



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2010 NEWS 10/15

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.742 2010/10/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

神戸市で第52回全日病学会を開催

日本医療の再興と閉塞性の打破について議論

厚労省医療課長が次期改定の課題に慢性期をあげる

「第52回全日本病院学会 in 兵庫」が10月10日・11日に、兵庫県支部の担当で神戸市・神戸国際会議場で開催され、全国から2,000人が参加した。

西昂学会長(兵庫県支部長・医療法人康雄会西病院理事長)は、開会挨拶で「わが国医療が国境によって閉ざされていることは歴然としている。国内だけの展開では遅かれ早かれ限界がくる。これまで蓄えた知識、技術、経験を発揮できる場を世界に求めていくべきである」と、「グローバル社会と医療」をテーマに掲げた第52回全日病学会の問題意識を説明した。

シンポジウムでは、テーマに即して「外国人雇用問題」「メディカルツーリズム」が取り上げられ、アジアそして世界の視点から日本医療の状況と課題が

考察された。

西澤寛俊会長は冒頭挨拶で「医療崩壊はなんら解決されていない。かなり危機的状況にある」と指摘、第52回学会で危機打開につながるメッセージが発せられなければならないという課題意識を表わした。

これを受け、病院のあり方委員会企画「産業としての医療を考える」は、医療を社会的コストとみなしてきたこれまでの発想から社会産業として規定し直す試みに挑戦。また、シンポジウム「病院医療の再生」は、医療ニーズと提供体制の地域差を踏まえ、2次救急や最適な入院医療体制の維持・再編に挑戦する民間病院の戦略が語られた。

一方、特別講演で登壇した厚生労働省保険局の鈴木康裕医療課長は、2012



年ダブル改定の課題として、①慢性期入院医療、②在宅、訪問看護・リハ、③ドラッグラグ・デバイスラグ、④ものごと技術の評価、⑤診療報酬の簡素化と努力に応じた評価のバランス、⑥勤務医等の負担軽減と役割分担、⑦地域特性の反映、の7点をあげた。

慢性期入院医療を筆頭課題にあげた鈴木医療課長は、関連課題に「一般病

棟における長期入院」をあげた。厚労省が6月に実施した横断調査結果を踏まえ、長期入院患者の病棟再編に踏み切る可能性を示唆した。

また、「(診療報酬のあり方にかかわる)根源的な議論をする時間は来年夏までしかない」と指摘。限られた時間の議論であることから課題解決も限られたものとならざるを得ないことを示唆した。

多数回答で「現在実施・今後可能」行為は診療補助の範疇

チーム医療推進看護業務検討WG 厚労省看護業務実態調査結果に基づき通知見直しの方向を示す

厚生労働省は、10月6日の「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」に、看護業務のあり方に関する検討の基礎資料に看護業務実態調査結果を採用することを提起。その上で、同調査で「現在、看護師が実施」かつ「今後、看護師の実施が可能」という回答が多数得られた業務・行為については、厚労省として、今年度中を目的に「診療補助の範囲に含まれる」旨を明確化する方向で検討を進めることを提案した。

提案は、同日の看護業務検討WGに出された事務局(厚労省医政局看護)の文書「当面の検討の進め方(たたき台)」で示された。

「検討の進め方」は、チーム医療の推進に資する看護業務のあり方を検討する基礎資料に、前回(9月27日)のWGに報告した看護業務実態調査結果を採用す

ることを提起した上で、(1)看護師や特定看護師の業務範囲のとりまとめには「特定看護師養成調査試行事業」の実施状況や学会・職能団体の意見(ヒアリング)を反映させること、(2)業務範囲の検討は看護師に対する教育・研修や医師の「包括的指示」のあり方検討と並行させること、(3)まずは、調査で「今後、看護師の実施が可能」とした回答が一定程度得られた業務・行為を中心に検討を進めること、(4)同時に、「現在看護師が実施」かつ「今後看護師の実施が可能」とした回答が多数得られた業務・行為は、今年度中を目的に「診療補助の範囲に含まれる」旨を厚労省が明確化する方向で検討を進めること、を提案した。

同日のWGでは、これらの提案を特段否定する意見は出なかったものの、議論は煮詰まるまでには至らず、事務局は次回も「検討の進め方」の内容で

合意を目指す考えだ。学会・職能団体のヒアリングは、その後、対象や日程等の案を作成するとしている。

「検討の進め方」は、後段で「他職種との連携に関する検討」と「教育・研修の内容の検討」等の考え方を示し、その中で、(5)「看護師と他職種との連携が可能な業務・行為」に関する調査結果の検討は「チーム医療推進方策検討WG」に委ねる、(6)同様に「看護師と他職種の役割分担・連携を推進する方策」の検討も「チーム医療推進方策検討WG」に委ねるという方針を打ち出した。

この2つの提案に関しては、一部の委員から強い反発が示されたため、事務局は引き続いて議論を行なうとしている。

さらに、「検討の進め方」は、(7)業務範囲を拡大する上で必要となる教育・研修のあり方を考察するために、「特定看護師養成調査試行事業」から情報を取

集するとともに、必要に応じて医療現場からも情報供与(ヒアリング)を受け、大学院、研修施設、各医療機関における多様な教育とそれを受けた看護師活用のイメージを醸成するよう提案している。

議論の中で、厚労省研究班として看護業務実態調査を実施した前原委員(防衛医大教授)は「70~80%以上の回答率とするか、あるいは20~30%以上とするかはともかく、該当する行為のリストはいつでも出せる」と述べ、看護業務検討WGの要請があり次第、業務範囲拡大の対象となる行為案の作成を終えていることを明らかにした。

これに対して、一部委員からは「数字の一人歩きが怖い」「数値だけでなく、内容をよく吟味すべきでは」と慎重さを求める意見が出た。

これに対して、前原委員は「どうせ年末には出すことになる」と発言、年度末の前12月にも「中間報告」というかたちで親会議のチーム医療推進会議に暫定案を報告する段取りが決まっていることを示唆した。(6面に続く)

来年3月にチーム医療GLを策定

チーム医療推進方策検討WG チーム医療調査を求める声に厚労省は否定的

厚生労働省の「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」は10月4日に初会合を開き、来年3月までにチーム医療の取り組み指針(ガイドライン)を策定するとともに、医療各職の業務範囲と役割の明確化と見直しを図るな

どチーム医療を普及・推進させる諸方策の立案を図ることを確認した。

WGは、ガイドライン案に現場の意見を反映するために、医療各職に対するヒアリングを積極的に実施する計画を組んでいる。

これに関連して、数名の委員から、各病院におけるチーム医療の実態について看護実態調査と同様の調査を求める意見が出た。しかし、事務局(厚労省医政局医事課)は調査の実施に否定的で、「既存のデータで対応したい」としている。

今年3月に「チーム医療の推進に関する検討会」がまとめた報告書は、チーム医療を具体的に推進するためには「看護師の役割の拡大」と「医療スタ

ッフ間の連携の推進」を図ることが必要であると提起した。

この報告を踏まえ、厚労省は4月30日付医政局長通知で看護師外職種の業務範囲の拡大と明確化を図るとともに、5月12日にチーム医療推進会議を設置。同会議の下に、特定看護師導入に向けた作業を進める「チーム医療推進のための看護業務検討WG」とともに「チーム医療認定WG」を付設することを提案した。(2面に続く)

清話抄

どこか見覚えのある施設だなと思った。上海の健診センターを見学した時の話だ。台湾と中国資本の合弁企業が運営する健診センターで開業1年。中国では北京に続いて2箇所目だそうだ。

日本人からすると華美に見えるインテリアを好む中国にあって落ち着いた感じの施設であり、いい雰囲気だなと

思った。現在は1日70名ほどの受診者を受け入れており、順調に受診者を増やしている。最終的には倍以上にあたる160名ほどを目標にしているという。

何より驚いたのは、健診当日に受診した検査結果がわかり、全ての説明を受けることができるということだ。(おそらく放射線検査は1次読影だが)日本でも放射線検査の読影などを含めて、全ての説明を受診当日に受けられる施設はそう多くはない。

そんな見学の途上、案内をしてくれた健診センター長が、中国語で「ヒノハラ」と繰り返して話をしていてことに気付いた。通訳の方が言うに「日本の有名なヒノハラさんという医師が台湾の同健診センターに見学に来た」というのだ。

それで疑問が解けた。この健診センターは、聖路加国際病院の健診センターにそっくりなのだ。そういえば、聖路加の健診センターにお邪魔した際、

台湾の施設を参考にして、内装・オペレーションを検討したと伺ったことがある。

聖路加国際病院が参考にした健診センターが北京・上海で運営していると思うと、日本のメディカルツーリズムは大丈夫かなと一抹の不安を覚える。まさに、健診センター運営も国際的なレベルを意識しながら取り組むに時代になるのだろう。改めて身が引き締まる思いがした。(井)

主張

創意工夫で医療崩壊を阻止しよう！ 柔軟な勤務を採用、医師定年は廃止する。 IT活用で会議も不要に。仕事にゆとりを確保。 ワークライフバランスで職員の離職も防止できる。

