



全日病 NEWS 5/15

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.824 2014/5/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「各病棟は患者の流れの入口と出口の両方を調えるべき」

「2025年に生き残るための経営セミナー」 2025年へ誘導する改定。7対1の削減はまだ続く。将来を見据えた判断を!

全日本病院協会は5月11日に第1回「2025年に生き残るための経営セミナー」を本部の大会議室で開催。
「平成26年度診療報酬改定の全体像を考える」と題して、主に入院医療を取り上げ、14年改定が意味するものと新たな届出に際して考慮すべき点などを猪口副会長と医療保険・診療報酬委員会の委員が解説した。
疑義解釈が次々出る状況に「まだ不明な点が多いため、本日は現時点での考え方である」とことわった上で、医療保険・診療報酬委員会は参加者からの質問に答えた。
医療保険・診療報酬委員会は、今改定に関する参加者からの質問に対する回答を全日病のホームページに掲載する方針だ。

最初に講演した猪口雄二副会長は、「今回の改定は、(2025年に向け)病床機能の分化・再編にいかに向かわせるかという視点で行なわれた」と指摘。その方向性は昨年8月の社会保障制度改革国民会議報告書で示され、それに沿った医療提供体制の改革と表裏一体に、病院を誘導する大胆な措置が図られたと説明した。
それだけでなく、病床機能報告制度で用いられる高度急性期、一般急性期、回復期、慢性期という病床区分はすでに11年6月に示された2025年の改革シナリオで示されていることを示し、高度急性期の切り分けが試みられ、回復期の充実が志向された14年改定は改革シナリオの着実な実践であることを明らかにした。
地域包括ケア病棟については、「急性期の機能が重視されるべきだが、包括点数の枠内でどこまでできるか」と疑問を呈す一方、「データ提出が要件となったため、この病棟の中身がすべて捕捉される」と述べ、それが次回以降の改定に及ぼす影響に懸念を示した。
一方、7対1に関しては、「仮に今改定で7対1に踏みとどまったとしても、見込み通りの変化が生じなければ、次改定、次々改定とさらなる手が打たれ

る可能性がある」と述べ、今改定への対応策のみから今後の病棟戦略を決めることの危うさを指摘。改革シナリオが示す機能分化の方向を視野に取って対策を講じる必要があるとの認識を示した。
続いて講演した医療保険・診療報酬委員会の西本育夫委員(大倉山記念病院事務長)は、7対1入院基本料だけでなく、地域包括ケア病棟入院料(管理料)、回復期リハ病棟入院料1・2、療養病棟入院基本料1(在宅復帰強化加算)、さらには在宅強化型・支援型の老健施設と、在宅復帰率を要件とする入院料が急性期、回復期、慢性期に出揃ったことに着目。
「すべての道は在宅に通じる」というのが今改定が企図した入院医療の構図であると喝破。とくに一般病棟は、生き延びていく上で「自院が入院の入り口になるための取り組みが不可欠になる」と強調した。
その一方、「7対1で臨む場合も出口を確保していく努力が欠かせない」とも指摘。その上で、「この問題は、やがて、10対1の病院も直面することになるのではないか」との認識を明らかにした。
そして最後に、私見ととしつつ、生



▲第1回経営セミナーで猪口副会長は14年度改定に対応する考え方を明らかにした

き残るための条件として次の2点をあげた。
(1) 地域医療ビジョン策定に伴って行なわれる地域調整の前に、地域の機能分化を視野に入れた自主的な調整を行なうこと。
(2) 連携地域における他院の状況変化を予見もしくはリアルタイムで把握し、よりよい連携に向けて、自院機能の変更を速やかに行えること。
第1回経営セミナーで、参加者からは、地域包括ケア病棟・入院医療管理

料の施設基準、届け出等、多くの質問が寄せられた。
これに対して、医療保険・診療報酬委員会の委員は、現時点で考えられる回答を行なったが、中には、自院の具体的な事例を明らかにして、適切な選択のアドバイスを求める参加者も出るなど、熱のこもった質疑が行なわれた。
今回の経営セミナーは「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」と題して、5月18日に開催される。

衆院厚労委が医療・介護総合確保法案を可決

衆議院の厚生労働委員会は5月14日、病床機能報告制度と地域医療構想、新たな基金の創設などを盛り込んだ医療・介護総合確保法案を原案どおり可決した。野党が審議不十分と抗議する中、自民、公明両党の賛成多数による強行採決となった。
本会議での可決後に参議院の審議に付されるが、参議院も自公が過半数を占めているため、6月22日を会期とする今国会で成立するのはほぼ確実となった。計19本もの関連法を一括改正する医

