



全日病 NEWS 6/15

21世紀の医療を考える全日病 2007

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤 貴 俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.665 2007/6/15 <http://www.ajha.or.jp/> [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

「次はプラス改定にならない」

第89回定期代議員会 西澤会長、次期改定で発言。「地域一般病棟」実現にも取り組む

第89回定期代議員会および第78回定期総会が6月2日に東京都内で開催され、2006年度事業報告と決算報告がともに承認された。

都道府県の諸計画策定へ積極関与を会員に呼びかける

冒頭挨拶で、西澤寛俊会長は、政府の医療費抑制政策によって「医療崩壊と

もいえる現象が起きている」と指摘。国民の健康と安全に直結する「医療は公共財である」という認識を示し、「次期診療報酬改定はプラス改定にならない」と、2008年度改定に臨む決意を表明した。

されている機能は「今まで日本の医療で中小病院が果たしてきた役割でもあり、地域医療の要でもある」と評価、「これを、しっかりと具現化する、それも次回の改定で要望していきたい」と決意を表明

した。西澤会長は、また、2008年度に策定される新たな都道府県医療計画に言及。都道府県の裁量がかつて大きくなくなっていることから支部の役割の重要性がますます増していると述べ、都道府県の医療行政に積極的に関与してほしいと、会員に呼びかけた。

来賓として祝辞を述べた東京都医師会鈴木聡明会長は、東京都の地域ケア整備構想策定にかかわる立場から、「地



域一般病棟の構想に大いに期待している。病院のあり方報告書を参考にさせてもらっている」と、本会に対する期待感を表明した。(2面に06年度事業報告前文と西澤会長挨拶を掲載)

医療区分2・3の検討項目を提示

06年度慢性期調査 最終報告とりまとめ 新たな医療区分案の次回提示に向け、意見集約へ

診療報酬調査専門組織の慢性期入院医療の包括評価調査分科会は6月13日、2006年度慢性期調査の最終報告とりまとめに向けた2回目の議論を行なった。

事務局(厚生省保険局医療課)は集計分析結果の最終値を示し、医療区分2と3の見直しについて、検討対象と判断された45項目のリストを提示した。また、診療報酬基本問題小委員会に提出する最終報告書の構成案を示した。(4面に関連資料等を掲載)



区分見直しの対象となった45項目のうち、「3」に関しては、新たに12項目

を追加し、3項目を「2」に移行させるとした上で、1項目(ドレーン法・胸腹腔

洗浄)は「3」から除くとされた。(4面資料1を参照)

「2」については22項目を新設、2項目を「3」に移すが、「3」から3項目を加え、うつなど5項目を除くとしている。

経管栄養や胃瘻等が「2」の新たな候補にあげられたが、事務局はデータ上の根拠は乏しいと判断している。45項目はたたき台に過ぎず、今後の検討で、項目によっては変更が加えられる可能性もある。

慢性期分科会は次回会合を6月末から7月初めに開く。それまでに事務局は、各委員から医療区分見直しに関する意見を集め、その集約結果を踏まえて、新たな医療区分項目の案を提示する予定だ。

「公的医療費の拡大を」四病協が声明

日病協も医療費抑制の転換で要望書。プラス改定を求める

四病院団体協議会は6月8日に声明を発表、地域医療の崩壊を防ぎ、良質で安全な医療の提供を志向する立場から、公的医療費拡大施策の推進を求めた。

5月23日の総合部会決定にもとづくもので、2008年度診療報酬改定を控え、08年予算への建議(財政制度等審議会)や「基本方針2007(案)」(経済財政諮問会議)など、社会保障予算を引き続いて抑制する

方向性が打ち出される情勢に、病院団体として、強い異論と危機感を表明した。

また、11病院団体からなる日本病院団体協議会は医療費抑制政策の転換を求める要望書をまとめ、6月7日、柳澤厚生労働大臣と保険・医政局局長、医療課長、自民党厚生関係幹部、日本医師会ほか提出した。要望書で日病協は08年度診療報酬のプラス改定を求めた。

「制度設計は議論を尽くし 十分な検討の下にされるべき」

諸計画策定に齟齬と実態乖離が多いと東京都が国に改善を求める

東京都は6月11日、福祉保健局長名による「医療制度改革に関する提案」を厚生労働省に提出した。

「提案」は、各都道府県に課せられている「地域ケア体制整備構想」「医療費適正化計画」「健康増進計画」「医療計画」等の策定・改定において、実現条件となる環境整備や明確な施策方針等に欠けているため「策定作業に支障をきたしている」として、多項目にわたる改善要求と検討要請をまとめている。

具体的な項目列挙に入る前段階導入部に、「様々な改革の制度設計は、国民的な議論を尽くし、十分な検討の下に構築されるべきと考えます。」と書き込むなど、「提案」は、枠、目標、スケジュールを短期間で策定し、都道府県に丸投げしてきた国の姿勢を強く批判している。

とくに、療養病床再編に関しては、やはり前段で、「転換促進の視点が重視されるあまり、介護保険施設における適切な医療の確保に関するあり方も定まらないまま、転換に要する施設整備の助成策などが示されるなど、その進め方に不透明な部分があり、入院患者や

医療機関の不安が惹起されたことは否めません。」と、自治体としては異例の口調で政府を批判。

さらには、「東京を始めとした大都市は、近い将来に急激な高齢化が進展することが予想されており、療養病床の必要性が今後さらに増していく」という認識を表明。「介護施設等における医療提供のあり方、在宅療養における医療・介護の具体的な提供の仕組みについて、早期に明らかにする」ことなど4点にわたる要求を突きつけた。

その1つに、「省庁間の連携により、建築基準法の特例的な緩和措置を法的に担保する」という、新たな視点に立った転換施策の要求がある。

また、4疾病・5事業による医療連携体制として具体的な医療機関名の書き込みが課せられた医療計画に関しても、「一律に医療機関の名称の記載を求めるとは、都道府県の実態に応じた効果的な周知方法を可能とすること」など、地域の実状に応じた方法や数値目標の採用など柔軟な対応を訴えている。

四病院団体協議会声明 「診療報酬改定に向けて」(全文) 6月8日

我が国の医療は、国民皆保険制度の下、全国民に等しく良質で安全な医療が提供されなければなりません。病院は国民のニーズに応える良質な医療を提供すべく、医療の質の向上、医療安全の推進、診療情報の提供・推進に必死に努めています。

しかし、平成14年度、16年度、18年度と度重なる診療報酬改定の引き下げと、医師・看護師の確保困難の諸要因により、地域医療は崩壊を招き、医療提供体制の地域格差、病院格差をきたし、国民・地域住民が等しく、安心して受けられる医療を提供することは極めて困難な状況に陥っています。

そのような中で、平成15年の我が国の対GDP比総医療費は、OECDの統計によれば、加盟30か国中18位で、今も低医療費政策が持続しています。

政府が希求する経済の成長や国家の繁栄は、これを支える国民の健康が保障されてはじめて可能であり、医療、福祉の規模・内容と国民の要望に見合った社会保障費の確保が必要です。

今後、更なる医療の質の向上を目指し、医学の進歩を現場の医療に反映・実践していくためには、相当程度の公的財源は不可欠であり、公的医療費拡大の施策の推進を強く求めます。

清話抄

先日の新聞記事に、政府・与党は、医師の不足や地域間の偏在を解消するシステムを構築する方針を固めたと掲載されていた。6月中にも取りまとめられる政府の「骨太の方針」に盛り込まれるという。7月の参院選の選挙対策を狙ってという話もあるが、地方の医師確

保対策は急務である。昨年度の診療報酬改定によって看護師不足が助長され、現在も看護師の争奪合戦が続いているが、医師需給の問題はさらに深刻である。特に産婦人科や小児科は、地域によっては閉鎖に追い込まれている施設もある。国として国民皆保険を貫くのであれば、どの地域でも同等に医療を提供できる体制を確保しなければならないのではないだろ

うか。全国の人口10万人当たりの医師数は2004年が211.7人で、10年前(1994年)の184.4人よりは増加している。しかし、産婦人科医師数は1万163人で、1994年当時より約800人も減っている。

また、都道府県別人口10万人当たり医師数は、最も多い徳島県が282.4人なのに対し、最も少ない埼玉県は134.2人に過ぎない。地域格差は2.1倍にも達し

ており、医師の地域偏在も深刻となっている。

我が病院を構える埼玉県が医療過疎地であることは医療を提供する中でつとに感じてきたことではあるが、毎年、医師数は増加をたどっていることは事実であるだけに、マグネットホスピタルの活用や臨床研修医制度の見直しなどの新たな施策によって、中長期的な医師確保対策をお願いしたいものである。(中)

主張

医療費抑制策を転換し、公的医療費拡大の推進を

2002年度以来、3回連続の診療報酬改定引き下げから、財政優先の医療費削減策が続いている。特に昨年の3.16%と史上最大の引き下げによって、我が国の地域医療提供体制は崩壊の危機に瀕している。

従来からの慢性的、医師・看護師等の不足、地域や診療科による偏在、勤務医の過重労働による疲弊と病院離れは、地域医療の「要」であり、原点ともいべき救急医療の提供を困難とし、医療崩壊の危機を招いている。また、昨年の「医療制度改革関連

