく必要を感じています。

大島 同感ですね。20世紀は、成長というキーワードの下で、平均寿命が50歳、60歳を目指した医療でした。とにかく治す。治し切ればQOLも向上するし、生命予後もよくなると。それで大きな矛盾はなかったんです。ところが、平均寿命が80歳、90歳という時代になったら、もう明らかに限界がある。加えて認知症が台頭してきた。入院患者が平均70歳を超え、どこも認知症が大体3割はいる。ちょっと重症が多いところは7割ぐらいいるという状況がある。そうした、今までと様相がまったく違う事態に直面しているのです。織田 我々は若い頃、一日でも長く生きてもらうことが大切だと教えられました。それが今は違ってきているということは、我々自身、肌で感じています。ただ、一人一人が声を出しても、それがなかなか全体の声にならない。そういう意味では、我々自身死に対する議論をちゃんとした上で、病気は医療で治るが老化は医療では治せないのだと、だから、例えば半年長生きしたとしても必ず死は訪れるのであって、それは医療で何とかできるという問題ではないということ、組織としても発信していかなければいけないと思います。

□ フリーアクセスをめぐる議論が避けられない

織田 地域に密着した病院は今後どうあるべきかということを考えると、やはり、高度急性期についてはフリーアクセスが問われているのではないのでしょうか。同じ急性期でも、高機能・高密度の医療を提供する高度急性期病院と、増えてくる高齢者を診る一般の急性期病院と、地域には2つが重要だと思えます。その両方で色々なニーズが出てきているわけで、そこを、急性期だからということで一緒にしてしまうのは危ういと思います。丸山 日本は、未曾有というべきか、世界が経験したことのない超超高齢社会に突入しています。したがって、医

療のあり方も、外国のまねをしていてはだめだと思います。日本が先進的に何かを生み出さない限り、世界の問題は解決しないのです。大島 実は社会保障制度改革国民会議でフリーアクセスの問題がとりあげられました。そこで、私は、直接にはフリーアクセスという言葉は使いませんが、「いつでも好きところで自由にお金の心配をせずにかかることができる医療を、必要な医療に適切な場所にかかれるようなシステムに変えないとだめだ」といった趣旨を申し上げました。相当に覚悟をして言ったわけですが、私に対する非難や反論はま

後期高齢者医療の設計は日本の医療を変える作業！

病院も意識改革が必要。フリーアクセスの議論が避けられない

ったく出てこなかった。本当に流れが変わったなと感じましたね。

丸山 むしろ、今の医療の状況では正論じゃないですか。フリーアクセスの話をする、必ずイギリスの人頭式という話になってしまいます。ところが、やり方はいろいろあると思うんですよ。日本なりのフリーアクセス改革というのはあり得ると私は思っています。

大島 あり得ますね。私は当たり前のことを当たり前と言っているだけです。今までタブー視されてきて、みんな思っているけれど言うの大変なことになるということがわかっていることを、ただ口に出して言うただけなんですけど…。

織田 先日、フリーアクセスについて問う医師向けのアンケートがインターネットでありましたが、高度急性期病院に限っては、「もうフリーアクセス

なくすべきだ」というのが8割でした。

丸山 皆保険を守るためにフリーアクセスは制限していくと言ったほうがいいんだね。

織田 少なくとも特定機能病院と名のつくところは、これはもうフリーアクセスはなくして、やっぱり紹介型にきちんとしていくべきですよ。

大島 私は、特定機能病院とか、本当に超急性期はもう外来をやめろと言っているんですよ。そんな必要ないですよ。

織田 あくまでもそこに送るトリアージは地域の病院が担って、そして紹介していく。それが今後の色々な連携へとつながっていくんですよ。それを、我々が自ら声を上げていく。そういうことの必要性を自覚することが大切ではないでしょうか。

高齢者救急はプライマリ・ケアで支える

丸山 私は、プライマリ・ケアというのは、介護とかの職種と医療職も含めた大きな塊で支えるというマインドが醸成されれば、相当部分がここで支えられるはずと思っています。

大島 例えば、1999年と2009年の10年間で高齢者の救急搬送が激増しています。高齢者救急の内訳は心不全が25%、誤嚥性肺炎が24%、尿路感染症が20%などですが、救急部門をもつ200床とか300床の病院に聞くと、どこも、救急搬送される高齢者の80～90%は2次以下だと言います。重症は極めて少なく、中症から軽症がどっと増えているわけです。

織田 私の地域でもまさにそのとおりです。今や85歳以上の救急搬送が急激に増えていますが、そのほとんどが肺炎とかで、決して高密度な医療が必要ではないんです。

丸山 そうです。ですから、プライマリ・ケアで支えられるはずなんです。

織田 それを高度急性期病院に搬送されると、これらの病院は後方支援機能や在宅につなぐ機能を持ち合わせていませんから、本人もアンハッピーなんです。やはり、地域の急性期病院に行く方が本人にも幸せであるはずなんです。

