



全日病 NEWS 9/1

21世紀の医療を考える全日病 2014

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.831 2014/9/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

レセ等データが地域の病床の機能別過不足を明らかにする

全日病「経営セミナー」 データに基づく予測に沿って分化が促される。「連携・協調を志しとすべし」

全日病が主催する「2025年に生き残るための経営セミナー」は8月16日に「これからどうなるDPC対象病院」と題した第4弾を本部会議室で開催、153人が参加した。産業医科大学医学部の松田晋哉教授とDPC評価分科会の金田道弘委員(社会医療法人緑社会金田病院理事長)が講演した。

松田氏は、レセプトとDPCのデータ活用から医療圏ごとの受療状況と病院の機能分布把握が可能となっていること、そして、その医療計画への利用が始まっていることを説明。さらに、地域医療構想にもとづいて、各地域で需要に見合った機能別の病床数を予測し、それに沿った分化・連携を追求する時代になると展望。

こうしたデータの公表と活用によって、行政だけでなく、医療機関の側も地域の需給を踏まえた機能の確保に自ら対応することが可能となり、分化・連携に、自主的選択の余地が増えるとの認識を披露した。

松田氏は、また、高齢社会化にともない、急性期の受皿と在宅ケアを支援する機能を併せ持つ地域包括ケアの病床がますます必要になること、さらに、療養病床に準じた、かつ、入院とリンクした機能を備えた在宅医療が重要になるという見解を明らかにした。

一方、金田氏は、機能分化と連携の取り組みが進む後を踏まえ、各病院は、競争から協調へと転換していく中で自院の機能を選択していくべきであると論じた。

中医協診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会の前委員を務めた松田氏は、厚労科研のDPC研究班を率いてDPC体系の開発を手がけたことで知られる。

他方で、レセプト・特定健診情報(NDB)、DPC、介護報酬請求の各データをクロスさせた福岡県保健医療介護総合データベースを開発。同県医療圏ごとの患者受療と医療機能の分析ツールを完成させている。

この日の経営セミナーで、松田氏は、疾患別・機能別の受療圏構成やDPC対象病院のMDC別診療実績など前出データベースの一端を示し、医療提供体制を可視化するデータ活用モデルを紹介した。

このデータベースは各地の自治体でも活用され、松田氏は、その後、医療計画を策定する上で独自にNDBやDPC等データを活用できるソフトとデータブックを手がけ、各都道府県に提供した。

NDBやDPC等既存データを利用することによって医療の需給が地域単位で分かり、目標設定が可能となるという松田

氏の提言は政府の目にもとまり、財政制度等審議会や経済財政諮問会議で麻生財務大臣が「レセデータ等の利活用で都道府県ごとの医療費目標設定が可能となる」と支持を表明。「骨太方針2014」にも「地域横断的な医療介護情報のICT化により医療介護支出の効率化・適正化を図る」と書き込まれた。

この方針は、社会保障制度改革推進本部の下に設置された「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」で、具体的に実行に移されようとしている。

松田氏が作成した医療計画策定用のレセプトデータは、①2次医療圏別の医療提供状況、②2次医療圏単位の受療動向、③都道府県別の医療提供状況の3資料がベース。レセプトデータは施設名がないために医療圏別の集計となるものの、疾患別・病床機能別の受療圏が分かり、患者流入の実態も入院・外来別、年齢別などの指標で捕捉できるため、医療圏ごとに機能の過不足や自己完結率が判明する。



この枠組みに施設名が分かるDPCデータを加味するとMDCベースの病院別診療実績が明らかになる上、がんや

救急に関しては化学療法の入外別実施など詳細がつかめるため、地域医療を評価する指標の抽出が可能となる。

地域包括ケア病床と病院直結在宅医療の整備が必要

これらのデータは、しかし、過去の実績である。セミナーで、松田氏は、これらデータに人口構成と疾病構造の将来変化を加味したものをツール化、将来の提供体制を地域単位で予測できるようにしたことを明らかにした。

そして、「NDBとDPCのデータを使うことによって、各医療圏における将来の課題が、優先課題がはっきりしてくる」と述べ、将来の提供体制について以下の課題を指摘した。

- (1) 高齢者が増える中、今の受療率が続くと急性期も慢性期も病床不足に陥る。
- (2) したがって急性期病院は、回転を上げるために連携体制をどう確保するかが問われる。
- (3) 同時に、急性期の受皿と在宅ケア支援の機能を併せ持つ地域包括ケアの病床が重要になる。
- (4) 療養病床の不足による在院日数短縮により、医療ニーズをもつ重度要介護の患者が在宅に移行するため、療養病床に準じた、かつ、入院とリンクした在宅医療が必要となり、訪問看護も病院によるサービスがより重要になる。
- (5) 入院医療の縮減を支えるために、在宅療養を支援する病院と老健施設を拠

点としたネットワークを地域単位で整えていく必要がある。

その上で、松田氏は病床機能報告制度の意味するところを、「この報告によって、機能ごとに対応する医療行為がどの位されているかが、地域別、病院(病棟)別に分かる」と概括。その結果、「そうした医療行為の量を全国平均と比較することによって当該機能の病床の過不足が判明する」と説明。

さらに、医療計画は名称が「地域医療・地域包括ケア計画」に変わる可能性があるとして述べ、地域包括ケアを支える在宅医療の整備が焦眉の課題になっていくとの認識を示した。

この講演で、松田氏は、「今後の医療は、中央一元型から地方多元型へ、競争から協調の時代に入る」という認識を明らかにした。

この論旨を受け、金田氏は、機能分化・連携で病床・病院の淘汰が進む中、病院は「連携・連合し、協働して、地域の医療に責任を持つ」方向で自院機能の再編を行なうことによって生き残ることができる旨を指摘し、各病院にその志しをもつよう訴えた。

今年度中に、機能別の標準的病床数や支出目標の計算方法案を提示

医療・介護情報の活用による改革推進専門調査会 「医療費支出目標」設定へWGを設置、松田氏が主査に就任

政府の社会保障制度改革推進本部に付設された「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」は8月11日に初会合をもった。会議は非公開で行なわれ、永井良三自治医科大学長を会長に選出した後、「医療費支出目標」設定の具体的な作業を担う「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ」の設置を決め、永井座長は主査に松田晋哉産業医科大学教授を指名した。

WGは、ほかに、佐藤主光一橋大学大学院教授、筒井孝子兵庫県立大学大学院教授、土居丈朗慶応大学教授、伏見清秀東京医科歯科大学大学院教授、藤森研司東北大学大学院教授からなる。

この日は、松田主査が、自ら開発した福岡県保健医療介護総合データベースを例に、わが国医療費の構造と特徴について説明。その実態を医療・介護のレセプト、DPC、患者調査などの既存データから分析するイメージを示すとともに、「医療費支出目標設定」の作業の方向をレクチャーした。

その中で、「福岡方式の事例を発展させ、国が標準を示すなど支援を行ない

つつ、以下の取組を進める」として、医療費支出目標の作業の概要を以下のとおり説明した。

- ① 都道府県が医療提供体制改革を進める際、医療介護の客観的データをITで統合的に利活用し、標準的な医療機能別病床数、医療・介護の標準的支出目標や質に関する目標を、各レベル(国、都道府県、地域)で設定する。
- ② まずは、地域医療構想の策定が2015年度から始まることを念頭に、14年度中に、各レベルの標準的な医療機能別病床数や支出目標の計算式(案)を示す。
- ③ 保険者はこれらのデータを医療費の適正化や被保険者への情報提供に活用する。その際、PDCAサイクルが実施される仕組みを構築し、医療費適正化計画の改正等へ反映させる。
- ④ これらのデータをサービス提供者が質の管理に活用する仕組みを構築する。現行のレセプト審査も参考に、地区医師会による体系的なピアレビューを導入することを検討する。
- ⑤ 以上のシステムを実装することで、支払者、提供者、利用者など、関係者が

客観的な議論ができる医療介護情報基盤を安価に構築することが可能となる。

⑥ この医療・介護情報を活用することで、

あるべき提供体制を複数想定、それぞれの医療費を推計

「専門調査会」の目的は「国において、都道府県が目標設定するための標準的な算定式を示す」(骨太の方針2014)ことにあるが、この目標について一般紙は「医療費にキャップ(上限)を設ける」といった論調で報道している。

8月16日の全日病経営セミナーで講演した松田氏(写真)は、このことに触れ、「キャップをかけることにはならない」との認識を示した上で、「専門調査

今後高齢化が進むアジア諸国へのサービス展開を企画することも可能となる。

会」について次のように説明した。

「(専門調査会)はまず、あるべき提供体制はなにかを検討し、各地域であるべき提供体制を話し合うための基準と方法を提示する。あるべき提供体制は何パターンかを用意する。その上で、それぞれにかかる医療費を推計することができる。

あるべき提供体制に関しては将来推計を加えた資料集をつくる。その中で、データに基づいて高度急性期、急性期、回復期、慢性期の配分をどうやっていくのか、医療密度からみたときに各地域でどのくらいの病床数が適切であるか、それを踏まえて、在宅医療がどれだけ必要になるかをデータから推計するなどの方法論を年末にかけて作っていく。医療費の話はその後になる」



「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

病院の二極化が進む中、我々の立ち位置を再確認してはどうか

機能的役割の明確化こそが力になる。

社会における我々の機能的役割は、ある分野に対してどの程度の占有率を持つかということに規定される。業務独占をするためのシンジケートの構築は明らかに行き過ぎであろうが、いずれかの領域に対して高い占有率を持つと、結果、矜持も求められるが発言力は強くなる。