療・介護総合確保法案は、前出の医療法関連のほか、医療事故調査制度の創設、特定行為を実施する看護師研修制度の措置などの医療制度改革と地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、一定以上所得者の自己負担引上げなどの介護保険制度改革を盛り込んでいる。
4月18日に審議を開始した厚生労働委員会は、4日間にわたる審議の後、5月7日と13日の参考人質疑、12日の地方公聴会(大阪市と甲府市)を経て、14日の採決にいたったもの。

一般社団法人日本専門医機構が発足。四病協は後日に社員参加

新たな専門医制度 2017年より後期研修を開始、20～21年に最初の認定

専門医を統一的基準で認定するなど医療界として自律的に営む新たな専門医制度を担う第三者機関「日本専門医機構」が5月7日に発足した。一般社団法人として設立登記を終えた。
一方、85学会の加盟を得て、これまでの専門医制度を担ってきた社団法人日本専門医制評価・認定機構は、5月8日の社員総会で解散と残余財産の「日本専門医機構」への寄付を決議、前身の学会認定医制協議会から33年にわたる幕を閉じた。
「日本専門医機構」の設立時社員は日本医学会連合、日本医師会、全国医学部長病院長会議の3団体。今後、四病院団体協議会、公益財団法人医療研修推進団体、公益財団法人医学教育振興財団、そして、19分野からなる基本領域専門医の各代表者が社員として参画する予定だ。
「日本専門医機構」の理事は22人。理事長には、日本専門医制評価・認定機構の理事長を務めた池田康夫氏(早稲田大学特命教授)が選ばれた。四病協からは末永裕之日本病院会副会長が理事に就いた。
委員会は総務、広報、財務委員会の常設が決まっているが、それ以外の体

制は今後協議していくという。
基本領域専門医のうち、総合診療専門医については2014年度中に制度の骨格が固められる予定だ。
新しい専門医制度は、①2014年から

15年にかけて専門医認定・更新基準および研修プログラム・研修施設整備指針にもとづく研修プログラムを策定、16年に臨床研修医(2年次)に対する研修プログラムを提示、17年より新制度

による後期研修を始め、20年から21年にかけて新専門医の認定を行なう、というタイムテーブルで準備が進められている。

国家戦略特区 「東京圏」「関西圏」など6地域を閣議決定

政府は4月25日に国家戦略特区として福岡市など6地域を定めた政令を閣議決定した。政令は5月1日に公布・施行された。
6地域は、千葉県成田市と神奈川県そして東京都の一部からなる「東京圏」、京都・大阪・兵庫の3府県からなる「関西圏」、沖縄県、福岡市、新潟市、養父市(兵庫県)。
東京都は千代田区、中央区、港区、新宿区、文京区、江東区、品川区、大田区、渋谷区の9区のみが対象となるが、東京都以外は指定地区の全域が特区となる。
医療に関しては、東京圏で外国人医師による診療、病床規制の特例による病床の新設・増床の容認、保険外併用療養の実施等が認められるほか、医学部の新設が検討される。
関西圏でも、病床規制の特例、外国

人医師の診療、保険外併用の実施等が可能となる。
福岡市においても病床規制の特例や外国医師の診療等が行なわれる予定だ。それぞれの特区には、国、当該自治

体、参加企業からなる区域会議が設けられ、具体的な事業(規制緩和事項)などを区域計画として決める。早ければ今夏にも計画を策定、順次始動する見込みだ。

国家戦略特区 「保険外併用」は 神奈川県、成田市、大阪府、京都府で採用か

5月12日の国家戦略特別区域諮問会議は、5月2日、7日に行なわれた指定6区域の自治体からのヒアリング結果を踏まえ、指定区域に設置する区域会議の運営など当面の諸問題を検討した。
この会議の資料で、指定6区域が採用する規制改革事項の見通しが示された。それによると、外国人医師による診

療等は東京圏(東京都の一部・神奈川県・成田市)、関西圏の大阪府、それ以外の区域となる福岡市が、病床特例に関しては東京圏の全区域と関西圏の兵庫県・京都府が、保険外併用は神奈川県と成田市、大阪府と京都府で、それぞれ「区域計画に記載される見込みが高い」とされた。

死因究明等推進計画検討会最終報告書

5年めどに死亡時画像診断のマニュアル。専門機関整備は努力目標

内閣府に設置された死因究明等推進計画検討会は死因不明遺体の死因究明と身元確認等の体制を整備する施策に関する最終報告をとりまとめ、4月24日に公表、4月25日に意見募集(5月9日締切)に付した。最終報告の内容は死因究明等推進計画として閣議決定される予定だ。

