



# 全日病 NEWS 5/1

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.823 2014/5/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 西澤執行部 「2025年対策セミナー」の継続開催を決定 会員に進路選択の情報を提供。5月に「14年改定」と「病床機能報告&新基金」

西澤執行部は「2025年に生き残るための経営セミナー」の開催を決め、4月19日の2014年度第1回常任理事会に報告した。

経営セミナーはテーマを変えながら継続的に開催される。その第1回は「2014年度診療報酬改定の全体像を考える」と題して5月11日に、第2回は「医療法等改正案の全体像～新たな財政支援制度への対応、病床機能報告制度とは」と銘打って5月18日に、いずれも全日病本部の大会議室で行なわれる。

「2025年に生き残るための経営セミナー」は、3月29日に開かれた第1回臨時総会における西澤会長の冒頭挨拶から生まれた。

会員病院に「点数の多寡だけで判断するのではなく、自院の将来ポジションを考えて進路を選択していただきたい」と留意を呼びかけた西澤会長は、「制度改革への対応と診療報酬改定への対応を整合性をもって行なう必要」を提起するとともに、支部と会員病院に積極的な対応を求めた。

その一方で、(1)14年度改定への対応、(2)改定と制度改正との整合性を確保した対応、(3)2025年に向けた医

療提供体制のあり方の検討という3つの課題をあげ、「正副会長会議を中心に、関連委員会の協力を得て、必要な情報を会員に提供するとともに対応のあり方を示す」と明言した。

その具体策のひとつが、シリーズで開催される、一体改革への対応に焦点を合わせた「2025年に生き残るための経営セミナー」である。

その第1回の「2014年度診療報酬改定の全体像を考える」は、猪口副会長と医療保険・診療報酬委員会の西本委員が今改定の意図を解明、さらに、病院が対応策を考える上で重要なポイントを提示する内容が予定されている。



▲西澤会長は、14年改定、制度改正、2025年への対応で会員に情報提供すると宣した(3月29日の臨時総会)

2回目のセミナーでは、厚労省医政局指導課医師確保等地域医療対策室の佐々木昌弘室長が「医療法等改正案の全体像」と新基金制度について、西澤会長が病床機能報告制度について解説する。

両セミナーとも、参加者から事前に受け付けた質問に具体的に回答する質疑応答の時間を確保している。

執行部は、すでに、第3回以降の検討に入っており、今後も会員病院のニーズに対応していく考えだ。

「2025年に生き残るための経営セミナー」(会場は全日本病院協会の大会議室)

### 第1回/2014年度診療報酬改定の全体像を考える

プログラム(予定)

「医療制度改革と診療報酬改定」 全日本病院協会副会長 猪口 雄二  
「2014年度診療報酬改定の全体像」 大倉山記念病院事務長 西本 育夫  
質疑応答

日 時●5月11日(日) 午後1時～午後4時

定 員●100名(先着順)

参加費●1名につき 会員病院 8,000円、会員以外 1万5,000円

### 第2回/医療法等改正案の全体像～新たな財政支援制度への対応、病床機能報告制度とは

プログラム(予定)

「医療法等改正案の全体像と新たな財政支援制度への対応」  
厚労省医政局指導課医師確保等地域医療対策室長 佐々木昌弘  
「病床機能報告制度とは」 全日本病院協会 会長 西澤 寛 俊  
質疑応答

日 時●5月18日(日) 午後1時～午後3時50分

定 員●100名(先着順)

参加費●1名につき 会員病院 8,000円、会員以外 1万5,000円

### 介護給付費分科会

## 2015年度改定の議論を始める

社会保障制度審議会の介護給付費分科会は4月28日、2015年度介護報酬改定の議論を始めた。

事務局(厚労省老健局老人保健課)は、夏頃まで2回のペースで総論の議論を進め、秋から12月にかけて各論を検討、12月中旬に報酬と基準見直しの基本的な考え方を整理、来年1月に諮問・答申と、これまでの改定と同様の審議日程を提示、了承を得た。

総論のテーマとして、①定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス、②認知症への対応、③在宅・施設サービスにおける医療提供のあり方、④高齢者の住まい(集合宅におけるサービス提供を含む)、⑤リハビリ、予防サービス、⑥ケアマネジメント、⑦区分支給限度基準額、⑧補給給付の基準費用額、⑨処遇改善、⑩地域区分を示した。

これらの中で大きなテーマとなるの

が処遇改善だ。厚労省の調査によると、2013年に、87%の事業所が処遇改善加算を届け出、当該事業所の常勤職員(月給)の平均給与(2013年9月)は7,180円増え、平均基本給も2,400円増加した。

厚労省は「加算は普及、定着してきている」と評価しているが、2025年への工程からみると介護職員の数はまだまだ足りず、さらなる処遇改善が必要だ。それだけに、この課題は、次期改定をプラスに押し上げる重要なファクターとみられている。

併せて、人件費の地域区分も、前年に続いて取り上げられる方向だ。

その一方で、4月22日の経済財政諮問会議における麻生財務大臣の発言のように、収支差率が高く内部留保が多額ながら常勤介護職員の賃金が低いとみなされた特養には厳しい目が向けられている。

### 選択療養制度(仮称)

## 規制改革会議 構想を一部手直し。反対意見を考慮、手続き要件を厳格化

田村厚労大臣は現行制度枠内で対応する立場を堅持。安倍首相は併用制度見直しを指示

規制改革会議は4月16日の会合で「選択療養制度(仮称)」の構想に一部手直しを加えた案をまとめた。

3月27日の同会議で創設を提唱した「選択療養制度」は、医師と患者が診療契約書を交わすことによって保険診療と保険外診療の併用ができるというもので、「論点整理」というかたちで、その乱用を防止するための手続きとルール案が示された。

今回、「論点整理②」と題して示された修正案の骨子は以下のとおり。

1. 無用な診療(合理的な根拠が疑わしい医療)等を除外するために、次のいずれかに当てはまる治療等は対象としない。

(1)次に掲げるいずれの要件も満たさない治療等

①国際的に認められたガイドラインに掲載されている

②一定レベルの学術誌に掲載された査読された2編以上の論文がある

③倫理審査委員会の承認を得ている

(2)最初からもっぱら保険外診療が目的である場合

(3)代替できる保険診療の受診を経ずに保険外診療が選ばれる場合

2. 安全性・有効性の確認、患者への不利益の有無、併用による保険診療を損う可能性について、次の仕組みで、判断を専門家に仰ぐ。

(1)事前に作成した診療計画、前出1-(1)のいずれかを満たすことを証明するエビデンス、医師の説明を納得した患者が併用の選択を文書で認める「選択書面」の3点を添付して、「全国統一的な中立の専門家による評価」を受ける

(2)「専門家による評価」の結果を患者に情報提供する

これらの修正は、3月27日の構想に、医療団体や保険者だけでなく患者団体からも批判と懸念が寄せられたため、手続き要件を厳格化することによって、なし崩し的に混合診療に向かう

可能性を否定してみせたものと思われる。

規制改革会議の岡議長(住友商事相談役)は、同会議後に開かれた経済財政諮問会議・産業競争力会議合同会議に修正案を含む「選択療養制度」の創設構想を報告。「年央に取りまとめる規制改革に関する答申に提案を盛り込みたい」と発言、実現へ意欲を表わした。

一方、田村厚労大臣は、「保険外併用療養については今いろいろ調整しているが、いずれにしても、必要としている患者がなるべく早く保険外併用療養の中でアクセスできるよう、さらに詰めていきたい」と発言、基本的には現行制度の枠内で対応するという立場を堅持した。

合同会議の最後に、安倍首相は、「保険外併用療養費制度の仕組みを大きく変える制度改革について、関係大臣で協力して案をまとめてもらいたい」と指示した。

規制改革会議は4月23日の会合で、前出の続き要件を補正した「選択療養制度」創設構想をあらためて確認。さらに、「選択療養への懸念に応える」と題したQ&Aをまとめた。

この会合で、厚労省は、修正案を含む「選択療養制度」案に対する検討結果を示した。

その中で、(1)「論点整理②」の1で求めている安全性・有効性のエビデンスは現行の評価療養とほぼ同じである、(2)「論点整理②」の1のエビデンスがあり、安全性・有効性が確認されたのであれば、直ちに評価療養に進むべきではないか、(3)実施計画に基づかない個別のデータを集めても治験等の次のステップへ進むために必要な安全性・有効性の判断は困難であるなどの疑問を示し、「かえって開発ラグが大きくなる」と批判した。

「清話抄」は3面に掲載しました。

# 主張

## 変動する社会とともに医療機関の役割は変化していく 医療機関は自院の経営方針を益々模索・検証していく必要がある

4月より消費税が8%に増税された。昨年度、長い長いトンネルの出口に明かりが見えた経済界だったが、年度末の駆け込み消費に加え、4月に入ってから個人消費が落ち込んでおり、予想通り景気は低迷しているようだ。政府は4月の月例経済報告で、国内景気の基調判断を2012年11月以来となる下方修正する方針を打ち出した。