医療崩壊の主因は医師不足にあることは間違いのない事実である。多くの勤務医は、超多忙の、想像に難いほどの劣悪な労働環境で苦吟している。その対策として医学部の定員数を1.5倍にするという方針が出されているが、反対の意見が大半であり、当然である。教員や教室の確保ができるわけがない。いずれは高齢化・少子化で人口減となる。医師過剰で、歯科医師同様に減収減益で、経営難や薄給で苦しめられることになる。

医師の定年制であるが、早いところでは60歳、大多数は65歳である。

いずれも早過ぎる。この際、医師の定年制は撤廃すべきである。診療科によって差はあるが、70歳以上でも十分に診療可能な分野は少なくない。診療報酬が低額のため、人件費の圧縮を強いられているので、医師に高給を支払えばさらに経営難となるという考えが大半であるが、高齢医師の全てが高給を希望しているのではない。また、管理職の肩書きを希望するわけでもない。

以下、小規模小病院の生き残り策を披露する。高齢者はおおむね早起きであり、早朝は好調である。勤務

時間の多様性が期待できる。ちなみに、理事長の私は、6時から21時の間で主に早朝と夜間の勤務をこなしている。昼間は2時間程度の勤務である。それで管理職としての責任が果たせるかと疑問に思われるかもしれないが、十分にこなせている。

諸会議はグループウェアで、必要に応じて迅速かつ頻回に開催している。問題点や疑問は現場で聞き取っていくので臨場感があり、カイゼンに直結する。

委員は勤務時間内の空き時間に参加して意見を述べればよい。会議に

出席するために、わざわざ出勤することはない。

このシステムの省力効果は大きい。eラーニングで教育も適時で効率的であり、産休後の復職を容易にしている。コンピュータ化は自家製で省力効果が大きい。

カイゼン活動の効果は大きく、省力化は徹底している。ワークライフバランスを大切にしている当院では、有給休暇は完全消化できており、職場環境は快適で職員の離職は少なく、医療崩壊は阻止できている。

(N)

徳田常任理事 特定看護師導入を急ぐ現状を批判

チーム医療推進方策検討WG 各職委員から多彩な意見。実態調査求める声も。全日病のデータを所望

「チーム医療認定WG」とは、前出「チーム医療の推進に関する検討会報告書」に、「医療スタッフ間の連携の推進」を図る上で「チーム医療を推進する医療機関を認定する仕組みが必要」と書き込まれたことを踏まえ、その作業に当たるチームを意味した。(1面から続く)

しかし、5月12日の第1回チーム医療推進会議はチーム医療を推進する医療機関を認定する枠組の設定を否定し、「チーム医療認定WG」の名称を「チーム医療推進方策検討WG」と変えたとともに、同WGをチーム医療の推進に資する方策全般を検討する場に位置づけた。

その結果、医療機関の認定システムと認定を行なう第三者機関の設置を議論していた厚労省は方向転換を迫られた。そのため、当初6月に予定されていたチーム医療推進方策検討WGの立ち上げを延期、まずは、看護業務検討WGによる看護業務実態調査の実施を先行させ、看護業務実態調査の完了を見届けた10月に入って「チーム医療推進方策検討WG」の初会合を開いたというのが、この間の経緯だ。

事務局は、以上の経緯を厚労省なりの視点で簡略に紹介した上で、「第1回チーム医療推進会議において、チーム医療を推進する医療機関の認定のあり方を検討するという案に対しては様々なご意見が出た」と説明、新たに、①チーム医療の取り組みの指針となるガイドライン(GL)の策定、②GLを活用したチーム医療の普及・推進のための方策、③各医療スタッフの業務範囲・役割について、さらなる見直しを適時検討するための仕組みのあり方、の3点を「チーム医療推進方策検討WG」の検討課題としたいと提案した。

その上で、(1)GLの骨子案を12月にチーム医療推進会議に報告する、(2)GLを来年3月にまとめる、(3)引きつづき検討を要する課題があれば来年4月以降も「チーム医療推進方策検討WG」で議論を続行する、という日程を提示した。

GLを来年3月までにまとめるとしているのは、2011年度予算の概算要求に、チーム医療GL実証事業の予算を計上しているからだ。

実証事業は、例えば、週術期管理、

摂食嚥下、感染制御といったチーム医療の単位類型ごとに、①医師等各職業業務の安全性、②疾病の早期発見・回復促進、③重症化等予防、④医師等の業務効率化、⑤医師等の業務負担の軽減について効果を測定する調査(55施設対象)として、約15.6億円が計上されている。

今後線引きが見込まれる特定看護師等の業務範囲とその拡大に関しても、実証事業が11年度予算に計上されている。

チーム医療推進方策検討WGには、保健師、看護師、助産師、薬剤師、管理栄養士、臨床工学士、臨床検査技師、放射線技師、リハ3職、口腔ケア、医療事務、診療情報管理士、臨床心理士、SW、救急救命士、精神科(社会復帰担当)、ケースワーカー(社協)と、オブザーバーを加えると医師以外で19



▲チーム医療推進方策検討WGに臨む徳田常任理事(右から3人目)

もの職種が出席した。

医師にしても、急性期から回復期・慢性期、在宅にいたる病院と診療所の専門家が集まっており、同日の自由討論では、全員から様々な論点・視点の意見が出た。

こうした多様な意見を集約しながら、

数多くの職種に対するヒアリングをこなすにはかなりの時間をかかると思われるが、厚労省は年内に骨子を固め、3月にはチーム医療の標準化を図るGL案を作成、親会議(チーム医療推進会議)でまとめる日程で臨む方針だ。

チーム医療推進医療機関の認定は棚上げ

10月4日のチーム医療推進方策検討WGでは、歯科衛生士による口腔ケアや摂食・嚥下訓練をチーム医療の構成に加えるべきという意見が相次いだ。中には、歯科衛生士が病院に加わっても「歯科医による包括的指示がなければ動けない現状がある。法改正も視野に収めるべきだ」とする声も聞かれた。また、看護職以外の業務範囲を広げた4月30日付の医政局長通知をさらに進めた規制緩和を求める声もあがった。

その中で、チーム医療を考える上で、①急性期、回復期、在宅と医療提供の流れの中にその機能の相違を捉える、②人的配置や患者の疾患・状態における都市と地方の相違を踏まえる、③現在の医療ではなく、将来の医療を見据えてあり方を考察する、といった視点が欠かせないという意見が強調された。

地域格差への配慮を求める意見には、「急性期や基幹病院中心の画一的なGL」を懸念する声が多かった。

他方で、チーム医療に積極的に取り組んできた委員からは、④専門職中心、病棟配置、医療の標準化、情報の共有、権限の委譲がキーワードである、⑤(在宅においては)医療的判断の統一性(基準)、対応の即効性、効率性がキーワードとなる、という指摘も出た。

あるいは、人員配置の診療報酬上の評価を不可欠な前提に上げる一方、画一的な基準ではなく、状況と現場特性に応じて構成員の互換性を認めるといった効率性の確保にも目を向けるべきという意見もあった。

自由討論とは言え、チーム医療の標準化をめぐる議論は多岐にわたる論点を含むことが初回から明らかとなった。

こうした状況に、徳田禎久委員(社会医療法人禎心会理事長・全日病常任理事)は、医師も看護師も供給が足りない地方を例に取り上げ、そこには15対1に甘んじている病院が少なくないことを説明。「そうした病院にもチーム医療は必要と思うが、そうした病院における看護業務は都市部と違うものにならざるを得ない」と、医師や看護師等の業務分担が都市部と地方で異なっていることを強調した。

その上で、「チーム医療の議論は、しかし、特定看護師の導入議論に特化されてしまった。将来の問題としては理解できる。だが、医師が足りない中で看護師に依存することが多い病院にとって、特定看護師が出現すると、止むを得ない業務分担ができなくなる恐れがある。このことは十分考えてほしい」と、拙速に特定看護師導入に向かって

いる現状に率直な疑問を呈した。

さらに、「全日病では、業務分担の実態とそのあり方に関する意識調査を実施したが、その回答をみると、病院の置かれた立場で業務分担のかたちがまったく違うことが分かる。その点、特定看護師の調査は、他職種のキャリアアップによって解決できる側面を隠すことにもなりかねない。特定看護師にこだわるのではなく、もっと広く現場の実態をみた上で、業務分担の方向を考えた方がよいのではないか」と、多様なかたちをとる各病院の業務分担を画一的に変えさせる特定看護師の導入を批判した。

発言の中で、徳田委員が挙げた調査は、全日病の病院のあり方委員会が昨年9月に会員病院対象に実施した「病院における医師、看護・介護の業務範囲のあり方と役割分担」に関するアンケート調査だ。

