



全日病 NEWS 8/1

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 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.829 2014/8/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

地域医療構想

病棟機能報告の内容決まる。今後の焦点はGLの内容

病床機能情報の報告制度 7月現在の内容を10月に報告。病棟機能は現状と併せて「今後(6年後)の方向」も

7月24日の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」は、この10月1日に施行される病棟単位で機能等の情報を報告する制度の内容を決め、閉会した。その結果は「議論の整理」にまとめられ、7月29日に公表された。

病院と有床診が、都道府県に、①病棟ごとの医療機能、②構造設備・人員配置等、③提供している医療の内容を報告するこの制度は、毎年7月がその対象となる。ただし、初年度の2014年度は、医療内容は病院単位とし、報告は10月1日から10月末日までに行なうことになった。

医療内容の報告には電子レセデータが活用される。また、医療機能に関しては、「現在」と併せて「今後(6年後)の方向」も報告することになった。

事務局(厚労省医政局総務課)は、「議論の整理」にもとづいて同制度の運用規定等を具体化し、8月内に政省令を改正する。同時に、その内容を分かりやすく表現したマニュアルを作成、通知によって全国の入院医療機関への周知を図るとしている。

報告制度の議論を終え、局面は、9月に設置される検討会で始まる地域医療構想のガイドラインをめぐる議論へと移る。

4ヵ月ぶりとなった病床機能情報検討会は、前回(3月27日)会合で報告の方法と項目の案を固めたが、(1)医療機能の「今後の方向」を報告する場合に何年先を対象とするか、(2)報告結果の公表方法をどうするか、の2点を積み残した。

この日の会合に、事務局は、(1)に

ついては、①基本的に医療計画の新たな計画期間と同じ(6年)とするが、それ以前に機能変更の予定がある場合は併せて報告できるものとする、②別途、2025年時点の機能の予定は任意の報告とする、③「今後の方向」の対象年数を何年にするかは必要に応じて見直すという案を示し、賛同を得た。

(2)に関しては、①都道府県は報告内容を分かりやすく加工して公表できる、②公表の具体的な方法は地域医療構想のガイドラインを策定する中で検討するという考え方を提示し、了承された。

事務局は、また、報告項目の最終案を示し、検討会の同意を得た。報告は、構造設備・人員配置、入院基本料、患者については病棟単位だが、看護職員数や医療機器など報告項目によっては病院単位となる。

最終的な報告項目は、前回案より10件強少ない112項目(医療機能1、設備構造・人員配置等32、医療の内容79)となった。報告項目は必要に応じて追加等が行なわれる。

提供されている医療の内容はすべて病棟単位だが、初年度の今回は、レセプトと病棟の紐づけができないために病院単位の集計となる。

次の診療報酬改定の際に電子レセの様式に病棟コードを追加するシステム改修が行なわれる。以降、医療内容のデ

ータは病棟単位で集計されることになるが、その改修時期は、10%への引き上げに対応した消費税改定(引き上げが予定通り実施されれば05年10月)となる可能性もある。

病棟コードを付した電子レセの情報は、支払機関を経由し、「レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)」と同じサーバーに送られ、厚労省が集計した後に、報告制度用に設けられる全国共通サーバーを介して各都道府県に提供される。電子レセ以外の情報は、直接、全国共通サーバーに送られる。

電子レセに関してはNDBのインフラを活用するわけだが、NDBは高齢者医療確保法、病床機能情報は医療法と根拠法が異なるため、病床機能情報の活用は原則的に都道府県による地域医療構想策定に限られる。

ただし、厚労省は、NDBを病棟単位で再構成した、病棟単位の人的資源や患者の入退院経路を含むデータを、全入院医療機関から得ることになる。



14年度分の報告データを資料にGLを検討

こうして得られた情報は、地域医療構想に供されるとともに、2次医療圏ごとに設けられる「協議の場」で、機能別病床の分布を評価するなどの検討に用いられる。

まず、14年度分のデータは地域医療構想のガイドラインの検討に用いられる。ガイドラインの検討会では、2025年の機能別病床等の必要量を導く計算方法や4つの医療機能の定量的基準なども議論される。

このうち、定量的基準は厚労科研究班が既存データで原案をつくるが、同時に、まだ病棟単位にはなっていない今回のデータが重要な資料となる。同様に、必要量の計算方法も、今回データの中の「今後の予定」が重要な資料となる。

この必要量計算について、7月28日のDPC評価分科会で、医政局総務課の担当官は「地域によって高齢化が異なる。必要量は、まずは、人口構成等の変化と受療率の予測から算出されることになろう」と説明した。

この必要量と現在あるいは将来見込まれる病床数との差、とくに過剰数の調整が、2025年に向けた分化・連携の絶対的なテーマとなる。

報告は毎年行なわれ、地域医療構想も医療計画の一環として6年ごとに策定されるため、こうした指標や計算式は、ガイドラインともども必要に応じて見直されるが、少なくとも、スタート時のガイドラインに盛り込まれる指標等の根拠データに、病棟単位が定かでない医療内容や夏期患者(疾病)のデータが使われる点は一抔の不安でもある。

その中で、開始時は7月とされた報告の対象期間については、今後、拡大するか否かを検討するとされた。

地域の病院の今後を左右する地域医療構想は、14年度中につくられるガイドラインを踏まえ、15年度以降に各都道府県で策定されるが、その審議過程は基本的に都道府県の裁量となる。

したがって医療計画を策定するときと同様の医療審議会等が審議の場となるとみられるが、では、関係者が一堂

に会する「協議の場」は、既存関係者の手でつくられた構想を実践するだけの調整機関にとどまるのか、定量的基準に地域事情はどこまで加味されるの

「特定機能病院=高度急性期」という誘導を撤回させる

この日の検討会に、事務局は、高度急性期機能の病棟例を提示した。

高度急性期、急性期、回復期、慢性期という4つの医療機能のうち、とくに、高度急性期については、「DPC病院を指すのか」「7対1をいうのか」「専門病院も対象となるのか」など、病院界には様々な疑問がとびかかった。こうしたことから、前回、構成員から「どう定義するのか」という質問が出ていた。

事務局の回答は、①特定機能病院で急性期の患者に診療密度が特に高い医療を提供する病棟、②救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に診療密度が特に高い医療を提供する病棟、というもの。事務局は、この例示を、報告制度の

かなど、議論されるべき課題は多い。それだけに、ガイドラインの内容は、報告制度の行方に大きな影響を与えるものとなる。

マニュアルに明記するとした。この説明に、医療系の構成員は「特定機能病院以外は高度急性期の機能に該当しないという誤解を与える」などと反発、①の撤回を求めた。議論の結果、事務局はこれに応じた。

さらに、②に関しても、「どうしてもこの文言は必要なのか。これがないと高度急性期機能とは言えないのか」など、強い疑問が投げかけられた。

定性的な基準の下で、すべての医療機関は、自らの判断で機能を選択することができるというのが、検討会で合意かつ確認されてきた1つだ。

医政局の土生総務課長は「当面は定性的基準であり、医療機能は自院が判断することになる」と述べ、誤解を与えないものへと②の表現の書き直しに応じた。

清話抄

地域包括ケアシステムは政権交代によっても方針が変わりがないため、厚生労働省の省是から、今や、国是となっているようだ。

平成23年10月5日の中医協資料「総2」の5頁に「2030年までに約40万人死亡者が増加すると見込まれるが、看取り

先の確保が困難」との課題が記載されている。この課題に対する厚生労働省の回答が、地域包括ケアシステムの構築である。

「時々入院、ほとんど在宅」という掛け声のもと、今回の診療報酬改定では、急性期、慢性期に加え、老健までも在宅復帰率が設定された。患者は入院すると一刻も早く在宅等への移行を迫られ、地域包括ケアシステムの中で看取

りを受けることになる。

平成20年10月23日開催の社会保障改革国民会議サービス保障分科会資料の改革シナリオBは、2025年までに2007年当時の人数から医師1.2~1.24倍、看護職員1.36~1.56倍、介護職員は2.1~2.17倍の人材が必要と試算している。

その後、社会保障制度改革国民会議は、平成25年8月6日の報告書で、「地域包括ケアシステムを支えるサービス

を確保していくためには、介護職員等の人材確保が必要であり、処遇の改善やキャリアパスの確立など進めていく必要がある」としている。

地域包括ケアシステムの構築の成否は看護・介護の人員確保が胆である。地域包括ケアシステムの構築のために医療機関の人材が奪われるようなら本末転倒である。そうならないような対策が望まれる。(亮)

主張

大病院の再来患者を制限すべきではないか

入院病床機能に関して調査報告制度が始まろうとされているが、外来機能に関しては、大病院と我々のような中小病院との機能分化はされていないのが実情である。現在のフリーアクセスを遵守するとすれば規制をかけにくいのが現実であるが、200床以下の中小病院が会員の大半を占める全日本病院協会としては何らかの対策が必要と思われる。

ある調査によると、都内の大学病院での再診患者と初診患者との比率はほぼ9対1程度である。年間100万

人程度の外来患者総数のうち、初診患者は10万人程度に過ぎないのが実情である。大学病院でも重症な外来患者ばかり診ているのではなく、殆どは診断のついている生活習慣病などの再来患者で占められているのである。患者のブランド志向や、大病院神話などのために、大病院において軽症患者が外来患者の大半を占めている現実をわれわれは黙視すべきではないと私は考えている。

現行の制度では200床以上の病院では選定療養費として初再診料の別

途負担を患者より徴収することが可能となっているが、初診料に選定療養費を科しているのは全国で1,174病院に対し、再診料ではわずか109病院であり、極端に少ないのが現状である。