包容力のあるハイブリッドな組織であればあるほど量的拡大を図ることは可能であるが、ハイブリッドであるがゆえに守るべきものの範囲も

ぼやけてくる。では、ピュアラインで協会組織を構成することが可能かといえば、会員組織の個々の運営そのものが地域のニーズによって発展してきた、まさにハイブリッドなものであるだけにそれも難しい。

今や、法人の形態も様々であり、今後、ホールディングカンパニーの成り行きいかんでは、さらに多種多様なものが集めた組織となる可能性がある。おまけに会員組織間競争という経済原理はこれからも続く。

では、機能的役割を何によって明確化し、それを組織力とするにはど

うすればいいのか。歴史的に、本協会では、最大公約数として、あるいは最小公倍数として、協会の意志決定がなされてきた。先達のご苦労が協会をここまでしたのであるが、少し考える時期にきていると思う。

我々が日本の医療の中で守るべき部分は何なのであろうか。地域に密着した医療のどの部分なのであろうか。国民医療であるから100年に一度ぐらいの覚悟でしかノーとは言えないが、我々がノーと言った時に日本の医療が機能しなくなるとすれば、その部分の整理をもっとするべ

きではないだろうか。

そうすると、自ずと我々が連帯すべきはどの集団なのかが見えてくるはずである。少なくとも、高度機能の病院群とプライマリ・ケアの現場に密着した病院及び診療所群の二極化が今後進んで行くであろうし、後者のポテンシャルは高まっていくのであるから、我々の守るべき領域を組織のテーゼとして再考しなくてはならない。

現在の協会の活動を高く評価しているがゆえに、将来に対する危惧もある。(M)

初回診断から5年過ぎた患者はがん登録の対象から除外

がん登録部会 がん登録推進法の政省令方針を固める

厚生科学審議会のがん登録部会は8月18日の会合で、2016年1月に始まる全国がん登録について、がん登録推進法に定められた政省令の方針を大筋でまとめた。

政令では登録対象となるがんの定義、がん登録事業の委託先、全国がん登録データベースに記録される情報の保存期間など、省令では登録すべき細かい項目などを定める方針だ。

同部会は、次回10月の会合から、全国がん登録運用ガイドラインの検討に着手する。

□がん登録推進法にかかわる政令の方針(概要)

・登録対象は、①悪性新生物および上皮内がん、②髄膜、脳、脊髄、脳神経および中枢神経系のその他の部位に発生した腫瘍性疾患、③消化管間質腫瘍、④別に定める卵巣腫瘍性疾患(別表は整理中)とする(②～④は悪性のものを除く)。

・初回の診断から5年が経過したものは全国がん登録データベースへの記録・

保存の対象から除外する。

・がんの調査研究上罹患者の識別ができる状態で保存する必要ありと認められる期間は100年とする。当該期間経過後は1年以内に匿名化を行わなければならない。

・都道府県がんデータベースへの情報を保有できるものは、①当該都道府県の区域内の病院等の管理者および市町村、②国立がん研究センター、③放射線影響研究所、④放射線影響協会、⑤医師会、⑥医療保険者、⑦労働安全衛

生法の事業者、⑧福島県立医科大学ふくしま国際医療科学センター放射線医学県民健康管理センター、⑨その他都道府県知事が認める者とする。

・がん登録にかかわる都道府県知事の権限と事務の委任先は、国立大学、公立大学、私立大学(調整中)、独立行政法人または地方独立行政法人、一般社団法人または一般財団法人、公益社団法人または公益財団法人、その他都道府県知事が認める者のうち、都道府県の審議会等の合議制機関が認めるものとする。

医療勤務環境改善マネジメントシステム指針案で意見募集

厚生労働省は「医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針案(仮称)」をまとめ、8月12日に意見募集にかけた。意見提出の期限は9月10日。

「医療勤務環境改善マネジメントシステム」は、6月の国会で成立した医療介護総合確保推進法に盛り込まれた医療法改正事項の1つで、医療従事者の勤務環境改善のために各病院・診療所が自主的に進める一連の活動を枠組化したもので、努力義務とされている。

指針は、「医療勤務環境改善マネジメントシステム」の有効な実施を図るためのガイドラインとなるもので、同システムの各段階で取り組むべき事項を示している。

□指針案の主な内容

●改善方針の表明

管理者は勤務環境の改善を通じて医療従事者の確保・定着や患者の安全と健康の確保を図ること、医療勤務環境改善活動を組織全体で実施すること等を表明、医従事者等に周知を図る。

●体制の整備

多様な部門及び職種により構成される協議組織(安全衛生委員会等の既存組織を含む)の体制整備を行なう。

●現状分析

管理者は、厚生労働省が定める手引書に示された手法等を参考に、勤務環境に関する現状を定量的・定性的に把握し、分析する。管理者は、分析結果を踏まえ、優先的に実施する措置を決定する。

●改善目標の設定

管理者は改善目標を設定し、可能な限り一定期間に達成すべき到達点を明らかにするとともに当該目標を医療従事者等に周知する。

●改善計画の作成

管理者は、一定の期間を限り、改善目標を達成する改善計画を作成する。改善計画は、改善目標を達成する具体的実施事項、実施時期、実施の手順等を定めるもので、次の事項のうち、当該病院・診療所の状況に応じて必要な

事項を定める。

・働き方、休み方の改善に関すること
・医療従事者の健康支援に関すること
・働きやすさ確保のための環境の整備に関すること
・働きがいの向上に関すること 等

●改善計画の実施

管理者は改善計画を継続的に実施するものとし、改善計画の内容とその進捗状況を医療従事者等に周知するとともに、必要があるときは、改善計画を柔軟に修正する。

●評価及び改善

管理者は、あらかじめ評価の実施手順と実施者を定める。評価の実施者は、改善計画の期間終了時にその実施状況と改善目標の達成状況を調査し、結果を管理者に報告する。管理者は、次回

の目標設定と計画作成に評価結果を反映する等の必要な改善を行なう。

●医療勤務環境改善マネジメントシステムの見直し

管理者は、評価及び改善の結果を踏まえ、定期的に、改善方針等の見直しを行なう。

●医療従事者の参画

管理者は、改善目標の設定、改善計画の作成・実施、改善計画実施の評価と改善に際して協議組織の義を経るほか、医療従事者の意見を聴くこと等、医療従事者の参画を図る。

●都道府県による支援の活用等

管理者は、上記に定めるもののほか、医療勤務環境改善マネジメントシステムの運用に当たっては、医療法第30条の15第1項に規定する都道府県の支援を活用するとともに、手引書等を参考に、当該病院・診療所の状況に応じた適切な措置を講ずるよう努める。

◆◆◆ 新規募集開始の研修会 (詳細な案内は全日病HPをご参照ください)

研修会名(定員)	日時/会場	参加費/会員(会員以外)	備考
医療ITと安全・個人情報保護・機密保護研修会(100名)	10月25日・26日 (全日病会議室)	25,000円 (25,000円)	・全日病・医法協共催の「医療安全管理者養成課程講習会」認定証の継続認定のための研修にも該当します。 ・米国医学院(IOM)報告書「Health IT and Patient Safety」(2011年)の翻訳版「医療ITと安全」(2014年日本評論社)を教材に、本研修会を開催いたします。 本報告書は、極めて重要な10の勧告を提言しています。

清話抄

一昨年4月に診療報酬・介護報酬同時改定が、本年4月に診療報酬改定があった。この6月には「医療介護総合確保推進法」が成立した。消費税問題やTPP問題も絡んで、将来の医療福祉の問題をヤヤコシクしている。

病院の機能分化、多職種協働、在宅医療の推進、医療と介護の連携等が強

く叫ばれるようになった。一般急性期病院の再編成が進められ、地域包括ケア病棟が誕生し、主要な病床に「在宅復帰率」が導入された。患者の側からみれば「早期の退院」を迫られ、病院をたらい回しにされ、「医療難民」といった問題が顕在化するのではないだろうか。

西澤会長から「新たな財政支援制度」(各都道府県に基金を設置)についての話があったが、病院間の連携を如何に

スムーズに行うかが問われている。

一方、特養入所者の適用が「要介護度3以上」となり、「介護難民」も想定される。少子化が進む折、地域包括ケアシステムとして、退院・退所後は「サ高住」と訪看・訪介・ディケア等で可能であろうか? 医療システムの崩壊(社会保障から自己責任医療へ)にならないように願うばかりである。

行政は既に2025年以後をも見据えて動いている。厚労省は各種の制度設計

に忙しく、梯子を懸けたり外したりで、我々には対応が難しい。医療の現場担当者としては制度変更に一喜一憂したくはないが、現実には、私のような零細病院は空中に舞う浮遊物のチンダル現象のごとく状況である。

全日病の本部が清話会ビルから猿楽町ビルに転居した。行く行くは、このコラムの表題が「清話抄」から「猿楽*」に変わるのかとも思う今日この頃である。(眞)

神野副会長「介護、外来、健康全般のコンサルも目標・評価の対象」

医師臨床研修制度 WGを設置、到達目標等見直しの議論を開始

医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会に付設された「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ」は8月20日に初会合を開き、到達目標とその評価方法を見直す議論を開始した。

WGは福井次矢聖路加国際病院院長を座長に選び、今後の議論の進め方とおおまかな論点およびスケジュールを確認した上で、自由討論を行なった。

医師臨床研修制度については、医師臨床研修部会が昨年12月にまとめた報告書で、2015年度研修から適用される見直しの内容が決まった。

その議論で、「医師としての人格をかん養し、基本的な診療能力を身に付けること」とされている基本理念は堅持することで一致したものの、到達目標とその評価方法のあり方に関しては意見が分かれたため、次回5年後の見直しに向けて、臨床研修部会の下に検討の場を設けて議論を続けることで合意、今回のWG設置となったもの。

