

受保連NEWS 第4号

一般社団法人受療者医療保険学術連合会広報誌

2016年5月23日発行

受保連は一般社団法人となり新たなスタートを切りました

2015年12月17日をもちまして、受保連は「一般社団法人受療者医療保険学術連合会」に生まれ変わりました。英語表記も一部変更し、「Japan Socioeconomics Association of Patient and Provider(SAPP)」となりました。法人化に伴い、定款が新しくなりました。また、活動の拠点となる事務局を大

阪府吹田市から東京都新宿区に移転しました。一般社団法人となった受保連は、今後も医療を受ける者、その人を支える者、医療を提供する者が共に集まり、日本の医療のあるべき形について語り合い、公的医療保険制度の存続に向けた意見交換や学びが自由闊達にできる場として機能するよう活動を続けてまいります。

受保連の法人設立に際して

我が国は、世界に例が無い程の速さで人口の高齢化が進み、少子化など社会を担う生産年齢人口（15才～64才）の減少などが進み、国民の健康を維持すべき社会保険の財源が、年々厳しさを増していると云われています。その為、医療費や介護費の適切な活用を国民一人ひとりが認識し、効率的な適用を知ることによって社会保険制度の健全化を図っていくことが必要不可欠とされています。

その様な中、当法人は受療者（患者）や医師・看護師等の医療従事者、またケアマネや介護士等の福祉従事者が共に勉強し施策を考え、政策提言までも行っていくと云う趣旨で発足した組織団体です。当法人の趣旨を知って頂くための周知活動やセミナーの開催、また研究会の推進等、その為の資金確保が重要になってきます。

法人格にすることで、より一層の組織の健全化と活動の明確化がなされ、当法人が周知・認識されることにより、多くの方々にご理解とご協力を求めることが出来るという利点があります。つまり、個人名義よりも法人格名義の方が、信用度が増し、寄付金や助成金が受けやすくなるといえます。

また、当法人の特質の一つに、「受療者と医療・福祉従事者等が共に学び研究する事」があります。これを具体的な事業に展開することができれば、この国の国民皆保険制度の崩壊を防ぎ、当該制度の健全化を目指す為の一助になると思われます。例えば、国の機関や地方自治体等の業務を委託することができれば、当法人の信用性が高まるだけでなく、資金確保の安定にも繋がります。こうした委託事業を受注するのにも、法人格の取得が必要不可欠となります。

今後、より多くの方に当法人の趣旨を理解して頂き、活動を広めていく必要があり、東京事務所の開設や人材の確保等が求められている段階にあります。つまり、その為の運営資金確保が、当法人にとって最も大切な課題なのです。

当会の法人化によってもたらされる事業の進展は、国民がひっ迫する医療費の増大を認識し、効率的な医療の適用を知ることにつながる可能性があります。

以上のことから、法人化を通じ、この国の医療改革の一旦を担えるものと信じております。

（一般社団法人受療者医療保険学術連合会理事 杉山憲行）

活動報告

受保連第六回セミナーの開催

日時：2016年2月16日（火）

場所：大阪大学 医学・工学研究科 東京ランチ

講師：高橋 泰 氏（国際医療福祉大学）

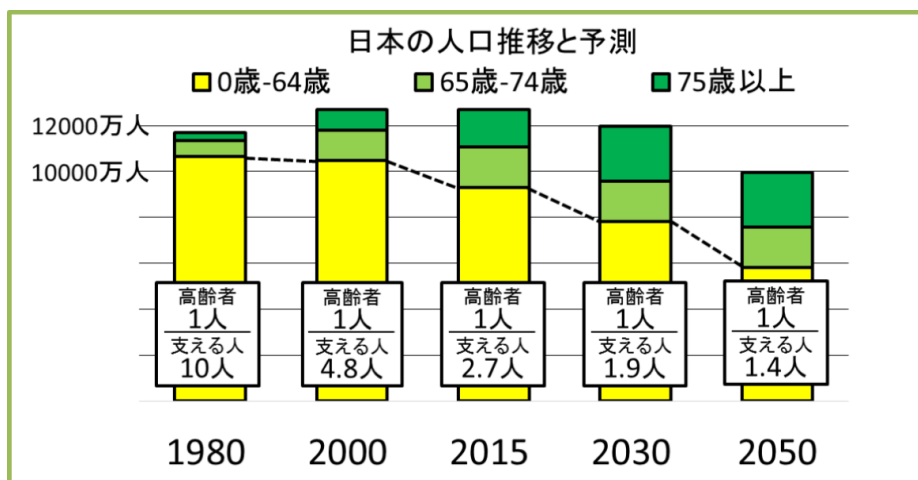
内容：ICTを用いた医療介護スタッフの生産性の向上
—人口減少社会における労働力不足に向けた解決策—