徳田委員の発言に意を得た数名の委員からは「チーム医療のあり方を議論するのであれば、看護師と同様の実態調査をするべきではないか」という意見が相次いだ。

山口座長は、その意見に言及することなく、「調査結果をぜひ拝見したい。次回ご提出をお願いできないか」と徳田委員に要請した。

制度改革議論に重くのしかかる財源問題

介護保険部会 医療系委員は医療施設軸の再編や制度間不整合の見直しが合理的と主張



10月7日に開かれた社会保障審議会・介護保険部会は報告とりまとめに向けた議論に入った。事務局(厚労省老健局総務課)は、同日の部会に、7月30日から6回にわたって行なわれてきた介護保険制度改革に関する「議論の整理」を示した。

「議論の整理」における委員意見に「特養の設置主体について、公益性の高い社会福祉法人ですら不祥事を起こしている現状があるなかで、医療法人にまで拡大することがふさわしいのか疑問」という表記があり、医療系委員は「差別的表現である」と削除・書き直しを求めた。

来年の通常国会における法改正を決める審議であるが、介護保険部会には、(1)「地域包括ケア研究会報告書」(2010年4月)が提起した医療的ケアを必要と

する在宅療養者に対する包括的ケアの提供体制をどう作っていくかという問題意識と、(2)政府の財政運営戦略(2010年6月)に書き込まれた「ペイ・アズ・ユー・ゴー」の原則に従って財源問題を踏まえるべきではないかという意識が交錯し、議論をやや重いものになっている。

「地域包括ケア」の視点に立つと、制度改革や新たな施策・措置は広く多分野にわたることが避けられない。しかし、自民党政権と同様にプライマリバランス重視に転じた民主党政権が打ち出した「中期財政フレームと財政運営戦略」を踏まえると、新たな施策・措置は税収や歳出に見合う財源を確保することが前提とされる。

同日の部会でも、「処遇改善交付金の介護報酬組み入れ」や訪問看護ステーション

の規模拡大・事業複合化あるいは小規模多機能サービスと医療・看護の連携などが語られる一方で、小泉政権下を想起させる「選択と集中」の意見が再び跋扈するというように、給付の拡大につながる議論と保険料や利用者負担への跳ね返りは避けたいとする意見がないまざった展開をみせた。

その背景には、第5期(12~14年度)における1号被保険者(65歳以上)の保険料が月5,000円を超えるという厚労省の試算があり、それを避けるには公費の拡大が避けられないところ、「ペイ・アズ・ユー・ゴー」の考え方が、そうした展開を拒んでいるからである。

こうした中、医療系委員は、小規模多機能と医療・看護の連携、「お泊りデイサービス」、訪問看護ステーションの複合事業展開などの案に、医療施設による併設、空ベッドを担保したショートステイの活用、特養・老健のサテライト展開などの案を対置、それによって既存資源の活用と医療・看護の

連携が効果的・効率的に実現すると主張、規制の緩和を含めた制度変更・設計を求めた。

あるいは、「地域包括ケアには期待が大きい、その対象は高齢者とは限らない。医療、介護、福祉が有機的に連携した改革が必要になる。それはバラバラな給付を効率的に再編することにつながる」と、視点を広げた制度改革議論を提唱。

併せて、通所リハをうけもつ2機関の役割区分(再編)や緊急時ベッド確保の担保、通所リハを円滑に訪問リハに移行させるための制度見直しなど不整合な給付例をあげ、「大きな制度改革をしながらも、既存の仕組みを変えたり、規制緩和をすることで大きな効果を生み出す余地は十分ある」と、新制度を創出するよりも既存制度の再編見直しに重点を置く方が合理的とする声も医療系委員から上がった。

■「議論の整理」(医療関連項目を抜粋=要旨)

部会で提示した論点(要旨)	意見・提言(要旨)
<p>給付の在り方(施設、住まい)</p> <p>(1) 今後の介護保険施設の機能や在り方【介護拠点の整備方針について】</p> <p>できる限り住み慣れた地域で暮らせるよう、高齢者本人の選択により、在宅・施設サービスを利用できるようにすべきである。</p> <p>○特養は、緊急整備に加えて、在宅サービスの充実強化と高齢者住宅の供給を推進する必要があるのではないかと。</p> <p>○介護保険施設の整備、在宅サービスの充実、高齢者の住まいの供給は、自治体で地域の実情に応じてどのように進めていくべきか。</p> <p>○施設入所者が重度化し、医療ニーズが高まる一方、補給給付を受ける低所得者が特養には約8割いる中で、今後、施設入所者像をどのように考えるか。</p>	<p>・自宅や地域で暮らし続けたいという認知症を持っている人が見守られ、そして必要なサービスを受けられる、在宅により重きを置いた制度に改正すべき。</p> <p>・胃ろうなど医療的ケアを必要とする方が増加する中で、在宅サービスのみで対応することは困難であり、施設サービスを充実する必要がある。</p> <p>・介護職員、看護職員、介護支援専門員等について、ニーズに応じたサービスができるような人員配置を行う必要がある。</p> <p>・要介護のタイプ別にどの施設あるいは在宅でも生活が送れるようにしてよいのではないかと。</p> <p>・入所者像ごとに、在宅での暮らしを重視するのか、施設サービスで生活するようにするのかといったことを考えてよいのではないかと。</p>
<p>【施設類型の在り方について】</p> <p>○老健施設の機能が特養化しているとの指摘がある中、リハなどの在宅復帰支援機能が十分に果たされていないのではないかと。</p> <p>○医療サービス等が介護保険施設類型で規定され、外部サービス提供に制約がある。入居者の状態像に合わせて柔軟に医療サービス等が提供できるようにすべしとの指摘をどう考えるか。</p> <p>○施設における医療サービスは内付けで行うべき、外付けが可能なものか、再整理が必要ではないか。例えば、特養における医師配置については実態を踏まえ、医師の配置規制を緩和し、配置医師がいない場合には、外部のかかりつけ医の診療を認めることとしてはどうか。</p>	<p>・どの施設にいても医療系サービスが提供できる仕組みを検討すべきではないかと。</p> <p>・特養の医師は、専門的な知識を持つこと、研修を受けることが必要ではないかと。</p> <p>・入所者の重度化・高齢化によって施設間の状態像の差はなくなってきており、施設基準等との実態の乖離が生じている。</p> <p>・施設はサービスの濃淡で類型化されるべきだが、老健の入所期間長期化は、地域の受皿整備が十分でないためである。</p> <p>・施設入所者が重度化しているということは、基本的には入所者と施設の類型がマッチしていないということではないかと。</p> <p>・施設機能を生かして在宅の拠点を創出していくことが必要。</p>
<p>【その他】</p> <p>○規制・制度改革に係る対処方針(2010年6月18日閣議決定)で、特養への社会医療法人参入について結論を得るとされている。また、「社会福祉法人と同程度の法人参入について検討する」とされている。どのような法人を比較・検討の対象としていくべきか。</p> <p>○介護療養型転換が進まない中で、①転換先として、転換型老健と同様に、医師、看護師配置を行う特養型を作るべきか、②受入先を拡大するため、転換を決めた医療法人に特養の設置を認めていくことも必要か。</p>	<p>・介護保険事業を行う社会福祉法人のあるべき姿というのを議論すべきではないかと。</p> <p>・医師、看護師が配置されている療養病棟を廃止し、配置されていない特養に医師、看護師を配置するのはおかし。</p> <p>・療養病棟の転換型として新類型をつくるという話は利用者にはますますわからない。</p> <p>・特養の設置主体について、公益性の高い社会福祉法人ですら不祥事を起こしている現状があるなかで、医療法人にまで拡大することがふさわしいのか疑問。</p>