丸山 それは、高度機能病院も困っているんですよ。

大島 そうです。公的を含めて、3次救急に特化しようと腹を括ってやっているところは、「もう何とかしてくれ

と本当に悲鳴を上げています。そういう人たちがICUを占拠するために重症の手術ができない、だから、「こんな状態では、若い人、本当に3次救急が必要な者への医療ができない」と。あるいは…。

丸山 医師が折れてしまう。

大島 そうです。こういう悪循環がもうはっきりと出ているんですよ。ところが現実には、3次救急の整備に力を入れ過ぎた結果、全体としては過剰です。ところが、経営面からみると、2次の患者であろうが、初期であろうが、3次救急で入院させると診療点数が全然違う。診療報酬がまったく違うから、それで病床を埋めていくという状況が起こっている。その結果、2次救急がどんどんなくなってしまっている。

織田 そのとおりです。

大島 それにもかかわらず、2次救急の診療報酬は全然上がらないんです。

丸山 そのために、ますます2次救急の病院はやっていけないんです。

大島 その結果、何が起きているかというところ…。

織田 そう、2次救急が潰れると地域全体が不幸になってしまう。

大島 間違いなく壊れます。

織田 地域の一番身近な救急病院が消えていくというのは非常に残念なことです。救命救急センターへの補助を出し過ぎたために、各地に乱立してしまった。

地域でハブ的機能を発揮する中小病院

織田 高度な先進医療をやる病院は広域圏ごとに必要です。ただ、高齢患者に関しては、それにふさわしい急性期医療、ターミナルであったり、リハビリであったり、色々なケアマネジメントと、多様な機能を持ち合わせている病院にかかるのが幸せなことではないか。そこからシームレスに在宅につながっていく形を考えていかなければいけないと思います。

高度急性期から在宅にというのは無理ですから、高度急性期は高度急性期としてやりつつ、高齢者を対象とした急性期医療の提供体制を地域でどうつくっていくかということを考えなくてはなりません。その中心になるのが、多分、地域に根差した顔の見える関係のある中小病院ではないかと思えます。

丸山 私はある程度の業務独占をするべきだという考えです。つまり、後期高齢者医療は我々中小病院に任せると。我々の手でそれを実現するような仕組みをつくっていければよいのですが。

大島 独占という言葉が適切かどうかはわかりませんが…。

丸山 確かに適切ではありません。正確には「我々がやります」ということです。そうすることが、また、生き残る道でもあります。我々はそういう方向に向かうべきだと思いますね。

大島 まったくそのとおりです。今までは、みんな超急性期を初めとする病院で終わっていたから問題にならなかったのですが、これからは高齢患者が地域の方に来る。実はこの部分は非常に需要が大きいんです。この需要の大きいところをみんな引き受けようとする、

一つには、開業医のかかりつけ医と地域の病院との関係の問題が生じます。

丸山 そうです。

大島 次に、そここの議論は今まではないがしろにされてきたのですが、実は、こうした患者はこれまでも自分たちが引き受けてきたわけです。本当に、いわゆる中小の病院が今までは全部引き受けてやってきたんです。ただ、これからは需要の大きさがまったく違う。しかも、新たに認知症とか、あるいは老年症候群だとか、これまで学んできた中にはないものが出てきている。なかったけれどやってきたのは事実です。しかし、ここまで多くなり過ぎてしまうと、一体それをどう体系化していくのか、あるいはどう研修していくのかという問題が出てくる。こういうものと一体に議論されないとだめなわけです。

丸山 そうです。我々が包括的に引き受ける、そのために頑張るということを示すことが大切なわけですが、一方で、沢山の診療所があって、日々頑張

地域医療を守る、国民の健康を守るという自覚

丸山 今日は、私どもがプライマリ・ケア検討プロジェクトを立ち上げたことの意味そのものが議論のテーマになったような気がします。とにかくニーズに応えていくということ、それと医療人としての矜持というか、国民を守るんだという気概がないとだめだと思うんですよ。

大島 そのとおりです。国民の健康を守るということは、ぜひ、押さえたいと思っています。

織田 我々は地域医療を守るのが使命だと思っています。そういう意味では、プロジェクトの議論で確認された、「在宅医療・介護と認知症を手がけていく」という、地域ではたす役割の自覚は本当に大切だと思います。これまで、一般病院は余り声を出さずにきましたが、今や一番ニーズが膨らんできている領域でも、こうした課題に取り組んでいけず医療改革にきちんと対応できないし、それこそ、日本の医療を変えることもできないと思いますね。