死因究明等推進計画検討会は、2012年に制定された死因究明等の推進に関する法律にもとづき、死因究明等の推進に関する法制上・財政上の措置等を定める死因究明等推進計画案を作成するために、同年9月に設置された。

推進法は、死因究明等の推進に関して講じるべき重点施策として、①死因究明を行なう専門機関の全国的整備、②死因究明等の業務に携わる警察等職員、医師、歯科医師等の育成、③死体の検案及び解剖の実施体制の充実、④薬物・毒物の検査や死亡時画像診断等死因究明のための科学的調査の活用などの8項目をあげている。

最終報告は、前出の8項目にそった検討結果を整理したものだが、全体として方向性の提示にとどまり、より踏み込んだ具体的施策は引き続き検討課題とされた。

その中で、死因究明等に携わる人材養成に関しては、①臨床研修病院等に、死亡診断書(死体検案書)記入マニュアルの活用を含めた、到達目標の周知徹底を図る、②医師を対象にした死体検案研修の充実を図り、5年後を目途に、原則、当該研修を修了した医師が警察等の検視・調査への立会い・検案を実施できるようにしていく、ことなどが盛り込まれた。

死亡時画像診断については、厚労省の異状死死因究明支援事業や医療機関における小児死亡例の画像診断情報のモデル収集・分析等によって結果を検

証、その結果を踏まえて、「5年後を目途に、日本医師会内の検討会において、死亡時画像診断全体の在り方を含めた検案する医師の参考となるマニュアルを作成していく」とした。

一方、死因究明を行なう専門的機関の整備に関しては、関係機関・団体等が協議する場(死因究明等推進協議会=仮称)の設置を求めるとともに、「専門的機能を有する体制の整備に向けて努力するよう求める」と提言するにとどまった。

法的義務となる「在宅医療・介護連携の推進」へ、初の全国担当者会議 全都道府県に担当課を配置。今後は各都道府県にアドバイザーを配置

厚生労働省は4月24日に「都道府県担当者・アドバイザー合同会議」を開催した。

介護保険法改正の2015年度施行によって「在宅医療・介護連携の推進」が法定事項となり、その施策を15年度からの第6期介護保険事業(支援)計画に組み込む必要があることから、都道府県、2次圏の連携調整支援事務局(保健所等)、市町村、地域包括支援センターと垂直の行政セクターを有機的につなぐ体制を整える必要がある。

そのために、厚労省は、在宅医療連携拠点事業と在宅医療推進事業を通して都道府県に在宅医療・介護連携の担当課(室)を設置させる一方、国と都道府県に在宅医療・介護連携の実践経験をもつアドバイザーを配置、両者が一体となって、都道府県および市町村に連携推進にかかわる技術支援を行なう体制を整えた。

それぞれ年に2回ほど全国会議を開き、厚労省からの情報提供、全国の事例報告、推進にかかわる方針と考え方の共有を行なう方針だ。

今回はそれぞれ1回目の全国会議であるため、関係者の足並みをそろえるために合同の会議としたもの。

「医療介護総合確保法案」には、介護保険法の改正事項として「地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化」が謳われ、その中に「在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実」という項目が盛り込まれた。

「在宅医療・介護連携の推進」は、「地域包括ケアシステムの構築に向けた市町村の取り組みを一層推進する」ために、「認知症施策の推進」や「地域ケア会議の推進」等とともに、地域支援事業の1つとして介護保険法に位置づけるといふもの。

具体的には、(1)「在宅医療・介護の連携推進」を介護保険法で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組む、(2)そのために、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に組み込んで

市町村が主体となって取り組む、(3)具体的には、地域包括支援センターに一括して委託してきた包括的支援事業に在宅医療・介護の連携推進事業を追加し、他の事業とは別に地区医師会等の専門団体に委託可能とする、というのが法改正の内容である。

この点について、老健局は、「これまでの医療提供体制に関する行政は、都道府県が一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位としての2次医療圏や3次医療圏を中心として考えてきたが、在宅医療・介護の連携については、介護に係る施策が市町村主体であることやモデル事業を進めてきた在宅医療連携拠点事業の取り組みを踏まえ、国と都道府県の支援の下、市町村が地域の医師会等と連携しつつ、取り組むことが求められる」(3月25日の全国介護保険担当課長会議)と説明した。