<p>(4) 療養病床再編成について</p> <p>○介護療養病床の転換については、①転換後の患者の望ましい居場所が確保できるのかということについて懸念する声がある。②一方、仮に転換を凍結した場合、本来介護保険施設において処遇されるべき患者が療養病床で処遇される、いわゆる「社会的入院」につながるおそれがある。</p>	<p>・廃止という方針を変えて延期等の結論を出すことは、行政への不信につながる。</p> <p>・転換は進んでおらず、転換した介護療養の多くは医療療養に向かっている。制度創設時の理念と逆行していないか、利用者へのケアの観点と社会的費用の観点から検証が必要。</p> <p>・介護療養のようなタイプの施設が必要なら、介護療養は残すべき。</p> <p>・少し立ちどまって時間をかけて考えるべき</p>
<p>給付の在り方(在宅・地域密着)</p> <p>(1) 在宅サービスの在り方(訪問看護等医療系サービスを含む)</p> <p>○24時間地域巡回型訪問サービスの創設、レスパイトケアの拡充(宿泊付デイサービスの創設等)、小規模多機能型居宅介護の普及、複合型事業所の創設等を行うべきではないか。【新成長戦略において決定】</p> <p>○在宅中重度要介護者の増加や在宅看取りを推進するため、訪問看護の提供量の確保が重要であり、地域ごとに必要な看護師確保することが必要ではないか。</p> <p>○訪問看護ステーションは大規模化を図る必要があるのではないかと。</p> <p>○訪問看護と介護の連携を進めるべきではないか。</p> <p>○中重度者に対する、宿泊サービスの提供について検討してはどうか。</p> <p>○訪問リハは十分に提供されているか。また、適切に通所リハを提供するためには、通所介護と通所リハの再編を図る必要があるのではないかと。</p>	<p>【24時間訪問サービス、小規模多機能】</p> <p>・24時間地域巡回型訪問サービスは、短時間で認知症のケアには適していない。</p> <p>・24時間地域巡回型訪問サービスは普及を図っていくべき。</p> <p>・訪問看護と身体介護は一体化すべき。</p> <p>・医療依存度の高い方に対する24時間の訪問看護を確保する必要がある。</p> <p>・24時間地域巡回型訪問サービスの人員配置は労働条件に配慮した人員配置等とすべき。</p> <p>・利用者には「24時間365日短時間巡回型」サービスの介護報酬包括化が望ましい。</p> <p>・都会では小規模多機能の整備が進んでいない。訪問看護をはじめ他のサービスを提供できるよう柔軟化を図ってほしい。</p> <p>・小規模多機能の利用形態を弾力的に考えていくべき。</p> <p>・医療依存度の高い在宅療養者を支援する医療系小規模多機能の創設を提案したい。</p> <p>【レスパイトケア、複合型事業所】</p> <p>・有床診の短期入所サービスは手続きが複雑。簡略化すべき。</p> <p>・宿泊付デイサービスより緊急ショートを提供すべき。</p> <p>・宿泊付デイサービスなどレスパイトケアの拡充に賛成。</p> <p>・緊急事態が発生して入居しなければいけない人がショートステイを使える仕組みが必要。</p> <p>【医療との連携】</p> <p>・訪問看護について薬局の医療材料提供や、24時間型訪問介護との連携を検討すべき。</p> <p>・医療ニーズが高い人が緊急に泊まる場所がなく、ショートステイが活用されていないのは問題。</p> <p>・退院直後の短期集中リハはあるが、在宅療養中のレベルダウンには対応できてない。</p> <p>・医療・介護・看護の連携の下で在宅療養を整備していくべき。</p> <p>・特養・老健が支えない療養通所介護の普及は難しい。</p> <p>・訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリを包括的に提供できる体制の整備が必要。</p>

レセプトと特定健診等データの活用が可能に

レセプト情報等の提供に関する有識者会議 2011年度から。厚労省が審査基準策定へ有識者会議を設置

厚生労働省は同省が保有するレセプト情報等のデータを、2011年度から研究等の目的で同省以外の者が利用することを認める方針を決め、利用申請の審査基準を策定する「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」を設置、10月5日に初会合を開いた。

委員は全日病猪口雄二副会長を含む19人。座長に開原成允国際医療福祉大学院院長を選んだ。

対象となるデータは「高齢者の医療の確保に関する法律」で、医療費適正化計画の作成等に資する調査・分析を行なうために同省が収集・管理すると規定されている診療報酬・調剤報酬各明細書および特定健診・特定保健指導の情報。

レセプト情報は09年4月診療分から10年6月診療分まで、特定健診・特定保健指導に関しては08年度実績分の収集が

終わっている。

データはそれぞれ、ハッシュ関数を使って同一人が特定できる策を講じた上で、氏名、医療機関や健診・保健指導機関の所在地・名称など本人特定につながる情報を削除し、厚労省のデータベースに収載されている。保険診療のレセプトであるため、労災保険適用の負傷・疾病や自賠責保険対応の交通事故、健診、正常分娩等の情報は入っていない。

ただし、医療機関コードや保険者番号等が含まれていることから、厚労省はデータ利用の申請と許可に関する手続き等を定めた厚生労働大臣告示案を用意、(1)当該データの利用が公益性が高いこと、(2)審査基準に合致すること、(3)審査に際しては例外を除いて有識者の意見を聞くことなどを告示に盛り込む方針を、同会議で明らかにした。

そのために審査基準の策定を「有識者会議」に委ね、今年度末までの策定を求めるとともに、データ提供に関する助言を行なう機関と位置づけ、提供開始以降も利用申請の個別審査を担当してもらうとしている。

個別審査のポイントとして、事務局(厚労省保険局総務課医療費適正化対策推進室)は、①利用目的、②データの必要性、③データ利用の緊急性、④データ利用関連分野における研究実績、⑤データ分析に係る人的体制、⑥データの利用場所・保管場所・管理方法、⑦データ分析結果公表の有無、をあげている。

厚労省は、同日の会議で、「レセプト情報・特定健診等情報データベース」は、医療費適正化計画作成のための調査・分析等という本来目的以外に、感染症など疾患の実態把握に基づく施策や介

護給付費と医療費の実態把握に基づく施策の立案など「所掌事務の遂行に必要な範囲内」で厚労省内の他部局や関係省庁・自治体が利用することや、それら施策の検討に役立つ分析・研究さらには「学術研究の発展に資する目的で行なう分析・研究」を行なう研究機関等が利用することも認めていることを明らかにし、そうした場合の申請についても、有識者会議でデータ提供の可否について審査、厚生労働大臣に助言することになると説明した。

猪口副会長の代理で初会合に出席した飯田修平常任理事は、これらデータを公益目的で活用することに賛成するとして、収集対象となるデータとその根拠となる法の主旨との間に不整合があることなどを指摘し、是正の検討を求めた。



第52回全日本病院学会 in 兵庫 テーマ「グローバル社会と医療～国際都市神戸より～」

病院医療の再生「人材不足はまだ続く。では、どう対応していくかを議論しよう」 産業としての医療「医療は社会のコストか、それとも産業なのか」

第52回全日本病院学会(学会長・西島兵庫支部長)は、兵庫県支部の担当で、10月10日、11日に、神戸市・神戸国際会議場で開催された。一般演題の登録数は過去最高の467題を数え、参加者も2日間で延べ約4,000人を数えるなど、全日病学会史上最高規模の盛り上がりを見せた。(8面に医療制度・税制委員会企画「4疾病・5事業」の概要を掲載)



●西島学会長の挨拶要旨

昨年の鹿児島大会のテーマは「維新」であった。この学会では、国際都市神戸にふさわしく、「開国」を提言したい。
テーマは「グローバル医療と社会」である。産業界ではアジア市場に向かう企業活動が加速化している。世界と競争する、そのために世界から人材を受け入れようとする企業の動きは、変化を座視する従来型組織に対する強い警告となっている。

我々も例外ではない。医療の世界にも、世界にアピールできる技術やサービスは沢山ある。しかし、わが国医療が国境によって閉ざされていることは歴然としている。
国内だけの展開では遅かれ早かれ限界がくる。今こそ、知識、技術、経験を発揮できる場を広く世界に求めていくことを考え、行動に移す、またとない機会であると提言したい。

●西澤寛俊会長の挨拶要旨

民主党政権が誕生し、私は非常に期待したが、改定率はわずか0.19%の引き上げにとどまった。それ以外の政策もほとんど手がつけられていない。医療崩壊は何ら解消に向かっていない。事態はかなり危機的である。
今必要なことは、医療崩壊阻止に役立つ、医療提供体制改革、医療保険・診療報酬改革などの制度改革である。介護保険制度改革の議論が先行してきたが、医療についてもようやく社保審・医療部会の開催が決まった。中医協でも、我々はコストを明らかにする

議論を展開している。

今は医療機関個々の努力でなんとかもっている。速やかな制度改革によって、そうした医療機関を支援しなければならない。
国民皆保険は世界に誇る制度であり、それを堅持していくことは当然であるが、今学会は、それを越えて海外に目を向けたテーマを打ち出した。その点に国際都市神戸を有する兵庫らしさを感じる。これからの日本の医療のあり方、提供体制のあり方、その中で民間病院のあり方をしっかり議論していただきたい。

●原中勝征日本医師会長の挨拶要旨

現在、四病協と日本医師会は、日本の医療をどう修復し、また、変えていくかという討議をしている。
日本医師会は、小泉政権がとった市場原理主義とは明確に訣別する態度をとったが、同時に、崩壊した医療制度をどう再建するかということで、各方面と話し合いを重ねている。

ただ、困難なのは、日本の経済が非常に悪くなってしまったことである。そのために、社会保障をどう維持していくかという点は、我々も提言をしていかなければならない。
医療費をどう確保するか。我々は、政府と一緒に、医療財源をどう確保していくかという話し合いをしなければならぬ状況に置かれている。



受付風景



開会式



開会式



厚生労働省鈴木医療課長

鈴木康裕

シンポジウムI 病院医療の再生

シンポジストの西澤寛俊会長は「ぎりぎりのところで、まだ崩壊には至っていない」という認識を示しつつ、医療崩壊の一因をなす医療従事者の不足に関して、1997年閣議決定の医師養成数削減方針は誤りであったと指摘した。
その一方で、「需給バランスは取れている」と繰り返してきた看護需給見通しを例に需給予測の難しさに言及。9月に発表された必要医師数実態調査の結果についても、その数字を鵜呑みにはできないと述べ、一片のデータから硬直した施策がとられることへの懸念を示した。
そして、2008年11月の社会保障国民会議最終報告におけるシミュレーションを取り上げ、「これを踏まえると看護需給予測は大きく変わることだろう」とした。
西澤会長は、「供給不足はこの5～10年解消されない。であれば、足りないということを前提に、ではどうすれば対応が可能となるかがもっと議論され