丸山 この前、厚労省から発表がありました。予備軍を含めた認知症は、MCI (Mild Cognitive Impairment) を入れると900万弱と推計されています。これは、日本だけが経験し得る新しい世界です。だからテキストがないわけですよ。

大島 すべてが実験です。

丸山 だからこそ、我々中小病院が立ち向かっていく必要があると思いますね。

大島 まったくそのとおりですね。このデータでも、救急の認知症併発が全体の70%いっています。

丸山 私の患者にも認知症の方がいますが、3次救急の現場に行くと、現実に非常に混乱を招いています。認知症がある上、褥瘡、嚥下性肺炎、糖尿病、高血圧症があるという患者が運び込まれるわけですから。それが95歳としますと、やはり、我々は、その人のエンド・オブ・ライフをどう一緒に作り上げてあげるかということを考えざるを得ない。ただただ延命という方向でやるのではなく、そこは患者と対話して、家族とも丁寧に話し合いながらやっていきたいものです。

大島 そこは、やはり団体として宣言していくということではないですか。

っておられて、それも含めて日本の医療が成り立っています。我々中小病院は、その先生方にとってのハブ的役割を、決して上位ということではなく、互いに連携を保って、何かのときには任せてくださいという、そここのところをしっかりとやらないといけません。

大島 そうです。実は、フリーアクセスの議論というのは、今、先生が言われたハブ機能なんですよ。だから、そのハブ機能をシステムとしてどういうふう構築していくか。それは多分、相当面倒な議論になるだろうし、相当面倒な役割になるかもしれません。そこは、我々を信用してくれと言わないと思うんですよ。

丸山 ないですね。実績で示していくしかない。

大島 そうです。システムとしてそれをどう解決していくのか。それをつかっていかないと。その一番いい方策は、やはり、病院団体がシナリオを提案すべきでしょうね。

救命や延命ももちろん大事ですが、それは平均寿命が50歳、60歳の時代の医療です。平均寿命が80歳、90歳の今はその考え方で通る時代ではないということ、はっきりと宣言してしまうことですよ。

織田 今の若い先生達がかわいそうなのは、救命救急センターにもそういう患者が来ますが、いくら頑張っても治って帰るケースはない。そのためにモチベーションが維持できないというんです。だから、そういう患者は地域の医療機関がちゃんと受けて、高度な救命救急は治して帰す医療に専念する、それこそ、社会復帰できる人をどんどん受け入れていくという体制づくりをしなくてはいけないと切に思いますね。

丸山 そうです。まさに、我々は、やさしく医療ができる体制を包括的につくっていく必要があるということですよ。

織田 そのためには、我々も意識の改革をしなければいけないですね。

丸山 先進病院のミニ版をつくるという発想ではなく、日本の医療を変える新たなシステムをつくるという発想だと思えますね。

大島 まったくおっしゃるのとおりです。私はいつも言うのですけれど、時代が変われば医療も変わるわけで、最初の問いはどんな医療が必要なのかというところがスタートのはずですが、それを今までの延長上で考えてしまうために、あるべき論をとばして制度論に入ってしまう。しかも、政治や行政は国民の声というのを一番強く意識する。そういった状況の中で、医療団体が将来の方向にきちんとした羅針盤を出すことなく、パイの取り合いにばかり参加してきたというのが今までの状況なのではないですか。

丸山 最初の話に戻りますが、私どもは全日本病院協会の中にプライマリ・ケア検討プロジェクトを立ち上げましたが、その目的というか意味づけというのは、今日の議論で言いつくされたような気がいたします。先生には、ぜひ、今日のような考え方を国民会議で引き続きご発言いただくとともに、我々病院団体が果たすべき役割に関して、これからもご助言をお願いいたします。

円滑なコーディングに診療情報管理士の配置と位置づけが不可欠

DPC評価分科会 コーディングガイド案を検討。環境整備上の課題が多く提起。15年度活用開始は微妙か

中医協・診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会は7月26日の会合でDPC/PDPSのコーディングガイド(案)について検討。委員からは、記述に追加書き込みを要する項目や課題が多くあげられたため、分科会は、ガイド作成を進める厚生労働科学研究班(伏見班)にさらなる文案づくりを要請することを確認した。

事務局(厚労省保険局医療課)はガイド案を今秋に再度報告してもらい、最終案を目指したいとしている。

コーディングガイドは、「不適切な事例が散見されるなど医療機関でコーディングの質に大きな差がある」などの指摘があることから、昨年4月のDPC評価分科会で研究班に制作を委託することが決まった。

その後、昨年12月7日の分科会に松田委員は、ガイドの草稿を示すとともに、その中で、「医学的に疑問とされる可能性のある傷病名」の選択例として心不全など5つの項目をあげ、それらのコーディング処理の考え方を示した。