「行動目標」と「経験目標」からなり、「経験目標」で、(1) 経験すべき診察法・検査・手技、(2) 経験すべき症状・病態・疾患、(3) 特定の医療現場の経験のそれぞれについて研修対象をあげている到達目標は、医師臨床研修制度が必修化された04年度以降、基本的な内容が変わっていない。

その到達目標について、前出の医師臨床研修部会報告書は、「急速な高齢化等による人口動態や疾病構造の変化、卒前教育や新たな専門医の仕組み等の医師養成全体の動向等に配慮すべきである」「(入院患者を対象とした症例レポートについて) 化学療法や手術等は外来での対応が増加していること等の状況があることから、入院医療か

ら外来医療への移行をはじめとした医療提供体制の変化等について適切に踏まえるべきである」などの意見があったことを記している。

したがって、今まさに本格化しつつある医療提供体制改革が視野に入ることになるが、他方で、17年度から開始する予定の新たな専門医制度や医学部教育の改革論議を受けた「どのような医師を育成すべきか」というテーマが大きな課題として出現しており、部会報告書も、「医師養成全体の動向の中で、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム、医師国家試験、新たな専門医の仕組みにおける各専門領域の目標等との連続性にも考慮しつつ」と、見直し議論の方向に留意を求めている。

こうした論点を踏まえ、委員である社会医療法人財団董仙会の神野正博理事長(全日病副会長)は、①地域包括

ケアが求められる時代に介護の分野は不可欠である、②入院期間が短くなる中で化学療法など外来の比重も大きくなっている、③OTC薬品の普及などによってセルフメディケーションが重視されつつあり、健康全般に対するコンサルティングが求められていくことを指摘。「社会のニーズに対応して」臨床研修の到達目標と評価の内容を見直す必要を提起した。

WGは、次回12月の会合で15年度臨床研修修了者アンケート調査内容の検討を行なうなど論点を深めた後、来年4月以降月に1回ほど開催し、14年度厚労科研究班の「到達目標とその評価の在り方に関する研究」の報告や関係者のヒアリング等を踏まえて議論を本格化させ、16年度中に意見をまとめ、医師臨床研修部会に報告する予定だ。

調査結果の報告や遺族に対する説明のあり方で議論

診療行為関連死の調査手法に関する研究 事故調査報告を構成する項目等を確認。意見分かれる論点も

診療関連死調査のガイドラインを検討している2014年度厚生労働科の研究班(研究者・西澤寛俊全日病会長)は8月20日の会合で「院内調査結果の報告や説明のあり方」について検討。西澤会長は記者会見で議論の概要を要旨以下のとおり説明した。

「この日は、①報告書を作成するかどうか、②作成する場合の報告事項をどうするか、③遺族に対する説明をどうするかを論点にあげて議論したが、意見が分かれる論点もあったため、今後、院内調査の具体的内容の議論を進める中で、さらに検討を深めていくこ

とが確認された。

①については報告書を作成すべきという意見がある一方、裁判に使われることへの懸念から、死因は診療録に記載するのが通常であるため、その開示で足りるのではないかという意見もあり、院内調査の具体的内容を議論したうえでさらに検討することになった。

②に関しては、報告書は、調査の目的、事実関係の概要、医学的評価、結論、関係者への対応等などの項目でいったん整理、さらに検討を重ねることにした。

このうち、再発防止策については、院内調査結果の報告書では触れない方

がよい、あるいは、ケースバイケースであるので必須項目としないことにしてはどうかという意見もあった。

また、院内調査と「医療事故調査・支援センター」の関係については、この制度は院内調査を行なうことが基本であることから、自律的な院内調査でできるだけ原因究明に努めるべきであること、また、院内調査の結果を待たずにセンターの調査が行なわれることは回避すべきであるとの意見があった。

③の説明のあり方に関しては、遺族への説明は調査を行なった者あるいは患者の主治医が行なうべきなどの意見

が示されたが、遺族を代表する研究協力者からは、最終報告だけでなく中間報告も説明してほしいという意見、あるいは、遺族の気持ちは何が起きたのかを知りたいということであり、それをきちんと説明すれば紛争にはならないのではないかという考えが示された。

また、診療関連死といっても様々なケースがあるので、ガイドラインで示すものは、原則と典型、配慮すべき事項の範囲にとどめてはどうかという意見も出た。

会見の最後に、西澤会長は「様々な意見が出たが、結論的には、患者と医療者の信頼関係が崩れないような調査のあり方を検討していくということにつけるのではないかと」と、議論の方向を説明した。

四病協 15年度税制改正要望を決める

8月27日に開かれた四病協の総合部会は「2015年度税制改正要望」の案を固めた。

15年度税制改正に対する要望事項は以下の13項目からなるが、その中で、医療に対する消費税の原則課税という要望事項を、例年と同様、トップに置いた。

- (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) 持分のある医療法人が持分のない医療法人に移行する際の移行税制の創設
- (5) 相続税・贈与税の納税猶予制度の医

- 療法人への拡充
- (6) 医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の拡充
- (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軽減と特定医療法人の法人税非課税
- (9) 特定医療法人の存続と要件の緩和
- (10) 病院用建物等の耐用年数の短縮
- (11) 社団医療法人の出資評価の見直し
- (12) 高額医療用機器等の特別償却制度

- の適用期限延長
 - (13) 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
- このうち、(5)(9)(12)の3項目が新たに追加した要望事項となる。

厚労省 スプリンクラー設備等設置の実態調査を実施

設置義務強化に伴う補助金等積算データ獲得が目的

厚生労働省医政局の地域医療計画課は、8月12日付の通知(医政地発0812第1号)で、各都道府県に医療機関のスプリンクラー設備等設置の実態調査を依頼した。

調査対象は入院設備をもつ病院、診療所、歯科診療所、助産所。

医療機関の防火設備については、福岡市有床診の火災直後の昨年11月にも

実施しているが、その調査は、防火設備の設置と防火対策体制の状況把握が目的であった。

今回の調査は、総務省消防庁が7月の「有床診療所・病院火災対策報告書」にもとづいてスプリンクラー設備等設置の基準を強化することを受け、厚労省として、今後の予算積算などの参考にすることが目的。

そのため、調査内容も、13年度補正予算に計上された有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業(101億円)の内示(14年7月)の有無のほか、夜間における患者見守り体制(13床当たり職員1名)など新基準の該当有無、スプリンクラー設置計画の有無と計画年度と、新基準を踏まえた補助金の規模を見込む根拠を得る項目となっている。

日本医師会は同日付で都道府県医師会に文書を発信、同調査について、管下関係医療機関への周知を要請した。

一般社団法人 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 一般社団法人 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) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

地域包括ケア病棟 地域によってはサブアキュートが重要な役割に だが、包括+加算という現行点数では急性期の医療は難しい

「全日病ニュース」は5月から8月まで4回にわたり、「2014年診療報酬改定にどう対応するか」というテーマで「会員病院の報告」を掲載した。

その後、全日病の「経営セミナー」で『地域包括ケア病棟への移行』がとりあげられるとともに届出に関する動向調査が実施され、地域包括ケア病棟に対する会員病院の関心がきわめて高く、届出を考えている病院も多いことが判明した。

そこで、「会員病院の報告」の最後を飾る座談会を行ない、届出を決めた病院に、地域包括ケア病棟について意見交換していただいた。

猪口 今回の改定では地域包括ケアの病床を増やすという意図が色濃く出ました。他方、病床機能報告制度に伴って4区分の医療機能が打ち出されましたが、その中でも亜急性期、最終的には回復期となりましたが、これをなんとかしたいという強い思いが厚労省にはあったと思うのです。

では、日本の急性期をどう考えたらよいのか、これからどうなるとみえますか。

神野 急性期を考えるとというのは、急性期の後をどうするかという問題でもあります。日本は、その後がないから急性期のベッドが増えてきたわけです。例えば、アメリカでは急性期病院の前にホテルをつかって、退院後はそこに入ってもらうという形をとるといったフォローがあったから、在院日数4~5日が実現できた。

このように、急性期のあり方というのは、地域で急性期の後を誰が面倒みるのか、それをどういう形で展開するのかという点とリンクするのではないのでしょうか。

西本 例えば、3次救急を成り立たせるためには2次救急が必要で、さらに、2次救急がうまくいくには1次救急が大切です。そう考えると、急性期が何床いるかという問題も、神野先生がおっしゃるように、その受皿整備がどれだけ進むかということでもあります。

この機能が充実すれば7対1は今の半分もいらないでしょう。逆に、これが

十分でなければ、今とさほど変わらない状態が続くのではないのでしょうか。

仲井 自院の7対1病床でいうと、改定後の「重症度、医療・看護必要度」によって病床稼働率を上げられないという点が結構きいています。では、地域の事情はどうなのかというと、結構、元気な人が増えている。そうなると、急性期を維持しようとしても患者を確保できるのかという問題があります。

それと、地域包括ケアのようにある程度急性期を診ることができる病床で、どこまで急性期の患者を診るのかという問題もあると思うのです。つまり、各病院がどこまで診ようとするかによっても変わってくると思うのです。

これは今後、需要と供給の関係で決まってくるのでしょうか。例えば、ERに患者がいっぱいあふれているという地域は、地域包括ケア病棟でそこそこ急病の人を診なければならぬかもしれませんが、医療機関が少なく、急性期はここだと決まっているような地域であれば、7対1に患者が集まることでしょう。