法」によって長期療養入院施設の削減が進められ、医療や介護が必要であるのに受けられない「医療難民」が2万人、「介護難民」が4万人発生する(日医)という指摘もある。

「骨太の方針2006」に掲げられた、国の社会保障予算を5年間で1.1兆円(1年あたり2,200億円)抑制する目標が来年も踏襲されると、医療機関の財政は一層悪化し、地域医療崩壊の加速化が避けられない。

日医ほかによって組織される国民医療推進協議会は、5月18日に国民医

療を守る全国大会を開催し、医師・看護師不足の解決、国民の生命と健康を守るための医療費財源の確保などを決議した。

四病協は、医療の質向上や医学の進歩を地域医療に反映するためには公的医療費拡大が必要であると、また、日病協も、国民の健康なくしては国家の繁栄も経済の成長も有り得ず、医療費を含む社会保障費はむしろ拡大すべきであると、要望した。

医学、医療技術の進歩や、高齢者の急増などで医療費の拡大は自然増

を含め当然であり、国民皆保険、フリーアクセス、長期療養制度などを守るためには、医療費の総枠規制をはずし、医療に必要なお金は国が責任をもって用意すべきであろう。

そうした見地から、来年4月の診療報酬改定はプラス改定でなければならないと考える。

ここ数年経済成長がプラスに推移しつつある。この今こそ、国民の理解協力を得て、医療費適正化=医療費拡大へと方向転換をすべきではないだろうか。(T)

「基本方針2006」の伸び抑制堅持を求める

2008年度予算案 医師不足対策として医療従事者の役割分担見直しが狙上

財務省の財政制度等審議会は6月6日、2008年度予算の建議をとりまとめ、社会

保障費の総枠抑制を打ち出した「基本方針2006」の継続を求めた。

財政制度等審議会「2008年度予算編成の基本的考え方について」 6月6日

II 各分野における歳出改革への取組み

1. 社会保障

(1) 総論

工. 当面の課題

2008年度も、「基本方針2006」の方針(5年間で1.1兆円、国・地方合わせて1.6兆円相当の伸びの抑制)に沿って、医療等を中心に給付の伸びを抑制する必要がある。

(2) 医療

イ. 医療制度の現状と課題

今後の改革は、以下の現状と課題を踏まえて検討を進める必要がある。

- ①医療のコスト構造
- ②医薬品のコスト構造
- ③医療のIT化
- ④医師確保への対応

医師不足問題については、開業医が期待されている役割を担っているか再評価するとともに、病院における医師、看護師など医療従事者等の役割分担の

見直し等も行うことが必要である。

ウ. 今後の改革の方向性

今後は、
・医療サービス提供コストの縮減・合

理化を進める

・公的給付の範囲を真に必要なものに重点化を図る

・年齢を問わず負担能力に応じ公平に負担する

等の改革に取り組み、医療給付費の抑制等に取り組んでいく必要がある。

厚労省において医療コスト効率化のプ

ログラムが策定されたが、より効率的・効果的な政策手段について引き続き検討を進め、必要に応じ、政策手段の見直しを行っていくことが重要である。

さらに、2008年度に創設される後期高齢者医療制度の診療報酬体系は、長期入院や頻回受診などの現状等を踏まえ、効率化を図っていく必要がある。

また、公的給付の範囲の重点化や負担能力に応じた公平な負担の確保については、諸外国の医療制度の例も参考しながら、引き続き聖域なく検討していく必要がある。

医療従事者間の役割分担見直しで07年内に結論

骨太の方針2007(案) 「医療・介護の質向上・効率化P」を08年度から推進

6月12日に開かれた経済財政諮問会議は、素案から原案へと修正・具体化された「基本方針2007」について検討を行なった。

いわゆる「骨太の方針2007(案)」は、「歳出歳入一体改革」の項で、「『基本方針2006』で示された5年間の歳出改革を実現する。そのため、主要な分野について制度改革等の道筋やその取組を示す」と明記、国の一般会計予算ベースで1.1兆円(国・地方合わせて1.6兆円に相

当)という5か年にわたる社会保障費の節約を継続する方針を打ち出している。

そのために、規制改革の面では、レセプトオンライン請求化の期限内達成と審査・支払業務の見直しを進める方針を示している。

また、「医師と他の医療従事者間の役割分担の見直し」について、2007年中に一定の結論を得るとしている。

社会保障改革としては、厚労省が5月に提示した「医療・介護サービスの質向

上・効率化プログラム」を08年度から12年度までの5か年計画としてPDCAサイクルで推進する考えを明らかにしている。同プログラムは08年度政府予算から順次反映される。

また、「骨太2007(案)」には「公立病院改革」が盛り込まれた。これを進めるために、総務省は07年内に、各自治体にガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す方針だ。

■全日本病院協会2006年度事業報告(前文)

平成18年度は、民間病院の経営に大きな打撃を与えた診療報酬改定に始まり、6月には医療法・健康保険法を含むいわゆる医療制度改革関連法が成立した。

その柱は医療計画制度の見直し、医療情報提供の推進、医療安全の確保、医療費適正化の総合的な推進、高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合などである。

この過程においては、経済・財政の視点、特に医療給付費削減が優先され、また議論の透明性に欠けていたと言わざるを得ない。

全日病は改革の方向性を認識した上で、常に国民が安心できる医療を医療人が誇りと達成感を持って提供できるような環境整備を行うという基本理念に基づき、会員病院が安全で質の高い医療を提供するための支援となる活動を各委員会活動のもと行ってきた。

このような中、今までの活動の成果、及び今後の望ましい医療提供及び病院のあり方を内外に示し、その理解と実施を求めべく、平成19年3月「病院のあり方に関する報告書[2007年版]」を発表した。同報告書は、医療環境の整備と発展に向けて、今後も全日病が主体的に関わるという意思表示であり、その提言に基づく活動を進めていくものである。

組織の拡充強化は、事業の大きな柱である。全国の病院数、特に民間中小病院が減少する中、会員数は40病院増え、2190病院となった。これは支部活動の成果であるとともに、全日病の活動に対する評価、期待と重く受け止めた。

第48回全日本病院学会は、11月3、4日、

手束昭胤学会長の下、徳島県支部担当で行われた。「民間病院の明日を拓く めざせ、平成のルネッサンス」をテーマに開催され、各種のシンポジウム、特別講演、一般演題に、全国各地から多数の会員が参加のもと、盛況に終わった。

調査研究活動においては、「病院情報システム基本要件検討プロジェクト」により厚生労働科学研究を実施した他、経済産業省から「医療経営人材育成事業」を受託した。また、診療報酬改定の影響に関する調査を、本会単独あるいは四病協・日病協などで複数実施し、データに基づく要望活動を行った。

研修事業においては、従来からの「事務長研修コース」、「看護部門長研修コース」に加え、新たに「医療機関トップマネジメント研修」が開始され、更なる充実を図るとともに、平成19年度から新たに開始する新規研修事業の準備を行った。

病院機能評価事業は、その普及を推進し、「機能評価受審支援相談事業」及び「機能評価受審支援相談セミナー」を行っている。その成果もあり、日本医療機能評価機構における認定証発行病院は、全日本病院協会会員で719病院となった。

平成18年2月に厚生労働省より認定を受けた「認定個人情報保護団体事業」は、「個人情報保護に関するQ&A」の発行、「個人情報保護管理・担当責任者養成研修」の実施など、着実に事業を進めている。

四病院団体協議会が発足し7年になるが、着々と実績・成果をあげている。その中核団体として、全日病は大きな役割を担ってきたが、今後、更なる活躍を期するところである。

第89回定期代議員会における西澤会長の挨拶

次期改定で「地域一般病棟」の具現化を期待する

この4月から、新医療計画、新医療法人制度、医療機能情報提供制度が施行された。我々は、これに積極的、主体的に取り組んでいかなければならない。

その一方で、経済財政の視点のみの医療費抑制が行なわれ、医師・看護師不足をはじめ、医療崩壊ともいえる現象が起きている。これは、我々が主張する医療の質向上を目的とする改革とは異なる方向である。

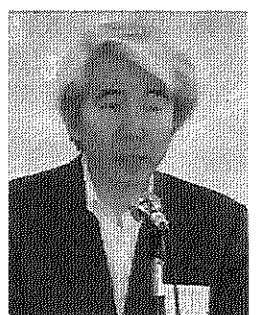
国民に質の高い医療を提供するという責務を果たすためには、ぜひ、今回の診療報酬改定ではプラス改定にならなければいけないと考える。また、それに向けて全力を挙げて頑張っていきたい。

その中でも「地域一般病棟」は、今まで日本の医療で中小病院が果たしてきた役割でもあり、地域医療の要でもある。これをしっかりと具現化する、それも今回の改定で要望していきたいと考えている。

この厳しい状況の中でも、我々は医療の質向上に取り組んでゆかなければならない。全日病はこれまで、医療機関トップマネジメント研修、事務長研修、看護師長研修など、経営者と職員の質向上の取り組み、また、アウトカム評価事業などを実施して会員の支援を行ってきた。3月には「病院のあり方に関する報告書2007年版」を発表、その提言を実現する新たな活動を開始した。