4月の診療報酬改定では、全体が0.1%アップするものの、消費税増税分を除く本体では1.26%のマイナス改定となり、消費税問題に加えて経

営を圧迫する厳しい改定となった。超高齢化社会へ向かうにつれ、医療介護をとりまく制度の見直しが行われ、医療機関の役割が変化していく時期に入ってきた。国民とりわけ高齢者が安心して地域で医療介護を受けられる制度を作ること、若い世代が健康で社会生活を営むことができることが、急務の課題である。

前者の対策として、政府は、「非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)」の創設を提案。現行の法人制度にかかる規制を緩和し、高い自

由度を持った意思決定やグループ全体での円滑な資金調達、余裕資金の効率的な活用、医療・介護の営利法人との緊密な連携などを可能にする構想を打ち出した。

これは、「医療・介護分野を成長市場に変え、ニーズにかなう質の高い医療・介護サービスを持続可能な形で提供できる体制に改革する」という基本的な考え方に沿ったものであることだが、今後この内容がどのように展開していくか、注視する必要がある。

後者の対策は予防医療にある。先日、厚労省は、2008年度から開始した特定健康診査で、2008年度～2011年度にメタボや予備軍判定を受けて特定保健指導を受けた人のうち、男性で約2～3割、女性で約3～4割が1年後に予備軍未満に数値が改善したという調査結果を発表した。6年経ってようやくその効果が見えてきたようだ。

変動する社会情勢に合わせて、今後、各医療機関は地域における自院の経営方針を益々模索かつ検証していく必要がある。(N)

## 田村厚労大臣「法人が医療法人の社員になれることを明確化」

経済財政諮問会議と産業競争力会議の合同会議 非営利HC構想が狙上に。健康・予防など公的保険外サービスの創出も

政府は4月16日に経済財政諮問会議と産業競争力会議の合同会議を開催、社会保障制度改革と健康産業振興策の具体策を議論。薬価改定、非営利ホールディングカンパニー型法人制度(以下「非営利HC」)、混合診療などが狙上にあげられ、安倍首相は、関係大臣の一致した協力で必要な規制改革を進めるよう指示した。

経済財政諮問会議の伊藤議員(東大大学院教授)は薬価改定を取り上げ、「2年に一度ではなく、毎年市場価格に合わせて調整していくべき」と提起。診療報酬についても、「公共料金的な側面があり、より踏み込んだ費用評価、徹底した査定を実施すべき」とし、原価解明によって診療報酬の引き下げが可能と主張した。

さらに、「地域間を比較することによって、日本の医療費を抑え込むことが可能」とも指摘。「都道府県ごとにベストプラクティスをベンチマークとして、あるべき医療需要をしっかりと目標に立ててPDCAマネジメントをしていく」こと

を提案。そのためにはICTを使った医療情報の収集が重要とした。

産業競争力会議の増田議員(東大公共政策大学院客員教授)は非営利HCの構想を紹介し、「これにより経営の効率化が図られる。また、フィットネスクラブ等の民間事業者との共同事業で、公的保険外ヘルスケア産業の活性化につながる。我が国にも米国のメイヨー・クリニックのような大規模医療法人が生まれるようにすべき」と論じた。

同議員は、また、「保険者及び経営者に対する健康増進や予防に強いインセンティブを与える制度」の導入を検討するよう求めた。

これに対して、茂木経済産業大臣は、医療・介護分野における公的保険外サービス創出の取り組みとして、①生活習慣病関連の予防等サービスを公的保険外にシフトしていく、②簡易な血液検査は規制外である等グレーゾーンの解消に努め、事業環境を整備する、③企業の健康経営取り組みに関する評価指標を設定するなど健保への財政的イ

ンセンティブを導入する、④健康サービスの品質認証を先行的に実施する、などの施策案を紹介した。

こうした提案等に、田村厚生労働大臣は、厚労省で検討を進めている事項を以下のとおり説明した。

(1) 非営利HCについては、まず、法人が医療法人の社員になることができることの明確化を図る。制度の具体的内容は2014年中に結論を得て、15年中の措置を目指す。

(2) 健康増進や予防へのインセンティブに関しては、保険者が加入者に、ヘルスケアポイントの付与、現金給付などを選択して行なうことができる取り組みを促進していく。

(3) 保険外併用療養については、(適用の)評価の迅速化を図ることが必要。このため、国内未承認の医薬品等を迅速に使用できるよう、現行制度上の仕組みを検討する。

(4) 医療・介護のICT化では、医療情報連携ネットワークの普及促進や情報分析と利活用の高度化を進めるとともに、医

療情報の番号制度の導入を検討する。

田村大臣は、「保険外併用療養については今いろいろ調整しているが、いざれにしても、必要としている患者がなるべく早く保険外併用療養の中でアクセスできるよう、さらに詰めていきたい」と述べるなど、現行制度の枠内で対応するという立場を堅持した。

他方、規制改革会議の岡議長は「保険外併用療養費制度の改革」を取り上げ、「3月に選択療養創設の提案を行なった。年央に取りまとめる規制改革の答申に提案を盛り込んでいく」考えを明らかにした。

両会議の議長である安倍首相は、「本日出された提案を踏まえ、個人の予防・健康活動を促す仕組みや大学病院の別法人化を含め、医療介護サービスを効率的・総合的に供給する新たな法人制度の実現方策、そして、保険外併用療養費制度を大きく変える制度改革について、関係大臣で協力して案をまとめてもらいたい」と、議論をまとめた。

## 麻生財務大臣 レセデータを活用した医療支出目標の設定を提案

経済財政諮問会議 民間議員 病床機能再編へ、病床類型を偏在・固定させない報酬体系を提言



4月22日の経済財政諮問会議は、「歳出分野の重点化・効率」と題して社会保障制度改革について議論。

民間議員を代表して、伊藤議員は、4月16日の産業競争力会議との合同会議における発言を踏まえ、要旨以下の提案を行なった。

(1) 病床や介護施設の料金や費用は適正な原価を算定し、良質かつ効率的な病院・事業者のベンチマークの結果を報酬に反映すべき。

(2) 薬価は、毎年、市場実勢価格を予算に反映することをルール化すべき。

(3) 調剤費の技術料の妥当性・適正性について、コスト構造と併せて精査・検証すべき。その際、調剤重視から服薬管理・指導重視へのシフトを具体的に検討すべき。

(4) 薬価は費用対効果を踏まえた保険適用の要否を、また、その中間的な仕組みとして、自己負担率を調整する効果・有用性を検討すべき。

(5) 病床数と医療費には相関があり、都道府県の権能強化・規制的手法等により、早急に供給体制の適正化を進めるべき。病床機能再編に向けて、規制的手法や補助金誘導に加え、価格のひずみが病床類型を偏在化・固定化させないよう報酬体系を見直すべき。

(6) 国のイニシアティブによる地域横断的な医療介護情報のICT化に加え、レセプトデータと健診データへの個人番号の導入を早急に行なうべき。

他の民間議員からも、「院内処方よりも院外処方の方が種々の経費がかかるため、かえって高くなる場合もあることに注意が必要」等の指摘が出た。

麻生財務大臣は、「毎年、薬価の市場実勢価格を予算に反映させるという提案はよく検討していかなければならない」と、薬価の毎年改定に前向きな姿勢を示した。

麻生大臣は、また、「地域医療ビジョンにおける病床数の数量面取組みに

とどまらず、費用面を含め、人口・年齢構成や疾病構造等に対応する合理的かつ妥当な水準の医療需要を地域ごとに算定する必要」を提起。

「都道府県は、これを支出目標として設定して医療費の適正化を進めるべきである」とし、レセプトデータの統合的な利活用を訴えた。

さらに、「こうした支出目標を国レベル・保険者レベルでも設定。これによって、国は、フランスの医療費支出国家目標制度(ONDAM)と同様の支出

目標を実施できる」と論じた。

田村厚生労働大臣は、民間議員からの指摘に、「病床数の見直し、在宅医療の充実、レセプトデータの活用等にも取り組んでいきたい」と応じた。

安倍首相は、「本日の民間議員からの提言を踏まえ、引き続き、諮問会議で議論を深めて骨太な方針を掲げてほしい。ICTによる地域横断的な医療・介護情報の活用については、国や都道府県ごとの医療費の水準のあり方を含め、社会保障・税一体改革担当大臣において、その具体化に向けた検討を進めてほしい」と指示、地域横断的な医療・介護情報の利活用を積極的に進める意向を明らかにした。