受診開始後数回の受診により診断が確定した患者には適当な選定療養費を設定することにより、大学病院再診にもっと制限をかけても良いのではないかと考えている。

また、先日公表された日本医師会病院委員会報告書によると、生活習慣病などで大病院・中小病院・診療所を

受診している集団を対象にレセプト上の医療費を比較したところ、大病院>中小病院>診療所となっており、しかも、その差は歴然としていた。

このことを考慮すると大学病院を受診している軽症患者をこれ以外の医療機関で治療することは医療費の節約効果もあるということになる。さらに、大学病院などでは勤務医の過重労働の軽減効果も予想される。

以上より、大病院における再来患者を制限することについて、何らかの行動を起こすことを主張したい。(KS)

有識者のみ、医療者不在の委員。専門委員に任命か

社会保障制度改革推進会議 議論を開始。5年かけて2025年に向けた制度改革を検討

内閣の下に設置された社会保障制度改革推進会議が7月17日に初会合を開き、議長に清家篤慶應義塾長を選出するとともに、今後の進め方について意見交換した。

安倍首相は「受益と負担の均衡のとれた(社会保障)制度としていくためには不断の改革が必要であるが、その際には2025年を展望しつつ、すべての世代が相互に支え合う仕組みとしていくことが重要。こうした観点から、今後の社会保障のあるべき姿を描きつつ、例えば、地方の創生や女性の活躍推進など、制度横断的な視点も大切にしながら、忌たんのない議論をお願いしたい」と挨拶。

前段で「活力ある社会を実現」する必要に触れており、持続可能な社会保障制度に向けた制度改革を進めるだけでなく、「地方の創生」や就業構造の変革などアベノミクスの視点から社会保障の施策を講じるよう求めた。

推進会議の設置はいわゆるプログラム法にもとづくもの。設置期限は社会保障制度改革推進本部と同じく「設置の日から起算して5年を超えない範囲内(2019年1月11日以前)で政令で定める日」とされているため、1年以内の方針が求められた社会保障制度改革国民会議よりはゆったりした日程で議論される。

委員は20人以上と定められているが、現時点で11人しか任命されていない。そのうちの8人が国民会議の委員を務めたが、報道関係の1人をのぞく委員はすべて社会科学系の有識者で占められた。国民会議に医師は2人いたが、今回は1人も選ばれなかった。

推進会議は委員以外に専門委員を置くことができる。初会合後の記者会見で清家議長は、専門委員には医療・介護の分野から専門家を起用する意向を表明した。

諮問会議、政治主導で厚労省に“君臨”

社会保障制度改革国民会議の答申は改革課題と日程を法定化したプログラム法に引き継がれ、医療介護総合確保推進法というかつてない規模の一括法を成立させるとともに、自己負担率を引き上げ、都道府県を保険財政の当事

清家議長は、また、推進会議の議論は、社会保障制度改革の対象である医療、介護、年金、少子化対策の4分野にとどまらず、「経済成長や雇用問題も含めた横断的な議論となる」という認識を示した。

初会合のこの日は、各委員が問題意識を披露するとともに、議論の進め方を確認するフリートークに終始した。社会保障制度改革の前提である消費税率10%への引き上げが確定していないため、しばらく、議論は暗中模索の域を出ない。

清家議長も「まずは10%を前提に、(プログラム法が定めた)制度改革の成り行きを注視したい」と述べ、当面、人口減少の影響といったマクロ的な問題を論じるとともに、国保の財政基盤強化と都道府県移管や病床既報情報報告制度など、目先の制度改革がもたらす影響を考察していくという意向を表明した。

者に引き出す医療保険制度改革に道筋をつけた。

しかし、国民会議は、給付と負担の均衡や医療費削減を自律的に図るダイナミックな仕組みを提唱するにはいたらなかった。



その点、5年という時間が与えられた推進会議は、医療費目標の設定、スライド制の保険料率・自己負担率、保険外サービスの公的保険周辺事業化、事業主体の規模拡大と規制の自由化など、医療介護の産業化と給付と負担の構造により踏み込んだ大胆な改革案を打ち出すものとみられる。

関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部の頭脳を受け持つ推進会議は、諮問機関ながら、プログラム法の規定の進捗状況をチェック・検証するとともに、本格的・具体的な改革メニューを考案、かつ、その法制化と措置化を見届ける機関となる。

しかも、事実上、厚生労働省に君臨

する“司令塔”となり、二層構造で改革を引っ張ることになる。

国民会議報告書に「例えばホールディングカンパニーの枠組み」と記されたものが半年で「非営利ホールディング型法人制度の創設」として閣議決定されたように、諮問会議の活用は、既存秩序との調整を重視する厚労省に激変もいとわれない迅速な改革を強いる政治主導の手法と化している。

それだけに、どのような施策提案がなされるのか、議論の資料にどのようなデータが使われるのか、医療団体が意見を述べる機会が与えられるのか、今後の展開が注目される。

□社会保障制度改革推進会議の委員 ◎は社会保障制度改革国民会議の委員

- ◎伊藤 元重 東京大学大学院経済学研究科教授
- ◎遠藤 久夫 学習院大学経済学部長
- ◎大日向雅美 恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授
- ◎権丈 善一 慶應義塾大学商学部教授
- ◎神野 直彦 東京大学名誉教授
- ◎清家 篤 慶應義塾長
- 武田 洋子 三菱総合研究所政策・経済研究センター主席研究員
- 土居 丈朗 慶應義塾大学経済学部教授
- ◎増田 寛也 東京大学公共政策大学院客員教授
- 宮島 香澄 日本テレビ報道局解説委員
- ◎山崎 泰彦 神奈川県立保健福祉大学名誉教授

医療・介護情報の活用へ、改革推進本部に専門調査会を設置

政府の社会保障制度改革推進本部は7月1日、社会保障制度改革を推進するために地域横断的な医療・介護情報の活用方策等の調査・検討を行なう「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」の付設を決定、15人からなる委員の名簿を公表した。

同日の閣議後記者会見で、甘利内閣府特命担当大臣は、「例えば、国、都道府県ごとの医療費水準のあり方、医療提供体制のあり方、あるいは医療費適正化対策のあり方といった観点から、医療・介護情報の活用方策等を検討する。まずは、地域における医療・介護情報の実務的な分析・検討からスタートし、論点や工程を整理していく」と説明した。

医療・介護を横断した患者(利用者)情報の地域横断的な活用の必要性は、社会保障制度改革国民会議の報告書で提起された後も、経済再生会議や経済財政諮問会議などでその必要性が論じられ、6月の骨太方針には「地域横断的な医療介護情報のICT化により『見える化』を進め、各地域の状況を比較した結果を踏まえて医療介護支出の効率化・適正化を図る」と書き込まれた。

また、経済財政諮問会議では、「医療費の支出目標」を地域別に策定するエビデンスデータとして同情報を活用する必要が強調された。

専門調査会は、こうした政府方針の実現に向け、医療等情報に精通した専門家を集め、活用に向けた課題の整理と

解決方法を探るために設置されたもの。

現在、レセプトと特定健診から得た患者情報として、厚労省にはナショナルデータベース(NDB)があるほか、DPCデータの蓄積もあり、医政局では地域医療計画にそれらデータの活用を試みている。その一方、10月からは病棟単位の情報報告が始まる。

他方、国保中央会や健保連、協会けんぽは、保険者の立場から独自のデータベースを構築している。介護保険においても介護保険総合データベースの構築が進められている。

専門調査会は、厚労省と役割分担の上、こうしたビッグデータの実態把握を行なうとともに、それらデータの活用に向けた基盤整備の方向性を探る。

そのため、関係機関に、資料の提出、意見の開陳、説明その他必要な協力を求めること、参考人を招いて意見を聴くこと、WGを置くことができるなどの組織権限が専門調査会に付与された。

□専門調査会の主な委員

尾形裕也東京大学政策ビジョン研究センター特任教授、権丈善一慶應義塾大学商学部教授、土居丈朗慶應義塾大学経済学部教授、鳥羽研二国立長寿医療研究センター総長、永井良三自治医科大学学長、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、増田寛也東京大学公共政策大学院客員教授、松田晋哉産業医科大学教授、山口俊晴がん研究会有明病院副院長

総合確保方針 関係者の意見を反映させる会議がスタート

厚労省「2018年度が節目」医療介護の総合確保へ、保険・医政・老健の3局が協同

厚生労働省は7月25日に医療介護総合確保促進会議を開催、座長に田中滋慶慶義塾大学名誉教授を選出した。

事務局(保険局厚労省医療介護連携政策課)は、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本方針(総合確保方針)を検討する」と、促進会議の主たる役割を説明した。同会議に、全日病から西澤寛俊会長が構成員として参加した。

6月に成立した医療介護総合確保推進法のうち、(1)「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」に盛り込まれた「厚生労働大臣による総合確保方針の策定」と「基金による財政支援」、(2)医療法における「総合確保方針に即した医療計画の作成」、(3)介護保険法における「総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成」と、3つの改正事項が公布日(6月25日)に施行された。

(1)の「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」(基盤整備促進法)とは、1988年に制定された「民間事業者による老後の保健及び福祉のための総合的施設の整備の促進に関する法律」の題名を2005年に改めたもので、地域介護・福祉空間整備等交付金の根拠法となっている。

その基盤整備促進法は先に成立した医療介護総合確保推進法に括られた1つとして改正され、名称も「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」(医療介護総合確保促進法)に改められ、基盤整備促進法における「公的介護施設等の整備」は「地域における医療及び介護の総合的確保」に置き換えられた。

さらに、改称後の医療介護総合確保促進法は、新たに、①地域における医療と介護を総合的に確保するための基本方針(総合確保方針)を定め、そこに、基金で実施する都道府県事業に関する基本的な事項等を定めること、また、②総合確保方針の案を作成・変更