私は、今回、自院でどんな患者をどう診るかと思う気持ちも、7対1あるいは地域包括ケア病棟の選択に影響するということがよく分かりました。

猪口 亜急性期の病床から地域包括ケアの病床への移行は一見容易にみえますが、ポイントはそこではなく、地域事情との関係で地域包括ケア病棟をどうみるかということなんではないかと。

地域包括ケアの病床で急性期を診ることは可能

猪口 神野先生の病院は病棟単位で移行するということですが…

神野 私の病院は7対1が292床あるので、ポストアキュートが主体になると思います。何をもちょうど軽度急性かという問題もありますが、急性で来た患者は7対1で診るといふ形は、もうしばらくは変わらないのではないのでしょうか。

西本 私のところは114床のうち43床を地域包括ケア入院医療管理料1で届け出ました。自院はフルラインではなく、単一機能がベースですので、その中で守備範囲を広げざるを得ません。点数的に急性期対応に不安もありますが、他の機能の病床がなければ、その中で充実した医療を提供していくしかありません。

自院は医療機関が密集している地域なので競争が激しいんです。したがって、不十分な医療をしていると、後方連携の病院などから自院を退院した患者はこんなレベルなのかという評価を受けるので、手を抜くわけにはいきません。

仲井 自院は80床を予定していますが、例えば短期滞在手術等基本料3について、当院で多い白内障の手術、全大腸内視鏡のポリープ粘膜切除、ヘルニアの手術等は地域包括ケア病棟で十分診ることができると思います。こういった使い方をしていけば急性期を診ても問題ないと思います。

それと、開業医の先生からは、誤嚥性肺炎を起こしやすい嚥下障害が多少ある患者に嚥下機能の評価や摂食機能

療法を施して戻してほしいという声もあるので、そういう患者も地域包括ケア病棟で診ていいかと思っています。

なぜここまで言えるようになったかという、7対1を大きく減らしたからです。それで、この様な患者もすべて診ていこうという考えになったのです。つまり、7対1を持っているとそういう患者はすべて7対1で診るのですが、逆に、7対1を減らすと、今度は地域包括ケアで診ていこうと…

神野 ただ、白内障はもちろん高齢者ばかりです。それだけでなく、短期入院手術には結構手のかかる患者がいます。厚労省が7対1は高度急性期だと言うからおかしくなるわけですが、医療スタッフの数などからみれば7対1は一般急性期であって、特段に高度急性期でもない。だから、7対1で白内障とかを診て何が悪いのかという議論もあるわけなんです。むしろ、看護配置が薄いところでそれをやることに対する危惧はないのかな…

仲井 私のところは2病棟ですが、1つは整形外科の術後が多く、リハビリが中心です。もう1つは現在内科の病棟を移行させる予定で、そこには大腸内視鏡ポリープ切除の患者がいますし、7対1の傾斜配置で看護体制がちょっと薄くて、夜勤が2人なんです。地域包括ケア病棟に移行してもそれほど看護の手はかからない、つまり、現状と余り変わらないかなと思っています。



西本 私のところはベースは10対1ですが、白内障とかポリペックとかも含めたいわゆる短期手術の3は普通にやっています。特段の不満は出ていません。

サブアキュートの必要性は地域の状況にもよる

猪口 私の病院は1病棟だけなので、10対1と入院医療管理料の組み合わせでやっています。もしも急性期への対応が加算で認められたら、全体で地域包括ケア病棟に行こうではないかという検討もしましたが、救急・在宅等支援病床初期加算の150点で今している医療をやれるかということ、やはり難しいということになって、ミックスにせざるを得なかったのです。

神野 リハの包括というのは予想外でしたね。西本さんの病院のようにリハは幾らでもやるということもありますし、それによってアウトカムもよくなるから、それはそれでいいわけですが、今までの取り組みからすると、リハの職員をいっぱい雇う原資としてリハの加算が欲しかったというのが正直な気持ちです。

西本 自院についていえば、基本点数2,500点に救急・在宅等支援病床初期加算の150点では対応できない患者が出てくる可能性もあるかと思っています。やはり、サブアキュートの機能に加算を設けたほうが、整備しやすいのではないのでしょうか。

仲井 私の病院ではポストアキュート、例えば、肺炎の長引くタイプとか老年症候群の急性増悪で長引くような患者は障害者病棟で診ていました。また、回復期リハを持つだけの患者がいなかったため、整形とか脳外のリハなどは亜急性期の病床で診ていました。

そのポストアキュートの2つを足したバーチャルな病棟をつかって試算したところ、実績単価は地域包括ケア病棟の方が若干高いんです。リハの提供は4.1単位です。そこで、リハ提供加算をとった亜急性期2と地域包括ケア病棟の包括点数を比較したところ、差は693点でした。

それを運動器疾患リハ(1)と(2)の平均175点で割ると4単位になります。つまり、地域包括ケアの包括に4単位は含まれているということです。でも、実績値は4.1単位ですから、そう変わりはありません。しかも、機能を移行しても、人員数でみると今とほとんど変わらないんです。つまり、ポストアキュートという面で見ると、障害者病棟+亜急性期病床と地域包括ケア病棟は変わらないのです。

問題は、サブアキュートの機能を加えたときにどうなるかですが、皆さんがおっしゃるように、何かないと足が出るかもしれない。ただ、どんなサブアキュートを診るかというのでは

猪口 厚労省も7対1は高度急性期と言い切っているわけではなく、ICUやCCUといったユニットということで進めていくというイメージではないのでしょうか。

ってくるのでしょうか。そこは、今後のデータを踏まえて、必要であれば厚労省に物申していくということではないのでしょうか。

猪口 そうですね。地域包括ケア病棟の行方はこれで終わりというわけではないでしょう。厚労省は、これからは高度急性期や急性期の病床を減らして、その次に地域包括ケア病棟を位置づけていきたいと考えているでしょうから。

しかし、昨年11月に発表した四病協の追加提言は「地域医療・介護支援病院」という構想を打ち出しています。厚労省によって名称は地域包括ケア病棟となりましたが、「地域医療・介護支援病院」というのは、全日病や四病協が提唱してきた「地域一般病棟」をバージョンアップしたものです。

この「地域医療・介護支援病院」のイメージ図を見ると分かりますが、どうみても、特に施設や在宅から入院してくる患者は急性期の扱いになると思う。それだけに、その病床で急性期の医療を包括プラスアルファでやれというのはちょっと酷で、それだけでは各病院とも手を出しにくいように思うのです。

ただし、そこで提供される医療内容はデータ提供によって丸裸になるので、今後は、ここをめぐる議論が一番大きなものになると思うのです。一方で、病床機能報告制度で地域包括ケア病棟は急性期と回復期のどちらで届け出るのか整理がついていません。

したがって、全日病としても、どういう機能まで持たせれば生き生きと機能していくのか、地域包括ケア病棟の提言に取り組んでいきたいと考えています。

神野 役割機能というのは、地域、病院の分布、年齢構成などによって変わっていくものです。例えば、サブアキュートをやりたいと思っても、地域に急性期病院が多ければ、患者はそちらに行ってしまうので、サブアキュートはできません。

地域包括の名の通り、これは地域トータルでみる必要があるし、それをどうやってインテグレートしていくのかという課題があるのではないのでしょうか。その旗振り役は医師会かもしれないし、病院かもしれないが、その地域にどういう種類の機能がどう分布しており、その中で我が地域包括ケア病棟はこういう役割を担うという…

仲井 先日、厚労省の方に「サブアキュート(5面上へ続く)

連携先からアウトカムが評価される。十分な実績が生き残るすべ

地域包括ケア病棟 医療内容は丸裸に。確かな実績を次なる要望につなげたい

出席者 (写真左から)

全日本病院協会副会長 猪口 雄二
(東京都江東区 寿康会病院理事長)

芳珠記念病院理事長 仲井 培雄
(石川県能美市) * WEB会議による参加

全日病医療保険・診療報酬委員 西本 育夫
(神奈川県横浜市 大倉山記念病院事務長)

全日本病院協会副会長 神野 正博
(石川県七尾市 恵寿総合病院理事長)

(4面下から続く)

「ユートの点数は何とかならないのか」と質問してみました。すると、「重症度、医療・看護必要度に10%の区切りがある」と言われ、そこがサブアキュートの限界じゃないかというニュアンスでした。逆に言うと、今後、サブアキュートを担っていく上で、「重症度が高い人が多くいるところは評価してほしい」という要望はありなのかもしれません。

それと、地域包括ケア病棟は、地域包括ケアシステムの数だけ色々なパターンが出てくると思います。日本全国に、中学校区は9,700、日常生活圏域は

地域包括ケア病棟への移行を考える療養病床も

猪口 療養病床からも地域包括ケア病棟に行けますが、療養病床の動向はどうですか。

仲井 届け出るところはあります。地域包括ケア病棟に参入あるいは予定している療養病床は、ほとんど、自院に來られる患者の急変を受けている病院です。そういう療養病床は数多くありますし、そういった中には「今ある機能を評価してもらえた」と歓迎している病院もあれば、現状に満足することなく、「もう少しリハビリを増やさないといけない」と考えているところもあります。そこは、やはり、志し一つではないでしょうか。

先ほど申し上げたように、結局は、自分達がどこまでどの病棟で診るかという胸先三寸的なところもありますので、そういう志しの高い療養病床には地域包括ケア病棟に行きたいと考える