## 健康・医療WG 特定行為の拡大を提起。厚労省は医療ICT化の施策を示す

規制改革会議の健康・医療WGは4月15日の会合で、「医療関連従事者の役割分担の見直し」について議論。

特定行為の制度を取り上げ、(1) 特定行為の実施可否等を看護師が判断できる柔軟なものとするべきである、(2) 特定行為の範囲を広げていくべきである、(3) 研修を修了した看護師の情報は厚労省が一元的に管理し、長期的には統一名称を用いる仕組みを検討すべきである、などを論点にあげた。

この日のWGに、厚労省は、「社会保障制度改革国民会議報告書」の提言にそって整理した、医療ICT化を進める施策の考え方を報告した。

その中で、医療等情報の利活用として、①レセプト情報・健診情報等データベース(NDB)を地域医療ビジョンの策定等に活かしていく、②被用者保険については「保健事業実施等の指針」を改正し、健保組合と協会けんぽに、14年度中にNDB等を活用した「データヘルス計画」を作成し、15年度から事業を実施するよう求める、③国保についても、13年度中に「保健事業実施等の指針」を改正し、市町村国保等が14年度より保健事業の実施計画の見直しを行ない、順次、NDBの分析に基づく保健事業を実施することを推進する、などを明らかにした。

# 大学病院の委員がI群定義の見直しを提起

DPC評価分科会 医療課長は議論の必要を認める。Ⅲ群の見直しも引き続き検討課題

診療報酬調査専門組織DPC評価分科会が4月18日に4ヵ月ぶりに開催され、次回改定を含む「今後の検討課題」の整理を開始。事務局は、検討課題の1つに「病床機能分化と医療機関群のあり方の整合性」をあげ、議論の俎上にのぼらせる考えを明らかにした。「今後の検討課題」はDPC分科会における数回の議論を経て整理され、診療報酬基本問題小委員会に諮った上で、次期改定に向けた分科会の議論が始まる。

2014年度改定後初の分科会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、「今後の検討課題の素案(たたき台)」として、まずは、例年実施されているDPC影響調査に加えて、すでに検討課題として確認済みの、①基礎係数(医療機関群)のあり方、②病院指標の作成・公開、③CCPマトリックス、④DPCデータ・レセプトの一本化、⑤適切な傷病名コーディングの推進、⑥コストアウトライナーの算定方法、⑦退院時処方あり方を提示。

また、分科会に付設されたDPC検討WGが分担する検討課題である、⑧診断群分類点数表の見直し、⑨様式1調査項目の見直し、⑩コーディングテキストの見直しを取り上げた。

さらに、新たに加えるものとして、⑪高額な薬剤・検査に係る点数設定方式Dの取り扱い、⑫短期滞在手術等基本料3とDPCの整合性、⑬激変緩和措置のあり方、⑭記載DPCデータとカルテ・レセプトの整合性の確保、⑮簡素かつ審査効率化に向けたDPC請求の諸問題など、つごう20にもおよぶ項目を並べた。この数は、2012年度改定直後に示し

た「今後の検討課題」の2倍以上にも達する。

調整係数の廃止まで残り2改定に迫る中、病院間の機能や診療密度等のばらつきは、医療機関群ごとに収斂していくどころか拡大をたどっている。

こうした状況に、DPC病院の中には現行の基礎係数を見直すべきではないかという声があるが、基礎係数に対して機能評価係数のウエイトが小さいことや、機能特性や地域医療におけるポジショニングや連携を評価する指標も十分ではないことなど、見直しを求めの対象は基礎係数にとどまらない。

一方、医療課は、コーディングの精度向上やDPCデータとレセプト(およびカルテ)の記載内容一体化など、データの質の確保に加え、医療保険の根幹にかかわる部分での対応策を次々打ち出してきたが、ここにきて新たに、「病床機能分化と医療機関のあり方との整合性」をどう確保していくかという課題が突き付けられるなど、2025年に向けた改革の中で幾多の重要課題に直面している。

## 「医療機関群と機能分化との整合性」も俎上に

「病床機能分化との整合性」とは、病床機能報告制度を経て地域医療ビジョンで示される2025年段階における必要量への対応である。こうした機能分化の推進には、新基金制度とともに診療報酬が動員される。DPCの病院にも何らかのインセンティブが措置される可能性が高いが、議論そのものは地域医療ビジョンが策定される2015年度以降の運びになると思われる。

この日の分科会でもこの問題への言及はなかったが、機能分化のインセンティブは機能評価係数Ⅱとともに医療

機関群の分野で措置される可能性がある。この点で、この日は、基礎係数(医療機関群)をめぐる2つの意見が示され、興味深いやりとりが展開された。

1つは、機能の異なる病院が混在しているⅢ群の細分化を求める美原委員(美原記念病院長・全日病常任理事)の意見。もう1つは、Ⅰ群でも実績のばらつきが大きいことから、大学病院本院に限定したⅠ群要件の見直しの必要を論じた、複数委員の声である。

後者は分科会長の小山委員(東邦大学医学部特任教授)自らが「Ⅰ群は大



学病院の本院という括りになっているが、都会の病院と地方の病院では役割が違う。この辺りの検証が必要ではないか」と切り出し、相川委員(慶應大学名誉教授)が「大学病院によっては本院の一部機能を分院に移しているものもあり、これがⅠ群のばらつきにつながっている可能性がある。そうだとすると本院が自動的にⅠ群というのはおかしいのではないか。一度実状を調べてはどうか」と応じた。

こうした論調に、宇都宮医療課長は、「(医療機関群をめぐる指摘は)グルー

ピングの問題なのか、あるいは基礎係数の中に機能として分けて評価したほうがいいものがあるのかという点を洗い出し、本当のベースの部分は何なのか、その上で機能として評価すべき所はどうなのかという辺りを検討したほうがいいのではないかと述べ、そうした視点を検討課題に追加する必要性を認めた。

Ⅰ群・Ⅱ群の見直しにつながる議論の展開によってⅢ群の見直し議論も弾みがつく可能性があり、今後どのような議論が展開されるかが注目される。

## Ⅱ群要件に内科系実績を追加する案も議論に

この日の議論では、工藤委員(結核予防会複十字病院長)が、「Ⅱ群の実績要件3(高度な医療技術の実施)は外科系が対象であり、内保連が提案している特定内科26疾患を基にしたDPC25疾患の実績を加味した評価を加えるべき」と提案した。

この件は、事務局提案にも「外科系以外の技術評価による評価方法をどう考えるか」と盛り込まれており、今後、重要な論点となりそうだ。

また、検討課題にある「短期滞在手術等基本料3とDPCの整合性」に関連して、「短期滞在手術基本料3のやり方は今後も対象を広げていくのか」という質問が出た。

佐々木企画官は、「定型化された治

療ということで一種DRG的な形をとったが、今後も標準化されたものについては同様の対応があり得る。ただし、多様性のあるものを無理やりもっていくことまで考えているわけではない。そこは診療現場の実態に合わせて検討していく」と答え、1つの選択肢としつつも、拡大の可能性あることを認めた。

一方、金田委員(社会医療法人緑荘会理事長)は、「救急は医療提供体制の質が問われる問題だが、救急医療指数は医療機関単位で評価されている。そこで、例えば、重症患者のたらい回し率が高い医療圏にある医療機関の係数を下げるといった、医療圏単位の評価も導入してはどうか」と提案した。

### 清話抄

持続可能な発展をめざして

「人員の配置だけでは加算できないよう、アウトプット評価を重視し、それぞれの病棟に在宅復帰率を定め、大病院の外来を縮小し、主治医機能も取り入れ質の高い在宅医療を目指した!」と、担当医療課長補佐が今回の改定を総括した。

日本でもDPCやレセプトの電子化で

医療の質やアウトカムが診療報酬に大きく影響する日本型P4Pが導入された感がある。同時に、財政状況に応じて在院日数や重症度・医療看護必要度で容易に医療費を抑える仕組みもできてしまった。

平成27年度に地域医療ビジョンが策定され、平成28年には都道府県が医療提供サービスと保険者としての二つの役割を持つことになるだろう。効率と経済性を優先させたアメリカのHMO型民間医療保険が手本にされたら大変な

ことになる。

一方、経済界ではアベノミクスによる建設ラッシュと建築費高騰に湧き、そのまま2020年の東京オリンピックに突入というバブル的な流れだ。黒田日銀総裁のお札の大量印刷と長期国債大量購入という背水の陣の円安マジックは、一説には、10年は続くとの見通しもある。

今や、中国がアメリカを抜き、アジアの多くの国が経済発展を遂げる中で、その大きな経済圏の引力で必ず日本も

蘇ると予測する学者もいる。国は、すでにルビコン川を渡ってしまったわけで、デフレの時と違い、何もしないのが最大のリスク!とばかりに「明るい未来を信じて」前に進むしか道はなさそうだ。

ガラス張りの日本独自のP4P型診療報酬の下で、難題を与え続けられて、脳みそがちぎれるくらい考えて、質の向上と持続可能な発展を勝ち取る。モデルなき経営を迫られるわけで、できないことはトップがやるしかない。(量)