一方、研究班はガイド案(ver1.0)を2012年度厚労科研報告書としてまとめた。

これを受け、分科会はコーディングに関する特別調査を実施、現場の状況を探るとともにガイド案に対する意見を得ることを決め、4月に、コーディングを円滑に実施している5病院を招いてヒアリングを行なうとともに、選択結果に外れ値が多い病院に対するアンケート調査を行なった(調査結果の概要は別掲)。

この日の分科会は、ガイド案およびヒアリングとアンケートからなる特別調査の結果(総括)をふまえ、委員からver1.0に対する意見を聞いた。

各委員からは「MDCごとに上6桁の適切な解釈を明らかにするなど、もっと詳しいものにした方がよい」など踏み込んだ提案が多く出た。

中には、「密度の低い診療を伴うアップコーディングは診療報酬の引き下げ招来につながる。適切なコーディングこそDPC病院の安定運営に寄与するという意識を啓蒙すべきではないか」という意見も出た。

その一方、コーディングの方法だけでなく、適切な病名選択を担保する環境整備にかかわる課題の提起が相次いだ。

- 具体的には、
- (1) 卒前教育から国家試験にいたる過程でDPCとコーディングの勉強と試験に取り組む必要がある(厚労省は文科省等の関連機関に提案すべし)
 - (2) 都道府県は保険医登録を行なう医師にDPCの教育を課すべきである
 - (3) 院内のシステム構築にかかわるガイ

- ドも作るべきである
- (4) 診療情報管理士の介在を明確に位置づけるために「仮病名」をつけることを認めるべきではないか
- (5) コーディングの標準化は医師だけでなく、全国の審査委員会の医師達や行政官にも徹底しなければレセプトをめぐるトラブルは解消しない

- (6) このガイドに現場の意見を反映させて改訂を重ねていく枠組が必要などの指摘がなされた。
- ガイド案に厚労省の通知・事務連絡等をセットしたものがコーディングマニュアルになる。
- 事務局は、この日の意見を参考にさらなる記述の改善を研究班に求め、今

秋にも最終型に近いものを分科会に報告する旨を明らかにした。

2015年度改定におけるコーディングマニュアルの導入を見込んでいる事務局だが、「今秋に最終案がまとまらない場合は次回改定に導入するのは難しい」とも受け止めており、15年度からの活用開始の見通しは微妙だ。



対象病院へ移行申請の期限は9月30日

7月26日のDPC評価分科会に、事務局はDPC準備病院の募集日程案を提示、了承された。

それによると、2014年度改定にあわ

せた準備病院の募集期間は、この9月1日から9月30日(予定)までとなる。

改定施行日に行なわれる準備病院から対象病院への移行については、対象

病院への参加申請時に要件を満たしていることが条件であり、その移行確定時期(基準を満たす期限)は、これまで改定前年の10月31日であったところ、今回は9月30日と1ヵ月早まる。

□コーディング特別調査の結果を踏まえた考察(要旨)

- コーディングの手順について
 - ・ヒアリング調査では、入院時・退院時に医師によってDPCコードが入力された後に診療情報管理士や医事課職員が内容を確認する体制をとっている医療機関が多かったが、診療情報管理士や医事課職員がDPCコーディングを行った後に医師が確認する体制をとっている医療機関も認められた。
 - ・アンケート調査では、退院時にコーディング内容を医師が「要請時のみ確認」する医療機関が27.3%となっており、医師が直接コーディングに関わっていない医療機関も存在することが分かった。
 - ・アンケート調査では、退院時に診療情報管理士や医事課職員によるコーディング内容の確認「あり」が9割程度となっているが、逆に1割程度は医師以外による確認が行われていない医療機関が存在することが分かった。
- 「適切なコーディングに関する委員会」について
 - ・「開催回数」については、アンケート調査の対象となった医療機関では通知

- で定められている最低回数である年2回のみ実施している医療機関が49.2%であったのに対し、ヒアリング調査の対象となった医療機関ではほぼ毎月開催されており、適切なコーディングに向けて積極的な取り組みを行っている医療機関においては頻回に委員会を開催していることが示唆された。
- コーディングガイドに対するご意見について
 - ・アンケート調査によれば、コーディングガイドに従って再コーディングした場合、「040130呼吸不全」、「050130心不全」とコーディングされた症例の4割以上が変更になると答えた医療機関が大半を占めており、コーディングガイドがより良いコーディングのために有効である可能性が示唆された。
 - その他
 - ・アンケート調査において、「調査対象となった5つの診断群分類においてなぜ適切なコーディングがなされていないのか」について集計した結果、理由として「コーディングの理解不足」、「診療行為