日本の社会が抱える課題の一つに、若年人口の減少と高齢化率の増加が挙げられます。日本の0歳～64歳人口が年間100万人ずつ減少する一方で、75歳以上人口は2030年まで毎年50万人ずつ増加し続けることが予測されており、様々な分野での労働力不足や介護負担の増大が懸念されるなか、医療介護職へ従事する人材の確保は危機的な状況にあると言われています。

高橋氏は、このような状況を踏まえ、高齢者を支える側の負担を減らす4つの解決策を右中図のように挙げています。そして、医療や介護の現場で働くスタッフの生産性を上げる仕組みづくりの重要性を高橋氏は強調され、生産性向上のために必要なステップを右下図のように提示しています。

また、セミナーの中で、看護現場の働き方を「見える化」するための「DPCデータを基にした看護業務量予測システム」など、医療介護現場の生産性を向上させる高橋氏の具体的な取り組みについてもご紹介がありました。



（総務省統計局2016年3月現在のデータをもとに受保連が作図）

高齢者を支える側の負担を減らす4つの解決策

- ◆ 65歳を過ぎても働き、支える側に回ることに
- ◆ 人生の終末の過ごし方に対する価値観の転換を図ること
- ◆ 支える側の生産性を上げること
- ◆ 支える側の人材を日本の外から確保すること

医療介護現場の生産性を向上させる4つのステップ

1. 現場の働き方を「見える化」すること
2. 同じ組織に属する医療介護スタッフ全員が共通して使用する患者の状態などを示す「共通カテゴリー」を作ること
3. ICT（Information and Communication Technology 情報通信技術）を活用して新人の経験や知識の不足を補い、サービスの質が担保できるように「業務の進め方を変える」こと
4. 見える化された働き方をもとに現場の資源を最適化できるように「制度を変更」すること

セミナー参加者とのディスカッションより

- Q.医療情報の所有権を患者自身が所有することによって、患者が必要時に開示でき、施設間での医療情報受授の手間を省くことができるのではないかと。
A.医療情報のクラウド化だけでは効率化は図られず、多職種間で共通プロトコルを持つことの方が有効である。その際は、連携する全ての職種に共通プロトコルを使ってもらうための工夫が必要となる。
- Q.事例で紹介された看護人員配置の最適化については、部分最適化ともいえ、組織全体では診療効率が落ちる可能性もある。ゴールを共有し、全体最適化につなげる必要があるのではないかと。
A.パラメーター設定が大切であり、新人もベテランも同じ「1」という設定はあり得ない。
- Q.効率性が上がると利用者の負担は減るのか。
A.利用者負担は減らず、従事者の賃金アップの方向になるのではないかと。
- Q.連携するための費用は誰が負担するのか。
A.人員基準を下げて収益を上げられれば、組織負担が可能。人員基準を下げる（規制緩和）には、Quality Managementの実証が不可欠である。
- Q.携帯電話代を払うような感覚で、介護にお金を払うことが当たり前になることはないのか。
A.自分ができないことにはお金を出すが、自分ができるところにはお金を出たくない心理が働き、自己負担の増額には抵抗を感じるのではないかと。
- 医療者は目の前の患者だけを幸せにしようとするが、目の前の患者1人を幸せにすることで、見えない複数人の不幸を招いている現実を認識すべきである。（特に管理者は全体最適化の視点を有するべき）
- 介護クライシスは、地方より東京の方が深刻になると予測される。日本は重介護に陥りやすい思想や価値観を有するが、オランダや北欧のように、食べられなくなったら胃瘻など延命医療をせず潔く死を迎えるという価値観に変えていくが必要になる。（死に方に対する価値観を変更することが重要）
- 介護では、家族内の合意形成が難しい。治療選択には、家族の満足が密接に関わる。また、介護経験によっても治療選択に対する見解にばらつきが生じる。そして、家族自身も様々なライフイベントがあり、サポート力が変化することも考慮する必要がある。
- 人工知能による複数言語間での同時翻訳が可能となりつつある現在、医療従事者と福祉従事者間の用語の同時翻訳にも応用できるのではないかと。
- 相互扶助の保険で最高の医療を受けるという仕組みではなく、65歳以上の医療はミニマムの医療を公的保険で行い、最高水準の医療は自費で行う仕組みにしているのか。あるいは、納税意欲の向上にも繋がっている、生涯納税累積額によって65歳以降に受けられる医療の水準に差が出る仕組み（航空会社のマイレージのよう）にしても良いのではないかと。

第七回セミナーのお知らせ

日時：2016年6月16日（木）18:30～20:30

講師：高橋 和久氏（順天堂大学教授）

内容：医者のある価値を患者も理解して受診を
—高額抗腫瘍薬剤をとりまく諸問題を背景に—
会場につきましては、後日お知らせいたします

<問い合わせ先>

一般社団法人受療者医療保険学術連合会
(受保連)