なければならない」と提起。
その1つの策として、2次医療圏ごとに細かく実態を把握し、地域の住民も交えて医療再生計画を作ることを提案。医療機関には、さらなる機能の明確化と連携の推進を訴えた。
議論において、西澤会長は、北海道と北海道病院協会、大学病院等が一体に取り組む医師派遣の独自な取り組みを紹介し、「これは公・大・私が一體となった取り組みだ。医師はすぐには増えない。したがって、こうした工夫をしながら乗り切っていく考え方も必要ではないか」と、創意あふれる取り組みが必要であると訴えた。
加納繁照氏(加納総合病院理事長)は、わが国2次救急で民間病院がいかに重要な役割を果たしているかを、総務省の救急搬送に関する統計(08年)から詳しく紹介した。
それによると、2次救急における民間病院のシェアは全国で57%にのぼる。1府1都4県で70%を超え、それだけで

全国の人口の28.7%を占めている。シェアが50%以上を占める県の人口合計は全国民の50%を超えているが、とくに、人口密度が高い22の都道府県で民間病院のシェアが高く、その人口合計は全国の2/3を占めているという。
そして、「公的は病院数で2割、病床数で3割、救急搬送で4割だが、民間は、8割、7割、6割を占めている」と指摘。民間病院が担う役割が決定的であるにもかかわらず、補助金や診療報酬における支援と評価が十分ではないと、病院崩壊の背景の一端に公的に偏った行政の支援体制があると、2次救急を例に分析してみせた。
一方、古城資久氏(赤穂中央病院理事長)は、自院グループを各地に展開させる上で、「人口、高齢化率など地域のマーケット規模を踏まえて将来を予測、エリアを積極投資、現状維持、撤退と3つのランクに分けている」ことを明らかにした。
健診や健康増進など周辺事業にも積極的に取り組む古城氏は、医療をどう

再建するか議論の中で、重急性を含む一般急性期を対象に「第2のDPC」を導入して一般病床を透明化することを提唱するとともに、「地域医療計画の病床規制を現行の上限規制から下限規制に変え、下限を下回る地域には公費を投入してでも自治体病院に踏みとどまってもらった方がよい」と、思い切った提案を行なった。
中村康彦氏(上尾中央総合病院理事長)は、療養環境の改善(全面建替え)によって患者と収入が大きく増えた自院事例を紹介しつつも、収支改善の背景には「医師の数が増えたこと、さらに、根源的には、地域ニーズや外部環境との整合を確保する経営戦略が欠かせない」と、自院グループの事例を示しながら分析してみせた。
それは、1つは、近隣に大規模急性期病院を擁する地(都内)に位置していた101床の急性期病院を思い切って回復期リハビリ病院に転換させたケース。もう1つは、283床の一般急性期病院に産婦人科の病棟を開設した事例だ。



病院のあり方委員会企画「産業としての医療を考える」

開原成允氏(国際医療福祉大学大学院院長)は「産業=営利ではない」と指摘。医療は、これまで医療産業という社会評価を独占してきた医薬品や医療機器等の製造業だけでなく、「財もしくはサービスの供給」を担う医療サービスの提供からもなると説明した。

さらに、今後は医療の周辺サービスも重要な産業活動を構成するとも説明、医療がもつ生産誘発効果の大きさを明らかにした。

その上で、給付外の一般医薬品や外国人を含む自費診療など、公費が投入されている公的医療保険と連動しない生産・流通・販売が多々あることを指摘し、「医療機関はこうした領域にも目を向け、自ら周辺のサービスを取り込む工夫があってもよい」と提起した。

これに対して、中川俊男氏(日医副会長)は、「医療に生産誘発効果があるのは当然なことだが、医療の営利化を議論したり、医療に産業を牽引する役割

を期待することは間違っている」と否定。「医療が産業であるという議論はすでに終わった議論である。だが、医療を営利産業と見るか、それとは分けて考えるかというテーマはまだ残っている」と議論の前提を示した上で、「医療営利化の期待は混合診療の突破口となり、株式会社参入の口実となる恐れがある」という認識を示した。

中川氏の議論の矛先はメディカルツーリズムに及び、「受療を望む外国人を受け入れることはなんら問題がない。しかし、産業という視点から取り組むとき、それは混合診療につながる恐れがある」と論じた。

そして、「混合診療は保険外併用療養というかたちで事実上解禁されている」と指摘、保険外併用療養の枠内にとどめておくべきであるという認識を示した。

シンポジストの1人である神野正博副会長は医療が地域振興に及ぼす効果について考察。「地域がさびれていく

とき病院も衰退する。これは逆の場合も然りだ」として、病院と地域は運命共同体の関係にあると説いた。

「地域の命運を握る病院は、だからこそ、頑張らなくてはならない」と説く神野副会長は、日本旅行とタイアップしたPET-CT健診ツアーの催行や倒産した商店跡地に小規模多機能施設を開設した自院グループの試みを紹介。「医療・介護・福祉を統合した複合体」という選択肢があるとし、「こ

れこそ地域見守りシステムである」と論じた。

その上で、「医療は、社会にとって、警察、消防、自衛隊のごときコストなのか、それとも産業なのか」との切り口を提示し、「仮に産業と定義するならば、それは再生産できなければならない」と展開。メディカルツーリズムを例に、再生産が可能な医療を目指す自助努力とともに環境整備に向けた公的支援を求めた。



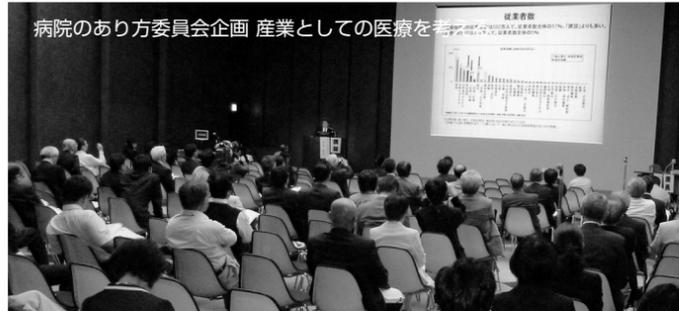
医療の質向上委員会企画 シンポジウム「安全文化」



開会式で挨拶する西澤会長



講師の指導で全員がストレッチ(人間ドック委員会企画)



病院のあり方委員会企画 産業としての医療を考える



一般演題の風景



来賓として挨拶する原中日医会長



医療従事者委員会企画 貴院の人事管理における効果と課題



シンポジウムII 外国人雇用問題

外国人雇用問題 「日本は外国人労働者を受け入れる覚悟があるか」 メディカルツーリズム 経産省は事業化に向け着々と作業



□救急・防災委員会企画 医療復興

「阪神淡路大震災後15年をふり返って-災害医療はどのように進歩したのか」という副題のとおり、阪神淡路大震災の教訓を基に、防災、医療支援、医療復興に向けた課題が6人の防災関係者から報告され、議論された。

□シンポジウムII 外国人雇用問題

EPAにもとづいてインドネシアから来日、みごと2年目で看護師試験に合格したデヴィ・ラッハマワディさん(おおくまりハビリテーション病院)は、体験に根ざした看護師・介護福祉士希望者受け入れ制度に対する疑問を語り、「このままでは日本とイン

ドネシアとの関係によくないです」と強い懸念を表わした。

看護師・介護福祉士希望者の受入制度を中心に議論されたシンポジウムだったが、やがて「将来、日本は外国人労働者を受け入れるのか」という議論が変わった。そして、参政権の問題など多難な解決課題が指摘される中、「日本人の覚悟が問われる問題である」という指摘がなされた。

□シンポジウムIII メディカルツーリズム

経産省商務情報政策局の藤本康二サービス産業課長は、メディカルツーリズムに対する同省の取り組みを紹介。この8月から東京外国語大学と提携した人材育成事業を開始、9

月以降外国人患者の受入支援会社を官民出資で設立して来春をめどに事業計画を策定する、さらに、海外に日本医療の窓口拠点を設ける構想を披露するなど、政府方針にそって着々と事業化に向けた作業を進めていることを明らかにした。

□医療従事者委員会企画 貴院の人事管理(人事考課制度)における効果と課題

基調講演に続いて、看護部長、事務長、業務部長など5人のパネラーが自院における人事管理と人事考課の現状と課題を報告。その後、ディスカッションを行なった。

□人間ドック委員会企画 運動とメタボリックシンドローム・サルコペニア予防

真田樹義立命館大学准教授が運動と健康のかかわりについて基調講演し、サルコペニアという比較的新しい概念を紹介した。サルコペニアについては、近年、わが国でも論文に取り上げられる機会が増えているが、「加齢により筋力が低下しそれに伴い様々な健康問題が起ること」を指す。