するときは、医療・介護を受ける者、都道府県知事、市町村長、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療・調剤に関する団体他の関係団体、学識経験者他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講じること、を厚生労働大臣に課した。

6月25日に施行された(2)と(3)は、総合確保方針は都道府県が策定する医療計画(地域医療構想を含む)と市町村が策定する介護保険事業計画(および都道府県が策定する介護保険事業支援計画)の上位計画に位置し、両計画とも総合確保方針との整合性を確保することを、法律として明確化したものだ。

したがって、医療計画の基本方針と介護保険事業計画の基本指針は総合確保方針を踏まえて作成されることになる。

このように、総合確保方針は、今後、都道府県における医療と介護の基本計画を両分野の連携の面で誘導し、2025年に向けて日本の医療・介護の提供体制を一体に整備していくための戦略的指針となる。

医療と介護の総合確保は消費税財源を投入する基金に支えられる。したがって、総合確保方針の役割の1つは、効果的な基金事業を各地に創出する仕組みをつくることである。

この総合確保方針の作成は、これまでであれば、社会保障審議会等の常設諮問機関もしくは目的特定の検討会に委ねるところであるが、医療介護総合確保促進法は、ステークホルダーの意



見を聴くことを厚生労働大臣に課した。その結果、医政局長と老健局長の協力を得て、保険局長が主催する医療介

護総合確保促進会議が設置されたもの。事実上、厚生労働大臣の諮問会議である。

9月の告示までに総合確保方針の骨格を固める

促進会議に呼ばれた構成員は28人。そのうちの5人が病院団体の代表であり、日医、日歯ほかを加えると医師が9人と、1/3近くを占めた。

事務局は新設された医療介護連携政策課の担当となったが、厚労省は、保険、医政、老健各局の局長のほか、主たる課長も出席する省内横断の布陣で会議に臨んだ。

医療介護連携政策課の渡辺課長は、次の診療報酬・介護報酬同時改定となる18年度から医療計画と介護保険事業計画が同じサイクルとなると指摘。総合確保方針は次回は17年度に改定されることを明らかにした上で、「18年度が節目になる」との認識を示した。

その事務局が提示した促進会議の検討事項は、①総合確保方針の作成・変更、②基金の用途と配分等、③その他医療及び介護の総合的な確保に関する

事項の3点。

事務局は、初回の会議に、総合確保方針の作成に関する「主な論点」(別掲)を提示した。

そこには、「医療と介護の総合確保を図るべき区域の設定」「基金に関係者の意見が反映される仕組みの構築」「(基金配分における)公民の公平性の確保」「基金を活用する都道府県事業の範囲」など、重要なテーマが多く例示された。

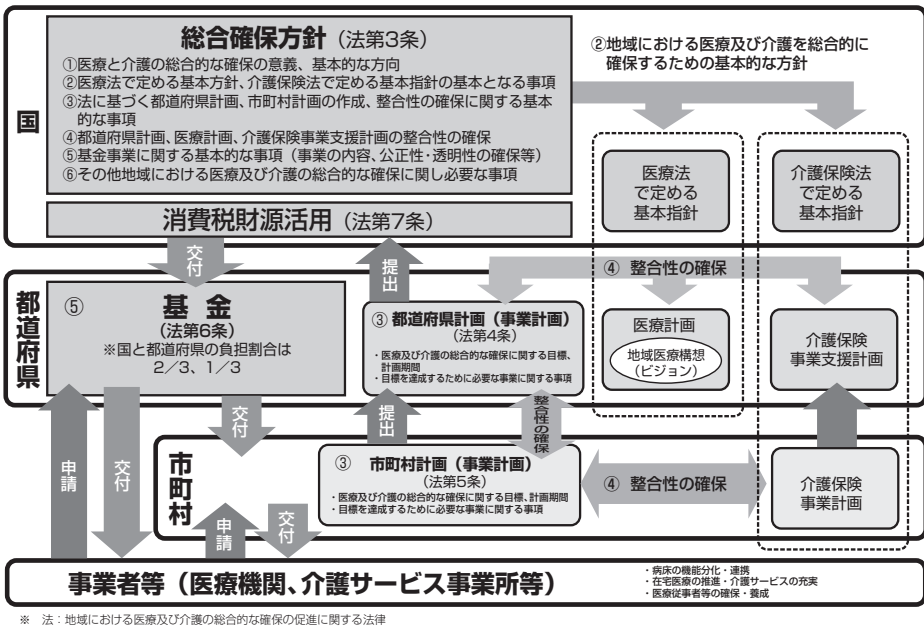
ただし、9月内に予定されている総合確保方針の告示までに、促進会議はあと2回しか予定されていない。

この日は全構成員が1回づつ発言しただけで2時間かかったが、28人と介護給付費分科会の25人を超える大規模な審議会だけでなく、現場の声を反映させた緻密な議論がどこまでできるか、楽観はできない。

総合確保方針に盛り込むべき事項に関する主な論点から

- 医療と介護の総合的確保の意義や改革の基本方向に、どのような視点を盛り込むべきか。
- 医療と介護の総合的確保に際して、国、都道府県、市町村が果たすべき役割をどのように考えるか。
- 医療・介護サービス提供者や地域住民の役割をどのように考えるか。
- 都道府県が医療計画と介護保険事業支援計画を一体的・整合的に策定できるようにするため、国としてどのような基本方針を示すべきか。
- 総合確保方針に基づいて都道府県や市町村が策定する計画にどのような事項を盛り込むべきか。
 - (例)
 - ・医療と介護の総合確保を図るべき区域の設定
 - ・医療と介護の総合確保にかかる目標
 - ・計画策定に当たって意見を聴取する関係者の範囲 等
- 基金について国が示すべき基本方針としてどのようなことが考えられるか。
 - (例)
 - ・基金の活用に関係者の意見が反映される仕組みの構築と透明性の確保
 - ・事業主体間(公民)の公平性の確保
 - ・配分に当たっての基本的な考え方(都道府県計画、市町村計画の位置づけなど)
 - ・基金を活用する都道府県事業の範囲
 - 地域医療構想の達成に向けた医療施設等の整備 等
- 基金事業と診療報酬・介護報酬の基本的な関係をどのように考えるか。
- 各都道府県への配分に当たって、地域医療構想等に基づく医療介護の提供体制への取り組みの評価をどのように反映させるか。

地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組み



「EMC(電磁障害防止)管理者の配置が望ましい」

院内の携帯電話等使用ルールに新たな指針案。現在の規制方針を一定緩和

電波環境協議会の「医療機関における携帯電話等の使用に関する作業部会」は「医療機関内での携帯電話等の使用の在り方についての報告書案」と「医療機関内での携帯電話等の使用の在り方についての指針案」をまとめ、6月30日から7月22日までの間、意見募集にかけた。

意見募集の結果を踏まえ、報告書と指針は正式に公表される。

関係省庁と業界団体などから構成される電波環境協議会(旧不要電波問題対策協議会)は不要電波による障害の除

去防止活動に取り組んでおり、1997年に、医療機関における携帯電話等の使用に関する指針(いわゆる「不要協指針」)を作成、厚生省(当時)も通知で各都道府県を介して医療機関に対する周知を図ってきた。

各医療機関は、医療機器の電磁的耐性に関する薬事法上の規制と「不要協指針」および院内環境等を踏まえ、独自のルールを作って携帯電話等の使用に臨んできている。

今回の指針案は、医療機関における

携帯電話等無線通信機器の活用状況や医療機器の電磁的耐性向上等の状況変化を踏まえるとともに、医療機関における携帯電話等の活用と対応策の実態を勘案した結果、18年ぶりに指針の改訂を図るものだ。

新たな指針は医療機関が独自に定めるルールの参考となるものだが、同協議会は、この指針の趣旨をいかした合理的な規則が作られるとともに、電磁障害防止の管理体制が適切に組まれることを期待している。

指針案は、携帯電話端末の使用にきわめて厳しい考えを示した「不要協指針」を一定程度緩和させ、その使用を原則的に禁止する場所は影響発生リスクが大きい医用電気機器が多くある手術室、集中治療室(ICU等)、検査室、治療室等に限定した上で、使用ルールを院内のエリアごとに分けて示している。

その上で、「不要協指針」にはなかった「医療機関の管理体制の充実」という項目を設け、「EMC(電磁障害防止)管理者が配置されることが望ましい。EMC管理者には、臨床工学技士、医療機器安全管理責任者等が兼任することが考えられ、臨床ME専門認定士など、EMCに関する知識を有する者の配置が望ましい」と書き込んだ。

終末期医療に関する座談会(その1) *「その2」は9月1日号に掲載

なぜ終末期医療GLは浸透しないのか?

現場は、すでに、患者家族の意向を聞いた対応をしつつある!