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 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

会員病院の報告●2014年度診療報酬改定をこう受け止める

□地域で急性期医療を担う病院(7対1)として

## 7対1病棟の維持、削減、10対1への移行 —3案軸に対応を検討

「社会保障と税の一体改革説明会 IN 岡山」が、平成26年4月9日に岡山市で開催された。財務省、厚労省、経産省の順に講演があり質疑応答があった。

国の一般会計に占める社会保障費の割合は、平成2年度に16.6% (11.5兆)であったが、平成26年度には31.8% (30.5兆)と急速に増大した。社会経済に支えられ社会保障制度・医療制度が成り立っていることを私たちは忘れることはできない。

地域医療の役割を果たそうと昼夜懸命に努力している私たちは、同時に超高齢社会における社会保障制度大改革の真っ只中を生きている。地域医療の現場責任者として、私たちに国・行政に対して発言する責任もある。

そう考えると、社会保障制度改革国民会議や産業競争力会議・医療介護等分科会に、病院の代表が委員に加わられなかったことは残念だ。

私どもの病院は、岡山県北部の中山間地にある真庭保健医療圏に属している。当地域は岡山県一人々があたたかく、犯罪も少ないとされ、愛育委員会発祥の地でもある。

地域の高齢化と人口減は著しく、その意味では日本の最先端地域と言える。人口5万人の医療圏内に中小病院が8つもある病床過剰地域であったが、最近5年間に、当院から約20キロ圏内の2つの民間中小病院が倒産した(1つは隣接医療圏である)。

創設63年目の社会医療法人である当院は、個人病院→医療法人→特定医療法人→社会医療法人と、経営体制の脱皮を行ってきた。昭和52年に最大病床数278床であったが、将来の人口減と機能充実を図るため、その後35年間に、5回にわたるダウンサイジング(脱皮)を繰り返し、現在は172床である。

施設を作らずにダウンサイジングを決断した理由は、本来業務である病院機能の充実資源を集中し、近隣施設と連携していくことを選択したからである。

私が理事長を務めるようになった28年前から、経営環境の変化、医療制度改革、医師・看護師不足等、激動の連続だった。

何とか脱皮を繰り返してここまで生きて来られた理由は、①理事・幹部の危機感の共有、②建物への過大な投資をしなかったこと、③近隣の医療機関との積極的連携、④何より素晴らしいスタッフに恵まれたことだと考えている。

病院の理念は「私たちは医療を通して社会に貢献します」、今年の標語は「とどけよう安心医療 つなげよう地域医療」である。

当院は医療圏で唯一の社会医療法人であり、唯一のDPC病院である。現在の病床数は172床、全4病棟のうち7対1・DPCが3病棟130床、うち亜急性期病床13床、医療療養病棟が1病棟42床である。介護関係施設は有していないが、訪問看護ステーションと指定居宅

介護支援事業所がある。

病院の常勤医師数は13人、平均在院日数は16日前後、年間救急搬送数は約1,100件で、医療圏内で最も多くを受け入れている。他医療圏からの搬送割合は25%で、隣接する津山・英田医療圏からが過半数である。

今回の改定は、国の目指すべき方向を明確に示したという点で意義は非常に大きい。しかしながら病院経営の立場から見ると現実には極めて厳しい。今までに何度か大胆な改定はあったが、今回ほどではなかった。

自院の病棟再編の検討にあたって考えているポイントを列挙すると、①在宅復帰率・平均在院日数等それぞれの要件を満たせるか、②医療資源が確保できるか、③新入院数と病床利用率はどうか、④借入金を確実に返済しつつ病院経営が成り立つか、⑤病床機能報告制度・地域医療ビジョンとの関連はどうか、⑥今後の改定も視野に入れた選択か、等である。

今後の実際の当院の病棟再編案としては、①DPC・7対1を2病棟 地域包括ケア病棟1病棟 医療療養病棟1病棟、②DPC・7対1を3病棟(地域包括ケア病床含む) 医療療養病棟1病棟、③DPC・10対1を3病棟 医療療養病棟1病棟、等の可能性を視野に目下検討中である。

検討にあたっての基本理念は、第1に「医療圏において今後期待されてい

る各病棟の役割とは何か」、第2に「経営・管理が成り立ち、職員を守り、社会に貢献し続けることができるかどうか」である。

具体的には、幹部会(理事長、院長、副院長、事務長、看護部長等で構成)がプロジェクトチームとなり、医局・看護部・事務部・経営企画室等の各部門の全面協力体制を構築し、実際に入院患者シミュレーションを行う予定である。

国は総理大臣を中心に、重大な決意で持続可能な社会保障制度改革・医療提供体制の再構築に取り組んでいる。私たちはまず国と危機感を共有することが大切だ。川の反対側からいくら批判し要求しても、それが通るような時代背景・社会経済背景ではもはやない。川を渡って目指すべき方向を国や都道府県と一緒に見つめ考える必要がある。

地域医療ビジョンは、地域の責任者が協議し協力して創っていくものではないかと思う。ただし、医療圏において期待される自院の役割も内部環境も時代と共に変化する。それらにこたえ役割を果たし続けるために自ら脱皮することが繰り返し必要になる。

脱皮は痛みや苦しみを伴う場合もあるが、激動の時代を生きるためには不可欠だ。病院も人生も遅く生きて、少しでも社会に貢献することに価値がある。脱皮を楽しむことが人生であり、マネジメントではないかと思う。



社会医療法人緑社会金田病院 理事長 金田道弘

□地域の中核的総合病院(7対1)として

## 地域包括ケア病棟は必要。 在宅・介護含むグループ内外の前後連携を強化

社会保障と税の一体改革に示された2025年へのシナリオに基づき2014年度診療報酬改定が行われたが、2012年に続いてまだまだ第2ラウンドである。地域を背負ってリングに上がっている以上、凄まじい連打に早々とノックダウンすることは許されず、「地域医療ビジョン」を見据え、必要な設備投資は行いつつも今後医療費が伸びないことを踏まえ、体力を温存しながら最終ラウンドまでのペース配分が重要だ。

生き残りの戦術は「ケア複合体」としての「打たれ強さ」であり、地域医療を守る為に途中で心が折れることがないように、事業を継続し踏ん張り続けるしかない。

福岡市と北九州市の中間に位置する当院は、「いつでも、どこでも、だれにでも、必要で適切な医療を効率的に提供する～地域と共に～」を理念に、平成2年に開設した。

人口約17万人の医療圏(高齢化率26.4%)で病床数300床(うち回りハ病棟49床、亜急性期24床)を擁する、DPCⅢ群に位置づけられる、地域の中核的な総合病院である。

常勤医師50名(うちリハ専門医3名、研修医7名)、総職員数816名。臨床研修基幹型(定員4名)、平均在院日数は約17.3日、年間救急搬送数は約2,800台で

ある。

ケア複合体として、介護老人保健施設100床、介護付き有料老人ホーム50室、自立型有料老人ホーム70室、サ高住33戸、小規模多機能型居住介護施設、居宅支援事業所、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、デイケア(定員100名)、社会福祉法人によるデイサービス(定員40名)、訪問看護、訪問リハビリ、ヘルパー、グループホーム18床(平成26年4月に開設)、リハ・フィットネスセンターでの様々な介護予防事業(リハビリに特化した半日デイサービス等)、水光会健康増進クリニック、看護専門学校、等々の施設・事業所を有する。

周囲の医療環境は、近くに医師会病院164床(DPC7対1、紹介率90%、地域医療支援病院)があり、また、隣接医療圏には(旧国立)福岡東医療センター(579床)があり、その影響もあって、当院の紹介率は30.6%である。

入院は救急に依存しており、一日平均外来患者数(462名)、年間入院患者数3,780名(うち救急車からの入院1,159名)。年間全手術症例数は1,473例、うち全麻は491例である。

今回の重症度・看護必要度変更にあたり、平成25年度のデータをシミュレートした結果、旧基準16.7%⇒新基準13.7%と約3%の低下となった。また、

平均在院日数は17.3日であり、90日越えの特定除外患者を含めると17.8日(約0.5日延長)、短期滞在手術患者を除外すると約1日延長となった。

さらなる検討が必要だが、これまでも亜急性期病床(24床)を運営してきており、病院機能を最大限に生かすために、やはり地域包括ケア病棟1病棟(50床)は必要と考えている。いわゆるアキュート、ポストアキュート、サブアキュートは当院に求められている機能であり、以前から全日病が提唱していた「地域一般病棟」そのものと考えている。

これまで以上に急性期患者がシームレスに、もれなく当グループの在宅・介護部門へ移行できるように、グループ内・外の連携強化を目的とし、昨年「介護事業推進室」を設置して専従MSWを配置している。地域の在宅訪問診療医、地域のケアマネ、また地域のサ高住の職員も招き、ケースカンファを通じて顔の見える勉強会を開催している。