すなわち、在宅医療・介護の連携は、2次医療圏や3次医療圏中心の医療に対して、市町村が主体であるから、介護保険主導で推進していくという論旨である。

合同会議で、老健局老人保健課の鶴

田課長補佐は、「在宅医療・介護連携の推進」について、こうした経緯と今後の方針を説明した。

それによると、在宅医療連携拠点事業(11年度、12年度)と在宅医療推進事業(13年度～)を踏まえ、新たに「都道府県医療介護連携調整支援実証事業」というモデル事業を14年度に実施する。

具体的には、モデル2次医療圏で、(1)退院支援ルールの策定と(2)第6期事業計画における在宅医療・介護連携の推進に向けた準備を行なう。

このモデル事業には岩手、富山、滋賀、和歌山、京都、兵庫、徳島、大分、鹿児島9府県が参加しており、それぞれ連携を支援する県アドバイザーを配置した。

このモデル事業で想定している取り組みとして、鶴田課長補佐は、①在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介、②在宅医療・介護連携に関する研修の実施、③24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築、④退院支援に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制を構築するための支援、⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援、

などを例示した。

そして、モデル事業の14年度のタイムテーブルを(1)と(2)に分けて詳しく示した。

そこには、「医療介護連携調整会議」として、①組織化へ向けた病院協議、②組織化へ向けたケアマネ協議、③第1回病院・ケアマネ協議、④退院支援ルール策定に向けた病院・ケアマネ協議、という工程が含まれている。

前出(1)のテーマにかかわるこれら工程は、「保健所等の支援を受け、地域包括ケアセンターと協力して退院支援のルール案を作り、モデル圏域の病院との協議を経て病院・ケアマネ連携の書式案とともに、ケアマネ組織内の合意形成を促す」というプロットに落とし込まれている。

一方、(2)に関しては、包括的支援事業として在宅医療・介護の連携推進事業を地区医師会等に委託する事業が市町村で始まるわけで、それに向けた準備工程が示されている。

15年度からは新基金が介護保険の分野に投入されるが、モデル事業の工程がそのまま新基金の配分を決める工程となる可能性もある。

中医協総会

14年度の改定検証調査の実施を決める

5月14日の中医協総会は「2014年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査実施案」を了承した。

調査12項目のうち、経過措置期間を終えて新たな届け出をするなど改定の影響が明らかになるまで時間がかかる6項目は2015年度に調査するが、それ以外の6項目は14年の後半に調査と結果分析を行ない、来年1月以降の報告(速報)をめざす。

ただし、14年度調査のうち「同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査」は、訪問診療等の実施が困難な地域の把握を急ぐために前倒しし、10月に報告(速報)を出す。

□2014年度の調査項目

- 同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査
- 機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査
- 適切な向精神薬使用の推進や患者の地域移行と地域定着の推進等を含む精神医療の実施状況調査
- 救急医療管理加算等の見直しによる影響や精神疾患患者の救急受入を含む救急医療の実施状況調査
- 夜間看護要員配置の評価や72時間要件を満たさない場合の緩和措置による影響及び医療従事者の負担軽減措置の実施状況調査

- 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査
- 2015年度の調査項目
- 主治医機能評価の新設や紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化による影響を含む外来医療の機能分化・連携の実施状況調査
- 在宅療養後方支援病院の新設や機能強化型在支診等の評価見直しによる影響等在宅医療の実施状況調査
- 訪問歯科診療の評価及び実態等に関する調査
- 廃用症候群に対するリハの適正化、リハの推進等による影響や維持期リハの介護保険への移行の状況を含むリハの実施状況調査
- 胃瘻の造設等の実施状況調査
- 明細書の無料発行の実施状況調査

全日病が主催する研修会の一覧 (詳細な案内は全日病HPをご参照ください)

■新規募集開始の研修会

研修会名(定員)	日時【会場】	会員の参加費(会員以外)	備考
平成26年度 第1回病院職員のための認知症研修会(128名)	7月3日(木)、4日(金) 【全日病会議室】	20,000円 (27,000円)	対象/医療機関の看護職員、リハビリテーション職員、医療ソーシャルワーカー職員等
平成26年度 ADL維持向上等体制加算研修(150名)	7月5日(土)、6日(日) 【全日病会議室】	30,000円 (40,000円)	対象/リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有している医師
平成26年度 個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース(90名)	7月10日(木) 【全日病会議室】	12,000円 (16,000円)	対象/医療機関の個人情報保護管理責任者、担当者