国民の健康生活に直接関係する医療は、患者、国民、医療人が協力して構築すべき公共財である。全日病は、国民に、安全で質の高い医療を我々医療人が誇りと達成感を持って提供できる環境を整えるために、明確なビジョンと戦略の下、活動してまいります。

新医療計画や地域ケア整備構想などが、各都道府県の責任で策定されようとしており、各支部の役割は非常に重要となっている。こうした計画に、各支部は、積極的に関わっていただきたいと思います。本部としても、必要な情報提供等、支援を強化していく所存である。



緩和と合意形成追求が前提。家族の役割を重視

「終末期医療の決定プロセス」ガイドラインと解説編を公表。刑事等法的責任の検討は継続

厚生労働省は、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」とその解説編を、5月21日に公表した。

解説編はガイドラインの全文を紹介した上で、その解釈と運用上の注意を逐条的に展開。冒頭に、「緩和ケアの充実な

ど終末期を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組む」と書き込み、終末期医療に取り組む厚

労省の姿勢を表わした。

厚生労働省は、解説編が、患者・家族に対しても浸透するものと期待している。

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン・解説編」 5月21日

【ガイドラインの趣旨】

本解説編の基本的な考え方は次の通り。

1) これは、終末期を迎えた患者及び家族と医師をはじめとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。

2) そのためには担当医ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカーなどの、医療・ケアチームで患者及び家族を支える体制を作ることが必要です。このことは特に終末期医療において重要なことです。

3) 終末期医療では、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等については、最も重要な患者の意思を確認する必要があります。

確認にあたっては、十分な情報に基づく決定であること(インフォームド・コンセント)が大切です。その内容については、患者が拒まない限り、家族にも知らせることが望まれます。

4) 患者の意思が明確でない場合には、家族の役割がますます重要になります。この場合にも、家族が十分な情報を得たうえで、患者が何を望むか、患者にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。

5) 患者、家族、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその患者にとって最もよい終末期医療だと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療を実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、柔軟な姿勢で終末期医療を継続すべきです。

6) 患者、家族、医療・ケアチームの間で、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる委員会を設置し、その助言によりケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。

7) 終末期医療の決定プロセスにおいては、患者、家族、医療・ケアチームの間での合意形成の積み重ねが重要です。

1. 終末期医療及びケアの在り方

① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としううえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。

*注1 よりよい終末期医療には、第一に十分な情報と説明を得たうえでの患者の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、終末期医療としての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中

止等は、多専門職種(医師、看護師、薬剤師、放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、社会福祉士、介護福祉士、医療ソーシャルワーカー)の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

*注2 終末期には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ適当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療の検討がなされることとなります。

*注3 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関の規模や人員によって変わり得るものですが、一般的には、担当医師と看護師及びそれ以外の医療従事者というのが基本形です。なお、後掲注6) があるように、医療・ケアチームに、例えばソーシャルワーカーが加わる場合、ソーシャルワーカーは直接医療を提供するわけではありませんが、ここでは医療従事者に含みうる意味で用いています。

*注4 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも終末期の患者に対し医療的見地から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るためのものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については引き続き検討していく必要があります。

*注5 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

*注6 人が終末期を迎える際には、疼痛

緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することが望まれます。

④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

*注7 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

2. 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 患者の意思の確認ができる場合

① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。

② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。

上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化することであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。

③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

*注8 合意内容を文書にまとめるにあたっては、医療従事者からの押しつけにならないように配慮し、患者の意思が十分に反映された内容を文書として残しておくことが大切です。

*注9 よりよい終末期医療の実現のためには、まず患者の意思が確認できる場合には患者の決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであることが望ましく、そのためのプロセスを経ること、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、

次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

*注10 家族とは、患者が信頼を寄せ、終末期の患者を支える存在であるという趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人を含みます(このガイドラインの他の箇所でも使われている意味も同様です)。

*注11 患者の意思決定が確認できない場合には家族の役割がますます重要になります。その場合にも、患者が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、患者の最善の利益が何であるかについて、家族と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

*注12 家族がいない場合及び家族が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療の妥当性・適切性を判断して、その患者にとって最善の医療を実施する必要があります。なお家族が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合

・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

*注13 別途設置される委員会は、あくまでも、患者、家族、医療・ケアチームの間で、よき終末期医療のためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。そこでの検討・助言を経て、あらためて患者、家族、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。

医療事務技能審査試験のご案内

医療事務技能審査試験は、厚生労働大臣許可の(財)日本医療教育財団が実施する全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカルクラーク」の称号が付与されます。

- 合格者に付与する称号 (1)1級メディカルクラーク (2)2級メディカルクラーク
- 受験資格 1級・2級それぞれ受験資格があります。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)
- 試験会場 全都道府県の指定会場で実施します。
- 試験日(平成19年度)

■試験科目と実施方法

(1) 1級医療事務技能審査試験

- ・実技 I 接遇、院内コミュニケーション
- ・筆記(記述式) 50分
- ・学 科 医療事務専門知識
- ・筆記(択一式) 60分
- ・実技 II 診療報酬請求事務
- ・明細書点検 70分

(2) 2級医療事務技能審査試験

- ・実技 I 患者接遇
- ・筆記(記述式) 50分
- ・学 科 医療事務一般知識
- ・筆記(択一式) 60分
- ・実技 II 診療報酬請求事務
- ・明細書点検 70分

19年	6月23日(土)	1級・2級
	7月28日(土)	2級
	8月25日(土)	2級
	9月22日(土)	2級
	10月27日(土)	1級・2級
	11月24日(土)	2級
20年	12月15日(土)	2級
	1月26日(土)	2級
	2月23日(土)	1級・2級
	3月22日(土)	2級

- 試験及び講座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

1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病医院事務部門で活躍されている方や、2級メディカルクラークで病医院事務部門に進出しようとする方を対象に、点数表解釈をはじめ公費負担、諸法など、保険請求事務の実務を中心とした、より高度な専門的知識と技能の養成をします。1級医療事務技能審査試験の受験準備講座としてお薦めします。

<募集要項>

- 受講資格 ①医療機関等において医療事務職として1年以上の実務経験があること
- ②2級メディカルクラーク(医科)もしくは2級医療事務職(医科)であること
- ※①②のいずれかに該当する方

■受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)

■受講受付 随時

■受講料

一 般	78,000円
賛助員	75,000円(入学金3,000円が免除)

※分納(2回)もできます。

〒101-0064 東京都千代田区猿楽町2-2-10-1923

☎ 03(3294)6624

http://www.jme.or.jp

5段階の診療報酬と11区分の費用傾斜に乖離

06年度慢性期調査
最終報告とりまとめ

患者分類の費用傾斜には医療とADLの資源階梯性がともに影響

6月13日の慢性期分科会に事務局が提示した2006年度慢性期調査最終報告書の案は、調査項目にそった集計値および分析結果と、今後、分科会で意見集約される「調査結果に基づく検討」からなる。

調査結果にもとづく検討事項には、「医療区分・ADL区分の妥当性」とともに、「患者分類と費用」、さらに「療養病棟の役割」に関する検討結果ほか盛り込まれる。

「患者分類と費用」については、6月13日の分科会に報告された最終結果において「患者分類毎の患者1人1日当たりの費用」が確定。事務局は、「費用の増加は区分の順序と対応している」と評価した。(資料3)

しかし、医療区分1・ADL3の費用1万6,875円は医療区分3・ADL1の1万6,494円(ともに費用差最大の場合)を上回るという、医療区分のからみると逆転現象が生じていることがあらためて判明した。逆転現象は医療区分1・

ADL3と医療区分3・ADL2の間でもわずかながら生じている。

これは、区分の費用傾斜には、医療とADLの資源階梯性がともに影響していることを意味する。

分科会が05年11月にまとめた当初案は11区分であった。しかし、中医協に出された診療報酬案は11区分を4段階に簡素化して配点(その後5段階に変更)、改定された。こうした結果、慢性期の患者分類は、ケースミックス本来の特性を失った、コストの階梯性を無視した点数体系となった。

さらに、調査結果から、医療区分1・ADL3の費用が現行点数の倍近い水準にあることも明らかになっている。

分科会では、最終報告に「配点の見直し」を書き込むべきであるという意見も出たが、「値付けそのものは中医協の役割。分科会としては費用の実態をデータとして報告し、点数と乖離していることを判断してもらう立場にある」という方向に落ち着いた。

分科会として医療療養病床の機能を定義

「療養病棟の役割」に関しては、分科会に提出された資料に、医療療養病床の役割をめぐる各委員の意見が匿名で紹介されている。(資料2)

慢性疾患と急性期治療後の患者を受

け入れるという点で概ね一致しているが、個別の機能定義になると微妙にニュアンスが異なる。今後、どのように意見集約が図られるのか関心が持たれる。

資料1—医療区分の評価項目として検討すべき項目(調査結果の分析から)

●新たに医療区分3の評価項目とするもの

医療提供頻度及び看護提供頻度
敗血症
腹水
消化管の通過障害
個室管理
余命6ヶ月以下
皮膚その他の問題(Ⅲ度以上の火傷)
注射・点滴の日数
注射・点滴
抗がん剤療法
輸血
医療区分2の評価項目が3つ以上