真田氏は、サルコペニアになる原因にたんぱく質の低下、中枢神経の低下、性ホルモンの低下等をあげたが、その詳細はなお研究途上にあるとのことで、予防策を含め今後の論文・データを待つ必要があるという。

支払基金が電子レセ対応の「サービス向上計画」

審査支払機関の在り方検討会 2011年4月から突合・縦覧審査。国保連も5月から縦覧・横覧・突合審査

厚生労働省の「審査支払機関の在り方に関する検討会」の第6回会合(9月30日)に、事務局(厚生労働省保険局保険課・国民健康保険課)は、第1回から4回会合までの議論と論点の整理を示した。

議論は、これまで、①査定ルールの相違や査定率の差異など審査の質とその体制のあり方を中心に、②審査支払組織のあり方、③保険者支援や支払いなど審査以外の業務、について行なわれてきた。

その中で、支払基金と国保連の統合に関しては、否定的な意見が検討会の大勢を占めている。民間参入を求める声はあるが、それほど強調された意見にはなっていない。

査定ルールに関しては、審査基準の標準化・統一化を求める意見がある一方で、機械的・画一的な判断と医師裁量との間に折り合いをつけることへの疑問を示す委員も少なくないが、判断の差異を縮小する方向で何らかの対策をとるべきという意見が優勢である。

ただし、審査基準を公表するべきか

否かに関しては意見が分かれている。一方、審査機関として内部蓄積されているデータの活用・公開に関する議論は十分なされているとは言えない。

このように、ヒアリング(第5回会合)を含めて色々と議論を重ねているが、議論が先行する余り、論点ごとの意見集約が遅れていることが否めない。

このため、9月30日の会合では一部委員から「議論と並行しながらも具体的な案づくりに入ってはどうか」という提案がなされ、次回以降、新たな方策や制度設計に関する議論も進めていくことで合意した。

同日の検討会に、支払基金は「レセプトの電子化に対応した医療費の分析評価」と題した資料を提出。2010年度改定によって医療費がどう変化したかという考察結果を例示して、医療費分析システムを開発しつつあることをアピール(同分析評価の一部は本紙9月15日号に掲載)。また、「支払基金サービス向上計画案」について説明した。

「計画案」は、行政刷新会議や厚労省

の事業仕分けと「審査支払機関の在り方に関する検討会」など支払基金をめぐる議論の状況とレセプト電子化の進展を踏まえ、さらには、同基金が今年3月にまとめた内部検討会の報告で指摘された「電子化によるコスト削減を更に推し進めていく必要がある」という提起を踏まえ、現行の枠組みに立って支払基金の組織改革を進める事業運営方針としてまとめられたもの。

「計画案」で、支払基金は、「保険者と医療機関に対するサービスの向上」「診療報酬改定など医療保険制度改正への円滑な対応」「審査の不合理な支部間差異の解消」などサービスの質の向上に取り組む目標とともに職員を12.6%削減する方針を打ち出している。

審査に関して、支払基金は、電子レセを対象にした診療行為、医薬品、特定器材等の各基本マスターを使ったコンピューターによるチェックに、今年2月から医薬品の適応・用量のチェックマスターが加わり、この8月から対象が1,955品目まで拡大したこと。さらに、今後は、チェックの対象を医薬品の忌避、処

置、手術および検査の適応、特定保険材料の適応等に段階的に拡大することによって、これまでの目視チェック補助にとどまっていたコンピューターチェックが網羅的なチェックへと、主役に代わることが可能になったと説明した。

さらに、今年3月には医科電子点数表を完成させたが、それを参照して算定ルールに対する適合性を点検するシステム2011年4月をめどに導入。告示や通知で示された算定基準の内容を分析してコンピューターチェックが可能項目を洗い出すことによって、現在、チェックマスター取扱いの規定を個々にコンピューターに登録していた作業が割愛できるなど、効率性とともに精度が格段に増すと審査作業の変化を展望している。

こうした作業工程の効率化を踏まえ、支払基金は、11年4月から、これまでの単月審査のほかに新期の突合審査と縦覧審査を実施することを明らかにした。

同日の検討会では、国保連も審査用画面の2画面化を実現させ、11年5月から一次審査において、電子レセに対する縦覧・横覧審査と突合審査を実施することを明らかにした。

回答率で「看護師・特定看護師」可能医行為を線引き

チーム医療推進 看護師の業務範囲拡大で議論の方向性(案)

10月6日の「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」では、看護業務実態調査結果の施設区分別あるいは回答者の属性別等の回答内訳が示された(1面記事から続く)。

その資料の1つとして、前原委員(厚労科研の主任研究員)は「現在看護師が実施していない医行為についてその理由」および「看護師が実施している状況」の各集計結果を示した(別掲)。

さらに、前原委員は、看護業務実態調査の一環として、58の医学会、日本看護系学会協議会の37学会、その他多職種により構成される16学会を対象に、「看護師が医行為を実施する上での安全性の基準等について情報を得る」調査を、10月～11月に実施することを明らかにした。

また、同日のWGで、国立病院機構の後援を得て東京医療保健大学大学院

看護学研究科が設置した「クリティカル領域における特定看護師育成カリキュラム」(特定看護師養成調査試行事業の「修士課程」に指定)が詳しく披露された。

同カリキュラムは3次救急の総合診療科外来配属を想定しており、救命救急センターの救急外来における統合実習(12単位)が組み込まれている。同学科の石川准教授は「医師臨床研修では

58項目の達成目標があるが、ここではそのうちの20項目を達成できる」と強調。東京医療センターの松本病院長は「初期医師臨床研修時の能力を身につけることができる」と自画自賛した。

院生の属性は「国立病院機構以外からは、医療機関から派遣された看護師(休職扱い)、さらには自己都合で退職して入学してきた看護師等」で構成されている。

受験資格は基本的には「大卒・看護師経験5年以上」だが、大学院という性格上「大卒」に限定してはいないと説明した。

チーム医療推進のための看護業務検討WG「当面の検討の進め方(たたき台)」10月6日

1. 検討の前提(省略)
2. 看護師の業務範囲の検討
 - 看護業務実態調査の結果は基礎資料となり得るものの、看護師の業務範囲や特定看護師の業務範囲は当該調査結果のみで検討することは困難であり、看護師に対する教育・研修や医師の「包括的指示」の在り方等とともに検討を進めることとしてはどうか。
 - その際、まずは、調査で「今後、看護師の実施が可能」との回答が一定程度得られた業務・行為を中心に検討を進めてはどうか。
 - また、調査で「現在、看護師が実施している」との回答が多数得られ、かつ、「今後、看護師の実施が可能」との回答が多数得られた業務・行為については、厚生労働省として、今年度中

- を目的に「『診療の補助』の範囲に含まれる」旨を明確化する方向で検討を進めてはどうか。
- 3. 他職種との連携に関する検討
 - 看護師と他職種との連携が可能な業務・行為については、看護業務の在り方という視点にとどまらず、それぞれの専門性を最大限に活用した連携の在り方という幅広い視点から検討されるべきものである。
 - こうした観点から、当該業務・行為に関する調査結果については、主として「チーム医療推進方策検討WG」で検討するよう「チーム医療推進会議」に提言してはどうか。
- 4. 教育・研修の内容の検討
 - 看護師の業務範囲を拡大する場合に何らかの教育・研修が必要となると考え

- られるが、現時点では、看護師に対する教育・研修として医療現場・教育現場において実現可能な教育・研修にはどのようなものがあるのかといった点も含め、看護師に対する教育・研修や教育・研修を受けた看護師の活用等に関する具体的なイメージが共有されていない。
- よって、「特定看護師養成調査試行事業」から収集した情報を踏まえ、また、必要に応じて医療現場のヒアリングを実施しながら、大学院や研修施設を活用する教育・研修から各医療機関におけるOJTに至るまで様々なレベルの教育・研修や教育・研修を受けた看護師の活用に関する具体的なイメージを作成してはどうか。
- 5. その他
 - チーム医療を推進するための看護業

- 務の在り方を検討する際には、現在、主として看護師が実施している業務のうち、他の医療関係職種や医療関係職種でなくても実施できる業務については、他職種と積極的に役割分担を図り、その専門性を積極的に活用するといった視点が重要である。
- 看護業務実態調査では、主として看護師が実施していると考えられる業務について、他職種による実施が適切と考えられる業務がないかどうかについて、看護師の認識を問う調査が実施されたところである。
- 今後、当該調査の結果等を踏まえ、「チーム医療推進方策検討WG」で看護師と他職種の役割分担・連携を推進する方策を検討するよう、「チーム医療推進会議」に提言してはどうか。



IFHE 国際病院設備学会

同時開催

第39回 日本医療福祉設備学会

最新の「安全管理」や「感染管理」に関するセッションが多数行われるIFHE国際病院設備学会(¥10,000)が無料!!
 参加ご希望の方は、HOSPEX Japan事務局(TEL:03-3434-1377)までご連絡を!! (※但し、医療従事者に限らせていただきます。)