四病協「医療法人会計基準に関する検討報告書」について

医療法人会計基準 強制適用ではないが、医療法人の社会的信頼を高める上で必要

法人全体の計算書類に係る部分のみが対象。企業会計の手法は限定的に採用

四病院団体協議会会計基準策定小委員会委員長
全日本病院協会監事・公認会計士 五十嵐邦彦

1. はじめに

四病院団体協議会の会計基準策定小委員会が作成した「医療法人会計基準に関する検討報告書」が平成26年2月26日の四病院団体協議会総合部会で了承され、公表されました。

その後、「医政発0319第8号 平成26年3月19日厚生労働省医政局長通知」において、「当該報告書に基づく医療法人会計基準は、医療法(昭和23年法律第205号)第50条の2に規定する一般に公正妥当と認められる会計慣行の一つとして認められる」とされました。

会計情報は実態を鏡に映して見せるようなもので、絶対的な姿ではないが、一面の真実を表現するものです。時として、

この鏡(会計の基準)がどのようなものなのか注目されることがあります。

医療法人は今までのような鏡を使っていると世間から見られてきたかを踏まえると、今後どのように見られるようになるのかは、当事者がこの新しい鏡を大切に使うかどうかにかかっています。

この医療法人会計基準は強制適用ではありませんが、多くの法人が趣旨を理解して適用することが、医療法人の社会的信頼性を高めることとなります。



3. 医療法人会計基準の内容と留意すべき点

「検討報告書」の医療法人会計基準の具体的内容の特徴は、株式会社等の企業とは異なる民間非営利法人である医療法人であることを明確に意識し、近年、投資情報重視型に改定されている企業会計の手法は、他の民間非営利法人の会計基準でも取り入れられている範囲に限定しているということです。

将来推定の予想値を使ってわけのわからない数学的処理をするような処理は、原則不要となっています。

たとえば、退職金の負担は、退職一時金制度の場合、すでに勤務をした結果生じている負担すべき金額を規定にしたがって計算して負債に計上し、1年間で増加した分が費用に計上される処理で、ほとんどの法人は足りません。

さらに、現在まったく負債に計上していない場合も配慮して、過去の方は、適用後15年間で分割計上することもできるようにしています。

また、時価評価する資産も、原則明確な市場価格がある保有有価証券のみです。法人税等の負担を損益計算書上の損益に対応させる会計処理も、重要な影響があると判断する場合のみ行えばよいことになっています。

その他は、現行で行っていると想定される法人税上の適正な処理で事足りる。

会計基準という建付けの関係上、例外的な事象が起きた場合でも対処できるように規定せざるを得ないこととなっていますが、現実の適用においては、大きな実務的な変更が必要になることはないように想定されていますので、基準の文言にナーバスにならずに解釈して適用を考えてください。

また、今回の医療法人会計基準は、社会福祉法人会計基準のように、必要なすべての会計制度について網羅的に規定したものではなく、医療法人全体の計算書類に係る部分のみを対象としたものです。

このため、これだけで現実の会計の仕組みを構築できるわけではありません。

たとえば、具体的な勘定科目は、病院の部分については病院会計準則を適用すべきですし、その他の施設についても、これに準じて適用されるものを設定する必要があります。

もっとも、従来からこのように会計を行っていたはずですので、この点についても特段の変革を行うことを想定していません。

2. 検討報告書が目的としている、解決すべき医療法人会計をめぐる現状と課題

医療法人の会計については、医療法上第50条の2に「医療法人の会計は、一般に公正妥当と認められる会計の慣行に従うものとする。」とされていますが、同趣旨の法規定のある企業には「企業会計基準」や「中小企業の会計に関する指針」、公益法人には、「公益法人会計基準」といった会計処理の基準がありませんでした。

あるのは、どのような掲載レベルで財務諸表の届出をするかということが決められている「医療法人における事業報告書等の様式について」(医政指発第0330003号 厚生労働省医政局指導課長通知)と「社会医療法人債を発行する社会医療法人の財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則」(平成19年厚生労働省令第38号)だけです。

このような明確な会計基準がない状

態での実務は、法人税課税上普通法人であることと上記様式通知にも企業会計を前提としたものが取り入れられていることから、税法への適合のみの会計数値を医療経済実態調査に提出することで現実の経営実態より良い損益状況と受け取られる、信頼性を付与したいがために監査証明を求めると企業会計の基準での適正性判断となってしまう、財務や会計の実情について制度論から注目されると会計基準もない中でやっているということから財務管理そのものについてまで信頼性が薄いと誤解される、といった弊害が生じています。

今回の四病協検討報告書は、現行の会計情報の開示を変更することなく、このような弊害を除去することを目的として作成されています。

4. 想定している適用法人の類型

今回の医療法人会計基準は、検討報告書に明記してありとおり、生業的規模の一人医師医療法人についてまで適用することを想定しているものではありません。病院又は介護老人保健施設を開設する医療法人に違和感なく馴染むものとなっています。