全日病の「終末期医療に関するガイドライン策定検討会」は、2009年に「終末期に関するガイドライン」をまとめた。病院のあり方委員会(徳田慎久委員長)が、会員病院におけるGLの活用状況をたずねる調査を同年に実施したところ、本GLを使用していた病院は23.0%であった。

それから4年が経過した昨年9月に同趣旨の調査を行なったところ、09年とほぼ同様の結果となり、終末期医療をめぐる現場の意識と状況に大きな変化が生じていないことがわかった(2つの調査結果の要旨は別掲)。

高齢者の増加にともなって終末期を迎える患者が増える中、患者の気持ちに沿った医療提供のあり方をどう実現していくべきか。

病院のあり方委員会は、その指針となるべきGLの普及と活用を促すべく、医療現場と国民に終末期医療の実情を伝えるとともに、それにどう対応していくべきかを訴える啓発活動に取り組む方針を決めた。

その一環として終末期医療のあり方をめぐる座談会を6月22日に実施したので、その概要を8月1日号と9月1日号の2回に分けて掲載する。

同委員会は、座談会の内容をHPで公表するとともに、次回取り組み以降の情報発信を企画したいとしている。

*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に掲載済み。



□「終末期医療に関するガイドライン」活用状況の調査結果

●2009年の調査

回収率は20.9%。終末期医療GLを作成している病院は24.2%、全日病のGLを知っていた病院は44.5%、全日病版GLを使用していた病院は23.0%。

●2013年の調査

回収率は22.6%。終末期医療GLを作成している病院は36.2%、全日病のGLを知っていた病院は49.7%、全日病版GLを使用していた病院は27.1%。

*上記の詳細は徳田委員長による報告(本紙5月15日号掲載)を参照。

木村 病院のあり方委員会が2009年に出した「終末期医療に関するGL」の活用状況を調査したところ、09年と13年とで、その利用状況はほとんど変化していない。つまり、GLは余り広まっていない。そこで、委員会として普及を積極的に図ろうということになり、その一環として関係者による座談会を行なって情報発信することになりました。

徳田 終末期については、我々なりにGLをつくり、その活用に向けて啓発してきたつもりですが、利用状況は変わっていないし、病院職員や患者・家族等の意識も余り変わっていないことが分かりました。終末期医療のあり方のできる限り多くの医療関係者に分かってほしいのですが、国民にも広く理解してほしいと思っています。そこで、普及が進まない原因を含め、関係者の皆さんにご意見をうかがえればと期待しています。

池上 終末期医療については、上智大学の町野先生と各国におけるGLと法律に関する報告書(13年度厚労科研「終末期医療に対する対応」)をまとめました。

横野 私は04年に「重篤な疾患を持つ新

生児の医療に関する話し合いのGL」の作成にかかりました。英米では事前に裁判所に判断を求めることが比較的容易ですので、裁判所の判断が積み重ねられる中である程度法的なルールができていくという傾向があります。それが日本と違っているところですが、日本ではこうした形での司法判断が現状では得られない点が難しいところだとも思います。

木村 全日病がなぜGLをつくったかという、終末期の医療を法律で規定しようとする動きが出てくる中、現場が、患者・家族との話し合いにもとづいて対応していくことが正しいのではないかと、そのためには、その方法を標準化したGLをつくり、それに沿って進めていくべきではないかと考えたからです。

終末期医療は法律でどうこうするものではない。それこそ、GLをつくって医療現場に広めていく、そして、国民にそれを周知することによって、終末期にどう対応していくのがいいのかという世論をつくり上げていくべきである、と全日病は考えています。

□リビングウイルだけでは難しい。代弁者が必要

池上 終末期医療について、少し私見をお話したい。まず、GLというのは基本的に法律に準拠していなければならないので、それだけに頼ってはいられないということです。

したがって、医師が免責となるような、積極的な安楽死を認めるGLはできないということです。次に、厚労省がまとめた「終末期医療の決定プロセスに関するGL」(07年5月)は、行為ではなく、行為に至ったプロセスが重要であるという認識に基づいていることに留意する必要があります。

延命治療の不開始・中止ということであれば、法律家は始めないことと中止は同じと考えているが、私はそれは違うと思う。というのは、開始するかどうかというのは医師の裁量権に委ねられるからです。裁量権の範囲で行なったことには違法性はありません。例えば、胃ろうの挿入によっても延命は期待できない、あるいは患者のQOL向上にもつながらないと医師が判断し、そ

れを患者もしくは家族が納得すれば、裁量権の範囲で不開始とすることができますが、一旦つくった胃ろうを抜去するのは必ずしも裁量権の範囲とはいえません。

次に、終末期医療に対する国民のニーズは延命治療の手段によって大きく異なっており、意識調査で延命治療の不開始・中止を括ってたずねるのは適切ではありません。国民に対する調査によると、例えば、点滴あるいは肺炎のときの抗生剤投与はほぼ半数が望んでいます。胃ろうや経鼻カテーテル、CPRなどは1割以下しか望んでいないからです。

最後に、全日病のGLの中に「リビングウイル以外に代弁者の活用も考えるべき」とあります。ここで「代弁者の活用も」となっていますが、代弁者を活用しない限り、リビングウイルだけでは難しいと思います。

リビングウイルは作成時における本人の意向ですが、東海大病院事件をめ

ぐる横浜地裁の判決は臨死場面でも同じ意向かどうかを確認する必要があります。しかし、臨死場面意向を得るのはなかなかできない。そこで、本人と家族との十分な話し合いがないと引き受けられない代弁者を立てるといことになるわけです。

宮澤 GLは法律に準拠すべきというのは当然なことですが、法律に準拠していたら自由がないのかというと、必ずしもそうではありません。例えば、安楽死について言えば、一般的には社会的な相当性を逸脱した法益侵害に該当すると違法になります。では、社会的な相当性というのは何かということになるわけで、一般の人がこれは普通であるとみなすことが社会的相当性の枠内であり、その場合は該当しないことになります。

つまり、法律が変わらなくても、その解釈によって、したがって、国民の意識のあり方によって司法の判断が変わっ

てくる可能性があるということです。終末期の医療も、どれが違法かということは国民の意識のあり方によって変わっていく可能性があるということは考えておかなければいけないと思います。

現に、川崎協同病院事件の高裁判決では、たった3人の裁判官で一般的・抽象的な基準を示すのは難しい、沢山の医療機関がGLをつくっていく、あるいは法律をつくっていく、そういう過程を経て変えていくべきではないかという見解が示されています。これは、司法も、こういう問題を司法の場だけで決めていくのは無理があるということ十分に自覚しているということではないでしょうか。

そういう意味からも、医療現場でGLをつくって試行錯誤しながら、やがては国民の意識を変えていこうとする動きが重なることによって、必ずや事態は変わっていくだろうと私は思っています。

□法による免責ですべてが解決するものではない

木村 GLが広まっていけない原因の1つに、GLどおりにやると罰せられるのではないかと不安があるのではないのでしょうか。

横野 確かに終末期医療に関しては、法的に具体的なルールがありません。したがって、医療の世界で何があるべき姿だと考えられているのが明確になっていないと、司法としても判断できない部分があると思います。もし、これから法律ができていくとすれば、それは、医療の世界で一定のルールがつくれ、それが多くの医療者に受け入れられた後に、それを反映させる形で法律ができるというのがあるべき姿かと思っています。

英米では判例法である程度のルールができていますが、具体的な運用部分まで法律が規定しているわけではありません。やはり、医療界である程度のルールをつくって、それを使いながら見直してよりよいものにしていく。それが十分に機能して社会の信頼を得ていけば、具体的な法律の規程というのは必ずしも必要ないのだらうと思います。

恐らく、医療側から見れば、法律で何もっていないから何が許されるのかわからないということがあることでしょう。しかし、司法は、そういう細

かいところまで法あるいは裁判所がルールをつくっていくことは困難だと捉えているのではないのでしょうか。それに、もし法律ができて、それで問題がすべて解決するわけではありません。結局のところ、GLのような形で現場がルールをつくっていくという過程が必要ではないかと思っています。

医師の免責についてですが、例えば、こういう場合には免責されるという法律ができたとして、それに従って行なったときに、その範囲だけは免責されるということはあるかもしれませんが、しかし、それは、国家がつくったルールのもとで、限定的にその部分だけ許されている、いわば小さな自由ではないのでしょうか。

一方で、医療界で色々なルールをつくり、それを自分達の手でよりよいものにしていくという方向性もあると思います。私は、小さな自由で満足して大きな自由を手放すという方向には向かってほしくないと思っています。そのためには、現場がルールをつくって、それを実際に使ってフィードバックしていく。そういうことを個々の医療機関なり医療者が実践していくということが、重要な意味を持ってくると思います。

□法よりも医療者と患者・家族間の情報と意思の疎通が大切

徳田 今回の調査の結果、GLがあまり使われていなかった、また、医師自身の意思表示をどうするかという点に関して、我々がGLで考えたものとは異なっているということが判明しましたが、そこには色々な理由があるのだらうと思います。

終末期という言葉は国民のかなりに浸透しつつあるし、以前に比べると、患者や家族が受け取る医療情報もかなり増えてきているので、終末期という状況の定義が具体的に示されていなくても、こんな状況が終末期なのではないかと(5面上に続く)

どうすれば終末期医療は大きく変わるのか?

現場のルールを積み重ねて国民に認めてもらう。その延長に法がある!