大病院にも参入の動き—“病院完結”志向の恐れ

猪口 神野先生の病院は届出を終えています、その先の展望はいかがですか。

神野 次の課題は、どの機能の病棟をどれだけ増やし、どの病棟を削減するかということですね。現在、7対1のDPC、回リハの1、地域包括ケアの1、障害者の病棟を持っていますが、これからはどの部分を増やすかがテーマです。回リハを増やすという選択もあるかもしれない。

西本 自院も同じような状況ですが、障害者病棟を1病棟持っているの、それをどうするか考慮中です。とりあえず今年には地域包括ケアの安定稼働に力を注いで、来年は障害者病棟にメスを入れようかと考えています。

その結果、もしかすると地域包括ケア病棟で行くかも知れません。一般病床は厳しいものがありますので、何か手を加えるなりして、地域包括ケアを増床する可能性は十分あると思っています。

猪口 ところで、厚労省は地域完結型

5,000ぐらいあり、それぞれに地域包括ケアシステムができるので、それ以上の数の地域包括ケア病棟が生まれることでしょうか。それだけの数の病棟ができるのと価値観もそれぞれだろうと思います。

猪口 仲井先生が言うように色々な形ができるとすると、それを一律の包括点数で括っていくのはますます難しくなりますね。

西本 先生方がおっしゃるとおりで、ポストアキュートに関しては、ある程度、この点数でいけるとしています。ただ、サブアキュートについては何らかの点数が欲しいですね。

というのも、7対1というのはサブアキュートの機能を含む病床だと思うからです。その7対1を地域包括ケア病棟とかの看護配置が少ないところに移行させるには、サブアキュートにそれ相応の加算をつけないと無理なのではないでしょうか。

猪口 そう思います。地域包括ケア病棟にはポストアキュートだけの病院も当然あるわけですが、一方で、サブアキュートもやるという病院も当然ある。そこで、サブアキュートの評価を求めるといことになれば、全日病としても、そういう病院が何をやっているかというデータをもって要望していく必要があります。

病院が少なくありません。

猪口 入院医療管理料であっても移行する病棟は13対1以上にしなければならぬし、加算をとるのならばそれなりの配置がいます。しかも、実績はすぐにはできないわけではないので、多分「2」から始めるんでしょう。

そこら辺のことも、届出が一巡した段階で調査する必要があると思います。全日病は6月末に、地域包括ケア病棟に対する会員病院の意向を緊急調査し、1,430病院から回答を得ました。それによると、483もの病院が届出済みもしくは届出を考えています。つまり、相当数の病院が移行する方向にあるのは確かで、療養病床からの届出もある程度出てくるだろうと思いますが、正確なところはもう少したないと分かりませんね。

とっているんですが、例えば東京では、全床7対1でやっていたそこその規模の病院に、今回の改定で規模を縮小して7対1を堅持し、空いた病床を地域包括ケアにするという動きが見受けられる。そのため、今までは自院に患者を送ってくれていたのが、これからは送らないという影響が出ています。これって、地域完結型ではなく、むしろ病院完結に向かっているのではないかと感じます。

神野 私の周りにはそういう動きはまだありませんが、急性期のみでやってきた地域の公立病院が今後地域包括ケア病棟をとるようになると、世の中はガラッと動くと思います。

西本 確かにもろ刃の面がある改革です。これで、将来にわたって1病院の完結で終わってしまうと、地域包括ケア病棟のそもそもの考え方が崩れてしまうかもしれません。地域によって事情は違うでしょうが、何らかの、極端なことを言えば、同じ病院の一般病床からの転床はカウントできないとい

た制限をつけないと、なかなか地域完結に向かっているのではないという感じがしています。

地方には、近くに連携できる病院も乏しく、100床未満で療養も一般もあって、中には回リハまである病院があり、こういう病院は将来どうするのかと心配しているのですが、そういったところの病床整備も同時並行にしていってこそ、地域完結ができていくのかなと個人的には考えています。

仲井 私は、地域包括ケア病棟を活用した自院を“地域包括ケアミックス病院”と呼んでいます。これまでは“デパート型ケアミックス病院”と言っていました。高度急性期から慢性期まで提供していた割には在宅がちょっと弱かった。しかし、今後は、高度急性期は自分の得意分野に絞って、8月に届け出たHCUと7対1の一部で見る。その代わりに、急性期、回復期、慢性期そして在宅を伸ばしていこうということです。

仮にそういう病院がいっぱいできると、例えば、中等度の人口密度のところは、そうした病院群が高度急性期の部分を連携すればいいわけです。そういう意味では、人口密度とか人口構成によって形は色々できるわけで、これも含めて地域包括ケアシステムを支えていけばいいのです。これは地域医療ビジョンの中で考えられることかと思うのですが…。

猪口 自分のところも含めて思うのですが、紹介を受けた場合も、自院で急性期から地域包括ケア病棟に移した場合も、とにかくしっかりリハなりをやる。そして、在宅に戻るときも、ただ退院しなさいというのではなく、介護職やケアマネと連携して、重い人、独居の人、あるいは認知症の人こうす

地域包括ケア病棟の役割を踏まえ、実績を残してほしい

仲井 私は全日病の会員ではありますが、一方で、地域包括ケア病棟協会の会長を拝命しています。そこで、地域に地域包括ケア病棟が根づいて、その利用者サービス提供者が「これはいい病棟だ」と評価していただけるようになればいいかと、本当に願っています。

西本 ポストアキュートという機能から見ると、地域包括ケア病棟は前方の急性期病院から期待されています。他方で、在宅ばかりでなく後方の病院や施設にリレーしていくことを考えると、我々は、この点数でベストの結果を出していかなければよい評価をもらえないという立場にあります。

この先になればなるほど競争相手は増え、恐らくどんどん厳しくなっていくことでしょう。その中で効率化を図り、かつ実績を確保していく努力をすることによって生き残っていかねばならないと思います。

神野 人口の減少は都会よりも地方が先に進みます。そういう中で、我々はやるべきことをやらなければなりません。高齢者が多い地域にあるからこそ、我々のグループは大きなビジョンとして「面倒見をよくする」ことを謳っていますが、その中で、病棟ごとにミッションを明確にしています。

「面倒見をよくする」ために、例えば、回リハは、脳卒中で麻痺した人とかを半年以内に在宅に戻すためにリハを強化することがミッションになります。では、地域包括ケア病棟のミッションは何か。自院では、患者に「在宅で過ごすための準備病棟です」と説明していま

れば安全に帰せると…。

そういう努力とノウハウをきちんと持って、しかもそうした実績を具体的にデータで示す。その上で、必要なものは診療報酬でみてほしいというように示していく。こういう道筋をつけていかなければならない。それをやっていると、自ずと形が決まってくるのではないかと思います。

西本 そんなんですが、地域包括ケア病棟で質問してくる病院の中には、例えば、リハ2単位ぎりぎりの対処方法とか、必ずしも実体が伴わない医療でどうやって切り抜けていけるかといったところに知恵を張りめぐらせようとするところがあるように思うのです。

ここは、やはり、そういう考え方は変えてもらって、地域でなくてはならない病院になるにはどうしたらいいかということを実績に考えて、そうした取り組みを行っていかないと、いつしか隘路に入りかねません。

猪口 まったくそうです。地域包括ケア病棟で引き受けた以上は在宅や退院に持っていかねばなりません。そうした際に、紹介してくれた病院には必ず報告するといったルールも必要かもしれない。そういう連携上のマナーができないどころか、アウトカムも十分ではないとなったら、ケアマネから苦情が出て、紹介先にも「あそこに紹介したらこんな形で出された」と不評を買ってしまう。

そうした1つ1つに努力を傾けて、「あの病院はちゃんとやってくれる」という評判を得ることが大切です。そうした実績をつくりながら、サブアキュートとか本当に必要なところはみんなデータを確保して、要望していくということではないでしょうか。

す。これが、ミッションとしての地域包括ケア病棟の位置づけなのです。

その中で、単に在宅に帰れるようになるだけでなく、さらに、その後のことも「面倒見をよくする」。そのために、次は、本当の意味の地域包括ケアとして、訪問系とか通所系のサービスにつなげていく必要がある。そういうところまで見据えた上で、在宅準備病棟という地域包括ケア病棟のミッションをはっきりさせていきたいと思っています。

猪口 私の病院は本当に小さくて、連携なしには成り立っていない状態にあります。そこで、連携関係を築くために、マーケティングの考え方で取り組むようにしています。つまり、我々の病院が何をしているかという情報を地域の病院に知ってもらうことが重要ではないかと。そのためにMSWとか退院支援ナースを配置して、積極的にその紹介に回らせています。

これによって次々と紹介が出てくるのですが、それに対して絶対にノーと言ってはいけない。とにかく受けよう、受けて結果を出そうということで、今、一所懸命やっています。時には大変な人も転院してきて、現場は「ああ、どうしよう」というケースもあるのですが、そこはがんばって結果を出していかないと…。地域包括ケアシステムにポジションを得ていくのはきわめて厳しくなるだろうと思っていますから。

今日出てきた我々の目標とか努力というのが何とか実って、数年後に、同じメンバーで前向きな総括ができるように頑張らましよう。(笑)

終末期医療に関する座談会(その2) *「その1」は8月1日号に掲載

終末期医療を標準化することが我々の課題

医師に対する教育と研修も医療の側に課せられた課題

全日病は2009年に「終末期に関するガイドライン」をまとめたが、その活用が進まないと判断した病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)は、GLの普及とあるべき終末期医療の啓蒙を目的とした活動を進めることを決め、関係者を招いた懇談会を6月に開催。その1回目を8月1日号に掲載した。