- を優先したコーディングのため」といった内容が最も多く上げられており、コーディングの考え方の医療機関内での周知が重要である可能性が示唆された。
- ・また、アンケート調査において、「小児が多いため」「高齢者が多いため」といった理由も挙げられており、「小児」や「高齢者の不全症」について、コーディングルールの整備が必要であることが示唆された。
- ・電子カルテで使用されている標準病名マスター(ICD-10対応の傷病名マスター)において病名自体が記載されていない例、ICD-10の「.9」コードしか表示されない例等があること、またそれらの問題に対応するための病名マスターのメンテナンスが難しい場合等、適切なコーディングの推進において電子カルテや請求システムが問題となっている場合があるという指摘があった。
- ・適切なコーディングを行う体制を作るためには、診療情報管理士の役割、位置づけ等の明確化が必要なのではないかという指摘があった。

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、約40年にわたり、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。

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試験です。

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】公益社団法人 全日本病院協会
一般財団法人 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 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)

- 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)

- 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

●試験の詳細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。

「増加する高齢者救急は2次救急が対応するべき」

救急医療体制等のあり方に関する検討会 加納常任理事 「そのための支援が必要」— 中間とりまとめ案に追記を求める

7月17日の「救急医療体制等のあり方に関する検討会」に事務局(厚労省医政局指導課)が提示した中間取りまとめ案に、2次救急医療機関を充実強化する方針が盛り込まれた。

中間取りまとめ案は、2次救急医療機関の機能・役割として、(1)高齢者搬送患者への対応、(2)身体合併症を伴う精神患者の受入れ、(3)3次救急医療機関からの患者受入れなどをあげた上で、①3次救急医療機関が2次救急医療機関をバックアップするシステム、②2次救

急医療機関の機能や役割を客観的に把握する指標、③2次救急医療機関の地域MC協議会への参画と実施基準の策定・実施への協力、④救急告示医療機関と2次救急医療機関の一元化、のそれぞれ必要性を提起している。

加納繁照構成員(加納総合病院理事長・全日病常任理事)は、2次救急の最大のテーマは「今後ますます増加をたどる高齢者搬送患者への対応」であり、そうした認識を明確にした上でこそ、2次救急を支える民間病院が直面してい

る低額な診療報酬と公的中心的補助金など、2次救急病院への財政支援の必要がより明らかになるとみている。

そのため、中間取りまとめ案に対しても、「高齢者救急への対応が2次救急医療機関にとって重要なテーマである

とともに、それに対する支援が必要であること」を、具体的に追記するよう求めた。

中間まとめは、この日の意見を踏まえた修正を加え、9月の検討会でとりまとめた後、外部に公表される予定だ。

□「2次救急医療機関の充実強化について」(中間取りまとめ案から)

- ・2次救急医療機関は、地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行うといった機能を果たすものであるため、身体合併症を伴う精神患者(認知症、アルコール依存症等)の受入れや3次救急医療機関からの患者受入れ等を行う観点から、都道府県や2次救急医療機関は地域の高齢化や疾病構造の変化を把握し、より適切な体制の構築を行うべきである。
- ・増加する高齢者搬送患者については2次救急医療機関が対応すべきであるので、そのための地域でのコンセンサスが必要である。また、3次救急医療機関が2次救急医療機関のバックアップ体制をとるといったシステム作りも同時に必要である。
- ・2次救急医療機関の機能や地域で果たしている役割を客観的に把握し、質の担保とその向上を図るための指標を作成するべきである。
- ・2次救急医療機関は、地域の救急医療の担い手として、地域MC協議会に積極的に参画し、実施基準の策定や実施に協力するべきである。
- ・救急告示医療機関と2次救急医療機関について、これまでも一元化の必要性を指摘されながら未だ両制度が存続している。救急告示医療機関の制度のあり方を含め、両制度の一元化に向けていくべきである。



▲加納常任理事(右から2人目)は2次救急の現状を憂え、必要な対策と診療報酬上の評価を求めた

大学病院側 プログラム自由化や2年間の短縮見直しを提起

医師臨床研修部会

基礎系研究と臨床研修の両立で議論。研修病院側は研究医用プログラムの導入を提案

2015年度に実施する医師臨床研修制度の見直しを検討している医道審議会医師分科会の医師臨床研修部会は7月18日の会合で研究医養成問題について議論。

基礎医学の研究に進む医師が減少していると危機感を募る大学側の委員は、「臨床研修と大学院の両立を可能にするためにはより柔軟なプログラムの見直しが必要」と声高に語った。勢いのあまり、医師臨床研修制度の廃止議論を提議する委員も出現した。