The 35th International Healthcare Engineering Exhibition

HOSPEX

ホスピックスジャパン Japan 2010

会期: 2010年11月17日(水)～19日(金) 10:00～17:00

会場: 東京ビッグサイト・東展示棟

主催: 一般社団法人 日本医療福祉設備協会
社団法人 日本能率協会

入場参加料(1,000円)が無料になる事前登録はHOSPEX Japan 公式ホームページへ!
<http://www.jma.or.jp/hospex/>

展示予定製品

- ① 医療機器
- ② 感染対策特集
- ③ 建築・設備・エンジニアリング

特別講演会 定員 100名 事前登録制 会場:東展示ホール会場内

11月19日(金) 16:00～16:50 **ユビキタスICTがもたらす“医領”解放構想— iPad・iPhone医療支援から手術ロボット開発へ—**
神戸大学 大学院 医学研究科 消化器内科 特命講師 杉本 真樹

団体/企業セミナー 定員 100名 事前登録制 会場:東展示ホール会場内

医療機器安全管理セミナー (主催:東京都臨床工芸士会)

企画協力: 東機質 ドレーグル・メディカル ジャパン インターメド ジャパン 東京エア・ウォーター 大正医科器械
 レールタルメディカルジャパン フィリップスエレクトロニクスジャパン 美和医療電機

申込方法: HOSPEX Japan 公式ホームページの専用事前登録フォームよりお申し込み下さい。
 (参加料のお支払いは後日、東京都臨床工芸士会事務局より請求書が届きます。)

11/17(水) 13:00	1 医療機器安全管理責任者の業務について	11/18(木) 13:00	1 医療スタッフのための電気設備の安全
2 病院立ち入り調査の現場レポート	2 医療スタッフのための医療ガスの安全	3 人工呼吸器のトラブルとその対策	
3 医療機器研修の新しい形～シミュレーションラボ	3 人工呼吸器のトラブルとその対策	4 NPPV人工呼吸器の注意点	
16:30	4 輸液ポンプの効率的なメンテナンス		

※発表者の都合により、セミナーの中止またはテーマ変更になる場合がありますのでご了承ください。

展示会・セミナーに関する問い合わせ先 **HOSPEX Japan 事務局** 社団法人 日本能率協会 産業振興事業ユニット内 〒105-8522 東京都港区芝公園3-1-22
 TEL:03(3434)1377 FAX:03(3434)8076 E-mail:hospex@convention.jma.or.jp

中医協総会

原価調査の議論が白熱化 国民が必要な医療を受けるに足る医療コストが保障されているか 提供した医療サービスに見合った診療報酬が設定されているか 公益委員がコスト把握で2つの意義と視点を提起 福祉医療機構はキャッシュフローの面から医療経営をみる必要を提起

9月29日の中医協総会は、基本診療料にかかわるキャピタルコスト把握の可能性に関して、支払側と診療側で激しい意見の応酬が展開された(本紙10月1日号既報)。

その中で、キャッシュフローを用いて医療機関経営の分析を行なうことの重要性が提起された。

きっかけとなったのは、ヒアリングで呼ばれた福祉医療機構の千葉正展経営支援室経営企画課長が行なった、融資機関として、どういう視点から医療機関経営を考察するかの話だ。

千葉氏は、医療機関経営を財務・資金的側面から分析する視点に「損益の側面」と「キャッシュフロー」の側面とがあると説明。これまでは、医療経済実態調査のように損益計算ベースで経営状況を判断してきたが、それでは設備投資や借入れによる資金の増減(キャッシュフロー)が把握できないと指摘した。

では、キャッシュフローを把握することがどういう意味をもつか(図を参照)。

千葉氏は、借入の元金返済の原資は当期利益から課税額を引いた税引き後利益に減価償却費を加えた「課税償却

前利益」であり、そこから借入金元金償還額を控除した残りが内部留保となると説明。「仮に将来の医療機器更新等のための留保分がゼロだとしても、金融機関への元金償還年数と減価償却の法定年数との差異から生じる元金償還超過分を当期利益として稼がなければならない」と指摘し、この償還超過分相当を「最低確保利益」と表現した。

その上で、医業収益に対して、一般病院で7.3%、療養型病院で7.9%もの元金償還分を抱えているが、減価償却費分は一般病院で4.8%、療養型病院で4.5%にとどまるため、最低確保利益が一般病院で2.5%、療養型病院で3.4%(2008年決算分析)確保できないと借入金の元金は返せない、つまり、一般病院を例にとると、償還しなければならない金額は医業収益に対して7.3%もあるのに、減価償却で留保できるのはたかだか4.8%にすぎないというのが現状であることを明らかにした。

同氏は「この数字は福祉医療機構貸付先の決算の全国平均である」と説明、「コストの検討はそれぞれ仔細に行なわれなければならないが、それと並行して、やはり資金繰りという側面から物を見るということも一定程度必要

ではないかということで問題提起させていただいた」と結んだ。

千葉氏に続いて、公益委員の小林麻理氏(早稲田大学大学院公共経営研究科教授)は「診療報酬算定における原価計算の意義」と題して私見を披露。

「(原価を考える上で)2つの視点がある。1つは、国民が必要十分な医療サービスを受けるために必要とされる医療コストが保障されているかという観点で診療報酬を考えるということ。もう1つは、提供した医療サービスに見合った診療報酬が設定されているかどうか。したがって、診療報酬体系と整合したコスト分析をするためには、診療行為の部分原価として、まず基本的な原価要素を識別するということが、その上で診療行為のアウトカムに影響を与えている要因、原価要素を識別する、そういう2つの段階を勘案しながら、現在の入院基本料等にどのようなものが評価されているのかということを考えていくことが必要ではないか」と、コスト調査に対する1つの考え方を示した。

同時に、医療機関経営をみる上でキャッシュフロー分析が欠かせないという認識を示した。

償還財源確保のために必要な最低限の利益とは (利益を出さなければ借入金の元金償還ができない財務構造) 損益計算書PL

費用		収益	
医業外費用	支払い利息等	医業外収益	約10%
医業費用	人件費 経費 (固定資産税) 委託費	医業収益	約90%
(内、減価償却費)	元金償還分	診療 保険 収入	
当期利益	(内、償却超過分) (内、保留分) 税(利益×40%)		
最低確保利益(償却超過分相当)は、一般病院2.5% 療養型病院3.4%、精神病院1.8%。 (H20年の決算分析)		課税償却前利益 = 当期利益 - 法人税等 + 減価償却費等 = 借入金元金償還額 + 保留分	
		手元に残るキャッシュは ・ 減価償却費分 ・ 利益から税額分を控除した分	
		その中で、借入金の元金償還を行ない、 将来の投資額を確保することが必要	
		仮に将来の医療機器更新等のための「留保分」 をゼロとしたとしても、金融機関への元金償還年数と減価償却の法定年数との差異から生じる元金償還「超過分」を 当期利益として稼がなければならない。 = 「最低確保利益」	
		元金償還分は、一般病院7.3%、療養型病院7.9%、 精神病院6.8%、減価償却費分は一般病院4.8%、 療養型病院4.5%、精神病院5.0%。いずれも超過 分の利益が必要。	

資料：源上清貴氏資料に基づき福祉医療機構にて作成

四病協と日医、連名で要望書を作成

2011年度税制改正要望 全日病と四病協は10月12日に民主党に提出

全日病は2011年度税制改正要望書を作成、10月12日に民主党厚生労働部門会議(座長・石毛鏡子衆議院議員)宛に提出した。

また、四病院団体協議会も2011年度税制改正要望書をまとめ、民主党厚生労働部門会議が10月12日に開催した税制改正ヒアリングに出席し、その内容を説明した。

四病協の税制改正要望には、全日病の要望事項とは別に、①社会医療法人の行なう医療保健業をすべて収益事業から除外して非課税とすること、②社会医療法人の固定資産税非課税対象である「救急医療等確保事業に供する固定資産」の解釈が市町村で異なるため通知等で統一を図るとともに、非課税範囲を「医療に供する固定資産」全般に拡大すること、③中小企業事業承継における「取引相場のない株式等の贈与税・相続税の納税猶予制度」の対象に持分ある医療法人への出資にも適用すること、④持分ある医療法人の出資評価に、取引相場のない株式で無配当のものと同様の方法を適用すること、

の4項が加えられている。

2011年度税制改正要望書については四病協と日医の連名でも作成され、日本医師会の手で10月6日に公表された。四病協・日医連名の税制改正要望は、基本的に四病協の税制改正要望事項を踏まえているが、消費税の項目のみ、四病協の「原則課税を要望する」とい