Japan Socioeconomics Association of Patient and Provider
(SAPP)

〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1
東京女子医科大学

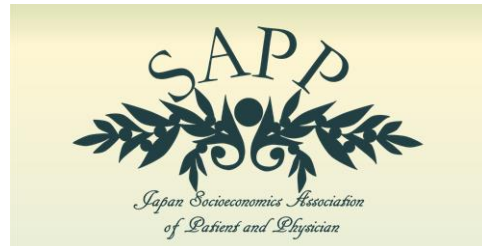
医療・病院管理学教室内「受保連」事務局

TEL：03-5269-7445

Email：sapp0901@gmail.com

ホームページ：http://www.sapph.jp/

受保連のロゴマークに込められた意味



受保連の略称である「SAPP」の下に、常緑樹「オリーブ」を配し、その下には英文の旧正式名称を表記してあります。

実り多き活動が受療者と医療者の双方によって育まれることを願って、実を付けた2枝のオリーブが、中央の大きな実を支えています。オリーブは世界的にも平和を象徴する枝として認知されており、様々な伝統ある組織や国家のモチーフとしても使われているものです。



会員コラム

Physician (医師) でなくて Provider (医療供給者)

茅野 眞男

本会（受保連）の英語名称「Japan Socioeconomics Association of Patient and Physician SAPP」の、Physician を Provider に変えた意義を執筆してくださいと依頼されました。

自分は内科系学会社会保険連合（以下内保連、仕事は診療報酬への内科系各学会の希望を取りまとめて厚生省に提出する）の副代表として、内科医師診療の技術料評価を担当しました。

当時の内保連は（日本医師会も含めて）、高名な教授が“吾輩はこう思う、黙って聞け”という雰囲気でした。内科医師の技術料に関しては、“時間だけでは駄目だ”という主張の基、難易度も容れている米国医師会作成の RBRVS を手本して、学習院大学の遠藤久夫教授（その後厚生労働省中央社会保険医療協議会「中医協」会長。）のご指導の下に、活動を行いました。

内保連の五島雄一郎代表は、“私の恩師西野忠次郎先生は、患者が診察室に入ってきた（歩き方）だけで診断がついた、だから時間だけでは駄目だ”と主張されておりました。名医の報酬を決めようとするのではなくて、標準的医師（医局員レベル）の技術料評価のはずだったのですが、内保連の委員（教授）は皆、名人になることを目指していて、“標準的医師”の概念が無かったと思います。

難易度に関して議論しているうちに、手本とした米国では時間数をはっきりと明記しました。外保連での手術料評価の場合は、手術室という密室の中なので専門家が決めるしかないのですが、内科外来では患者さんがみているのだし、患者が理解できるのはかっ

た時間だけなので、医師だけで決めた難易度では中医協は通らないと思っていました。

そのような中で東京大学高本眞一教授の医療政策人材養成講座（HSP）第三期 2006 年を受講しました。16 回の夜間講義と自主研究のコースですが、4 つの立場の違う stakeholder（医療提供者、政策立案者、医療ジャーナリスト、患者支援者）と会えたことが幸いでした。人間的にも私が尊敬する高本教授は“専門家と言っても素人の方よりほんの少し、知っていることが多いだけなのです”と言っていました。我々専門家にそのような謙虚な心があれば、例えば福島原発事故は避けられたのではないかと思います。

受保連の掲げる目的に自分の意向はぴったりなので、入会させていただきました。また受保連 news 第三号にある、平成 25 年実施“在宅医療を受ける人や家族に尋ねた医療経済に関する意識調査”の evidence 調査を高く評価します。

Stakeholder の言葉だと、限られた資源を争う利害関係者のように聞こえます。Provider（供給側）と Patient（受給側）は対立するものではありません。我々 Provider もやがて高齢になり、確実に Patient になっていくのです。例えば Provider の厚生省医療課は、制度を持続可能とさせるため、つまり医療費政策上、在宅医療拡大を訴えています。私は、国民の医療コストという面からは、病院の方が効率良いのは明らかだと思います。国会で審議する予算には含まれない在宅医療で家族が負担するコストと、認知症があるために判断もできない自分の親の幸福のバランスをどう考えるのか、本受保連に期待されるところだと思います。

茅野眞男（ちの・まさお）

慶應義塾大学医学部卒業。

足利赤十字病院 副院長、国立病院機構東京病院 副院長を経て、報徳会宇都宮病院 院長代行として勤務。

受療者医療保険学術連合会（受保連）理事。

これまで、内科系学会社会保険連合副代表、日本心臓病学会評議員、独立行政法人医薬品医療機器総合機構審査委員、中医協診療報酬専門組織医療技術分科会専門委員などを務めた。