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

(4面下から続く)

いかと認識されてきているのではないかと。

医療提供側も終末期を迎えると、かなり意識しながら説明をし、合意を得ながらやってきています。池上先生が手がけられた調査研究で示された事例をみても、こういう場合は延命治療を受けたいが、こういう場合は受けたくないという意思が意外にはっきり示されています。

これはもう少し検証しなければだめですが、もしかすると、GLがなくても医療の現場はあまり困っていないし、実は、患者と家族も困ることが以前ほど多くはないのではないかとというのが、結果に出ているようにも思うのです。

法律の問題はもちろん重要ですし、突き詰めればそこまで行かなければならないでしょう。しかし、今は、そこまで突き詰めるという状況にはないのではないかと思います。

インフォームド・コンセントが普及する中、現場では、医師や看護師ほかの

現場は家族の意向を踏まえて終末期に臨んでいる

池上 終末期という言葉は、最初はがんと植物状態の患者だけに使われていました。しかし、がんのイメージと終末期のイメージが完全に重なっていた状態から、特に虚弱高齢者の終末期というものが状態像の1つに入って、むしろ、そちらのほうが主流であるというようになってきたということは、まさに、啓発的な動きの成果であると思えます。

「終末期医療に関する意識調査等検討会」の報告書(14年3月)を作成する上で、私が教育・研修の重要性を強調したのは、例えば、東海大付属病院や川崎協同病院の事件では、こういう行為をするとどんなGLをつくっても違法になるということを医師が知らなかったわけで、たとえ患者・家族のためと思ってやったことでも、法律の解釈がいかに変わろうとも越えてはいけないう線があるということが教育・研修で周知されていけば、あのようなことはしなかったはずだと考えたからです。

つまり、法律の解釈は変わるけれど変

GLによる対応の積み上げか、法による免責か。現場には葛藤も

木村 今までのご意見は、法律は変わっていくものであるが、ただ、一線を越えてはいけないうところがあって、特に積極的な安楽死は認められないということでもよしいですね。全日病もそういう考え方でガイドラインを出しています。もっとも、欧州の中には積極的な安楽死を認めている国もあり、現在の日本は積極的な安楽死は認められていないし、我々も認める立場にはな

パラメディカルが患者のそばに行き、家族とも話をする機会を増やしてきています。そうした中で、現場における終末期の認識は変わりつつあるのではないかと思います。

そうであるとしたら、我々は、むしろインフォームド・コンセントの中身をもっと充実させ、情報の格差を縮める努力をし、その上で、終末期にある患者の意思をできるだけ聞き出す、あるいは家族にも普段からそう努めてほしいとお願いするというのを積み重ねていくことによって、終末期の問題は解決していくのではないかと思うのです。

したがって、法律の問題にあまりとらわれるのではなく、いい意味で変化していく、そうした方向に引っ張ってほしいと思います。そうした意味からは、池上先生が参加する検討会がまとめた報告書に教育・研修の必要性が何回も出てきますが、私も、それが大変大事だと思います。

わらないところがあるということです。宮澤 コアな部分は変わらないというのは、そのとおりだと思います。積極的な安楽死が適法になることは恐らくあり得ないと思います。

池上 それが徐々に浸透してきたので、このような不幸な事件は発生しにくくなっていると思います。もう1つ。実は私の研究の一環で死亡退院した患者の遺族に終末期の経験を伺いました。その結果と08年に実施した国民意識調査の結果とで、際立って違うのは、医師は自分の言うことをよく聞いてくれるかという質問に、国民の意識調査では「よく聞いてくれると思う」という回答は1割ぐらいいかないのですが、遺族の回答では7割以上が「よく聞いてくれた」と答えていることです。

医師は家族の言うことを無視して勝手なことをやっているのではなく、少なくとも家族の意向を確認するということは日常的に行なっているということ、もう少し周知徹底する必要があると思えます。

いのですが、将来的にどうなるか、また法律が変わっていく可能性もないとはいえません。

池上 オランダなど積極的な安楽死を認めている国は、医師の判断に基づく積極的な安楽死ではなく、患者からのたつての願いに基づくものです。ですから、例えば東海大でやったようなことは合法かという、それは合法とはなりません。

宮澤 大枠で言うと、終末期の患者がいて、その患者にどう対応するかという状況があり、一方で医療の限界という側面があり、他方で患者の意思というものがある。この3つの観点が全部揃ったときに、あるいは積極的な安楽死というのを認めるということになる可能性がまったくないわけではなく、それはどうなるかはわかりません。少なくとも、この3つがあって初めて尊厳死をどうするかという問題が出てくるということです。この点は、あらかじめお話しさせていただきます。

木村 その場合にも、医師は必ずしも免責されないという解釈でよろしいですか。

宮澤 現行法では、そういう解釈で結構かと思うんです。問題はガイドラインが浸透していかない、これをどう考えるかということです。

先ほど横野先生が小さな自由と大きな自由と言いました。実務家としては、1つ1つの事件の中で解決をしていくのが小さな自由の確保だと思うのですが、大きな自由というのは、日頃の診療の中でどの様な行為が適法であり大丈夫であるということがはっきり分かるということで、これが一番大事なことでないかと思えます。

それを突き詰めていったらどうなるか。刑事法は「これをやってはだめ。それ以外はやってもオーケー」というネガティブリストの世界ですが、どこまでの自由が認められているのかが最もはっきり分かるのが法制化ではないかと思うのです。

もちろん実際には、ガイドラインの積み重ねを経て法制化にいたるというプロセスになるのでしょうかし、大きな自由を保障するGLが進まなくても、最終的には法制化によって一気に広がるのは間違いないでしょう。ただ、今の段階では、GLによってどういう形で進

法律よりも標準化こそ患者が望む終末期を実現する

徳田 終末期に対して、医療の現場は色々な取り組みを行なってきており、その結果、患者や家族の思いも含め、色々なことが見えてきています。そういう中で積み上げられてきた情報をもっと共有化することによって、こういう場面ではどのようにしたらよいか、分かりやすい事例を広く周知させていくことが大切なのではないでしょうか。

先ほどの池上先生のお話は、情報をきちんと伝えることによって患者や家族側の判断がよりよい方向に向いてきていることだと思います。したがって、そういう情報をより積極的に伝えていけば、法律でどうこうしなくても、あるいは医師の免責云々を言わなくても、より患者に寄り添った終末期医療ができるという方向に行くのではないかと、最近、私は信じて疑わないんです。

では、どうやってそういう方向に早く向けていくのか。それは標準化では

めていくのか、そして、国民的なコンセンサスの理解をどのように得ていくのか、それが一番大事なことではないかと思っています。

横野 英米では事前に裁判所に申し立てをして、裁判所で、この患者さんには違法にはならないという判断をもらうことはできる。したがって、医師の裁量で行なう行為のすべてについて医師の免責を確実にすることはできないということが一つ言えるかと。それから、諸外国の立法経緯などをみていると、尊厳死の法制化は基本的には患者の権利の方向からアプローチされてきています。医師の免責が前面に出るというアプローチでいいのか、それで終末期医療が本当に私たちが望むようなものになるのかと、私は個人的には疑問を持っています。

木村 なぜ我々のGLが広がらないか、その1つの原因に、GLどおりにやっても免責されないのではという恐れがあるように思うんです。ただ、徳田先生が指摘されたように、なくてもそんなに困っていないということ、つまり、GLどおりでなくても、各病院で色々なルールをつくって対応しているという面もあると思うのです。

昔だったらがん末期であろうが、老年寄りであろうが、どんな人でも亡くなる時は、とにかくやるべきことをすべて最後までやるのが当たり前でした。それが今や、そういうことをやっても仕方がない人にはやらないというふうになってきています。

そういう点で、免責されるかどうかというのが法律で決まるのか、それとも、法律ではなく国民世論としてそういうルールというか、例えばGLで決めていったほうがいいのかという葛藤のようなものがあるとは思っています。

ないでしょうか。皆が同じような物の考え方ができて、判断も同じようになるという取り組みをすべきだと。むしろ、そちらのほうに力点を置きたいと思っています。

宮澤 徳田先生が言うように、患者にとって何が一番幸せなのか。もちろん、亡くなるに当たっては苦痛の少ないことが、客観的に推測される望みだと思います。ただ、それがどういう診療行為であるのか、そして、それがその方に本当によいことなのかというのを我々は知らないわけです。

やはり私が一番中心に置きたいのは、どういうことをすれば患者ないし家族が一番幸せなのかということだと思います。そして、それが法律的にも正しいことだということはどうサポートしていくのかというのが、我々の使命だと思っています。ですから、決して、先生方と違う方向を向いているとは思っていないんです。(9月1日号に続く)

終末期医療のあり方を考える上で参考となる主な資料

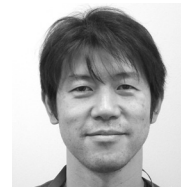
- ・全日病「終末期医療に関するガイドライン—よりよい終末期を迎えるために」(2009年5月)
- ・厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007年5月)
- ・日本医師会「終末期医療に関するガイドラインについて」(2008年2月)
- ・日本透析医学会「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」(2014年)
- ・日本救急医学会・日本集中医学会・日本循環器学会「救急・集中治療における終末期医療に関する提言(ガイドラ)案」(2014年4月)
- ・「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」(2014年3月)
- ・終末期医療に関する意識調査等検討会「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」(2014年3月)
- ・厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書「終末期医療に対する対応」(研究分担者 池上直己 慶応義塾大学医学部教授)

2014年度改定への対応 ― 会員病院の報告

□ 亜急性期病床を地域包括ケア入院医療管理料に移行

要件はクリア。ただし、試算上はわずかに収支マイナス

医療・介護連携の上で地域包括ケア病床は重要。要件次第で増床も考えたい



社会医療法人恵仁会くろさわ病院 理事長・院長 黒澤一也

自院の概要

当院は昭和12年に開設された産婦人科医院を元に昭和43年に病院となり、現在は83床のケアミックス型小病院となっている。

法人として市内に老健併設在宅療養支援診療所、市外に2つの診療所(有床在宅診療とへき地診療所)のほか、2つの老健や多数の通所系、訪問系介護サービスを揃え、また、平成10年より病院の周囲にグループ会社で小規模有料老人ホームを数ヶ所開設している。

当院は外来・入院とも内科・整形外科の患者が多く、年齢層は圧倒的に高齢者が多い。当院の病床内訳は一般床43床、医療型療養床20床、介護型療養床20床で、一般床のうち亜急性入院医療管理料を6床届け出ている。

地域での連携については、急性期大病院との連携もあるが、最近では診療所との連携が密になっており、在宅患者の受け入れが増加している。

当院における亜急性期病床の現状

当院の一般床は病院の基本方針に全日病の提唱する「地域一般病棟」の機能を謳っており、平成17年1月に亜急性入院医療管理料を3床届出してから、現在、6床まで増床している。