複数の診療所や介護事業を展開している医療法人の場合は、様式通知の貸借対照表と損益計算書が簡易様式になっている関係上、本来、両計算書類の内訳とすべきものが別の注記表項目にすることで現行制度に整合しつつ適用できるように工夫されています。

全日病の2013年度調査研究—3件の報告まとまる

老人保健健康増進等事業 「高齢者の医療ニーズ」「BPSD患者の在宅支援」「在宅認知症施策国際比較」

全日病が調査研究事業として厚労省から受託した2013年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)の調査研究事業の結果がまとまり、4月19日の常任理事会に報告された。

2013年度に採択された全日病の調査研究テーマは、(1)医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究、(2)BPSDの増悪により精神科病院への入院を要する認知症患者の状態像の分類モデル及び退院後の在宅療養支援に関する調査研究、(3)諸外国における認知症治療の場としての病院と在宅認知症施策に関する国際比較研究の3件。

いずれもテーマごとに設置された事業検討委員会(木下毅委員長)が担当した。

各テーマの報告要旨は以下のとおり。
●医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業

・医療区分を尺度としてみると医療療養>介護療養型医療施設・介護療養型老人保健施設>介護老人保健施設・介護老人福祉施設の順に医療度の高い入院患者/入所割合が高く、前回調査と比較して、各施設の特徴を生かした機能分化が進んできていることが示唆される。

・介護療養型医療施設の今後については「転換先未定」が圧倒的に多く、転換先が定まっている機関では、医療療養病床や介護療養型老人保健施設への

転換意向が多かった。

●BPSDの増悪により精神科病院への入院を要する認知症患者の状態像の分類モデル及び退院後の在宅療養支援に関する調査研究事業

・調査結果から、循環器系や呼吸器系の疾患が増悪した認知症の患者は、精神科よりも一般病院で受け入れるケースが多いことが伺えた。その場合、「幻視・幻聴」「妄想」「易怒性」等が重度である患者はBPSDへの対応力が高い精神科病院との連携を強化する必要があるが、BPSD対応マニュアルを導入している施設では、その重症度に比してケア負担度が低くなる傾向がみられた。

全日病「医師の就業動向調査」

臨床研修修了者で私的病院勤務割合が増加

全日病が実施した「医師の就業動向調査」に関する報告がまとまり、4月19日の常任理事会に報告された。

各病院における医師確保の努力に資する情報として医師の就業プロセスの実態を把握する目的で、病院のあり方委員会(徳田積久委員長)が、2012年秋に全会員病院を対象に実施したもの。

病院の回答数は358(14.6%)、医師からは3,915名の回答を得た。調査結果と分析の要旨は以下のとおり。

(1) 卒後1年～10年目に約50%の医師が

・自院で対応困難な認知症・BPSDに対応できる医療機関と連携している病院が5割を超える一方、そうした医療機関を把握しているにも係らず連携できていない病院が4割程度ある。

・認知症疾患医療センターの整備は重要であるが、早期発見と早期対応において既存の医療機関を有効に使う地域での仕組み作りが急務である。

●諸外国における認知症治療の場としての病院と在宅認知症施策に関する国際比較研究事業

・オランダ、イタリア、英国では、認知症に関する最初の判断・治療をバックアップするGPと専門機関の連携が基本的に整えられている。

・認知症薬に関して、オランダでは初回は専門医による処方が必要とするなど一定の制限がある。イタリアでは認知症薬を処方できるのは専門機関のみとなっており、英国でも抗精神病薬の処方(初回)を専門医に制限する取組が始まるなど、GPと専門医の役割分担が明確になされている。

・オランダで、ケースマネージャーがGPと協力し、認知症患者が診断を受けてから終末期にいたるまで患者と介護関係者全体をサポートしている。一方、イタリアにおいては、移民労働者が住み込みで在宅ケアの担い手となる事例も紹介された。

は「教室派遣」を理由として勤務施設を変更しており、「医育機関」や「公的病院」で勤務していた。

(5) 一方、34歳以下の医師は「教室派遣」だけでなく「キャリアアップ」を理由として就業先を変更しており、勤務先も「医育機関」だけでなく「私的病院」で勤務する割合が増加している。

理由として、卒後臨床研修制度により市中病院等で研修を行うことが可能となったため、キャリアアップ等を目的として私的病院で勤務をする割合が高くなったことが考えられる。