*全日病のGLおよびGLの利用状況調査報告書は全日病のHPに掲載してある。

木村 例えば、麻薬を使うと使わないときよりも確実に命は短くなる可能性があります。しかし、「それでも使いますよ」と家族と本人に説明して使うということがある。あるいは、大量に点滴して水膨れになってしまうよりは、水分を減らし、すっきりした形で亡くなっていく方がいい場合もあるかもしれません。実際、点滴で高カロリーを与えるというのは、反面、がんに栄養を与えて育てているようなものですから…。

もちろんそこで大切なことは、本人または家族によく説明し、その了解のもとにやるということであり、医師だけで判断するというのではないのは当然なわけですが。

宮澤 目的と効果と手段の問題だと思います。患者または家族にとって何が幸せであるかを考えるのが目的であるわけです。しかし、現実に行なうのは医師ですから、医師が安心して行なえる環境をつくっていくというのが、一番大事なことだろうと思います。

坂本 終末期のガイドラインというのが、現在、7つほどあります。こんなにできているのというのはなぜか、また、共通のものが無いのかというのがありますが、それぞれのGLを見ると、患者の意思を確認した上できちんと説明するという基本的なことはどこにも書かれているので、その点は法の精神に準拠してつくられている、つまり、医療界がしっかり取り組んでいるというのがわかります。

徳田先生は、終末期の取り組み方はまずうまく進んでいるのではないかと云われましたが、私は、どうして全日病の半分ほどしかGLの存在を知っていないのか、どうして2割しか活用していないのか、このように重大なことなのになぜこういう状況が起きるのかと疑問を感じてしまいます。

先ほど医師の裁量権という言葉が出ました。胃ろうを勧めるのも医師の裁量権だと…。その裁量権を行使する前に医師は、患者や家族に、今の状況はこうだから、こういう治療方法が幾つかあるけれどもどうしますかと聞いて

いると思うんです。でも、それを聞かれたとしても、患者・家族にとっては決定できにくいのが現実です。

私が市民向け講座で医療の仕組みなどのお話しをしたときに、患者の家族から、「胃ろうを勧められ、よく分からないまま造った。ところが5年半たって何も反応しない植物状態のようで、ムクノ『叫び』のような顔をして、何の表情もない。これを止めてもらうことはできるのか」と質問されたことがあります。

こういう質問が実際にあるように、胃ろうもどのような意味か分からないのに勧められるままに作った。また、延命治療のことを言われても、患者・家族は頭が真っ白になっていますから、ますます何を、どう答えていいのかわかりません。ですから、担当医がどれだけ患者の立場にたってきちんと話をしてくれるか、そこが一番大事なことではないでしょうか。

徳田 私は決してうまくいっていると言っているわけではありません。先ほど、医師の側からの情報が足りないという批判をいただきましたが、当然そういう場合もあると思います。池上先生の調査では逆の傾向がうかがわれましたが、多分、まだまだ足りないものが沢山あるのだらうとは思っています。

にもかかわらず、それほど大きな問題にはなっていないだろうと思うのは、インフォームド・コンセントを充実させ、十分な理解のもとに患者の了解をとって進めていくという今の流れに、医師だけでなく看護師を中心とするパラメディカルも参加する方向ができていて、あるべき方向に向かう途中にあるのだらうということと、これは我々の調査だけでなく、国の調査も同様の傾向だったと思うのですが、医療より介護の現場で利用者や家族と話し合う時間が圧倒的に多くなってきて、満足度が向上してきているので、終末期のあり方についても、インフォームド・コンセントによって妥当な方向に向かってきていると感じているからです。

□ 一歩踏み込んだ情報を患者に提供することも必要

徳田 坂本さんが言われたように、私も標準化が必要だと思います。標準化によって、すべきことをきちんと行なう医師が増え、それがチームとしてできるようになり、その結果、同じ目線の治療を受けられる患者・家族が増えるわけですから、そのための努力をどうしていくのが我々に課せられた課題であることは重々知っています。

現状は、皆が意識的に良い方向を目指してきたというよりも、色々な積み重ねによって良い方向に向かっているだけなので、もっと努力をしなければならぬ、それが教育であり研修であるというように認識しています。

池上 ちょっと補完させていただくと、国の調査で医師にGLを知っているかとはずねたところ、知らないという回答の比率が高いんです。それは、診療科の特性などから、終末期にかかわらない医師が3分の1以上いるからです。したがって、医師ということで一括して括ると誤解を招きます。

それから、7つもガイドラインがあるのはいかがというご意見がありました。終末期といっても、救急医がもつ関心と療養病院の医師がもつ関心はおのずと違うし、GLで規定すべきことも違います。基本的な部分は標準化する必要がありますが、一方でテーラーメイドにしていく必要もあるわけで、現場によって違うGLがあるのはしかたがないことではないでしょうか。

もう1つは裁量権についてですが、某臨床医がおっしゃるには、患者・家族から質問されたら延命治療の限界について話すことはあっても、医師の側からそれを積極的に説明することは躊躇するということがあるようです。

したがって、「治ります」と患者・家族に言うだけでなく、例えば求められなくても、「治りません」とか「延命してもこのくらいのQOLである」ということを告げるべきであると、医師に対する教育・研修の中で教えるべきではないかという考え方もあります。



坂本 それは難しいですね。そうすると患者・家族は、医師が微妙に言ったことの奥行きを理解できないと思いますし、医師の言っている意味が分からないということになりませんか。

宮澤 インフォームド・コンセントの考え方の前提となるものが十分伝えられていないかもしれない。インフォームド・コンセントというのは単に説明する義務ではないんです。患者が選択をするために与えられる情報なので、同意だけでなく、その後どうなるか、一歩踏み込んだ説明というのも必要だと私は思っています。

例え説明を受けても、この後どうなるかわからないという状況の中では、患

者や家族はなかなか選択できません。したがって説明することが大事なのではなくて、何らかの選択ができる情報を与えるのがインフォームド・コンセントの根本だと思います。その意味では、一歩踏み込んだ情報の提供も、患者の立場からは必要ではないかと思えます。池上 説明するだけではだめで、さらに踏み込んだ、しかも、患者が理解できる言葉で説明しないといけないですね。ただ、少なくとも私が医学部のときにはそうしたことは教わっていません。今の世代の学部生はそれを分かっていますが、一般の40歳以降の医師は、そのような教育を、少なくとも大学では受けていないと思うのです。

□ 終末期のインフォームド・コンセントの難しさ

宮澤 説明義務といっても、法律的な用語で言われると、単に説明すればいいのかということになってしまう。終末期医療の選択をどうしたらいいのかということ判断させるためにやっているんだという観点が、どうしても落ちてしまう。池上先生のように、ちゃんと分かる言葉で言わなければだめだということまで、きちんと立ち入ってくださる医療関係者は非常に少ないと思います。

木村 各病院には、大きな手術とか大きな治療方針を決定する場合に定型的なルールが決められていて、その患者に、どういうことをやるか、それによって改善が図られる点、逆にそれによって生じる可能性、例えばどういう合併症が起きる確率とか、あるいは、その治療をやらなかったらどうなるかということまで全部説明しろということになってます。今、ほとんどの現場は、インフォームド・コンセントでマイナス面の話もしているのではないのでしょうか。

宮澤 もう1つ必要です。ほかに選択可能な手段・方法の説明です。

木村 それもあります。ほかの方法も説明して、どれを選びますかということになるのですが、じゃあ、先生のお勧めはどれですかという話になって、自分で選択するというよりも先生お勧めのものにしますというようになりがちです。その一方で、医師がしたい方向に持っていく傾向がないとはいえないとも思うのです。

宮澤 全部説明して、どれでもどうぞと言われても、一般の人はなかなか分らない。そのときに、私があなただったらこの方法を選びますと助言するのは大事なことだと思いますね。

坂本 そこまで言ってくれる医師になかなかめぐり合えないというのが実態ではないのでしょうか。

木村 そんなことはないと思いますよ。徳田 私もそんなことないと思います。今は、ほとんどの病院で、インフォームド・コンセントに看護師が同席します。どんな話がなされたか全部メモがとられ、終わると、看護師は患者や家

族に「理解していただきましたか」とか、「質問はありませんか」と確認をとっていると思うんです。

坂本 でも、色々な方から聞くと、必ずしもそうばかりではないようですよ。

横野 ある意味で当たり外れがあるということではないでしょうか。専門家として裁量を行使するのは、専門的部分である医療の質、そして、倫理性が制度的に保証されていることが前提になるはず。その場合に、そのシステムと保証の中身が社会的に信頼されていることが重要になります。

ところが、その質の保証の仕組みがこれまでの日本では十分でなかった。それで、近年色々な学会がGLを出しているように、それぞれの分野であるべき方向性が検討されるようになってきた。恐らく、将来的にはこれがコアな部分で標準化され、個別的・具体的なルールはそれぞれの領域で示されていく、今はその過渡期にあると思います。

これは標準化の問題ともかかわっていますが、きちんと制度的に保障されているという信頼がないと、やはり、当たり外れがあるという実感が生じてしまう。医師にとっては当たり前な認識であっても外からはそれが見えにくいので、インフォームド・コンセントをどう実践していくかを標準化するとともに、それを見える形にして社会に発信していくことが非常に重要だと思います。いずれにしても今は過渡期で、色々なところで色々な議論がされているので、今後、それを集約していけばいいのではないかと思います。

教育研修に関しては、例えばイギリスでは、GMC(General Medical Council)が継続的に医師に対するコントロールをしています。GMCがつくっている基準には終末期医療に関するものもあり、それが標準化された基準になっています。