●医療区分2から医療区分3の評価項目に変更するもの

体内出血
褥瘡、度以上

●医療区分2の評価項目から除くもの

うつの状態
問題行動
難病
脱水
嘔吐

●医療区分3の評価項目から除くもの

ドレーン法・胸腹腔洗浄

●新たに医療区分2の評価項目とするもの

うつ血性心不全
腎不全
肝不全
抗生物質耐性菌感染
上気道感染
急性胆嚢炎
急性肺炎
皮膚の感染症
発熱
胸水
悪疫質
痛み
急性症状発生
末梢静脈栄養
経管栄養(経鼻、胃管等)
皮膚その他の問題(すり傷、内出血)
足の問題とケア(うおのめ、たこ等)
リハが必要な疾患が発症してから90日以内
胃瘻、腎瘻、人工肛門等瘻の処置
緩和ケア
疾病コントロール
膀胱留置カテーテル

●医療区分3から医療区分2の評価項目に変更するもの

酸素療法
発熱伴う気管切開口・気管内挿管ケア
感染隔離室におけるケア

ケアのアウトカムでQI算出を試みる

慢性期調査の最終報告案には「ケアの質の評価」が織り込まれることになった。椎名委員(健保連)の要求になるもので、患者特性調査結果から8項目のQI(質測定指標)を算出し、試算したものの。

項目は「痛み」「褥瘡ハイリスク」「褥瘡ローリスク」「身体抑制」「留置カテーテル」「尿路感染症」「ADLの低下(過去90日間)」「ADLの低下(入院時と

の比較)」からなる。

あらかじめ予定して実施した調査ではないため、QIの精緻な数値算出にふさわしい設問等に欠けるためにデータの補正が十分にはできず、今回は試行的な評価にとどまった。

しかし、意欲的な試みであり、今後、慢性期調査の標準手法に採用される可能性が高い。

資料2—「医療療養病床の役割」に関する各委員の意見(要旨)

委員A

具体的な対象として、急性期治療後で継続的な医療が必要な患者、神経難病等の患者、終末期の患者、経口摂取が困難な患者、重度の認知症、継続的なリハが必要な患者、在宅療養支援機能(自宅からの入院)などが考えられる。

委員B

①現行の介護施設で経管栄養の状態は受け入れ困難。介護施設で受け入れるには、人員配置基準の見直し、法の見直し(権限委譲)、教育実施等など計画立案が必要。それまでは政策判断を見直し、医療区分1・ADL3をコストに見合った報酬額に修正するよう提案する。

②現行医療区分は医療処置に重点が置かれすぎている。状態像に視点をおいた医療区分を検討すべきだ。

委員C

慢性期医療は、疾患の悪化、合併症や廃用症候群の予防、看取りを視野に入れたターミナルケアという視点から、ケアを主体とした生活に主眼を置くべきであり、療養病棟の入院環境を早急に整備する必要がある。

具体的には、人工呼吸器の管理や頻回吸引などの呼吸ケア、継続的な運動リハ、嚥下訓練等が必要などケアニーズの高い慢性期患者に、生活の視点を重視した医療・看護の提供、看取りまで引き受けるターミナルケアの対応、在宅療養支援を趣旨としたレスパイト入院の対応といった体制を持つことが望ましい。

委員D

現行の医療区分は医療処置に重点が置かれすぎており、過剰な医療処置行為を喚起してしまう可能性がある。むしろ、医療療養病床の役割としては、入院を要する個々の高齢者の状態にふさわしい医療の提供を導き出す方向が望まれる。

委員E

医療療養病棟のみに限定してその役割を議論することは片手落ちである。既に、今回の患者分類導入によって医療療養病棟と介護施設との機能分化が始まっている。医療療養病棟による急性期治療後の患者受け入れが実際に行われている。一方、急性期以外の一般病棟にも長期入院患者が少なからずいる。従って、当分科会が今年度、急性期以外の一般病棟について患者分類による調査を実施することを提案する。

委員F

医療療養病床の役割については下記を検討すべき。①誤嚥性肺炎の要介護者が在宅、介護保険施設から入院するのは一般病床か、療養病床か、②急性期病床から、亜急性期病床を経て在宅等に戻るのか、療養病床を介して戻るのか、③脳卒中は回復期リハを経て戻るのか、療養病床を経るのか、④緩和ケアは、緩和ケア病棟だけで提供するのか。

上記すべて療養病床が対応すべきであり、それに対応した報酬体系とするべきと考える。

資料3—患者分類毎の患者1人1日当たりの費用(2006年度:円)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	16,875	17,788	21,443	18,517
ADL区分2	15,620	17,358	20,760	16,855
ADL区分1	13,469(認)	14,824(認)	16,494	13,966
	13,133	14,797		
全体	15,117	17,176	20,999	17,351

*医療療養病棟における1患者当たりの費用を変動費と固定費とに分け、患者分類毎の患者1人1日当たり費用を推計した。医療区分3・ADL区分3と医療区分1・ADL区分1との差は、費用差最小(「その他人件費」を一律に按分)の場合で4,842円、費用差最大(「その他人件費」をケースミックス値に応じて按分)の場合で8,310円であった。

未収金で検討会。未払患者の実態調査を求める声も

四病院団体協議会が提起してきた医療機関の未収金問題の解決策を模索する場として、厚生労働省保険局は「医療機関の未収金問題に関する」を設置、6月1日に初会合を開いた。

委員には、四病協4団体各代表のほか、法律専門家、国保中央会、健保連、自治体関係者ほかが就任。社会保険庁の担当者も参加した。

病院系の委員は、未収金の最終的負担者は保険者とする立場から、未収金にかかわる債権債務の所在など法的な背景を明らかにするよう求めた。また、一部負担金を支払わない患者に医療機関が応召義務を負うべきかどうか



ど、いくつかの論点を提起した。

これに対して、一部の委員からは、議論を支えるデータに欠けるとして、救急など未払いと診療部門の関係や未払い患者に関する実態などの調査が必要ではないかという意見も出た。

事務局(保険局国民健康保険課)は2カ月に1回の頻度で開催し、半年から1年程の期間で一定の結論を得たいとしている。

緊急臨時的医師派遣システムの具体案を決める

地域医療支援中央会議は6月11日の会合で、政府・与党がまとめた「緊急医師確保対策」について検討、「緊急臨時的医師派遣システム(仮称)」の具体的な仕組みや対象となる「派遣を受ける医療機関」の要件などを了承した。

それによると、都道府県は当該対象病院から医師派遣の要請を受け、医療対策協議会の検討を経て厚労省に要請。厚労省は、さらに「地域医療支援中央会議・幹事会」に諮った上で、派遣する場合はあらかじめ退職医師などから公募して要員を確保する「ドクタープール」から派遣するというもの。

国立病院機構や日赤・済生会などの公的病院グループには、内部から派遣するよう検討を求める。

派遣を受ける医療機関の要件として2次医療圏内の中核的病院等4点を想定するが、中核的病院以外も対象とする方向で検討することが合意された。

診療関連死因究明等検討会

死亡の届出義務化で概ね一致

6月8日の「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」は、日本法医学学会、日本病理学会、飯田英男弁護士(元検事)からヒアリングを行なった。

3者の見解は細部にわたってはそれぞれ異なるものの、第3者機関の設置と診療行為に関連した死亡の届出義務化について賛成する立場で一致した。

【寄稿】 重装備(高度)急性期後の病床整備について—救急現場から見た患者搬送の実態と問題点

4月の「医療施設体系のあり方に関する検討会」に自治体を代表する委員(代理)として出席した川崎市の医療行政担当者(医師)は、地域医療支援病院と在宅医療支援の議論において、救急医療実情の一端を報告した上で「急性期病床と慢性期病床の間に位置する病床整備の必要」を提起した。

検討会後に、本紙として当該発言の背景をうかがう中で、より救急現場に精通する同職の浅見政俊氏の紹介をいただいた。

医師である浅見氏は、医療監視業務と医療安全支援センターの責任者という立場にあ

り、川崎市における救急と医療機関の内幕に詳しい。そこで、救急医療の実状を踏まえた「急性期後の病床整備」に関する問題提起を要請した。

全日病は、かねてから、post acuteとsub acuteの機能を兼ねた病床として「地域一般病棟」という類型を提案しているが、浅見氏の実態報告および問題所在の提示はきわめて興味深い論点を含んでおり、示唆に富んでいる。ここに掲載し、会員の参考に供する所以である。

在宅患者の軽症・中等症の救急を担う病床が必要

急性期・慢性期の中間に位置する病床整備が在宅医療を推進する

川崎市健康福祉局保健医療部参事 浅見政俊

私は、行政に携わる医師として、政令市である川崎市役所において、主に二つの業務を担当している。

その一つが、市内の医療機関に対する医療法に基づく立入検査であり、もう一つが、行政機関の窓口として患者・市民から市内の医療機関に対する苦情等の相談を受ける「医療安全支援センター」(川崎市では「医療安全相談センター」と呼称)の業務であり、その両方の責任者を担当している。

川崎市には、1,000床を越す規模の特定機能病院から、最小では20床の小規模病院まで43の病院があるが、私は、

救急体制に変化を迫る在宅高齢患者の増加

周知のごとく、現在の救急医療体制は、外来対応を想定した診療所を主体とした1次救急、入院対応を想定した病院を主体とした2次救急、高度・専門的な入院対応を想定した3次救急という3層構造を取っている。