現在までの亜急性期病床の実績は、平成25年度に稼働率100%で、整形外科疾患(人工関節置換術後、大腿骨頸部骨折術後、脊椎圧迫骨折、その他骨折な

ど)が98%を占めていた。在宅復帰率は99%で、退院先は自宅80%、老健11%、特養5%、高齢者住宅4%であった。

当法人はリハビリに注力しており、セラピスト約50名が各施設に配属されており、リハを365日実施している。その中で、当院には24名のセラピストがおり、亜急性期病床では1日1人当たり平均3.5単位提供している。

当院における地域包括ケア病棟入院医療管理料の届出

現在、当院は、現在の亜急性期病床6床をそのまま地域包括ケア病床に移行する準備を進めている。

当院における地域包括ケア病床は、当院急性期以降の受け入れ、在宅医療の受け皿、在宅復帰支援が目的になると考える。その中で、近隣の高度急性

期病院からの受け入れも打診されているが、現状の病床数では院内からの患者で精一杯であると考えている。

また、届出の目的の一つに10:1を届け出ている一般病床の平均在院日数維持がある。平成25年度の実績で一般病床の平均在院日数は18.7日であるが、冬

期は20日を越えてしまう月もある。一般病床の平均在院日数にカウントされない地域包括ケア病床は、そういった観点からも重要である。

さて、その実績要件に関してだが、当院はデータ提出加算をすでに届け出ており、在宅復帰率も現状であれば70%以上あり、リハビリ介入1日平均2単位以上もクリアしている。したがって、課題になってくるのは「重症度、医療・看護必要度」である。

前述したように、当院の亜急性期病床は整形外科患者がほとんどで、それも、入院や術後2週間程度してから転床するケースがほとんどである。

そこで、「A項目1点以上」該当者を現状で照らし合わせてみると、整形術後早期で創処置実施または内科で呼吸ケア実施・心電図モニター装着の患者が、6床の10%であれば最低1日0.6人いればよい計算となり、現状では他の要件に影響なく、「A項目1点以上」の患者

を確保することは可能であると考えている。

もう一点、懸念されるのはリハビリ実施についてである。地域包括ケア病床では1日平均2単位以上の条件がついているが、現時点での亜急性期病床での実績は1日平均3.5単位。現状のリハ介入を維持するとなると、専従のリハスタッフ以外のスタッフ投入が必要になってくる。この点については個々の患者のリハ必要度に応じて提供するリハ量を調整し、それぞれのリハ提供量を収支のために減らすことが極力ないように調整していきたいと考えている。

ちなみに平成26年5月の実績をもとに現亜急性期病床と地域包括ケア病床の収入におけるシュミレーションをしたところ、地域包括ケア病床でごくわずかなマイナスとなった。

以上の課題やシュミレーションを含めて院内で検討した結果、当院では来る10月に地域包括ケア入院医療管理料の届出をする予定である。

今後の地域包括ケア病床について

現行の地域包括ケア病床は、目的については概ね理解できるものの、施設基準や算定要件などで使い勝手の悪いところがある。特にリハビリについては制約があり、リハビリに注力している当院としては悩むところである。

しかし、今後各々の病院が自院の機能を見極め、地域でさらに連携していく必要がある中で、また、地域包括

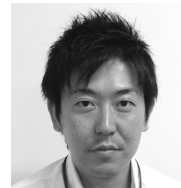
ケアシステムを中心に医療・介護の連携を進めなければならない中で、この地域包括ケア病棟・病床というのは重要な位置を占めてくると考えている。

まだ始まったばかりのことではあるが、今後要件の緩和や見直し等あり、さらに使いやすい病床になれば、当院としては増床も検討していくことを考えている。

□ 療養病棟から地域包括ケア病棟へ転換

その地域に必要な病院をつくる！

療養病棟の機能分化の延長に回復期が。課題はサブアキュートの運用



社会医療法人謙仁会山元記念病院 事務長 黒川孝洋

平成20年の社会保障国民会議最終報告で、すでに、病床の機能分化と2025年に向けた将来推計のシミュレーションが描かれ、医療・介護の提供体制の将来像が予測され始めていましたが、今回、平成26年度の診療報酬改定は、いよいよ今後の医療・介護の提供体制の再編に向けた本格的な改革が始まったと実感する改定となりました。

当院は佐賀県の西部に位置し、主に対応する医療圏は伊万里市と有田町の1市1町であり医療圏人口は約7万7千人、現在の高齢化率は25%ですが、2025年推計では高齢化率が33%になると推定されています。

当院はこの医療圏で救急医療こそが地域医療の根幹であるとの創設者の考えを基に、「患者さんは常に正しい」「頭を下げよ」「ベストを尽くせ」の理念をモットーに、以前より、在宅から病院、そして介護までの total health care の確立を目指し、法人を運営してきました。

平成21年には救急医療要件をクリアした社会医療法人となり、現在の病床数及び機能は150床で、一般病棟54床(DPC対象病床)、医療療養病棟48床(在宅復帰機能強化加算算定)、そして、平成26年7月より新たに地域包括ケア病棟48床(療養病棟から転換)の3病棟で構成されています。

その他に老人保健施設を2ヶ所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、通所リハビリを運営、同一グループとして社会福祉法人では通所介護、グループホームを

運営しています。

また、予防医療の観点から天然温泉を利用した健康増進施設と診療所を運営し、地域住民が安心して生活できるよう、医療・介護を中心とした街づくりに貢献すべく地域包括ケアシステムの中核としての役割を今後も果たしたいと考えています。

さて、地域包括ケア病棟の活用プランですが、当佐賀県西部医療圏の既存病床数は1,071床(平成24年12月末現在)であり、亜急性期、回復期を担う病床数はわずか83床となっています。

今後、当医療圏の地域医療を考える中で、都市部ほどではありませんが、2025年には高齢化率が8%増の約3,000人の高齢者が増えることを考えれば、複数の疾患を有した患者を医療機関として受け入れ治療し、尚かつ在宅へと導くためには、急性期治療後の回復段階にある患者へ対応できる体制と在宅療養中や施設入所高齢者の急性疾患発症後に対応できる体制の両方を整備した病棟、今回の改定でいう地域包括ケア病棟のような役割を持つ病棟が、この医療圏にはまだまだ少ないと思われます。

また、都市部とは違う地方の医療圏範囲が約30分圏内で収まる地域で医療機関としての中核的役割を果たし、地域完結の医療提供体制を構築するためには、急性期から亜急性、回復期そして慢性期といった各段階に応じた医療がシームレスに提供できる病院体制を整備し、患者ニーズはもとより、地域の様々な医療機関のニーズにもこたえ

ていく必要もあると考えました。

元々当院は地域の救急医療を担ってきた病院であり、年間救急車搬送数が約800人、地域の救急受入れの約30%以上を担う病院です。

このような現状の中、一般急性期54床で入院を必要とする救急患者などの急性期患者を受け入れていくためには、長期急性期的な考えで療養病棟を運営しなければ地域の医療ニーズに対応できるベッドを確保できない面がありました。

そのためMSWを各病棟に配置して退院支援体制の整備を行うとともに、退院後の患者を支援するため、地域を巻き込んだ在宅医療支援体制整備の両方に、現在まで取り組んできました。

また、3年前の事業計画から、各病棟機能の維持向上のため、まずは一般病棟へDPCを導入し急性期としての機能整備を行い、昨年からは2病棟ある療養病棟の各病棟をリハビリ集中型と緩和や長期ケアなどに機能分化した病棟として運営し、それぞれに質の向上と人員整備等を行うことで療養病棟の機能強化を図ってきました。

その成果は指標面と経営面の両方であらわれ、指標面としては現状の療養病棟在宅復帰率80%(2013年度)、平均在院日数48日(2013年度)となり、経営面ではDPCによる急性期単価の増加はもちろんですが、リハビリの稼働増加や各指導料等の増加によって、療養病棟では約2,000円の単価増に繋がっています。

また、このような取り組みを療養病

棟で行ってきたことで、今年7月より療養病棟から地域包括ケア病棟への転換がスムーズに行え、入院単価はさらに約1,500円から3,000円の増加を見込んでいます。

そのほか、DPCを導入するために診療情報管理室を整備して診療データ管理を行っていたことも、地域包括ケア病棟を運営する事だけでなく病院全体の診療データ管理と経営指標作成などを容易にし、今後の病院運営を担うための体制整備ができたといえます。

当院は、今回の改定で創設された地域包括ケア病棟を、今後、本格的に運営していくこととなりますが、現状でもポストアキュートの役割が大きくなっています。

しかし、施設基準要件の一つである医療・看護必要度を今後も持続的にクリアし、経営面として病棟稼働を維持向上していくためには、サブアキュートの運用をどのように考えるかがカギになると考えられます。

どちらにしても、今後、地域医療の中核をなす地域包括ケア病棟を確立していかなければなりません。各地域に応じてその役割も今後多様化すると思われる。

しかし、もっとも大切なことは、その地域の特性に合わせて住民の命を守る重要な医療機関として自分たちのミッションを明確化し、リーダーシップをもって、地域包括ケアシステムを中心とした地域貢献を行うことがもっとも重要ではないかと考えます。

特別寄稿 医療データ利活用の課題と展望

電子レセの弱点を補完するDPCデータ。将来は統一も

NDBから医療計画、病床機能情報報告へ、広がる電子レセの活用



東北大学大学院医学系研究科社会医学講座 医療管理学分野教授 藤森研司

データヘルスや病床機能報告制度等、データに基づく医療の在り方に関する議論が本格化してきた。我が国には電子レセプトとDPCデータという、全国

統一形式の電子データがある。

本稿ではこれらのデータの特性を概観し、課題と展望について述べたい。

DPCデータ

DPC (Diagnosis Procedure Combination) は平成15年に特定機能病院から始まり、現在では、ほとんどの急性期病院が対応している。

DPCデータ形式の登場は電子レセプトよりも遅いが、分析に適したデータ構造としっかりとした傷病名の重みづけ、診断群分類定義表があることから、急速に活用が進んだ。今日の電子レセプトの活用もDPCデータの活用に誘発された部分が大きく、DPCの登場がなければ、電子レセプトの活用も今日ほどには進んでいなかったであろう。