このように、標準化したものをどうやって仕組みとして担保していくかという点を、これから考えていかなければならないのではないのでしょうか。

(7面上へ続く)

医師に対する教育と研修も医療の側に課せられた課題

今は過渡期。議論や現場の信頼積み上げなどの動きがいつか集約に向かう



出席者

- (左の写真) テーブルに沿って左端から
早稲田大学社会科学部准教授 横野 恵
宮澤潤法律事務所所長・弁護士 宮澤 潤
全日病常任理事・病院のあり方委員会委員 木村 厚
(右の写真に正面姿)
消費生活アドバイザー 坂本憲枝
慶応義塾大学医学部教授 池上直己
- 中央のモニター (Web会議による参加)
全日病常任理事・病院のあり方委員会委員長 徳田禎久

(6面下から続く)

木村 教育研修や啓蒙活動をどうしたらいいかということは全日病の課題にもなっています。そこには、医学生や医師だけでなくパラメディカルに対す

るものが、さらには、国民つまり医療を受ける側に対する啓蒙活動・教育・研修という2つがあると思うのです。ところが、医師に関しては、医学部でそういう教育をやってこなかったわけです。

医学部教育・臨床研修に終末期が欠如している

横野 国家試験には倫理に関する部分もありますが…。

池上 国家試験というのは客観性を保つための択一の問題です。その中にインフォームド・コンセントもありますが、それは極めて浅薄な技術論の選択肢に還元されますので、その背後にある考え方への関心は極めて乏しいというのが私の実感です。

横野 私が申し上げたかったのはまさにそのことです。実際に、こういう場面を考える上で基礎になる倫理が医学部で学ばれているかという、余り期待できないという…。

池上 1つには、昔と比べると学生が患者に接する機会が少なくなっています。したがって、何が最先端で、何が一番いい治療方法であるかということには関心があっても、終末期の問題に対する関心は乏しい。そうしたことは卒業後の研修の対象であるということで、努力義務になっているんです。

そういう中で、マスコミからの圧力によって医師の価値観や対応が変わってきていると私は思うんです。ただ、マスコミは国民の不安を静めるよりも国民の不安をかき立てるような報道をしがちです。それによって関心は高まりますが、解決の糸口は示さず、いかに大変かという漠然とした不安感を増長する形の報道が多いのが現状です。

木村 そうすると今の医学生に、今議論されているような死の教育を施すのは無理だと…。

池上 無理とまでは言いませんが、大学病院というのは、時に終末期に遭遇

しますが、市中の病院と比べて遭遇する機会は少ない面がありますから。

宮澤 医療者側がどうあるべきかという話が今されていますが、同時に、国民のコンセンサスを得るということが必要ではないでしょうか。そういう意味から、私は、GLがもっとたくさん出て構わないと思っています。

坂本 その点は私もそう思います。

宮澤 いずれ厚労省が中心になって基本的なところをまとめていくという流れになるのではないのでしょうか。それから、報道の側が問題を提起するということがあってもいいと思います。どうしようと国民が思い始めることが一つのきっかけになるかもしれません。

池上 関心が高まっても、これが一つの方向性であるということを示さないで、いたずらに不安をかき立てるだけに終わるのは問題ではないかと思いますが…。

宮澤 一定の方向づけは必要だと思いますが、患者や家族の終末期における幸せとは何なのか、人間としてあるべき姿は何なのかということから、いずれ収束していくのではないのでしょうか。

ただ、幸せとかの抽象概念は人によって様々です。「とにかく生きていてくれればいい」とか「意識がなくても生きていてくれるだけで自分の精神的な支柱になる」という方もいるかもしれない。あるいは、「回復の見込みがないのなら静かに眠らせてほしい」とずっと言っていたから、そういう形で終わらせてあげたい」という方もいます。

地域包括ケアには終末期対応の標準化が不可欠

宮澤 色々な議論がある中で、少なくとも外してはいけないのは、患者ないしは家族にとって何が幸せなのかという観点、それと、それを助けられる医師ができる範囲がどこまでなのかということ、この両方をはっきりさせておかないと、この問題は着地していかない。その安定したところに落ちつくまでには、まだ少し時間が必要なのではないでしょうか。

徳田 しかし、私はもう待たない状況にあると、したがってスピードが必要だと思っています。先ほどは、漠然とよい方向に向いているのではないかと申しましたが、一方で、今はスピードが求められているとも思うのです。

私は、医学部で老年医学を学ぶ機会を持たせないとだめだろうと思っています。というのも、すでに入院の7~8

割、多いところは9割が高齢者だからです。だから、高齢者の身体は若年層とは違うということから始まる医学教育が必要だということが第1点。

もう一つは、認知症の患者がすごく増えるということです。65歳以上の予備軍、MCIも入れると4人に1人の時代です。つまり、終末期に4人に1人が意思決定できなくなる現実がすぐそこにあるわけです。ですから、もっと積極的に教育研修に取り組むべきところにきている、必要なことは、その方法論をどうするのかということだと思ふのです。

高齢者が増えていく中、医療を、介護を、地域包括ケアシステムをどうするのか。まさに待たない状況にあるわけですから、どういう形で進めるか、この1~2年のうちに方向づけをしなければならぬのではないのでしょうか。

では、解決に向けたツールは何か。我々はそれを検討しなければなりません。幾つかの道筋があると思うのですが、1つには、医学部にも、臨床研修ではなおさら、終末期医療を学べるところを巡る臨床研修システムが必要ということです。

地域包括ケアシステムの実践において、終末期への対応の標準化が絶対に必要となります。地域包括ケアシステムでは、医療、介護あるいは福祉に関係する人だけでなく、住民も意識改革が求められる状況となります。終末期の話はそこに出てきてもいいわけで、どの段階でどんなふうにするのか考えるべきです。いずれにしても、スピードというキーワードは忘れてほしくありません。

木村 今は、卒後研修でも地域医療ということで外の病院に出ますから、大学病院で経験しない終末期とか在宅医療というものを学ぶことができると思うので、私も、やはり死の教育というのは医学生に絶対に必要だと思います。

横野 川崎協同病院や東海大の事件は90年代に起きていますが、判決文を見ると、その当時の病院現場や医療界には終末期をめぐる議論やコンセンサスがないうちに、裁判官自身もある意味で衝撃を受けているという印象を受けます。その頃と比べれば、今は色々な

国の方針・法制化の前に国民議論をまとめる必要

坂本 医療について国民の多くは、かみ砕いて説明を聞いたり、自分のこととして考えることのできる場面があって初めて理解できると思います。全日病は公益法人ですし、全国に会員病院がありますので、国民が終末期の具体的な議論に参加できるような、一種のトークセッションを各地域で何回も開く。そして、北から南まで全国で開催できたら多くの国民は終末期について考えるようになると思います。国民にそういう機会を与えてくださればありがたいと思います。そういう方法で浸透させていく以外に、前に向かって進むよい方法はないのかなと思います。

消費者教育推進法が昨年できた結果、振り込め詐欺とかの悪徳商法の被害にあわずにすむように小中高で生活教育に取り組むということになり、都道府県に補助金が交付されました。各自治体で市民の啓発が行なわれるようになっていたのですが、自治体を実施している啓発には医療は入っていません。医療は特別な分野と考えられ、厚労省の関係は啓発の対象になっていないのです。国民は、医療の受け方や仕組み、終末期の迎え方などもよくわからない状態できていると思います。全国にこれだけの数の病院が参加している全日病で、そういう取り組みをやってもらいたいと思います。

木村 セミナーをしてほしいと。

坂本 皆が参加できて意見が言え、自分のこととして考えられる場の提供です。

宮澤 やはり、国民の意識がどうあるのかということが大きな観点になってくると思います。その意味では、色々なGLをつくっていく中で、現場ではこういうことが起こっているという情報を提供したり、終末期を巡る出来事が起ったときに、色々な団体がきちんと意見を述べるということが必要なのではないでしょうか。

最終的にどう取りまとめるは国の責任であるだろうと思います。ただし、その前提として、皆さんの意見を集約

GLが出てきており、議論は確実に進んできていると思います。

法制化について言えば、通常国会への提出が見送られた尊厳死法案は、書面の意思表示があって一定の手続を踏んだ場合に医師の免責を想定しています。一方で、今の成年後見制度では、代理人を決めて医療上の決定を委ねることができません。全日病のGLでも代弁者をどう位置づけるかという論点が表示されていますが、私は、医師の免責よりも、医療上の決定を任せる代理人を本人が事前に決めておくという部分の法制化の方が先ではないかと思っています。**池上** 私もそう思います。というのは、代弁者というのは、仮にその患者と延命治療について直接的な話しを交わしていない場合でも、その患者の価値観を理解することができる人であるはずで

す。臨死期を迎えたときに、患者の価値観を踏まえた選択することのできる代弁者を決めるのは、きわめて重要なことです。延命治療について、元気なときあるいは老人ホームに入居する段階で言ったことと実際の臨死期の場面とで、価値観が全く変わらないと考えるのは非現実的です。いわゆる尊厳死法案は、それが変わらないという前提のもとにリビングウィルを法的に位置づけるという主旨でして、私は意味がない法案だと認識しています。

できるような形ができることが必要です。坂本さんがおっしゃったように、各地域でシンポジウムなりの集会を開いて浸透させていくことが必要ではないでしょうか。

横野 イギリスでは、今、生殖補助医療に関して、ミトコンドリア置換の体外受精にどういうルールを設けるかということは何年も議論をしています。どういう形で議論しているかという、各地を回って色々なフォーカスグループでミーティングをする、そこに一般市民や色々な立場の人が参加し、専門家を交えて話し合いをしているんです。そういうことをして何年もかけて政策をつくらうとしています。