行政では、この3層構造を元に、開業医の在宅輪番制や休日・夜間診療所による1次救急、救急告示医療機関や病院群輪番制による2次救急、救命救急センター等による3次救急の整備を実施してきた。

ところで、この救急医療体制の想定する患者像は、漠然とではあるが、健常者が疾病・外傷で急に医療を必要とした場合を想定してきたのではなかろうか。

結論から言ってしまうと、救急医療の体制が構築された高度成長期の時代には十分とは言えないまでも機能したこれらの体制も、高度高齢化社会に突入した現在では、機能不全に陥っている面が多いと考えられる。

やや乱暴ではあるが、単純化すれば、

患者側からみた課題●急な医療需要に応じる体制の整備

まず、患者側の救急医療に関する不満としては、病院勤務の小児科医の不足と救急医療のコンビエンス化等に起因する小児救急に関するものを除けば(これもある面では少子高齢化の結果と考えられるが)、健康上の何らかの問題を抱えながら在宅もしくは居宅サービスを受けている高齢者等が、健康状態の悪化(骨折、脳梗塞等の再発、脱水、各感染症等)に際して、適切な医療

その全ての病院に平成15年度から毎年実際に出向いて立入検査を実施している。行政としての立場ではあるが、都市部における多様な形態・規模の病院の運営状況に日々接している。

また、医療安全支援センターは、本来は医療安全に関する行政の相談窓口ではあるが、実際にはあらゆる医療関係の苦情や相談が患者から寄せられており、診察室や病室などの医療の現場とは別のチャンネルで、現在の医療に対するユーザーである患者やその家族等の生の声を聞く立場にもある。

健常者が突発的に医療が必要になった場合の医療は、その重症度に応じて、診療所・病院・高度救急に患者を振り分け、それが治癒したら元の生活の場に戻ることを想定している。重工業を中心とする産業が集積し、比較的若年の勤労者の人口に占める割合が高かったバブル経済期までの川崎市における救急医療が、いわば、その典型とも言えるであろう。

しかしながら、現在の高齢化社会、さらに、疾病構造が変化し慢性疾患や急性期疾患の後遺症を抱えて在宅で生活する人口の増加で、救急医療体制は、漠然と健常者を想定していた体制から、高齢者や疾病・障害を抱える者の急な医療需要にどう対応するかに変化して行かなければならない。

あくまでも行政の立場ではあるが、医療を供給サイド(病院等)と需要サイド(患者等)の両面から接する者として、病床整備の観点も含め、現在の救急医療体制に対する愚見を述べる。

機関に適切な時期に受け入れられなかった事に関するものが多い。

また、急性期病院に収容された場合に、入院前に比べ健康状態・ADLが悪化していても、急性期治療が終了したと見なされると、直ちに退院を求められる現行の医療制度に対する不満も相当大きい。また、このような高齢者は、一度ならず入退院を繰り返す事が多く、制度として急な医療需要に応じる体制の

整備を望む声が多い。

「また、具合が悪くなることはわかっている。だからこそ、その時に入院で

医療側からみた課題●救急医療ニーズに対応した機能分化

川崎市には救命救急センターが3箇所(計60床)設置されている。比較的充実しているとも言えるが、それでも時に過剰収容を余儀なくされることがある。

その一因として、何処の地域でも同様ではあるが、高齢者もしくは慢性疾患や後遺症を有する在宅患者が、必ずしも高次救急を必要としない状態にもかかわらず、入院先が無いために収容されている実態がある。一端収容されると、平均入院日数の問題もあり、高次医療機関の各診療科の一般病床への転棟もスムーズには行かない。

次に、2次救急としての病院の救急体制であるが、病床が一般病床と療養病床に分かれてから、2次救急としての病院の体制が、より重装備化はするが入院期間を極力短縮化する一般病床の急性期病院と、重装備化は困難な小規模病院、そして、長期入院を前提とする療養病床主体の病院に当然の如く分化してしまっている。

急性期病院は、従前とおりに救急医療を担ってはいるが、入院期間が限られ、慢性期に移行した患者へのリハビリテーションの提供も限定される。また、高齢者や慢性疾患を抱えた在宅・居宅系の患者が必要とする医療内容に、重症度の面で必ずしも適合した体制とは言いがたい。

小規模病院は、川崎市のような都市部では、それぞれ得意分野への専門特化の傾向が見られ、徐々に2次救急の体制から脱落してきている。

多くの療養病床を主体とした病院では、夜間・休日の当直医は1名体制であり、実態としては入院中の患者の病状変化に対応する事を目的としてお

まとめ●中間的病床の整備が社会的入院の解消に繋がる

在宅医療を推進するためにこそ、慢性期患者の幅広い病状の変化に対応した入院治療を前提とした救急医療体制・病床の整備が求められるところである。そのためには、急性期一般病床と慢性期療養病床の中間的な病床の整備が診

きない心配があるのなら、このまま入院させてほしい」とは、幾度となく聞く声である。

り、病院外からの救急患者を積極的に受け入れる体制にはない。

時間外の患者の診療・入院に対応するパラ・メディカルも貧弱であり、結果的にみれば患者の状態を把握するための最小限度の血液や画像の検査を行い、末梢輸液等の比較的単純な治療で対応できた患者であっても、急性期病院、時には高次救急医療機関へ搬送されている。

しかし、これらの慢性期病院の全てに、当直医の複数化や救急対応の人員の増加を求めることは、費用的にも人員確保の面からも現実的ではない。

むしろ、急性期医療に特化した一般病床と既存の療養病床の中間的な人的・設備的体制で、高齢者や在宅・居宅で慢性疾患や後遺症を持った患者の軽症から中等症の救急医療を担う病床の整備が必要ではなかろうか。

最後に、診療所における救急医療について、現在の医療体制の中では、従来の1次救急もしくは初期治療の場としての役割だけではなく、とくに在宅医療を実施する診療所においては、慢性疾患や障害を抱えた在宅患者の急な医療需要にいかに対応するかが重要である。

しかし、在宅での対応には自ずと限度があり、在宅では対応不可能な患者の状態悪化に対して、それをバックアップする入院機能が確実に確保されなければ、在宅療養支援診療所の制度も実効が上がらないであろう。

患者側にとっても、患者の状態が悪化し入院治療が必要になった場合に、スムーズに受入が可能な病院・病床が存在することが、患者およびその家族が在宅医療を受け入れるための当然の前提である。

療報酬上の裏付けのもとに進められることが、結果的に社会的入院の解消に繋がると考えられる。

なお、上記の内容については、川崎市としての見解ではなく、あくまでも私個人の見解であることを申し添える。

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。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

入院基本料の大幅引上とケースミックス導入を求める

日病協08年度改定要望書 亜急性期評価の見直し、リハの体系化、連携評価の具体案等を盛り込む

日本病院団体協議会は「平成20年度診療報酬改定要望書」をまとめ、6月7日、柳澤厚生労働大臣、水田保険局長、原医療課長ほか提出した。(6面に要望の要旨を掲載)

2008年度改定の要望は、構成11団体から出された内容を集約した結果、5項目の総括的提言、3項目の重点要望事項、15項目の一般要望事項に整理・再構成された。

08年度改定に臨む理念となるべき総括的提言では、①病院医療の危機を回避するために入院基本料を大幅に引き上げる、②「7対1」導入のような地域医

療と病院経営に深刻な影響を与える激変を避ける、③医療連携体制の構築に寄与する項目を適切に評価するなど地域医療を支える体系とする、④医療の質に大きくかわる技術を適正に評価する、ことを掲げた。

その中で、「国家繁栄のために社会保障費は弾力的に拡大されるべきであり、対GDP総医療費がOECD30ヶ国中18位という低医療費政策の誤りを政府に主張する」旨を厚労省に求めている。

日病協は、改定要望と併せて「医療費抑制政策からの転換を求める」要望を提出、地域における医療連携体制の確立を国策とするよう提言している。

また、重点要望事項に、入院基本料にケースミックスの視点を導入するという本会がかねてから主張してきた提言を盛り込んだほか、「後期高齢者医療のあり方」を取り上げ、後期高齢者の疾病治療を人生の終末に短絡させるのではなく多様な選択肢を整えるとともに、環境が整わない中で在宅医療に走ることは慎重であるべきという認識を表明した。

さらに、手術に代表される技術の評価を重点要望事項として取り上げた。

一般要望事項としては、全日病が提起してきた「亜急性期入院医療管理料の見直し」のほかに、医療保険から介

護保険にわたって発症後経過の各期に応じたりハの体系的な評価や外来看護加算の新設などを提案。さらに、連携の評価やDPCの機能係数に関して具体的な評価項目を例示した。