本年度からは、一般病床7:1看護配置基準の医療機関ではDPCデータ提出が必須となり、新設された地域包括ケア病棟でも提出必須である。

今後、どの程度地域包括ケア病棟が拡大してゆくかは定かではないが、現時点のDPC参加病院だけでも45万床を越えており、これにDPCではない7:1病院と地域包括ケア病棟の提出必須化で、50万床を優に超える病床がDPCデータを作成・提出することになる。

平成26年度の診療報酬改定では、短期滞在手術等基本料3はDPCデータを使用して対象手術や点数が決定されたが、次回改定以降もDPCデータが存分に活用されるだろう。

DPC/PDPSは急性期一般病床の支払いの仕組みではあるが、DPCデータのEFファイルは、外来診療についても記録することができる。DPC参加病院では外来EFデータの提出も必須となっており、入院前後の外来診療もDPCデータで見えるようになった。

DPCデータのフォーマットは平成15年当時のものを踏襲しているが、項目

は徐々に増強されている。平成22年改定では患者所在地の郵便番号が付加され、患者の受療動向の把握が可能となった。このことは地域医療計画の策定において特筆すべきことであり、患者所在地情報を持たない電子レセプトと比較して大きな長所である。

DPCデータのもう一つすぐれた点は、傷病名の区分がなされている点である。すなわち、様式1には、最も医療資源を投入した傷病名、入院契機病名、入院時併存症、入院後続発症の区分がある。電子レセプトには主病名の区分しなく、しかも、いくつでも許される。疾病統計は最も医療資源を投入した傷病名でなされるべきであるが、電子レセプトではその特定が困難であり、電子レセプトによる単純な疾病統計はかなり問題がある。

DPCデータは毎年夏過ぎに厚生労働省から公開データとして、医療機関の名称入りで、DPCごとの症例数や平均在院日数、救急車搬送数、全身麻酔数等が公開される。これは地域の医療を考える上で極めて有用なデータであり、各医療機関はこれを通じて自院の強みと弱みを知ることができる。

今後はDPCデータによる病院指標の公開も始まり、さらにDPCデータの価値が増してゆくだろう。様式1は今年度から縦持ちのフォーマットに変わり、項目変更の自由度が格段に高まった。平成15年度に82病院で静かに始まったDPCではあるが、10余年を経て我が国の急性期医療の大部分をカバーするようになった。次に述べる電子レセプトを補完するものとして、DPCデータの価値は高い。

電子レセプト

DPCデータは急性期の入院医療を対象としたものであるが、レセプトは医療のすべての領域をカバーする。その電子化率は件数ベースで病院で99.9%、診療所で95.6%、医科全体で96.6%、調剤は99.9%になった。

電子レセプトは急性期の入院のみならず、慢性期や精神の入院、外来、調剤を広くカバーする。訪問看護と柔道整復、鍼灸はいまだに紙レセプトの請求であるが、電子レセプトで我が国の医療の全貌を十分に語れる水準になってきたと言える。

電子レセプトは診療報酬請求のためのデータではあるが、そこには行われた医療行為や使用された処方された薬剤が詳細に記載されている。平成24年度からは実施日も記載されるようになり、この点で、情報量はDPCデータのEFファイルと同等である。

急性期病院の電子レセプトは医科レセプトとDPCレセプトがある。DPCレセプトはDPCデータとは似て非なるものであり、混同してはいけない。DPCレセプトではDPCデータと比較して、入退院の経路情報や各種のスコア・ステ

ージ、患者所在地の郵便番号を欠く。審査・支払いに必要なデータのみが含まれていると言えよう。一方で、DPCレセプトはDPCデータと同じ傷病名区分を持ち、包括部分もCDレコードとして記述されており、DPCデータと同様な診療プロセスの分析が可能である。

DPCデータと比較して医科レセプトの最大の弱点は、傷病名の重みづけを欠くことであろう。すなわち、医科レセプトでは主傷病フラグがあるだけで、しかも、いくつ付けてもよい。査定対策のために「保険病名」も多数記録されており、傷病名による分析を困難としている。

未コード化病名も問題であり、DPCデータやDPCレセプトでは必ずICD-10コードを付与しなければならないが、医科レセプトではテキスト病名だけでも許される。テキスト病名は扱いが難しく、National Databaseでは収集時に削除されており、分析の対象にならない。

患者所在地の郵便番号、入退院経路、救急車搬送の有無等の情報を欠くことも地域医療計画のためには課題である。さらに、特定入院料として包括される医療行為に関しては一切記述されない。例えば、小児入院管理料や短期滞手術等基本料3では一切の明細が記載されない。全国で何件のCTが撮影されているかを集計しようとしても、

National Database

厚生労働省保険局総務課では平成21年4月審査分から全保険者の匿名化された電子レセプトの全数集積を行っている。これは高齢者の医療の確保に関する法律に基づくものであり、特定健診・特定保健指導の結果、医療費が効率化することを検証するための仕組みである。特定健診のデータも同時に収集されているが、これらを合わせてNational database (以下NDB) という。

NDBは医療費適正化が本来目的であるが、他の行政利用(社会保険診療行為調査等)や研究者等の第三者利用にも門戸が開かれている。

筆者は産業医大の松田晋哉教授、厚生労働省医政局指導課と共同で、2回に渡り、地域医療計画のために利用申出を行った。2回目の昨年度は平成24年度の医科レセプト、DPCレセプトの全数を扱い、全都道府県の二次医療圏別に医療計画策定の指標となるデータの集計を行い、都道府県の担当者に集計結果を分析ツールとともに提供した。

NDBは、このほかにも薬剤経済学的あるいは疫学的な活用も可能である。筆者は北海道大学病院の加藤とともに、胃のH.pylori除菌と胃癌診療に係るデ

データを申請中であり、我が国の胃痛診療、除菌診療の実態を明らかにしようとしている。

NDBは医療行政上も医学研究上も活用可能であり、その価値は計り知れないが、課題の一つとして、先のレセプト連結があげられる。すなわち、保険情報の変更により連続性が絶たれる点である。氏名はハッシュ化されているため、少しでも書き方が異なるとまったく異なる情報となってしまう、類推が不可能である。

今年度実施を計画されている病床機能報告制度も、医療行為についてはNDBを使用予定である。現在の電子レセプトには病棟コードはないが、平成28年度に導入予定であり、平成28年度以降は病棟別の機能が把握可能となる。

さらに、今夏から始まる「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」においても、医療についてはNDBを使用し、電子レセプトの活用はますます広がってゆくだろう。

(編集部注)「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」については2面記事を参照。

薬価交渉 疑義あれば医政局経済課の相談窓口!

西澤執行部 全会員に未妥結減算にかかわる注意喚起の文書

全日病は「いわゆる未妥結減算について(注意喚起)」と題した西澤会長名の文書(7月29日付)を全会員に送付。消費税8%下の薬価交渉に対する日本医薬品卸売業連合会のルールについてあらためて確認の上、2014年改定で導入された未妥結減算に留意しつつ、薬価交渉に臨むよう訴えた。

同文書は資料を3点添付している。その1つ、日本医薬品卸売業連合会会長の声明(14年3月12日付)は、消費税8%時の薬価交渉には消費税転嫁対策特別措置法にもとづいて「消費税の表示カルテ

ル」で臨むとした上で、「医薬品の価格交渉を行う際は税抜価格を提示」かつ「税抜価格は、薬価から消費税相当額を控除した薬価本体価格との乖離率を明らかにした価格とする」ことを明らかにしている。

これは、薬価から消費税相当額を控除した額(薬価×100/108)を本体価格(市場実勢価格+調整幅)とし、さらに、そこから〇%引いた額を「税抜価格」として価格交渉で提示する方針を加入各社に伝えたものだ。

もう1つの厚生労働省医政局長通知

(14年3月25日付)は、未妥結減算によって医薬品卸売業者がいたずらに優位に立つことを抑止するために、同業者に関する相談窓口を医政局経済課に設置したとし、その活用の病院等への周

知を病院団体ほかに要請したものだ。

西澤執行部は、こうした情報を薬価交渉に臨む会員病院にあらためて提供し、未妥結減算およびその影響を回避する対策とすることを期待している。

■現在募集中の研修会 (詳細は全日病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 |
|---|----------------------------------|----------------------|---|
| 2025年に生き残るための経営セミナー第4弾「これからどうなるDPC対象病院」(150名) | 8月16日(土) (全日病の会議室) | 8,000円 (15,000円) | 講師に松田晋哉産業医科大学医学部教授、金田道弘金田病院理事長(DPC評価分科会委員)を迎えます。 |
| 第16回機能評価受審支援セミナー(福岡会場)「新評価体系(3rdG:Ver1.0)の受審に向けて―具体例で学ぶ訪問審査―」(定員は「備考」を参照) | 9月19日(金) (福岡県福岡市 福岡SRPセンタービル) | 5,000円 (7,000円) | 定員は、[診療領域]30名、[看護領域]70名、[事務管理領域]60名 |
| 個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース(90名) | 9月25日(木) (全日病の会議室) | 22,000円 (22,000円) | 受講者は、当協会が実施した「個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース」の受講修了者が望まれます。 |

医療各界が集まり、医療事故調査の運営方法で研究班

西澤会長が代表研究者。検討成果が厚労省GL策定の素案に

西澤寛俊会長は7月16日に記者会見を開き、6月に成立した医療介護総合確保法で医療法に位置づけられ、2015年10月1日の施行が決まった医療事故調査制度に関するガイドラインの素案となる研究を開始したことを発表した。