また、前連携として、自院が地域の急性期、回復期リハ、地域包括ケア病棟として何ができ、何が得意な病院なのかをしっかりとPRし、後連携として、地域の療養型、老健、介護施設、サ高住の空き状況を常時把握しながらも、これからは全ての病床で在宅復帰率を問われることもあるため、在宅復帰強

化対象施設か否かの動きも常時確認が必要である。

これからは地域の在宅訪問診療医との連携も取りつつ、グループ内でも自前で在宅訪問診療に対応できるよう準備している。

フランス医療制度のHAD(在宅入院)のごとく、在宅ベッドも治療病床であるという意識を高めて、訪問看護を強化し、在宅でも24時間ある程度の医療に対応可能な体制を検討している。

重症度、医療・看護必要度のポイントを上げるための姑息的手段や特別な妙策は無いし、7対1の条件は、いずれの改定でさらに厳しくなっていくだけだろう。

必要なのは将来を見据えて、①地域での医療・介護ニーズをどうとらえるのか、②地域の中での自院(自グループ)の立ち位置はどうか、③「病床機能分化」と「地域連携」にどう対応するのか、を常に意識することであろう。

今後「病床機能報告制度」のデータを基に、各地域における「協議の場」で医療提供体制が確立される。これまで地域医療を底支えしてきた民間病院だけが、極めて厳しい状況に追い込まれることのないよう、全日病及び各支部には積極的な対応を期待したい。



宗像水光会総合病院 理事長・院長 津留英智

## □急性期や在宅を後方支援する慢性期病院として

在宅復帰率で経営に新たな視点。  
地域包括ケアは次回改定後の検討課題

医療法人社団康明会康明会病院 事務長 田島弘康

当院は東京都下日野市に位置する慢性期の病院(96床2単位・療養病棟入院基本料1)であり、4月1日現在、療養病棟療養環境加算、医療安全対策加算、退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算、患者サポート体制充実加算、総合評価加算、在宅復帰機能強化加算在宅療養支援病院、がん性疼痛緩和指導管理料、脳血管疾患等リハビリテーションⅡ 運動器リハビリテーション料Ⅰ、呼吸器リハビリテーション料Ⅰ他を届け出ている。

平均在院日数は130日、病床回転率は19%~28%である。

今改定で「在宅復帰機能強化加算」が新設され、診療報酬は10点の加算となった。療養病床を担う病院に初めて導入された「在宅復帰機能」を評価する。ただし、在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院に限る)が50%以上で、尚かつ、病床回転率が10%以上とされた。

療養病床では、平均在院日数163.2日(平成25年12月厚労省の病院データ資料)であるので、単純に30.4で除せば18.6%の病床回転率が確保できる計算だが、実際には、長期入院可能として運営している病院と在宅復帰へ向けての入院を推進している病院の両極端に

なっていることが予想される。

「1ヶ月以上入院していた患者」を対象に「在宅復帰50%以上」を確保することだが、医療区分3と2以上に該当する患者が80%以上という基準からすると、医師をはじめ、看護師、MSW、ケアマネといった在宅で療養する環境を整える調整と専任者の配置を必須としないと、在宅へ向けた退院支援は非常に厳しい現状にある。

この加算は、一般病棟7:1算定病院の退院患者のうちの75%以上が、自宅、回復期リハ、地域包括ケア病棟などを退院先としなければならない基準(※1)があり、この退院先に「在宅復帰機能強化加算」を届出した療養病床も含まれることが、診療報酬の10点以上に大きな効果をもたらされると期待できる。

当院は、4月の届出で、この「在宅復帰機能強化加算」の届出を行った。

※1主な在宅復帰率

一般病棟入院基本料(7対1) 在宅復帰率75%以上(新設)  
地域包括ケア病棟入院料1(新設) 在宅復帰率70%以上  
回復期リハ病棟入院料1 在宅復帰率70%以上(60%以上からの引き上げ)  
療養病床入院基本料1の在宅復帰機

能強化加算(新設) 在宅復帰率50%以上

日野市の人口は18万2,000人。一般急性期を担う救急を含めた病院は市内に476床(7:1の市立病院=300床。他に13:1及び15:1算定の病院)ある。当院は毎月20件から25件の入退院があるが、そのうち、7対1の病院からが22%(5名前後)、在宅からは、緊急も含めると51%(10名前後)を占める。

在宅から入院するケースは、ほとんどが地域のケアマネージャーから、次に、在宅医療を担当する近隣の先生方からの連絡である。療養病床の役割をしつつ、救急治療レベルではないが一時的に急性増悪した患者を診療し、在宅へ戻すのか、入院して治療するかを判断し、緊急用ベッドを常に2床確保して、運営を継続している。

市内の診療体系は、当院を含む療養病床が340床(すべて20:1)であり(精神を除く)、在宅療養支援病院として、クリニックを含む4医療機関と連携し、強化型として地域医療の役割を担っている。市内で届出をしている病院は当院のみであり、これは、当院の理念でもある「地域を支え、地域に支えられ医療」を推進するものである。

今回の改定では医療療養の医療区分制度が継続されたために大幅な報酬減にはならなかったが、在宅復帰機能強化加算が新設されたため、今まで療養病床ではあまり認識されなかった「平均在院日数」「在宅復帰率」「病床回転率」に対応する取り組みが必要となった。

また、療養病床でも可能となった、新設の「地域包括ケア病棟」も、療養病床から転換するには非常にハードルの高い基準ではあるが、地域のニーズに応える役割を持つものである。療養病床に留まらず「在宅復帰」がキーとなっている。

医療療養病床が地域包括ケア病棟を目指す、これに係る加算も含め、医師をはじめとする看護師、PT、OT等増員の計画も必須となり、当然に人件費増となるため、経営方針の決定も中期計画内で進めなければならない。

今後の政策や制度改正を予想し、あらゆる観点から意思決定をしなければならない。今後在宅復帰できる体制を更に強化し、次回改正(2016年)の状況を鑑み、地域包括ケア病棟も視野に入れて進めたいと考えている。

## □都会で在宅医療を担う病院(10対1)として

点数のシミュレーションから  
14年改定のメッセージを読みとる

社会医療法人社団慈生会 等潤病院・常楽診療所 理事長 伊藤雅史

今回の診療報酬改定では、在宅不適切事例の適正化による集合住宅などへの訪問診療・在宅時総合医学管理料(在総管)が大幅に減算され波紋を呼んでいる。紹介患者ビジネスへの対応として評価する一方で、今後急増する高齢者の住居として期待される集合住宅の在宅医療が後退するとの懸念の声もある。本稿では自施設の実績をもとに、在宅医療における診療報酬改定の影響を検討する。

当法人の中核である等潤病院は164床のケアミックス病院で、病床の内訳は一般122床(亜急性8床)、回復期リハ42床である。DPC対象病院で入院基本料は10対1、平成25年度実績で医療機関関係数は1.1950、一般病床平均在院日数14.0日、全病床稼働率89.5%、救急搬送件数2,214台(二次救急)である。

東京都足立区は大学病院などの中核病院がなく、救急や地域医療を守るために急性期機能を堅持すべく、320列CTや3T-MRI、バイプレーン血管造影装置などを導入し、情報共有ツールとしてのIT化にも注力している。

さらに強化型の在宅療養支援病院であり、近隣特養2施設の協力機関として年間4例の看取り実績があるものの、今後は、常楽診療所在宅診療部門との統合を視野に入れている。

実質的に在宅医療を担っているのは強化型の在宅療養支援診療所である常楽診療所で、週4.5日体制で実施している。平成25年1年間の月平均患者数は146名で、自家などへの訪問(同一建

物以外)患者数は103名、集合住宅などへの訪問患者数はグループホーム43名であった。同期間の訪問診療回数は月平均276回、往診回数は月22回で、深夜・緊急などの加算は年間23件、看取り件数は29件、希望による死亡直前の病院搬送は5名であった。

同期間に等潤病院退院時、在宅に直接新規移行したのは30名で、その多くは退院調整困難となり易い癌末期患者であった。在宅から等潤病院への入院は延142名、うち救急搬送は98名であり、在宅医療は中小病院における入口出口問題解決の一助となっている。

緊急時の対応・連携に関し、電子カルテにフルアクセスするモバイルPC(独自開発)を訪問診療に導入し、病院、診療所、介護事業所がリアルタイムに情報共有しているが、この意義は大きい。

表には平成25年1年間の診療報酬額の理論値を示した。自家など(同一建物以外)の在総管と訪問診療料の合計(b)は75,268千円、グループホーム(同一建物)の合計(c)は12,894千円、さらに、往診料や在宅ターミナル・看取り加算などを加えた総額(a)は93,480千円であった。

同一建物以外は、1日につき医師1名が終日4日間、同一建物は医師1名が半日で診療しており、同一建物は効率が約40%高かった。在支診(病)と「それ以外」も参考にして頂きたい。