「7対1」の基準見直しについては中医協建議の方針に救急医療の実績評価という視点を追加することとまり、病院または病棟という算定単位に関する提案は見送った。

このほか、DPCについては、精神科への導入、原価にもとづいた償還点数の設定、状態像の評価を挿入するためのケースミックス調査実施などを列挙した。

医療安全等、手術技術料、IT化の見直しを求める

日病協08年度改定要望書 外来看護加算新設、時間外等加算積み増し、DPC救急対応の出来高化等を提起

日本病院団体協議会「平成20年度診療報酬改定要望書」(要旨) 6月7日提出 *1面記事を参照

■総括的提言

1. 病院医療の危機

入院基本料の大幅引き上げを軸に、患者の視点に立った医療が達成できる内容とすること。

2. 公的医療費の拡大

対GDP総医療費はOECD 30ヶ国中18位(平成15年)という低医療費にある。厚労省には、社会保障費の拡大こそ国家繁栄のために重要であると強く主張して頂きたい。

3. 診療報酬制度の激変の回避

急激な制度の改変は地域医療や病院の経営に過大な変更を迫る。継続性を重視し、制度変更はそれがもたらす影響を慎重に予測し、十分な準備期間を経て実施すること。

4. 地域医療連携を踏まえた診療報酬体系 切れ目のない充実した医療連携体制を構築するために、地域医療連携の軸となる活動を診療報酬の上でより適切に評価すること。

5. 医療技術の適正な評価

これまでは医療の質を真に決定する医療者の判断や専門的技術の評価する視点が乏しかった。改定では、手術を始めとした専門性の高い医療技術をより適切に評価すること。

■重点要望事項

1. 入院基本料の見直し

重点的に入院基本料を引き上げることがを要望する。先の中協の建議では、患者の疾病・病態を重視した報酬体系が提案されている。これを入院基本料全般の考えとすべきである。

さらに、高齢患者の増加とともに病態と病棟種別との診療報酬上の齟齬が増大している。これも同様に再検討に付し、現状でも、実態に即して格差を是正すべきである。

2. 手術技術(料)の適正評価

技術習得時間に時間がかかり、人手を要する大きな手術や難易度の高い手術、生命に係る手術にこそ手厚い診療報酬を求めたい。

3. 後期高齢者医療のあり方

後期高齢者については、切れ目のない連携で、つねに疾病状態の改善を目指す行き届いた医療をチームによって提供することが基本である。

後期高齢者の疾病を、完全な回復が困難であるという理由で、尊厳死や「在宅でのみとり」など人生の終末に短絡させることがあってはならず、多様な選択肢があることが望ましい。

医療費の削減のみに目を向けて、実態と乖離した在宅医療を推進することには特に慎重であることが強く望まれる。

■一般要望事項

1. 一般病棟入院基本料(7対1)の見直し 7対1については、重症度・看護度を評価した体系となるよう施設基準を見直すこと。併せて、救急患者の受け入れが常時可能などに対して算定する。

2. 医療機関間の連携に対する評価について 病診連携と病病連携を患者の移動数等で表わして評価(連携量、連携率など)すべきであり、さらに、医療連携室の職員やMSW等の配置などを要望する。

3. IT化に対する評価

電子化加算は初診患者に対して認められているが、再来患者と入院患者に対して認めるべきである。また、IT化については、病院機能評価の面からも加算を検討すべきである。

4. 外来看護加算の新設

外来診療に対する看護師配置への加算新設を要望する。

5. 時間外・休日・深夜加算の評価の見直し 初・再診・外来診療料に係る現行加算の増点を、また、土曜休診医療機関における当該日の診療は休日加算の対象とするよう要望する。

6. 複数診療科受診時の初診料と再診料・外来診療料の見直し

前改定で、同一医療機関において、同一日に複数科を受診した場合は2科目の初診に限り算定できるようになった。しかし、同一日に限らず複数科受診の際のコストの評価がなされていない。各科の専門性、各科協調による高度医療に相応の評価を要望する。

7. 再診料及び外来診療料の格差是正 病院の再診料が診療所より低いのは不合理である。

8. 精神関連要望事項

(1) 精神病棟入院基本料の是正

●精神病棟入院基本料を一般科と同等の評価とすること。

●特定入院料について、服薬指導、栄養指導、理学療法、言語聴覚療法、摂食機能療法等は包括から除外すること。

●児童思春期管理加算について、病棟もしくはユニット単位の特設入院料(仮称:児童・思春期精神科入院医学管理科)として新設すること。

(2) 精神科重症合併症治療病棟の新設

精神疾患と重症身体疾患の双方を対象とする「精神科重症合併症治療病棟」を病棟もしくはユニット単位で新設すること。

9. NSTに対する評価(栄養管理実施加算の引き上げ)

「栄養管理実施加算」(12点/日)を技術料として適正に評価すること。

10. 医療安全、感染防止、褥瘡予防等の適切な評価

「医療安全」については、医療レベルの

向上につれて義務が多種多様となり、必要な費用が増加し続けている。適切に評価すること。

11. 亜急性期入院医療管理料の見直し

平均在院日数の短縮で急性期後の病棟・病院がより必要となる。また、在宅療養や介護保険施設における、病棟・病院の需要も増大すると考えられる。今後は、患者の状態に柔軟に対応できる、医療機関・介護施設・在宅療養等との連携型病棟・病院の整備が必要となるため、亜急性期入院医療管理料を下記のように変更すること。

●病棟もしくは病院単位で運用する。

●診療報酬支払い方式は、①リハ・病状不安定・繰り返し入院等は状態別包括支払い方式とする、②慢性疾患増悪・軽度～中等度の急性期疾患などは出来高払い方式とし、将来的には疾患別・重症度別包括支払い方式(DPC準拠)とする。

12. 療養病床の在宅支援機能

療養病床の外来について、在宅療養支援機能を評価する診療報酬を新設すること。また、高齢者の在宅からの緊急入院に対応するため、療養病床をその受け皿に位置づけること。

13. リハビリテーション

リハについて発症後の各期に応じて下記のように扱う。

●急性期～回復期リハ(医療保険)

①発症後2週間程度までのリハは個別の出来高払いとする。また、急性期加算を新設する。

②発症後4か月までを早期回復期リハとし、1日9単位まで認める。

③発症後8か月までを後期回復期リハとし、1日4単位まで認める。

●慢性期リハ(医療保険・介護保険)

①発症後9か月～14か月(最長6か月間)を慢性期リハ(除外規定疾患を除く)とし、1日3単位まで認める。

②ターミナルリハとして、週に3回計3単位程度のリハを重症高齢患者に認める。

③慢性期リハにおいて、「チームリハビリテーション」を評価する。

14. 小児科・産科連携診療の評価

(1) 「地域連携小児夜間・休日診療料加算」の新設

小児科を専ら担当する診療所他の保険医療機関にあって、参加登録した医師が6歳未満の小児を診療した場合、当番日にかかわらず、初再診にかかわらず、診察ごとに加算する。

(2) 産科関係「産科連携診療加算」の新設

集約化・重点化の結果ハイリスク分娩を中心に産科医療を担う「連携強化病院」と、必要に応じてそこに一定機能を移転する「連携病院」で行う当該診療に対する評価を新設する。

15. DPC関連要望事項

(1) 救急対応の検査に関するコスト

緊急入院の場合は、初診から起算した24時間に限りDPCより除外し、出来高とする。

(2) 病院機能と体制整備に応じた係数の評価

救急など、機能に応じた基礎的なコストを、下記のような項目を用いて評価する。

●夜間救急体制

救急患者の受入れ実績(1次・2次・3次)、救急車の受入れ実績(年間)、救急専任医師の常勤配置数、一般宿当直医師の常勤数、夜間休日の緊急手術等の実績

●病院施設・機能・人員配置等

専門医療職の常勤配置数(各科専門医、放射線医、病理医、麻酔医、専門看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、厚生労働省認定資格の手話通訳士、MSW)

●地域連携

他院よりの紹介患者受入れ数(率)、逆紹介患者の数(率)

(3) DPC対象病院における急性期リハ

①急性期リハの充実を促進する施策の推進

②発病後2週間以内の大幅な急性期加算

③短期成功報酬としての急性期リハの改善評価

(4) 精神科医療のDPC導入

①精神科医療にDPCを導入し、一般診療科と共通した適正な評価を行なうこと。

②精神科を独立したMDC(主要診断群分類)として設定すること。

(5) 原価に基づく診療報酬の設定

出来高点数を基に設計されているDPCを、診療行為の原価を基準とした診療報酬に改める。ただし、医療の質の向上に寄与する部分に、加算点数を付与すること。

(6) 患者の状態による診療報酬の調整

ケースミックス調査を実施し、調査結果に基づいた診療報酬を設定すること。

(7) 高額医薬品を使用する治療

高額な医薬品を使用する治療については、早急にその診断群分類を新設するか、出来高で評価すること。さらに、高額な医薬品が薬価収載された際には、速やかに出来高で評価する制度設計を行なうこと。

(8) DPC調査に係るシステム開発・改修費用に対する評価

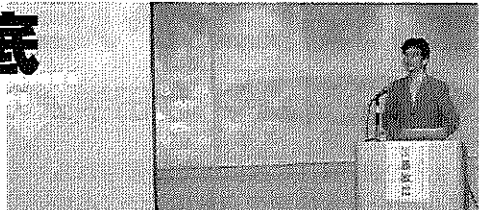
DPCの調査は年々変更があり、病院の経費負担が増加している。公的な経費措置があって然るべきであり、適切な評価を行なうこと。