文科省などの調べによると、基礎系の博士課程入学者に占める医師免許取得者(MD)の割合は、近年、臨床系に比べると顕著に低下している。

大学側は入学定員に「研究医枠」を設けて奨学金や学部・大学院一貫コースを提供するなど、多様な方法で研究に進む医師の確保に努めている。文科省も2010年度から19年度まで、条件を満たした医学部の定員に3名の上乗せを認めるという「研究医枠」を設けた。

研修医で医学博士の取得を希望する者は、臨床研修病院で36.2%、大学病院では44.7%いるが、「2年間の空白はあまりに大きく、志しも低下してしまう」と大学側委員は嘆く。

こうした結果、基礎系大学院で学ぶ学生に占めるMDの割合は30%以下へ

と低下しているだけでなく、基礎医学系教員(助手・助教)のMD割合も1990年代の50%から今や30%以下にまで下がっているという。

医師の基礎系研究者を確保・養成するためにどうすべきか。日医は「基礎医学に進む場合には後年あらためて臨床研修を受けることができるようにする」よう提案しているが、日本医学教育学会は「研修期間中の大学院における研究は原則として認めるべきではない」との見解を表わすなど、関係者の間でも意見は分かれている。

山下委員(山形大学医学部長)は、大学病院中心の研修病院群を編成して医局主導の運営を実現した上でプログラムの自由度を高め、色々なバリエーションを認める必要があると、講座制を軸としたローテートの中で研究医を養成していく方法を提案した。「臨床研修と基礎研究の間の自由な行き来」を求めるなど、研究医を臨床研修の理念・到達度とプログラムの枠組みからフリーにするという発想である。

これに対して、清水委員(聖隷浜松病院副院長)は、「研究者の養成と臨床研修は分けて考えるべきだ。医師臨床研修制度は国民的ニーズであり、研究に進むからといって2年間の研修を例外にするというのはいかがが。処遇面

の工夫や研修から得る成果の研究への還元など、両立を可能とする環境の確保を考えることが大切ではないか」と述べ、制度の枠内で対応すべきとする研修病院の見解を鮮明にした。

神野委員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)も、「国家戦略として基礎医学にきちんとした処遇を与えていくことには賛成であり、研究医養成用のプログラムがあってよい。ただし、今のコンセプトは臨床研修に2年間専念するというもの。したがって、現在のプログラムをさらに弾力化するのではなく、研究医養成用のプログラムを別に設けるといふかたちで対応すべきではないか」と述べ、研修病院として、大学医局の「臨床研修自由化論」に反対する意見を表わした。

かくて、研究医養成の問題は医師臨床研修制度の現行枠組みをめぐる議論へと発展した。

大学病院側の現行制度批判は、「プログラムの今程度の自由度では不十分である」「早くから専門に進む機会を与えないとだめだ」といった従来からの意見にとどまらず、「臨床研修制度が研究医志向を阻害しているのは、これを終えないと院長や開業医になれないという絶対的制約があるからだ」と制度の根底にまでおよんだ。

さらには、医師法の「2年間の臨床研修」規定をめぐる中で、「この制度は10年たった。その間、医学教育はモデル・コア・カリキュラムやCBT・OSCEの実施、診療参加型実習の試みと大きく変わってきた。生涯教育を含めた医師養成の大きな枠組みを考えると、もはや臨床研修制度は廃止し、ストレートに専門医研修につなげてはどうか。5年ごとにマイナーチェンジを繰り返すのではなく、ここで、日本の医師を養成する仕組み全体を議論してもよいのではないか。廃止の議論はこの部会で可能か(小川委員=岩手医科大学理事長・学長)と、医師臨床研修制度の廃止議論を提起するにいたった。

同じ大学病院側でも、山下委員は「廃止とは別に、本当に2年間いるのかという問題がある。到達目標を別の方法で習得できるやり方があれば、その部分を(プログラムから)削り取るとか、もっと自由に選ぶ仕組みにしていけることが大切。私は2年もいらないう」と発言、廃止論にまでは踏み込まない姿勢をのぞかせた。

廃止議論の提起は臨床研修プログラム自由化論のインパクトを強める効果を期待してのものともみられるが、大学病院側の本音を吐露した点で注目される発言だ。

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

あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

厚労省 新たな医療機能案は4区分。「亜急性期」という呼称を止める

病床機能情報の報告制度 「病期とともに診療密度や施設の体制等も機能区分の因子」

7月11日に1ヵ月半ぶりに開催した「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、事務局(厚労省医政局総務課)は、病棟単位で報告する医療機能の区分に関する前回までの考え方を修正した案を示した。