(6) 卒後年数別に就業先の変更回数を算出したが、性別、子供の有無、配偶者の有無による違いは見られなかった。

「教室派遣」を理由に就業先を変更し、主に「医育機関」「公的病院」に勤務していた。

(2) 卒後11年目以降は「教室派遣」によって就業先を変更する割合が徐々に減り、「就業条件」「開業・事業継承」「子供の教育以外の家庭事情」を理由に就業先を変更する割合が徐々に増加した。

(3) その結果、「医育機関」と「公的病院」に勤務する割合が徐々に減少し、「私的病院」に勤務する医師が増加した。

(4) ただし、35歳以上の医師の約50%

終末期医療のガイドライン使用に関する調査結果と今後の活動について

全日病

ガイドラインの周知・利用割合は微増。終末期医療への対応は不十分

会員病院にとどまらず、今後は、広く国民にもその普及を図っていきたい

病院のあり方委員会委員長 徳田禎久

当協会は、平成21年に「終末期医療に関するガイドライン〜よりよい終末期を迎えるために〜」を策定し、その普及に努めてきた。

このガイドラインにおいて、終末期の定義や医療行為をどこまで行うかという基準、患者の意思表示や意向を尊重し、医療をいかに開始・継続・中止すべきかを示した。

本ガイドラインの活用状況を明らかにするために、平成21年に、会員病院に対するアンケート調査を実施した。

回収率は20.9% (479病院/調査当時2,284病院)で、終末期医療ガイドラインを作成している病院は24.2%、本ガイドラインを知っていた病院は44.5%、本ガイドラインを使用していた病院は23.0%、という結果であった。

今回、本ガイドラインの利用状況の経年変化を知るために、平成25年9月に再びアンケート調査を実施した。

その結果、回収率は22.6% (549病院/調査当時2,433病院)と平成21年とほぼ同様であり、終末期医療ガイドラインを作成している病院は36.2%、本ガイドラインを知っていた病院は49.7%、本ガ

イドラインを使用していた病院は27.1%であった。

前回と今回の調査を比較すると、本ガイドラインの周知と使用の割合は共に微増している。

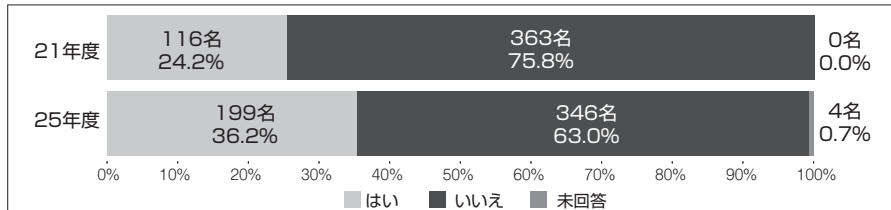
しかし、依然として本ガイドラインが十分に活用されているとは言えない。また、ガイドラインを策定しない理由として「必要であるが、終末期は個々によって異なり、一概に道筋は示せない」等の意見もあったが、終末期医療に関する全日病会員の意識は必ずしも高くはない事も判明した。

報告書全文を全日病のホームページに掲載しているため、是非ともご覧いただきたい。

病院のあり方委員会は、この結果も踏まえ、改めて、終末期医療にしっかりとした対応をすべきであると考えている。

具体的には、有識者を交えた座談会を開催して終末期医療の現状とあり方や今後のガイドラインの普及等について議論し、理事会の承認を得た上で、会員のみならず、広く国民にもその利用を広報する方針で臨むこととした。

図1 終末期医療に関するガイドライン(方針)の有無



*平成21年調査の質問は「貴院では終末期医療に関するガイドラインを作成しているか」、平成25年の調査は「貴院では終末期医療に関して病院としての方針が決められているか」

図2 当協会が作成したガイドラインの周知状況

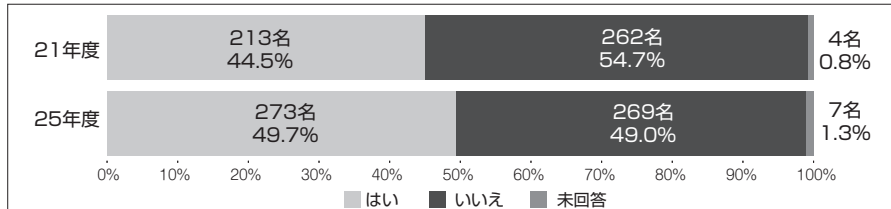
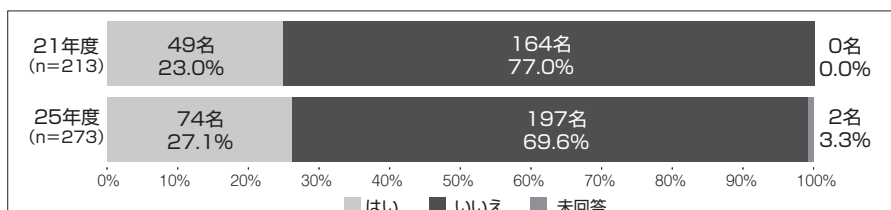