第89回定期代議員会特別講演「医療構造改革と今後の医療」から(要旨) 6月2日

財源確保難の下、最後の選択肢は「効率化」の徹底

分配見直しにはデータが必要。病院の質向上と効率化にも不可欠

厚生労働省医政局指導課長 佐藤敏信



医療費の財源は保険料が53%、国費(25%)を含む公費が32%、自己負担が15%という構成からなっている。この医療費の伸び率を抑制する政策が現在進められつつあり、医療現場からは「医療が崩壊する」という声も出ている。

必要な医療費を確保する上でもっとも重要な手段は医療費の総枠を増やすことであるが、そのためには、持続的な経済成長、税率もしくは保険料率の引き上げ、自己負担の引き上げという条件が必要であるが、いずれも実現が難しい。

その結果、医療の効率化という最後の選択に立ち向かわなければならなくなっている。つまり、無駄の排除と分配のあり方を変えるというやり方である。

例えば、共同購入をしてこなかった国立や自治体立の病院が、ようやく、その取り組みを始めつつある。また、国としても、病床数や医師数のコントロールを行ってきた。そして、入院期間の短縮、検査投薬の適正化、包括化などの取り組みが進められている。

これ以外に、大変厳しいことではあるが、病診間、診療科間さらには診療項目間の分配を変えるという方法がある。

だが、これはシェアをめぐる仲間同士の争いという一面があり、実際には難しいものがある。例えば、皆さん方が勤務医の給与や就業形態を診療科によって変えようとしても、果たしてうまくいくであろうか。

それだけではない。無駄をなくして意味のある分野に分配するということは、具体的には、医療監視や指導監査でズケズケと病院内部に立ち入るということであり、診療報酬項目の算定要件を厳格化するということでもある。決してうれしい話ではない。

病名のつけ方や適正な診療行為などをめぐる、いわば警察的な取り締まりばかりでは辛いものがあるが、いずれにしても、効果を明確にした上で、優先順位をつけて、メリハリのある診療報酬にしていかなければならない。

すべての病院は退院時サマリーを作るべし

小規模の医療機関にプロセスやアウトカムの評価を提起すると、「電子カルテなどITが入っているわけではないし、簡単にはできない」という声が返ってくる。しかし、まずは、退院時サマリーをちゃんと作ることに始めるべきではないだろうかと思う。

それなりの規模でも退院時サマリーがちゃんとしていない病院がある。せめて、退院時サマリーなりを、ICD10-今やICD11ということになるが、それにもとづいてきちんと作り、平均在院日数を管理し、医療費や経費を管理するだけでも病院経営は大きく変わっていくことだろう。

困っているのはすべての病院であり、仮に診療報酬が改善されたとしても、その恩恵を受けるのは大勢の病院である。つまり、診療報酬の改定によってすべての病院がうまくいくわけではないとい

うことをご理解していただきたい。

日本の医療は非常によくできている。しかし、市場とか競争とがもたらす影響が非常にたつきにくい環境に置かれているということも事実である。

そういう中で病院経営者は安定した収入を追求せざるを得ない。売り上げとは「単価と個数の積」である。ところが公的医療保険の下で単価は全国一律に定められている。一方、患者数を増やそうとしても、病床数と医師数の両面で制約がある。こういう面からも効率化に取り組むということが重要性を増している。それは例えば、医療機能したがって診療科の明確化であり、診療内容の特化でもある。

効率化と無駄の排除ということの意味と重要性をひとしと噛みしめていただきたいところである。

医療運営のあり方を真に考える必要がある

実は、投入した医療費から見ると日本の医療はかなり効率的に運営されてきたといえる。それは、1つには外科系の診療報酬が抑えられてきたことや、勤務医の給与水準が他国と比べると相対的に低いことなどに象徴されている。病診間の単価設定にもそうした面があることが否めない。

日本の医療の良さは、患者の側から見ると、どの医療機関にかかっても一定水準の医療が受けられるという面からもいえる。しかし、これがモラルハザードを生み出しているという見方もある。その中にはいわゆる未収金の問題も含まれよう。

医療が無限の資源のように受け止められ、手軽に受けられてきた古き良き時代は終わりを告げた。これからのわが国医療はどう運営されるべきなのか、財源の問題を含めて、国民の判断に委ねられようとしている。そこには「患者教育」の問題もあることだろう。

税金を負担することの意味、医療保険の仕組みなど、パートナーリズムに支配されてきた、つまり政治家や役所にまかせてきたわが国医療であるが、そのあり方について、国民、患者、医療提供者ともども厳しい選択を迫られようとしている。

プロセスとアウトカムから評価する重要性

この、優先順位をつけていく上で重要なことは、データにもとづくということである。しかし、現実には適切なデータがない。

最近よく、総合病院の先生が「小児科は不採算で…」という。しかし、詳しく聞いてみると必ずしも部門別の収支計算をしているわけではなく、感覚的なもので決めつけている。ここはやはり、診療報酬のどの項目が赤字要因となっているかを、根拠を持って具体的にデータで示さなければ診療報酬をいじることは難しい。

そういう意味では、病院というのは、どの程度のパフォーマンスを示しているものなのかを、プロセスの面からもアウトカムの面からも明らかにする必要があるのだろう。

確かに医療機能評価の普及によって、改善が進んできている。しかし、本当の意味での病院のパフォーマンスなり、アウトカムなりを評価するには至っていない。どちらかというと、アメニティとかストラクチャの分野にとどまっているのではないだろうか。

支部からの報告

公的と民間で激しい競争

小規模医療機関の1次・2次救急に危機感

宮城県支部 通信委員 支部長 中嶋康之



宮城県内の病院の特徴は、他県と比較して大学病院を始めとしていわゆる大きな公的病院の数が多く、民間病院が少ないと言える。

そんな中、1つの公的病院が民間に売却され、一部の公的病院の廃止や統合のうわさが流れる中、ほとんど全ての病院が地域連携室を設け、病病連携・病

診連携を推し進め、紹介患者の増加に力を入れています。

また、いわゆる救急医療の分野においても診療所の休日・夜間当番がある他に、公的な夜間休日診療の体制が整備され、また公的な大きな病院が救急体制に力を入れるようになり、さらに大学病院も救急部を新設し、2・3次救急診療をスタートさせました。

近い将来これらの病院が更に体制を充実させ、救急医療を推し進めれば、診療所や小さな民間病院のいわゆる1次・2次救急医療が必要とされない時代がくることが予想されます。

いろいろな考え方・見解がある中で、小さな公的病院と民間病院が生き残りをかけ、大変厳しい生存競争の時代になりました。いずれの病院でも最大限の努力をしていますが、それだけでは

いかんともし難い大きな波が押し寄せ、地域医療の崩壊が始まり、特に中小の民間病院の崩壊が始まっていると感じられるのは自分だけでしょうか。

侃侃諤諤も実践にはほど遠く!

県病院協会で療養病床削減を議論

岐阜県支部 通信委員 支部長 山本眞史



岐阜県には、「全日病岐阜県支部」とは別に県内の全病院を組織した「岐阜県病院協会」があり、ここでもいろいろ議論が活発であります。

今回の「療養病床削減問題」について、「岐阜県病院協会」では特別委員会をも

うけて、これまでに3回ほど情報交換が行われました。

医療度判定は合理的なのか? 医療度D・Eの患者さんをどう処遇するのか? 社会的入院といわれている患者さんはどうなるのか? 病床を円滑に老健に転換する(出来る)のか? 特養には転換出来ないのか? 一般病床にするのか? リハビリ病棟にするのか? はたまた高専賃はどうなのか? 行政に対して何らかの意思表示を行うのか? 「ガヤガヤ会議」で情報交換には役立っていますが、何一つ結論は出ていません。

なお、岐阜県支部では今期から役員が交代することになりました。支部長は山本眞史、代議員は今村健、予備代議員は鷺見靖彦となりました。よろしくお願いたします。

在学生 親子対談シリーズ ①

国際医療福祉大学 医療経営管理学科

～家業継続のための新しい選択肢～

松村耕三氏 財団法人磐城済世会(松村総合病院)理事長

松村耕三氏長男 国際医療福祉大学 医療経営管理学科4年 松村耕平君

最近、家に帰ってくると、私に向かって医療制度改革や病院の経営に関する議論をするようになったのですが、これがなかなか鋭くて、実際の病院を経営している私でも、驚くことがよくあります。

医学を修め、医療技術を習得し、やっと一人前の医師となって診療に日夜明け暮れた日々の先に待っていたものは病院の経営というまったく違った能力を要求される世界だった。新たな勉強が始まり、必死になって学んだ。そして、経営とは何かと考えるまでにどれほど多くの時間がかかったであろうか。こんなある日、日本で初めての医療経営者育成を目標に掲げた大学が創設された。国際医療福祉大学である。医の理念をしっかりと確立し、そのうえで刻々と変化する環境に対応できる経営者が本当に必要な時代となった。今の日本に必要なのは片手間の経営を行う医療経営者ではなく、真に医療経営を突き詰めて研究、研鑽を積んだ経営者ではないだろうか。これからの国際医療福祉大学に期待したい。

財団法人 磐城済世会 理事長 松村耕三

国際医療福祉大学医療経営管理学科は、1997年に日本で初めて医療経営管理の専門家を養成する目的で設立された学科です。詳しくは、ホームページ <http://www.iuhw.ac.jp/> を参照ください。

問い合わせ電話番号(学科直通) TEL 0287-24-3068 (担当:黒田) 〒324-8501 栃木県大田原市北金丸2600-1

国際医療福祉大学

勤務医不足下・人口減少下の医療を模索!