研究のテーマは2014年度厚労科研に採択された「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」で、西澤会長が研究代表者を務める。研究班には、24の医療関連学会・団体、法曹界、患者団体等から28人が参加した。

研究班がまとめる報告は厚労省が策定するGLのたたき台となる。西澤会長は、10月末までに検討結果を中間的に整理、14年度末には最終報告を厚労省に提出する方針を明らかにした。

医療事故調査の仕組みの創設は、厚労省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」が13年5月にまとめた提言にそって、医療法改正項目として、医療介護総合確保推進法に盛り込まれた。

予期しない診療関連死は、全例を第3者機関に報告した上で、院内で原因究明調査を実施し、その結果を、遺族とセンターに報告するというのが制度の骨格。

提言には「院内事故調査の手順は、第3者機関への届け出を含め、厚生労働省においてGLを策定する」と記され、医療介護総合確保推進法の附帯決議も「GLの適切な策定」を求めた。

このGLを策定するにあたって、厚労省は、関係者を集めた研究班を設置して医療界の総意ともいえる草案を作る方針を固め、その代表として西澤会長を指名した。

事故調査制度の成否は、財源を別にすれば、医療界と患者がともに納得かつ信頼する公正透明な運営をどう確保するかにかかっており、GLの質がその命運を左右する。

医療事故調をめぐる長年の論争を知る者にとっては多難な役とも思えるが、責任追及と分離した原因究明・再発防止制度を求めて議論をリードしてきた全日病の代表として、西澤会長は医療界と患者の意見集約に努めることを決

意、その役を引き受けた。

研究班は4月以降4回にわたって勉強会をもち、研究協力者の人選やGLのポイントなどに関する事前検討を行なった。そして、6月18日の医療介護総合確保法成立を経て、7月16日に第1回会合を開き、本格的な検討作業を始めたもの。

会合で、西澤会長は、GLの主要な課題として、(1)制度の基本理念と骨格、(2)届出のルール、(3)外部支援を含む院内調査の方法、(4)調査結果の報告制度、(5)医療事故調査・支援センターの業務の5つをあげた。

その上で、「原因究明の最大のポイントは院内調査をいかに適切に行なうかにある」と指摘。院内調査の方法と院内体制のあり方をもっとも重視する考えを示した。

日程的には、月2回の会合でこれら課題を検討、10月いっばいに中間報告をまとめる方針だ。

この中間報告について、西澤会長は「かなり具体的なものとなるだろう」と展望。「これを基に関係者の意見を得て、さらに深め、来年3月末には研究報告をしたい」とした。



また、GL策定に医療界の意見を集約していく必要を強調。その中で、「医療事故の主たる原因は個人よりもシステム、したがって組織にある。そういう意味から病院団体が中心となって取り組む必要がある」との認識を示した。

研究班には、日医、日歯、日看協、日薬、助産師会の職能4団体とともに四病協4団体と全国医学部長病院長会議の役員が名を連ねており、まさに、病院界の総力を上げた取り組みになろうとしている。

西澤会長は、「これは医療人の自律的な取り組みでもあり、同じ事故を繰り返さないようにしていかないと患者との間に信頼が築けない。こうした思いを研究班として共有していきたい」と述べ、理念に支えられたGLづくりを目指していく考えを強調した。

西澤執行部 DPC、データ提出、介護療養病床のセミナー開催を決める

全日病の「経営セミナー」 テーマごとに企画準備を担当するプロジェクトチームを新設

医療・介護を一体的に推進する総合確保方針の9月告示、2014年度改定の主たる経過措置の9月末終了、病床機能情報報告制度の10月開始、新たな財政支援(新基金)の11月交付など、病院経営に大きな影響をおよぼす施策の実施を控え、全国の病院は制度改正等への対応に追われている。

そうした会員病院に対する支援を効果的に実施するために、西澤執行部は「2025年に生き残るための経営セミナー」企画の拡充を図るとともに、セミナーの準備を受け持つチームをテーマごとに設置するなど、2025年改革対応プロジェクトの強化を進めている。

第4回常任理事会(7月19日)で、西澤会長が、改革対応プロジェクトの当面の展開を明らかにした。

その柱となる「2025年に生き残るための経営セミナー」は、既に、「2014年度改定の全体像を考える」(5月11日)、「医療法等改正案の全体像」(5月18日)、「地域包括ケア病棟への移行」(7月9日)と3回開催。参加希望が殺到した「地域包括ケア病棟への移行」は8月7日と8日に2回追加開催することを決めた。

これにとどまらず、執行部は「データ提出加算のためのデータ作成・コーディング研修会」(8月13日)と「これからどうなるDPC対象病院」(8月16日)、さらに、9月中旬に介護療養病床に関する経営セミナーの開催を決めた(日時は未定)。

DPCのセミナーでは、DPC評価分科会で前分科会長代理を務めた松田晋哉氏(産業医科大学教授)と現委員の金田

道弘氏(金田病院理事長)が、DPC対象病院の今後について詳しく解説する。

「データ作成・コーディング研修会」は、地域包括ケア病棟等で必須とされたデータ提出加算の届出準備を助けるために、コーディングの基本等について、厚労省保険局医療課の担当官ほか説明する。

「経営セミナー」は、今後も、会員病

院が直面する課題に即したテーマを選んで開催されるが、執行部は、「経営セミナー」の企画を担当するプロジェクトチームを協会内に設置した。

プロジェクトチームは、①急性期(DPC)検討(神野副会長担当)、②重急性期(地域包括ケア病棟)検討(猪口副会長担当)、③慢性期検討(安藤副会長担当)の3つからなり、全日病役員のほか、必要に応じて外部の研究者等専門家や会員病院の事務担当者を変え、会員病院が直面する課題をレビューしつつ、その対策に向けた情報等のセミナー展開について検討を進める。



▲執行部は2025年改革対応プロジェクトの方針を説明した(第4回常任理事会)

すでに116病院が届出済。402病院が今後予定

地域包括ケア病棟の届出状況(速報値) 入院料・管理料の届出済・予定の実数は計483病院。回答病院の33.8%

全日病が全会員病院を対象に6月末に実施した「地域包括ケア病棟の算定に関するアンケート」の結果(速報値)がまとまった。62.7%(1,430病院)と、きわめて高い回答率となった。

地域包括ケア病棟入院または入院医療管理料をすでに届け出たのは116病院と回答病院の8.1%に過ぎないが、今後届け出る予定の402病院を加えると延518病院、届出の重複を除いた実数は483病院となり、回答病院の33.8%にのぼっている。

回答病院の1/3が地域包括ケア病棟を選択することが判明。まさに、大移動という結果となった。

アンケートで地域包括ケア病棟に対

する意見の記述を求めたところ、「在宅復帰を進めていく上でリハビリは出来高にして欲しい」「算定要件のハードルが上がり、対象患者の選択と病床コントロールに苦慮している」「重症度、医療・看護必要度基準やリハビリ1日平均2単位以上という要件を緩和してほしい」「療養病棟からの移行や老健に関する取扱いが厳しい」「点数設定が低く、7対1から移るインセンティブに乏しい」などの意見が寄せられた。

医療保険・診療報酬委員会(猪口雄二委員長)は、アンケート結果の分析と寄せられた意見の集約を行なった上で、地域包括ケア病棟に関する分析や要望活動など対応を検討する方針だ。

□地域包括ケア病棟の算定に関するアンケートの結果(速報値)

- 回答数(7月17日現在) 1,430病院(回答率62.7%)
- 集計結果
- (1)地域包括ケア病棟入院料
 - ①届出済 42病院・1,862床(うち療養病棟は2病院・91床) 回答病院に対する割合 2.9%
 - ②今後予定 183病院(うち療養病棟

- は28病院) 回答病院に対する割合 12.8%
- ③「届出済」と「今後予定」の合計 225病院 回答病院に対する割合 15.7%
- (2)地域包括ケア入院医療管理料
 - ①届出済 74病院・1,507床(うち療養病棟は1病院・20床)

- 回答病院に対する割合 5.2%
- ②今後予定 219病院(うち療養病棟は17病院) 回答病院に対する割合 15.3%
- ③「届出済」と「今後予定」の合計 293病院 回答病院に対する割合 20.5%

- (3)地域包括ケア病棟入院料または入院医療管理料の届出済 116病院(3,369床) 回答病院に対する割合 8.1%
- (4)地域包括ケア病棟入院料または入院医療管理料を今後予定 402病院 回答病院に対する割合 28.1%
- (5)入院料または入院医療管理料の重複を除く届出済と今後予定の合計 483病院 回答病院に対する割合 33.8%

□アンケート結果について 猪口雄二副会長

平成26年診療報酬改定において、地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料は、7:1看護基準削減計画とともに大きな改定項目である。中小民間病院にとっては、近未来の自院のあり方を大きく左右する選択となりそうである。

全日病は、7月9日に地域包括ケア病棟への移行に関するセミナーを開催し、予定の100名を大きく超える300名超の応募をいただいた。このため、8月7日、8日に2回追加セミナーを企画したほどである。

このセミナーと並行して届出状況に関する調査を行った。全日病2,279会員にアンケート用紙を送付したとこ

ろ、1,430会員より回答をいただいた。その結果(速報値)によると、483病院(回答病院の33.8%)が当該病棟の入院料/入院医療管理料を届け出たもしくは届け出る予定ということである。

回答をみる限り、会員病院の1/3が地域包括ケア病棟に組み入れられるということであり、まさに、大変な改革となる。

アンケートは意見の記載欄があるが、それを見ると、リハを含む包括点数、重症度、医療・看護必要度、データ提出等多くの問題が指摘されている。

今後、そのあり方については検証と改善要望が必要である。