図3 当協会のガイドラインの使用状況



*図2で「当協会のガイドラインを知っている」と回答した場合にのみ回答

財政制度分科会と経済財政諮問会議で考え方を共有

医療費の支出目標制度 提供体制の必要量と医療費の地域ごと目標化へ、データ活用推進体制を構築

財務省は、4月28日の財政制度等審議会財政制度分科会に、4月22日の経済財政諮問会議で麻生財務大臣が提案した「レセプトデータの活用による医療の効率化」の考え方を説明した。

麻生大臣によるプレゼンの内容は、3月28日の同分科会で松田晋哉産業医科大学医学部教授が示したレセプトデータを有効活用した「緩やかな総額管理」の考え方を踏まえている。

松田教授は、欧州の医療改革が示唆するものとして、総合診療専門医(かかりつけ医)、地域包括ケア、代替政策(「治す医療」から「治し支える医療」へ、入院から在宅へ)など、わが国で進められている取り組みに「緩やかな総額管理なども視野に入れる必要」を提起し、「そのためにも医療・介護情報の活用が必要」と論じた。

そして、「医療・介護情報の活用」の例証として、福岡県における医科・調剤・介護の各レセプトと特定健診のデータを保険者レベルで統合したデータベースの試みを紹介し、その分析から医療圏ごとの医療指標が導けると指摘。さらには、DPCデータを活用するこ

とによって、急性期医療については質の評価も可能となるとし、NDB(ナショナルデータベース)等既存データの有効利用を訴えた。

松田教授の考え方に、財政制度分科会は、「『緩やかな総額管理』を財政的なメカニズムとして解釈すれば、各保険者ごとに医療費支出について予算を作るということ。ぜひ、そのような取り組みに向けてデータを活用していくべき」「松田教授の指摘のうち、『新たにデータを集めるのではなく、既存のデータを十分に分析・活用すべき』との点が非常に重要」など、支持する意見が相次いだ。

経済財政諮問会議における麻生大臣のプレゼンの骨子は、

- (1) 福岡方式の横展開と深化を図る
- (2) 保険者には支出目標の達成度合いに応じた後期高齢者支援金の加減算を行なうことで医療費適正化インセンティブを付与する
- (3) 支出目標を国レベル・保険者レベルで設定。これにより、国は、フランスの医療費支出国家目標制度(ONDAM)と同様の支出目標制度を実施する

算編成の考え方」を、経済財政諮問会議は「経済財政運営と改革の基本方針」(骨太の方針)をそれぞれまとめているが、そこには、毎回、社会保障費の具体的な抑制方針が盛り込まれてきた。

両会議の共通認識とされたことから、今年は、医療費の支出目標制度が盛り込まれる可能性があるが、同制度が実効性を獲得するためには、医療情報とICTの全国的標準化などクリアすべきハードルも多く、今後の取り組みが注目される所だ。

(4) 必要なデータ分析、国による標準的算定式の策定、制度設計等について、関係大臣横断の枠組みである社会保障制度改革推進本部に有識者のチームを立ち上げて取り組むというもの。

毎年6月頃に、財政制度分科会は「予

「レセプトデータの活用による医療の効率化」の考え方(支出目標制度部分)

- 福岡県の先進事例を踏まえつつ、以下のとおり医療費の効率化を図るべき。
- ①都道府県は「地域医療構想(ビジョン)」を策定する際、将来の医療機能別の必要量を定める予定(今国会で審議中の医療介護総合確保推進法案において規定)。
- ②ただし、都道府県は医療適正化計画の策定主体でもあり、今後、国民健康保険の財政運営の責任も都道府県に移行する予定。提供体制のみならず医療費の適正化に大きな責任。
- ③①のような数量面の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。
- (注)例えば、医療費が少ない都道府県などを標準集団として、そこから年齢・人口構成等を補正して合理的な医療需要を算定。実際の医療費との乖離の原因(ジェネリック使用率など)をレセプトデータを用いて可視化させながら妥当な支出目標を設定。支出目標の達成のためにもレセプトデータを統合的に利活用。
- ④都道府県は、これを支出目標として医療費を適正化。

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

個人情報漏えい保険の概要

個人情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

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