秋田学会

第49回全日病学会 秋田学会のシンポ、「医療崩壊」も取り上げる。充実の委員会企画に注目

9月22日、23日に秋田市で開催される第49回全日本病院学会秋田大会(小松寛治学会長)の準備が着々と進んでいる。すでに学会事務局はホームページの開設、パンフレットの制作と会員への発送を済ませており、演題登録も6月20日に締め切る予定だ。後は7月20日の事前登録締め切りを待つばかりとなっている。

その秋田学会の主要プログラムが固まった。注目されるプログラムの1つはシンポジウムⅠの「勤務医不足下の医療」。医師と医療費不足に焦点を当てた「医療危機」のレポートで関心を集めた田辺功氏(朝日新聞編集委員)が座長を務める。

シンポジウムⅡでは、医療の危機を世論に強く訴えてきた小松秀樹氏(虎ノ門病院泌尿器科部長)が座長となつて、まさに「医療崩壊にどう対処するか」をテーマに議論を展開する。シンポジウムⅢのテーマは「人口減少下の医療」。難しいテーマに、京都なぎ辻病院の小森直之理事長が座長として

挑む。秋田学会は、充実した委員会企画が並んでいる。「病院のあり方報告書2007年版」「RCAの実践(仮)」「看護師採用から定着までの検証(仮)」「失敗しない病院情報システム導入」そして個人情報保護セミナーと、全日病ならではの密度の濃い委員会ノウハウが公開される。

第49回全日本病院学会秋田大会

主催	全日本病院協会・同秋田県支部
後援	秋田県・秋田県医師会・秋田県病院協会
会期	2007年9月22日(土)・23日(日)
会場	秋田ビューホテル、秋田アトリオン(秋田市)
学会長	小松寛治(全日病常任理事・秋田県支部長)
学会テーマ	「医療革新元年」～民間病院の活路を拓く～

●事前登録 7月20日(金) 正午締め切り

事前登録は原則インターネットで行なっているが、問い合わせは下記の学会登録事務局で受け付けている。詳しい情報は全日病ホームページ上の「全日病学会」のサイトで見ることができる。

JTB東北秋田支店内 第49回全日本病院学会秋田大会係
TEL:018-866-7135(大会専用)
*受付時間9:30~17:30(月一金)

●参加費

区分	事前登録	当日登録
開設者・管理者	30,000円	35,000円
上記以外の方	12,000円	15,000円

主なプログラム 第1日 9月22日(土)

- 特別講演Ⅰ 講師/日本医師会会長
- 特別講演Ⅱ 講師/厚生労働省
- 特別講演Ⅲ 講師/松山幸弘(医療法人誠仁会みはま病院専務理事)
- シンポジウムⅠ 「勤務医不足下の医療」座長/田辺功(朝日新聞編集委員)シンポジスト/未定
- 特別講演Ⅳ-① 「自然からの贈物」(公開講座)講師/遠藤章(東京農工大名誉教授)
- 特別講演Ⅳ-② 「患者の立場からみた病院(仮)」(公開講座)講師/女優・奈美悦子

◆委員会企画

- 病院のあり方委員会 「病院のあり方報告書2007年版」～全日病の今後の活動指標として～
- 医療安全対策委員会 「RCAの実践(仮)」
- 医療従事者委員会 「看護師採用から定着までの検証(仮)」
- ランチョンセミナー 「脳卒中」
- ランチョンセミナー 「糖尿病」
- 日本メディカル給食協会シンポジウム
- 日本医業経営コンサルタント協会シンポジウム 他



主なプログラム 第2日 9月23日(日)

- ヤングフォーラム 座長/安藤高朗(副会長)
- シンポジウムⅡ 「医療崩壊にどう対処するか」座長/小松秀樹(虎ノ門病院泌尿器科部長)
- シンポジウムⅢ 「人口減少下の医療」座長/小森直之(医療法人恵仁会なぎ辻病院理事長)
- ◆委員会企画 医療の質向上委員会セミナー 「失敗しない病院情報システム導入」



会場となる秋田ビューホテル
個人情報保護担当委員会
個人情報保護セミナー(講義+質疑応答)
ランチョンセミナー 他

秋田学会の前日に重要3セミナーを開催

「機能評価受審支援」「人間ドック研修会」「特定健診・保健指導の制度説明会」

秋田学会前日の9月21日に、学会会場の秋田ビューホテルで「機能評価受審支援セミナー」「人間ドック研修会」「特定健診・保健指導の制度説明会」と、きわめて重要なセミナーが開催される。

開催骨子はそれぞれ以下のとおり。申し込み要領、締め切り日など、詳細は全日病ホームページで確かめることができる。

■「第3回機能評価受審支援セミナー」

9月21日 12:00~15:00
定員180名(先着順)
参加費(1名)

会員病院 5,000円 非会員病院 7,000円

■「第8回人間ドック研修会」

9月21日 9:30~12:05
定員180名
参加費(1名) 5,000円
「日本医師会認定産業医制度研修会」申請中

■「特定健診/特定保健指導」制度説明会

9月21日 13:00~16:00
参加費(1名) 5,000円
*当説明会参加者は、全日病が主催する特定健診特定保健指導実施者研修会「基礎編(講義)」の単位が免除になります。

専門領域表示名の使用が可能。病院名“自由化”の方向

標榜診療科表記の見直し ポジからネガへ、医療広告の自由化と同じ流れ。学会からは異論が続出

6月11日に開催した医道審議会医道分科会の診療科名標榜部会は、事務局(厚生省医政局総務課)が提案した診療科名標榜の見直しについて本格的な議論に入った。

部会は、前回、診療科名標榜見直しに関する議論を先行させ、その後に総合科新設案を議論することを確認している。

事務局は、診療科名標榜の見直し案について、多々にわたる現行の診療科名を、まずは「基本的領域」分野に整理・集約し、それとの組み合わせで「専門性の高い」診療科領域(サブスペシャリティ)等を、一定ルールにしたがって、具体的な内容に踏み込む方法で自由に表記できると説明。

医療広告の大幅な規制緩和と連動して、個別診療科領域の表示をこれまでのポジティブリスト方式から、ネガティブ方式に代えるものと、指摘した。

ただし、現行33の診療科名を20の「基本領域」に絞り込むため、既得権の侵害と受け止める向きが少なくない。同日の部会には、リウマチ、アレルギー、心療内科といった、基本領域の表示を

補足する側に立たされる専門領域の学会からの見直しに反対する要望書が紹介された。

内科学会や外科学会からも慎重な議論を求める意見が寄せられている。その中には専門医認定制度との整合性が取れなくなることを懸念する声もある。しかし、事務局は「専門医認定は学会の内輪の問題」として、それとは別個の問題であるという見解だ。

見直しのロジックは分かるものの、現実に対処する上で不確定なものが少なくない。委員からは「緩和ケア」「ペインクリニック」「頭痛」「リウマチ」など複数の基本領域にまたがる診療の表記をどうするのか、「サブスペシャリティ等には“科”を付けてもよいのか」など、具体的な質問が続出した。

事務局は次回会合で、こうした意見・質問を整理して示すと答えた。

事務局は、また、「サブスペシャリティ等のルールが確定すれば、それに従った表記を病院名に使用することを可能とする方向だ」とも説明、病院名の“自由化”が進む可能性を認めた。

標榜診療科の表記の見直しについて(たたき台・要旨)

●表記方法の考え方

診療内容に関して、詳細かつ分かり易い自由な表記となるよう見直しを行う。

①現在の診療科を「基本的な領域に関する診療科名」と「専門性の高い診療科領域(いわゆるサブスペシャリティ)等の内容に踏み込んだ部分」の組み合わせによって、多くの情報を、より自由に分かり易く表記できるよう工夫するとともに、医師が総合的な診療能力を発揮するための診療科名を創設する。

②医師、歯科医師の主たる診療科が分かるような表記とする

●政令で定める診療科名

現在、医療法施行令に限定列挙している33診療科名(医科)を、患者・国民に分かり易い基本領域に関する20診療科名とし、別記「専門性の高い診療科領域等」と合わせることで、より自由に分かり易い表記ができるようにする。

(見直し案)内科、精神科、小児科、外科、整形外科、形成外科(美容外科)、脳

神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科(産科、婦人科)、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科(臨床検査科)、救急科

●厚生労働大臣が許可する診療科名(省令事項)

総合的な診療能力に関する医療に関する診療科として総合科を新設する。なお、総合科については、その一般概念が幅広いため、当面は厚生労働省において標榜できる医師の資格を個別認定する。

●「専門性の高い診療科領域等の内容に踏み込んだ部分」の考え方

- 以下の範囲で原則自由とする。
- 体の部位に関するもの(乳腺等)
- 症状、患者の特性に関するもの(頭痛、女性診療科等)
- 治療方法に関するもの(漢方、ペースメーカー等)

ただし、これらの内容は、客観的な評価が可能であり、かつ事後の検証が可能な事項に限られるべきである。