平成26年4月改正による試算では、同一建物以外(b)は微増だが、同一建

物を従来と同じく月2回訪問した場合に(c)は45.7%の大幅な減額、総額(a)も7.7%の減額となり、同一建物・医師1名あたりの効率は逆転して約26%低くなるなど、その影響は甚大である。

その一方で、在支診(病)以外の施設のみ、同一建物以外(b)が24.4%もの増額となることが注目される。

なお、同一建物であっても月1回は個別訪問、あるいは往診、末期癌患者等では減額はなく、しかも医療機関の区分に関係なく在総管・訪問料が一律で増額となった。当施設の規模では患者の同意、算定要件をクリアできれば、理論的には同一建物のカウントを免れることは可能で、その場合(c)の部分は85.6%の大幅な増額となる。

総額(a)も10.4%増で、注目すべきは、在支診以外では34.0%もの増額となる。現実的には困難が予想されるため、必要な往診を充実させる方針ではあるが、患者数が少ない医療機関では十分

検討に値する。

また、機能強化型の実績要件は厳格化され、複数医療機関の合計だけでなく個々の医療機関にも実績を求めており、その影響は少なくない予想される。その一方で、強化型の要件を満たさなくても十分な緊急往診及び看取り実績を有する在支診(病)には、看取りを中心に新たな加算項目が追加された。

以上、今回の改定から読み取れる在宅医療の方向性は、強化型要件を厳格化して人員配置などの規模に対する評価は頭打ちとして、看取り実績への評価を高めることで看取りを担う医療機関の裾野を広げ、集合住宅においては集団ではなく患者の真のニーズに合わせた個別訪問を、地域に根差した規模の小さな医療機関が協力して担うことを求めている。

在宅医療においてもStructure評価からOutcome評価への転換が明らかとなってきた。

(表) H25.1~H25.12までの訪問実績による診療報酬額(理論値。単位千円)

区分		H25実績		H26.4改定による試算	
		月2回同一建物	月2回同一建物	月複数回訪問*	月複数回訪問*
強化型 在支診(病)	(a) 総額	93,480	86,304 (-7.7%)	103,235 (+10.4%)	
	(b) 同一建物以外(自家等)	75,268	75,337 (+0.1%)		
	(c) 同一建物(グループホーム)	12,894	6,999 (-45.7%)	23,930 (+85.6%)	
在支診(病)	(a) 総額	84,056	77,257 (-8.1%)	95,171 (+13.2%)	
	(b) 同一建物以外(自家等)	66,308	66,377 (+0.1%)		
	(c) 同一建物(グループホーム)	12,894	6,015 (-53.3%)	23,930 (+85.6%)	
それ以外	(a) 総額	61,548	63,368 (+3.0%)	82,463 (+34.0%)	
	(b) 同一建物以外(自家等)	43,908	54,617 (+24.4%)		
	(c) 同一建物(グループホーム)	12,894	4,834 (-62.5%)	23,930 (+85.6%)	

(a)=(b)+(c)+往診等加算、(b)(c)=在総管+訪問診療料 \*月1回は同一建物以外を算定した場合

報告●有床診と中小病院の防災体制をめぐる議論

# スプリンクラー 一定面積の医療機関に義務化という方向で議論

## 有床診中心の議論に、義務化対象外小規模病院の検討を提起。次回議題に

「有床診療所・病院火災対策検討部会」委員・副会長 安藤高朗

昨年10月に福岡市の有床診療所で発生した火災を受けて、行政は医療機関の防火体制のチェック、設備の緊急点検の呼びかけといった対応を迫られた。昨年11月に発足した「有床診療所・病院火災対策検討部会」もその取り組みの一つである。筆者は、病院の立場からこの部会に参画している。10名の死者と5名の負傷者を出すに至った原因を検証し、今後の予防に活かそうと、部会は事務局である消防庁予防課の協力を得ながら、真剣な議論を重ねてきた。

厚生労働省は、2013年度補正予算に「医療施設等施設整備補助金（スプリンクラー等施設整備事業）」を計上し、小規模医療機関を対象にスプリンクラー等の火災対策に補助を行った。こうした行政の対応を背景に、部会は、一定面積以上の医療機関にスプリンクラー設置を義務化するという方向で議論を進めている。

この補正予算が各医療機関に不公平感なく配分され、来年度以降も長く続くことで、義務化の動きと連動していくことが出来るよう期待している。義務化を考える上で難しいのは、すべての診療科の有床診を対象とするべきかという、例外医療機関設定の問題である。この背景には有床診の経営の難しさがある。委員からは、スプリンク

ラー設置が義務化された場合、無床診療所へと転換するあるいは診療所を閉じてしまうケースが起りかねないという懸念が示されている。

地方都市では、都会であれば中小病院が担うような役割を有床診が引き受けているケースが多く、閉院が地域医療に与えるダメージは大きい。義務化による有床診の減少は避けねばならないというのが部会の共通認識であり、義務化免除の診療科の検討が行われている。

しかし、こうした状況は有床診に限らず規模の小さい中小病院も同様である。経営が厳しい中、床面積が規定以下ということで、スプリンクラー設置義務の対象になっていない病院は数多く存在する。こうした医療機関は、本来スプリンクラー設置の必要がないままでも良いのかという疑問が浮かび上がる。

そもそも、本部会の発足は、福岡市の火災を顧み、今まで行政の目の行き届いていなかった医療機関に目を向けていくというところの一つのポイントがある。そうした観点から、第3回対策部会で、筆者は中小病院もスプリンクラー検討対象に入れてもらいたい旨を提案し、第4回部会の資料では、対象設定の議論のために、事務局から有床診と小規模病院の比較資料を提出し



▲検討部会で安藤副会長(向う側左端)は有床診と中小病院をともに議論するよう求めた(3月27日)

てもらった。

さらに、次回5月21日の第5回部会では、200床未満の医療機関を対象にスプリンクラー設備について行ったアンケートの集計結果が示される予定である。小規模病院の実情を把握することで、議論がさらに発展していくと考えている。

これまでの議論について、四病協は、①厚労省の補助金の措置の来年度以降にわたる継続と増額、②スプリンクラー設置基準を適用する際の十分な経過措置期間の確保、③スプリンクラー等消防設備の設置対象の特例免除に関する十分な議論という3点を要望としてまとめている。

全日本病院協会としては、患者の安心安全を考えれば、小規模病院においても、すべてのエリアにスプリンクラー制度を適用するべきだと考えてい

る。それは、本来すべて補助金で賄うという前提であるが、仮に自己負担が発生するのであれば、福祉医療機構から低利での融資を要請することを考えている。

委員として部会に参加する以上、補助金事業が今後も継続的に続けられるよう図っていくことはもちろんであるが、対策部会が設置された目的を常に意識し、スプリンクラー一点に傾きすぎない議論を行うことが重要と考える。

消火器や通報装置といった他のハード面の検討も引き続き行うと同時に、今後は防火訓練や職員の教育といったソフト面からのアプローチにも力を入れていくべきだろう。

火災を防ぐのは人である。委員一人一人と細かな議論を行い、腰を据えてしっかりと対策を練っていききたい。

# プログラム法項目の議論に着手。年内に結論、来春に法改正

医療保険部会

## 大病院外来の定額自己負担制度と入院時生活療養費の見直しが俎上に



4月21日に開催された社会保障制度審議会の医療保険部会は、社会保障・税一体改革のプログラム法に盛り込まれた医療保険制度改革の実施項目を確認、議論の日程を了承した。

改革項目は国保と被用者保険に関するものがほとんどだが、給付に関しては、大病院外来への定額自己負担制度の導入と入院時の食事療養費と生活療養費の見直しが検討される。

大病院外来における定額自己負担制度とは、現在、200床以上の病院における紹介連携がとれない患者の初再診は選定療養とし、保険適用以外は各医療機関の自由な徴収に委ねている制度があるが、これを援用し、「大病院」は一律の定額制にするというもの。

一方、入院時生活療養費に関しては、現在、療養病床に入院する65歳以上が負担している入院の生活コストの内容を見直すというもので、対象に一般病床が追加されることも予想される。

プログラム法で定められていない案件も含めて7月までにすべての項目の議論を一巡、一定の方向性を打ち出した上で、9月から年末にかけての検討で法改正の具体的内容を煮詰めるとい

うのが議論のスケジュール。事務局(厚労省保険局総務課)は来年の通常国会への法案提出を目指すとしている。

議論の中で、白川委員(健保連副会長)は「高齢者医療費の負担の問題を含め、全体として高齢者医療制度のあり方を議論願いたい」と求めた。さらに、「療養の範囲の適正化」とあるが、プログラム法にない事項も含めて検討すべきである」と主張した。

これに小林委員(全国健康保険協会理事長)も同調、「プログラム法にとらわれず医療保険制度全体を見直すべきだ。とくに、傷病手当金などの現金給付の見直しを急いでほしい」と注文した。