修正された内容は要旨以下のとおり。
(1)各医療機関が報告する上で選択対象となる病棟(一般病床と療養病床)の主たる機能は、急性期、「亜急性期(呼称は検討中)」、回復期リハビリテーション、長期療養の4区分からなる。
(2)前回示した「地域多機能」という区分は、複数の医療機能を持ち、幅広く対応するという点で「亜急性期」と類似している上、地域多機能は都市部でも必要なことから、地域性の限定を外して1つにする(地域性等を加味した医療機能のあり方は、医療機関からの報告内容を分析した上で検討する)。
(3)これまで提案してきた「亜急性期」は、①在宅等の急性増悪を含む診療密度が比較的軽度の急性期患者への対応、②急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療の提供など、幅広い患者に対応する複合的な機能を表わすものであるため、病期概念としてはポストアキュートである「亜急性期」という呼称は止め、適切な呼称を検討する。「亜急性期」については、検討会の中で「急性増悪の在宅患者等を見るのは

急性期であり、ポストアキュートである亜急性期に位置づけるのはいかがか」などの異論が示されていた。

この日の検討会で、事務局は、この疑問に対する回答として「患者の病期と報告制度における病棟の医療機能の違い」を次のように説明。提供体制を考える上で、病期とともに診療密度の違いや施設の体制も重要な視点になるという見解を示した。

- (1)患者の病期と報告制度の医療機能(病棟)は考え方が異なる。医療機能の区分は、患者の病期だけでなく、提供される医療の密度や有する体制等も勘案して定めるべきである。
- (2)機能によって必要な医療資源は異なるため、効率的な提供体制を構築するためには、機能に応じた医療資源を適切に投入することが必要。仮に、患者の病期のみで機能を区分すると、医療密度が異なるものが同じ区分に位置付けられることになる。
- (3)例えば、在宅等の高齢者がかかりやすい軽症の肺炎、脱水、尿路感染症等は、病期上は急性期であるが、脳梗塞、急性心筋梗塞、劇症肝炎等とは診療密度が異なる。よって、診療密度が比較的軽度の急性期患者に対応する医療は、主たる医療機能としては「急性期」と区分を別にするのが適当である。
- (4)報告制度では、1つの病棟に特定の

病期の患者だけが存在し、当該患者への医療だけを提供していることは想定していない。病棟には様々な病期の患者が混在しており、各々の患者に応じた医療が提供されている中で、当該病棟の主たる医療機能はどれであるかを選択するものである。

(5)したがって、例えば急性期機能は、急性期患者への医療だけでなく、亜急性期や慢性期の患者への医療も一定割合で提供している中、当該病棟の主たる機能は急性期患者への医療提供であると判断する場合に選ぶことになる。

事務局の修正案は、ポストおよびサブアキュートをともに含む複合的機能を担っている病院(病棟)を「亜急性期」と断じた前回の提案を修正し、複合機能を担う病院(病棟)の医療過疎地域に限定されない存在を認めるものであり、まさに、各地域で多くの一般病院が担っている地域一般病棟という機能を提供体制にきちんと位置づける方向となっている。

ただし、検討会には、病期にもとづくシンプルな区分の方が分かりやすいという意見もある。

患者は様々な病気にかかるが、それぞれの疾病、しかもそれぞれの病期に対応した医療が提供されなければならない。しかし、診療密度の同質性や地域におけるポジションによっては、病期の異なる患者を同一の施設が引き受けている。複数医療機能の提供である。

機能分化を評価するときに、病期という視点だけでシンプルに区分していくと、機能分化は硬直したものとなかなかねない。

病期による区分でみるか、それとも医療提供上の特性からみるか。「地域多機能」の地域限定性を外し、類似した機能の「亜急性期(呼称は検討中)」に着目したように、病棟の現実から帰納していく柔軟な機能分化が求められている。

●医療機能区分の考え方(事務局案)

医療機能の名称	内容
急性期機能	主として、急性期の患者に対して、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能
【検討中】	主として、比較的軽度の急性期の患者(*)及び急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療を提供しつつ、幅広い患者に対応する機能
回復期リハビリテーション機能	主として、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能
長期療養機能	主として、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能主として、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

*在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者を含むが、これらの患者には、重症で高密度な医療を要する場合もあり、その場合には急性期機能で対応することとなる。

全日病は新事務所への移転に伴い会議におけるペーパーレスを実現、ぶ厚い資料はコンパクトなタブレット端末に替わった。(7月20日の第4回常任理事会) ▼



全日病 プライマリ・ケア検討委員会を設置。委員長人事を決める

7月20日の第4回常任理事会は2013年度新委員会体制の案をまとめた。8月の理事会に諮る。

プライマリ・ケア検討プロジェクトを常設委員会に昇格させ、常設委員会は20とする。委員長には、プロジェクト責任者の丸山泉常任理事が就く予定だ。

また、医療従事者委員会に織田正道常任理事、救急・防災委員会に加納繁

照常任理事、国際交流委員会に山本登常任理事の各就任を予定している。

例年は新年度早々に新体制を組むが、公益法人移行に伴い、6月22日の第1回定時総会で新規役員が選任されたことから、西澤執行部は、各委員会とも8月まで現行メンバーで臨む一方、副委員長を含む委員の選出を8月内に終え、9月から新体制で活動を再開する方針を示し、第4回常任理事会で承認を得た。