池上 国民に対する普遍的な啓発活動としては、マスコミが国民目線で論点を整理して1つの方向性を出すことが重要だと思います。その一方で、第3者的な相談機関は必要かもしれません。

横野 どんなGLや法律ができて、解決が難しい、紛争になりそうなケースはあると思います。それをできるだけ減らしていくためには、実際に問題が起こる前から医療者と家族・患者が色々な話をして、そういう場合の認識を共有していくということがかなり重要な役割を果たすと思います。

徳田 本日は色々なご意見をいただき、本当にありがとうございました。最後にどうやって啓発していくかについてもご意見をいただきましたので、病院のあり方委員会として、皆様のご意見を整理させていただき、具体的な案を考えてみたいと思います。さらに、今後の取り組みの結果を踏まえ、あらためて色々なご批判・ご助言をいただきたいと思っています。

木村 本日は具体的な結論にはいたりませんでした。大事な点が幾つか見出せたかと思っています。今後もこうした機会をもちたいと思います。終末期医療のあり方に関する国民に対する啓発活動を色々な形で展開していきますので、引き続きご協力をお願いします。

支部訪問／第7回 栃木県支部
全日病各支部の現状と地域医療の課題を探る

栃木県支部の会員数は26人。私的病院が95ある中で決して大きな数ではないが、栃木県私的病院協会の中心となり、一体となった活動を行ってきた。栃木県私的病院協会の会長でもある藤井卓支部長(医療法人卓和会藤井脳神経外科病院理事長)は、今回の基金に積極的な事業案を提案、県とのパイプづくりに成功した。その一方で、支部活動を支える活動基盤の喪失という危機に直面している。藤井支部長に栃木県支部の現況と直面する課題を語ってもらった。(支部訪問は不定期に掲載します)

新基金に5件の事業を提案。県と接点をつくる

私的病院協会と一体の活動。だが、その活動基盤を失う危機に直面

栃木県には109の病院があるが、そのうち公的病院は県立3を含む14病院に過ぎず、私的病院は95と9割近くを占める。そのうちの50病院が、今年30周年を迎える一般社団法人栃木県私的病院協会に参加している。

その栃木県私的病院協会の会長を、藤井卓支部長は2012年4月以来務めている。

栃木県私的病院協会には医法協の会員も参加しているが、全日病会員の割合が高いこともあって、「私的病院協会の会長が全日病の支部長も兼ね、事務局は私的病院協会にお願いする」かたちで今日にいたっている。いわば一心同体の関係だ。

その栃木県私的病院協会が存立を左右する危機を迎えているという。というのも、昨年の厚生年金保険法等一部改正によって、2019年以降、厚生労働大臣は積立比率等の基準を満たさない基金に解散命令を発動できることになったからだ。

「この法改正を受けて、栃木県病院厚生年金基金は3年後の自主解散に向けて動き始めました」

だが、解散は栃木県私的病院協会の活動基盤の喪失を意味しているという。

「私的病院協会の事務はすべて厚生年金基金の事務局にお願いしており、その私的病院協会に全日病支部の事務もおまかせするという関係で支部活動が成り立っているのです。支部には活動資金がありません。これまでやってこれたのは、私的病院協会とおんぶにだっこの関係だったからなんです。解散までの3年の間に、私的病院協会、全日病、医法協の3団体の事務局をどこにするのか、事務職員をどうするかという問題を解決しなければならない。せっかく3つが手を携えてやってきたので、これからも一緒に事務局でなければならぬ」というわけだ。

栃木県には公的病院を含む87病院が

参加する病院協会がある。栃木県病院協会は栃木県医師会と催し物や研修会を行なうことも多く、県や医師会と情報を共有するなど、別格の存在となっている。

そうした中、栃木県支部は県とのパイプをつくり始めた。きっかけは新基金制度である。

「今回の基金制度では、本部からの方針を受けて事業案を県にもって行きました。今まで、県との接点はもっぱら私的病院協会が受け持ち、全日病としてはなかったんです。それを、今回は両団体として提案、したがって全日病という名前でも出した結果、初めて正式なコンタクトがとれました」

栃木県支部は、基金に対して、「在宅患者の救急搬送にかかわる在宅医療機関等と2次救急機関の連携体制構築と運営に対する支援」や「地域に必要なSCU病床等を整備・維持するための支援」など、5件の事業を提案した。

もともと、「県には色々な団体から上がった事業案が余りにも多いので取捨選択に困っているようです。今までの事業を継続しなければならないこともあって、我々が提案したのは、どれも難しいかもしれない」と、楽観視はしていない。

それでも、「病院団体として、とくに民間病院の立場から、行政に物申していく必要がある」と、藤井支部長は断言する。

「公的病院の数が少ない栃木県は、救急でも何でも、民間の力に依存しないと地域医療がもたない。したがって、民間の意見を伝えながら、民間の医療機関が存続できる方向を考えてもらわなければならないと思います。護送船団ではいけません。かといって、1つか2つだけが勝ち残るというのでは地域医療そのものが成り立たない。この地域を守るために必要な民間の医療機関のレベルを保たなければいけないと思うのです」

そのためには、「全日病だけでなく、私的病院協会や医法協とかが一緒になって県に提言していく力を持たないといけない」と語る。

「ところが、現実には、我々には金がない。力もない」と、藤井支部長は厚生年金基金の解散を惜しみ、「それに

支部活動の新たな基盤を模索

「制度が大きく変わろうとする、まさに転換点にある今、それぞれの病院はどう動くべきか模索しています。そして、どこが頼りになるのかが問われているのです」と語る藤井支部長は、急性期医療における民間中小病院の役割を減じようとしていると、地域医療の視点から医療改革の行方を懸念する。

「そもそも救急を担う病院が減りつつあるのに、7対1を初めとする急性期を減らそうとしています。しかし、急性期をいわずらに減らしていくと、地方では、今でも大変な救急をどうやって維持していくのかという問題に直面します。とくに栃木県は、数の少ない公的病院で急性期を維持することは、まずできません。わが国医療の半分以上を扱っている民間病院が元気よく、急性期も扱える状態をつくり上げないと、医療そのものが成り立たなくなります」

そうした考え方から、「勝ち組」と「負け組」の2極化に向かう改革に全日病がどう対応していくべきか。藤井支部長は熱く語る。

「もしかしたら、我々(全日病)は日本の医療を支える中小民間病院の集まりという原点から変質してきてはいないか。本当に中小を含む民間病院のすべてを支えられる組織であるのかどうか点検する必要はないのか。勝ち組だけで地域の医療を支え切れるのか。そういったこともよく考えていかないと…」

そして、「支部会員が年1回集まるのが精いっぱい」という慢性的な資金不

代わるバックボーンが必要です。では、栃木県で、我々はバックボーン足り得るだろうか」と自問する。

足を解消するために「納める会費の何割かが支部に還付される」制度や「全日病に地域のデータを集集・分析する部署があって、そこに相談すれば、参考となる事例や情報がもらえる」仕組みの創設など、「支部の数少ない構成員では担えない資金や情報面を本部が支えてくれると本当に助かる」と、本部に対する要望を語る。

しかし、要望するだけではない。

「全日病本部からの情報は(会員病院に)伝わっていると思うが、会員病院の情報が私の方に上がってきていない。年1回の総会だけでなく、役員会でも懇談会でももっと多く開けば色々な情報も出てくるのかもしれないので、これは私の責任かもしれませんね。会員の増強も自然発生的に任せてしまっているかもしれない」と、自らを振り返りもする。

そうした地道な取り組みは、私的病院協会や医法協との三位一体を堅持していくことができれば、色々手立てはある。

では、厚生年金基金に代わるバックボーンをどこに見出していくのか…。しかも、財政的な面だけでなく、改革に立向かう全日病のスタンスとアイデンティティを新たなバックボーンとするために、地域の病院にどう訴えていくとよいのか。藤井支部長は、葛藤しつつも、栃木県における全日病の旗を維持すべく、今後の支部活動を模索している。

データ提出加算

届出に向け、データ作成とコーディングの実際を説明

「2025年に生き残るための経営セミナー」



「第5弾「データ提出加算のためのデータ作成・コーディング研修」が8月13日に全日病の会議室で開催され、療養病床を含む会員病院から155人が受講した。

データ提出加算は、2014年度診療報酬改定で、7対1入院基本料の届出要件に追加されたほか、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の施設基準に

加えられた。また、すべての病院でデータ提出加算の届出が可能となった。

未届けの病院が15年度以降も算定するためには、事実上、この11月20日に手上げしておく必要があるが、新たに対象となる病院の多くはDPCに参加していない中小病院であるため、コーディングのやり方を含め、届出に必要な院内体制を整える必要がある。

今回の「経営セミナー」は、会員病院のこうしたニーズに応えるために開かれたもので、厚労省保険局医療課の

中下洗主査がデータ提出加算の留意点とデータ作成の基本について、健康保険医療情報総合研究所の伊藤哲史氏がDPCの構造やデータ提出の院内体制など解説。

続いて、恵寿総合病院の笹谷忠志医事課長が診療情報管理士を対象としたコーディングの具体的な方法を詳しく説明した。

今回のセミナーは参加希望が多く、定員をかなり上回ったため、執行部は、10月9日の追加開催することを決めた。



あんしんとゆとりで仕事に専念

一般社団法人 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

一般社団法人 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