一方、国保運営の都道府県移行に関して、岡崎委員(高知市長)は「国保の市町村から都道府県への移管をめぐる国と地方の協議が進まない。これを早くしないと医療保険部会の議論との連携がとれない」と、両方の庶務を兼ねる厚労省保険局に苦言を呈した。

□プログラム法に盛り込まれた改革事項(2015年に国会提出する法案事項。2014年度税制改正・予算措置済および政令改正事項は除く)

●国民健康保険に対する財政支援の拡

充

●国保の都道府県運営を基本とした上で、保険料の賦課・徴収と保健事業の実施等、都道府県と市町村の役割分担に必要な方策

●健康保険法等の一部改正法(2013年)附則第2条に規定する所要の措置

●後期高齢者支援金の全てを標準報酬

総額に応じた負担とすること

●被保険者の所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直し

●国保保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額等上限額の引上げ

●外来給付の見直し(大病院外来定額自己負担)及び入院給付(入院時食事療養費・生活療養費)の見直し

### 機能分化における知事の権限強化に懸念の声も

4月21日の医療保険部会で、医政局の梶尾指導課長は「地域医療ビジョン(地域医療構想)」と「新たな財政支援制度(新基金制度)」について説明。「地域医療再生基金とは異なって法律にもとづく基金であり、恒久的制度である」と明言した。

地域医療ビジョンに関連して、委員からは「都道府県知事の権限がいたずら

に強化されても困る。(関係者による)協議の場を抑止力にしていかないとまずいのではないか」という意見が出た。

この懸念に、梶尾課長は、「(過剰な機能への病床転換の中止を)知事が勝手に指示できるわけではない。基本的には(県の)医療審議会に諮って行使されるのであり、そこで抑止力が働く」という認識を示した。

### 産科補償制度 2015年以降の掛金は1.6万円。一時金の額で議論を続行

4月21日の医療保険部会は、産科補償制度の見直しに伴う新たな掛金を1万6,000円とすることで合意した。

同制度を運営する日本医療機能評価機構と厚労省医政局(総務課医療安全推進室)が協議した結果の案を了承したもので、2015年1月以降の分娩から適用される。

産科補償制度については、1月20日の同部会で、補償対象基準を在胎週数32週以上、出生体重1,400g以上とするなどの見直し案で合意している。

これにもとづいて、補償対象者数を年間571人(推定区間423人~719人)と推計、上限の719人をもとに保険料(評価機構が損保会社に収める額)を算出したところ、1分娩につき2万4,000円となった。

この額に、1月20日に合意された「剰余金は15年以降の保険料に充当する」方針にしたがって1分娩当たり8,000円を充当すると、新たな掛金は1万6,000円となる。現在の3万円からは大きな減額となった。

この日の部会は、15年以降の出産育児一時金の額をめぐって、新たな掛金にスライドした減額を求める保険者側委員と現行「原則42万円」堅持を求める委員とで、意見が分かれた。

医療保険部会の合意を得た評価機構は新たな保険料で金融庁への申請を進めるが、出産育児一時金の額の変更は政令(健保法施行令)の改正を必要とするため、年内いっばいに結論を得るべく、医療保険部会は引き続き議論を行なう方針だ。

報告●「平成25年度個人情報保護に関するアンケート調査」の結果

# 53.1%がSNSに制限をかけず。USBへの制限も27.6%

診療情報開示請求のあった施設が70%を越える。26.4%で開示請求が増加傾向

個人情報保護担当委員会 委員 森山 洋

全日本病院協会は、平成17年より個人情報保護法認定保護団体として活動してきたが、その一環として、毎年、会員施設における取り組みについてアンケートを実施している。

調査に関して、平成25年度で変更した点は以下の4点である。

- ①アンケート依頼・回収時期の変更(7~9月→12月~2月)
- ②依頼・回収方法の変更追加(メールを利用したPDFファイル送信を主にFAX・郵送を併用)
- ③USBメモリー認識へのセキュリティ設定に関する設問の追加
- ④SNS(ソーシャル・ネットワーキング・サービス)に対する組織的対応に関する設問の設定

本調査は、過去7年間常に40%台という高い回収率で推移してきたが、平成25年度の回答施設数は678病院にとどまり、回答率も27.8%(前年度42.1%)という残念な結果となった。

その原因としては前出変更点①と②の影響が考えられるため、今年度の実施にあたっては、周知の問題を含めて改善が必要と認識している。

今回は、これまで行ってきた全体群と歴年連続提出群の比較を主とせず、全体傾向と新項目に関する考察を主に報告する。なお、本調査については全日病ホームページに全結果を掲載する予定である。

○回答の全体傾向

「回答施設の概要」では、会員病院の数が2,363から2,442へと79もの増加ぶり、中でも、500床以上の病院の割合が3.5%から6%へと増加した点が注目される。

「個人情報保護法への組織的対応・準備について」では、「組織体制」と「規定整備」に変化は見られなかったが、「掲示物の設置場所・告知方法」において、「待合室への掲示」「入院案内への記載」「ホームページへの記載」がそれぞれ5%以上増加した。

「情報システムのセキュリティについて」については、「アクセスへのログ管理」が8%増加した。

また、「個人情報外部持ち出し制限内容」に回答項目として新設した「USB認識に対するセキュリティーの設定」については、27.6%の施設が物理的制限をかけていた。

さらに、SNSに関する新しい設問では、53.1%の施設が特に制限をかけてなく、規定文書による制限が22.3%、すべて制限しているのは9.7%という結果であった(別表)。

「個人情報保護法施行に際し、実施した事項」では大きな変化はなかった。

□病院で定める正規の手続きを経た診療情報開示の請求の有無

診療情報開示の請求の有無	全 体															
	H25年(n=678)		H24年(n=994)		H23年(n=1203)		H22年(n=1113)		H21年(n=1037)		H20年(n=1117)		H19年(n=1079)		H18年(n=579)	
	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)
①請求あり	491	72.4	643	64.7	724	60.2	676	60.7	588	56.7	598	53.5	567	52.5	290	50.1
②請求なし	164	24.2	311	31.3	418	34.7	0	0.0	443	42.7	519	46.5	442	41.0	255	44.0
未回答	23	3.4	40	4.0	61	5.1	437	39.3	6	0.6	0	0.0	70	6.5	34	5.9

診療情報開示の請求の有無	8年連続提出施設															
	H25年(n=73)		H24年(n=73)		H23年(n=73)		H22年(n=73)		H21年(n=73)		H20年(n=73)		H19年(n=73)		H18年(n=73)	
	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)	回答数(件)	構成割合(%)
①請求あり	60	82.2	58	79.5	60	82.2	58	79.5	54	74.0	49	67.1	46	63.0	47	64.4
②請求なし	13	17.8	14	19.2	0	0.0	0	0.0	19	26.0	24	32.9	21	28.8	25	34.2
未回答	0	0.0	1	1.4	13	17.8	15	20.5	0	0.0	0	0.0	6	8.2	1	1.4

## 全日病主催「特定保健指導実施者育成研修(基礎編・技術編)」開催のご案内

本研修会は「厚労省プログラム」の「研修ガイドライン」に則っています。

日 時 ●6月7日(土) 13:00~18:15  
6月8日(日) 9:30~15:30  
会 場 ●全日本病院協会 大会議室1  
東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル7F  
※JR総武線・都営三田線「水道橋」駅下車徒歩4分  
対 象 者 ●(1)医師・保健師・管理栄養士、(2)看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士で当協会の「特定保健指導専門研修・食生活改善指導担当者研修」を受講した方、(3)事務職員(基礎編のみの受講となります)  
定 員 ●65名(先着順)  
参 加 費 ●上記(1)(2)の方  
会員3万5,000円 会員以外 4万5,000円  
上記(3)の方  
会員5,000円 会員以外 1万円  
申込締切 ●5月23日(定員に達し次第締切ります)  
\*詳細は全日病ホームページの案内を参照してください。

## 全日病主催「第15回機能評価受審支援セミナー(大阪会場)」開催のご案内


テーマ●新評価体系(3rdG:Ver1.0)の本質に迫る  
—ケアプロセス・組織運営について—

日 時 ●6月15日(日) 12:30~16:00  
会 場 ●新梅田研修センター  
大阪市福島区福島6-22-20  
※JR大阪駅から無料直通シャトルバスで5分、中央北口より徒歩約10分  
定 員 ●[診療領域] 90名  
[看護領域] 90名  
[事務管理領域] 90名  
※1施設6名まで(各領域先着順)  
参 加 費 ●1名につき 会員病院 5,000円  
会員以外 7,000円  
申込締切 ●5月28日(定員に達し次第締切ります)  
\*詳細は全日病ホームページの案内を参照してください。