全日病 紹介会社による医療職の雇用実態を調査

7月20日に開催された2013年度第4回常任理事会は、会員病院を対象に、紹介会社の斡旋による医療従事者の雇用実態を探るアンケート調査を実施することを決めた。

今後の活動の基礎資料とするために医療従事者委員会が行なうもので、紹

介を経て入植した職員の人数と紹介手数料、紹介会社の社名を含めた具体的な利用状況を回答してもらい、紹介会社の実態捕捉に努めたいとしている(回答データは秘匿扱いとなる)。

調査票は7月内に送付、8月初めに回収を終える予定だ。

「公的医療保険は現状のまま維持すべき」

四病協がTPPへの意見を政府に提出

四病院団体協議会(四病協)は7月17日の総合部会でTPP(環太平洋パートナーシップ)に対する意見を集約、同日、TPP政府対策本部に提出した。

政府は7月15日から始まったコタキナバル(マレーシア)における会合をもってTPP協定交渉に参加したが、これに先立つ6月17日に政府対策本部は「TPP

協定交渉にかかる意見提出等のための業界団体等への説明会」を開催し、医療界を含む関係諸団体にTPP交渉に対する意見の提出を求めた。

四病協は各団体内部で検討した意見を持ち寄って協議した結果、4団体で一致した点を共同見解にまとめたもの。意見は次の4点からなり、それぞれに

詳しい意見・疑問を付記している。

- (1)公的医療保険制度は現状のまま維持すべき。混合診療の全面解禁は反対である。
- (2)病院経営への営利企業参入は避けるべき。
- (3)各国の事情に適した医療制度は維持すべき。(ISDS条項でそれが困難

にならないか)

(4)外国人医療従事者の人材確保の観点から、外国人医師の臨床研修制度等を拡大することにより、医師、看護師等の医療従事者の相互交流を図るべき。

TPPに関して、四病協の4団体は、内閣官房が3月9日に実施したヒアリングでも概ね同様の意見を陳述している。

四病協 「2014年度税制改正要望の重点事項」をまとめる

四病協は7月17日の総合部会で「2014年度税制改正要望の重点事項」をまとめた。社会医療法人の要望項目に「認定要件である救急医療等確保事業への在宅医療の追加」を加えた以外は、昨年と変わりはない。概要は以下のとおり。

- (1)消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直し
- (2)医療機関に対する事業税の特例措置の存続
- (3)福島原発事故による損害に対する賠償金の非課税
- (4)持分ありから持分なしへの移行税制の創設
- (5)相続税・贈与税の納税猶予制度の医

療法人への拡充

(6)持分ある医療法人が相続発生後5年内に持分ない医療法人に移行する場合の相続税猶予制度の創設

(7)社会医療法人に対する寄附金税制の整備および非課税範囲の拡大等

(8)医療法人の法人税率を公益法人等の収益事業並みに引き下げる。また、特定医療法人に対する法人税を原則非課税とすること。

(9)病院用建物等の耐用年数の短縮

(10)社団医療法人の出資評価の見直し

(11)医療従事者確保対策用資産および公益社団法人等に対する固定資産税等の減免措置

「病院職員のための認知症研修会」開催のご案内

日 時 ● 9月11日(水) 13:00~18:05 (講義)
9月12日(木) 9:15~15:00 (演習)
会 場 ● 全日病大会議室(東京都千代田区)
対 象 者 ● 看護職員、リハビリスタッフ、MSW
定 員 ● 160名
参 加 費 ● 会員病院1万8,000円 会員病院以外2万5,000円
申込締切 ● 8月9日(詳細はHP掲載の案内を参照)

■研修プログラム・講師(予定) *敬称略
1日目 基調講演 国立長寿医療研究センター総長 大島伸一
講 演 ① 認知症と今後の高齢社会 日本医科大学武蔵小杉病院内科教授 北村 伸
講 演 ② 認知症の診断と治療 首都大学東京副学長 繁田雅弘
講 演 ③ 認知症に病院はどう対応すべきか 恵寿総合病院理事長 神野正博
2日目 演 習 ① (グループワーク、発表) 海上療養所 上野秀樹
演 習 ② (グループワーク、発表) 海上療養所 上野秀樹