## 全日病主催 2014年度「第13回病院事務長研修コース(病院管理士認定)」開催のご案内

本研修では要件を満たした方を病院管理士として認定いたします。

日 時 ●2014年6月~2015年1月  
全8単位(各単位2~3日。計19日)  
会 場 ●東京都内(単位により会場が異なります)  
定 員 ●48名(先着順)  
受 講 料 ●会員病院42万円、会員以外52万円  
申込締切 ●6月9日(定員に達し次第締切ります)  
\*詳細は全日病ホームページの案内を参照してください。



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  
住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

報告●多職種協働によるチーム医療の推進事業「職種横断的質向上チームの構築と推進人材の育成」について

# 多職種協働を支える組織横断的連携を促す研修企画を実践

## TQMの思想を活用。業務改善に繋がる成果。平成26年度厚生労働科研も受託

医療の質向上委員会委員長 飯田修平

医療の質向上委員会が平成25年度に実施した事業の1つに、厚生労働省より受託した多職種協働によるチーム医療の推進事業「職種横断的質向上チームの構築と推進人材の育成」がある。平成26年度を迎え、その実践結果の概要を報告する。

### ●事業の背景

良質の医療を提供するには多職種協働チーム医療の展開が必要である。しかし、病院では、制度の制約、専門性や職務分掌を理由に、縦割り・横割りの組織の壁がある。専門分化がこの傾向を増強し、全体最適を図ることが困難である。

個人や一部の部署が努力しても、関係部署との連携がなければ齟齬が生じる。組織構造や意識の壁を超えた組織横断的連携が必要であるが、これを促進する教育研修プログラムは未だ開発されていない。

### ●事業の概要

医療の質向上を目的に、多職種協働チーム医療の研修プログラムを開発し、実施した。

(1)「TQM(総合的質経営)の医療への適用-医療と社会と法-」研修会(愛媛県松山市)

平成25年9月14日～9月16日。参加20病院26名。

TQM(Total Quality Management 総合的質経営)の導入には経営者の実践の意思が必須である。病院経営者および幹部職員を対象に、考え方の基本と、リーガルマインド(法)の精神)の理解と医療への適用を目的とした。

医療・TQM(飯田修平)、社会(長谷川友紀東邦大学教授)、法(宮澤潤弁護士)の講義の後、グループ討議を主体にした。懸案課題に関する本質的な議論

ができた。  
(2) 職種横断的質向上チームの構築と推進人材育成研修

I. 第1回業務フロー図作成研修会  
平成25年11月23日、24日。参加35病院137名。

II. 第2回業務フロー図作成研修会  
平成26年3月8日、9日。参加31病院121名。

「チーム医療」のかけ声だけではなく、多職種で具体的に業務を検討する必要がある。業務とその問題の「見える化」には業務フロー図作成が最適である。

事前に自院の薬剤業務(I注射・II内服)のフロー図を作成し、研修当日は、事業概要説明、多職種チーム医療、業務フロー図作成講習会の目的、TQM、チーム医療、業務工程図、業務フロー図作成のコツ、ダブルチェック等の講義の後、薬剤業務工程図を作成するとともに、その見直しと修正を図り、各自発表した。

III. 「医療のTQM七つ道具」研修会  
平成26年2月11日。参加59病院181名。

質向上・改善を実施するには、具体的問題に最適の手法を活用しなければならない。

本研修会では、『医療のTQM七つ道具』を教材に、多職種協働チーム医療、「医療のTQM七つ道具」開発の経緯、①業務工程(フロー)図、②QFD(品質機能展開)、③FMEA(故障モード影響解析)、④5WIHメリット・デメリット表、⑤RCA(根本原因分析)、⑥対策発想チェックリスト、⑦まあいいか(不遵守)防止ツールを執筆者が講義。「まあ、いいか防止ツール」が世界共通の大きな課題であることを強調した。

IV. 職種横断的質向上チームによる改善事例報告会



▲「医療のTQM七つ道具」研修会の様子

平成26年3月21日。参加24病院58名。  
I・IIの研修会参加病院の中から、改善に結びつけた4病院の報告と質疑があった。

(3) チーム医療実践医療施設見学  
I 練馬総合病院(平成25年12月14日)  
II ひたちなか総合病院(平成26年1月25日)

希望者が上記2病院における発表大会に参加した。

### ●本事業実施による成果等

職種横断的質向上チームによる改善事例報告会では、業務フロー図作成研修会後3ヶ月にも関わらず、4病院の発表があった。

アンケートの自由記載欄や発表者から、職種横断チームで本講習会に参加して業務フロー図を作成した経験に基づき、部分(部署内)最適ではなく全体最適の視点を持って、改善した業務フロー図を現場で作成できた、との意見があった。

病院管理者である参加者からは、TQMの考え方を学ぶことが中堅職員の管理職研修にもなり、グループワークでコミュニケーション力も向上し、今後の組織的な業務改善に繋げるきっかけになったという意見があった。

インシデント報告が最も多いのが薬剤関連業務である。2回の業務フロー

図作成研修会では入院患者の注射薬指示から投与と内服薬指示から投与に絞った。

これらの業務には定形業務と非定型業務があるが、定形業務作成後に非定型業務、例えば持参薬投与、夜間薬剤投与等の業務フロー図を作成させることで、病院内の各職種の業務の見える化、役割分担とともに、業務フロー図、業務手順の不備が自覚できた。

今後、業務フロー図の再作成と業務手順の見直しが参加病院毎に行われることが期待される。

### ●今後の課題

多職種協働チーム医療実践の事例集積と研修教材の精緻化が今後の課題である。

### ●まとめ

医療の質向上委員会を設置した平成12年から、TQMを医療界に展開してきたが、厚生労働省事業を受託して活動した意義は大きい。

また、これらの成果を基に、本委員会が企画した「業務フロー図に基づく医療の質向上と安全確保を目指した多職種協働チームの構築と研修教材・プログラム開発に関する研究」が、平成26年度の厚生労働科研費に採択された。

引き続き、関係各位のご支援とご協力をお願いしたい。

病院運営支援事業

**ベンチマーク**  
約750病院

**無料トライアル**  
(1ヵ月)も実施中

- データ提出加算病院も参加できます
- 医療の質評価事業へも随時参加可能  
※43病院が参加中  
(H25年度実績)

# DPC分析 MEDI-Target

簡易的に公開指標の作成も可能

クリニカルパスの作成  
医療の質の評価  
ジェネリックの推進  
へも応用

地図上に入院患者のマッピング

ベンチマークで  
自院のポジションを可視化

**無料体験セミナー**  
開催決定!!

第1回 平成26年7月15日  
第2回 平成27年1月

**利用者向け説明会も**  
随時開催で充実のサポート!

(無料でご参加いただけます)

第1回 平成26年5月14日  
(スタートアップセミナー)

第2回 平成26年9月5日  
(上級者コース)

第3回 平成26年11月6日  
(スタートアップセミナー)

第4回 平成27年3月  
(上級者コース)

【問合せ先】  
(公社)全日本病院協会 事務局(DPC分析事業担当)  
TEL:03-5283-7441 E-mail:dpc@ajha.or.jp

全日病・医法協共催  
「平成26年度臨床研修指導医講習会」開催のご案内

本講習会は厚生労働省の開催指針に則った指導医養成講習会です。

日時 ●11月8日(土) 10:00～22:00  
11月9日(日) 8:20～16:30  
(1泊2日の宿泊研修形式。実講習時間16時間以上)

会場 ●全日本病院協会 大会議室1  
東京都千代田区猿樂町2-8-8住友不動産猿樂町ビル7F  
JR総武線・都営三田線「水道橋」駅下車 徒歩4分

対象者 ●①臨床研修病院又は研修協力施設、②臨床研修病院又は研修協力施設への申請を検討している施設。①②で7年以上の臨床経験を有する医師

参加費 ●会員病院 6万5,000円  
会員以外 8万5,000円(昼食代・資料代を含む)  
※宿泊は各自で手配をお願いします。

定員 ●40名(先着順)

\*詳細は全日病ホームページの案内を参照してください(8月を目途に正式な開催案内を掲載します)。

全日病主催「第38回ハワイ研修旅行」のご案内

旅行期間 ●10月28日(火)～11月2日(日) 6日間

参加費 ●成田発着 19万7,000円  
関空発着 21万5,000円  
福岡発着 20万2,000円  
(それぞれ燃油サーチャージを含む。添乗員同行)

募集人数 ●成田発着 60名(35名)  
関西発着 20名(15名)  
福岡発着 20名(15名)  
\*括弧内は最少催行人数

利用予定 ●日本発着航空会社は日本航空、デルタ航空、ハワイアン航空、全日空。ホテルはハイアットリージェンシー ワイキキビーチ リゾートアンドスパ。

旅行企画・実施 ●トップツアー株式会社  
(観光庁長官登録旅行業第38号 JATA正会員)

応募締切日 ●7月31日

\*詳細は全日病ホームページ掲載の案内を参照してください。