う表現を「社会保険診療報酬に対する消費税の非課税制度は、仕入税額控除が可能な課税制度に改め、かつ患者負担を増やさぬ制度に改善するよう強く要望する」と改めている。

全日本病院協会「2011年度税制改正要望事項」

1. 社会保険診療報酬に係る消費税

消費税負担の矛盾を解消するため原則課税を要望する。

2. 医療機関に対する事業税の特例措置

①社会保険診療報酬にかかる事業税の非課税措置、②医療法人に対する事業税の軽減措置、を現行どおり存続されたい。

3. 社会医療法人に係る税制

①税法上の特定公益増進法人とし、寄付が行われた場合に、当該支出額を所得税法上の寄付金控除対象または法人税法上の損金とする、②認定が取り消された場合に過年度全部の非課税収益に一括課税する取り扱いを見直す、

各措置を講じられたい。

4. 持分のある社団医療法人に係る税制

出資者に相続が発生した場合、当該医療法人が持分のない医療法人に移行する予定であるときは、当該出資者に係る相続税の納税を5年間猶予し、期間内に持分のない社団に移行することを条件に猶予税額を免除する制度を創設されたい。

5. 特例民法法人及び公益法人に係る税制

以下の措置を講じられたい。
(1) 特例民法法人が法人税非課税措置を受けた場合の地方税(固定資産税・都市計画税及び不動産取得税登録免許

税) 減免措置

(2) 特例民法法人が一般財団又は一般社団の認可を受けた後に法人税非課税措置に該当するとして厚生労働大臣の証明を受けた場合の(1)の措置の継続

(3) 特例民法法人が公益認定を受けた場合の、社会医療法人と同じ固定資産税等の減免並びに登録免許税非課税の各措置

6. 病院・診療所用の建物・附属設備の耐用年数

病院・診療所用建物・附属設備耐用年数の現行39年から31年への短縮。

2010年度 第6回常任理事会の抄録 9月18日

【主な協議事項】

●公益法人・一般社団の選択

公益法人改革対応プロジェクト(猪口雄二委員長)の五十嵐特別委員(公認会計士)は、本会の選択肢として「公益社団」の認定が十分可能であるという主旨の報告を行なった。報告を受け、①「公益社団」へ移行するという方向で引き続き作業を行なう、②11月20日開催の常任理事会・支部長会で臨時理事会を同時開催し、そこで役員会としての意思決定を行なうことを提案、承認を得た。同案件は役員会承認後、代議員会・総会に諮られる。

●特別会計の設置

6月21日付の厚労省「2010年度老健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)事業」の国庫補助内示を受け、「胃腸造設高齢者の実態把握および介護施設・在宅における管理等のあり方の調査研究」を遂行する事業検討委員会(本会の介護保険制度委員会も木下毅委員長が兼ねる)と受託補助金にもとづく特別会計予算の設置(設置日に遡及して次期総会に諮る)が承認された。

●臨床指標評価委員会の設置

厚労省の「2010年度医療の質の評価・公表等推進事業」に本会の事業計画が採択されたことを受け、同事業の運営に当たる臨床指標評価委員会の設置と委員選任案が承

認を得た。飯田修平常任理事が委員長を務める。

●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

以下のとおり人間ドック実施施設指定の申請が承認された。

◎日帰り人間ドック

東京都 平塚胃腸病院附属 新宿センタービルクリニック

日帰り人間ドック実施指定は480施設となった。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の5名の入会が承認された。
北海道 旭川南病院 院長 石田紀子
神奈川県 けいゆう病院 院長 永田博司
神奈川県 済生会神奈川東病院 院長 吉井宏
京都府 京都武田病院 院長 武田敏也

福岡県 京都病院 理事長 岡松秀一

別途退会が7名あった結果、在籍会員数は2,316名となった。

【主な報告事項】

中医協総会(9月8日)、厚労省における「診療報酬の支払い早期化」検討の動き、「立入検査における常勤医師等の取扱い」に関する四病協通知(9月21日付)、「多剤耐性アシネトバクターによる院内感染問題」に関する日病協声明(9月17日付)等について報告があった。

国際メディカルツーリズム事業委員会は、9月10日の会合に経産省サービス産業課長ほかを招き、国際メディカルツーリズムに対する同省の今後の取り組み方針を聞いたことを報告した。



「医療連携に参加」も「医療計画には非記載」の事例が

4疾病5事業に関する会員病院調査 医療計画記載基準が都道府県で異なる。公的病院重視の傾向も

全日病の医療制度・税制委員会(小松寛治委員長)が6月に会員病院を対象に実施した「4疾病5事業に関する調査」の結果がまとまった。

2008年度から始まった新医療計画には、具体的な医療機関名を表示して各2次医療圏における4疾病・5事業ごとの医療連携体制が記載された。この医療連携体制に対する会員病院の参加実態を捕捉するのが今回調査の目的である。

4疾病でみると、DPCの支払いを実施している病院は4~5割の割合で医療連携体制に加わっていると回答したが、DPCの支払いを実施していない病院で参加しているとした率は1~4割にとどまり、DPC病院に比して参加率が低かった。

さらに、DPC病院と非DPC病院合わせた参加病院と「医療計画への記載有無」との関係をたずねたところ、医療連携体制に加わっているという認識にもかかわらず、「医療計画に自院の名が記載されていない」と回答した病院数は、医療連携体制に加わっているという回答数に対して、がんで20.7%、脳卒中で7.5%、急性心筋梗塞で5.5%、糖尿病で5.8%あり、がんにおいては2割もの病院が医療計画に記載されてい

ないことが分かった。

非記載率を5事業についてみると、救急医療10.4%、災害医療48.8%、へき地医療23.1%、周産期医療4.5%、小児医療21.4%と、4疾患よりも「連携に参加している」という認識と医療計画記載との乖離は、さらに広がる。

このほか、調査結果から、①4疾病5事業の捉え方や参加病院名の記載基準が都道府県さらには2次圏で異なっている、②都道府県からの打診や参加要件の緩和が参加促進に役立つ、③医療計画の記載内容が各病院に周知されていない可能性がある、などがうかがえた。

また、自由意見の記載から、大病院や公的病院を中心とした医療提供体制の是正を求める意見が少なくないことが分かった。

4疾病・5事業の医療連携体制は、その参加が、脳卒中にかかわる診療報酬で地域連携診療計画管理料と地域連携診療計画退院時指導料の施設基準の1つになっているほか、10年改定ではDPCの新機能評価係数に加えられ、自院機能を明らかにして患者選択に資するという面にとどまらず、各病院の収入面にも影響を与えるものとなっている。

4疾病5事業への病院参加実態をアンケート形式で調べた調査は初めてとみられるが、とくに、参加できていない病院の状況を併せて探ったこの調査は、2011年度に中間見直しを迎える新

医療計画にとって貴重な資料を提供するものとなる。

執行部は、近々再開される医療部会における医療法改正議論に、このデータを反映させたいとしている。

医療計画が本格機能する可能性。自院機能の明確化が必要

医療制度・税制委員会は10月11日の「第52回全日本病院学会 in 兵庫」で「4疾病・5事業について—各都道府県の医療計画と全日病会員病院の参加状況」と題した企画を組み、池上直己慶應義塾大学医学部教授が「4疾病・5事業に関する調査」結果を報告・分析した。

同企画には兵庫県から健康福祉部健康局医務課担当官も出席、同県における4疾病・5事業に関する医療連携体制の現状を「およそ70%を民間病院が占め

ており、がんばっている状況がわかる」と報告した。

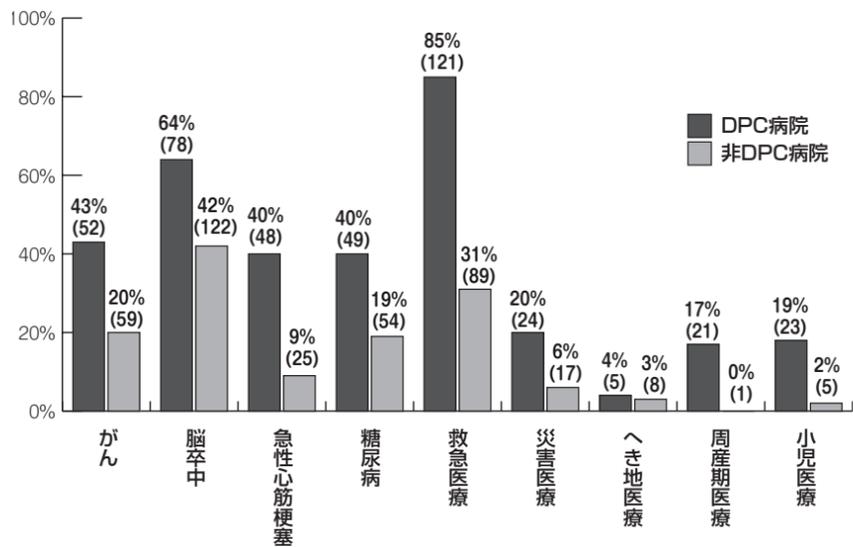
池上教授は、同企画のまとめで、「民間病院は今までは医療計画に無関心でいてもよかった。しかし、これからは医療計画が本格的に機能し出すかもしれない。そうなると、自院の位置付けをどうしなければならぬかという判断を迫られることになる」と指摘、民間病院に、まずは自院機能の明確化に取り組む必要を提起した。



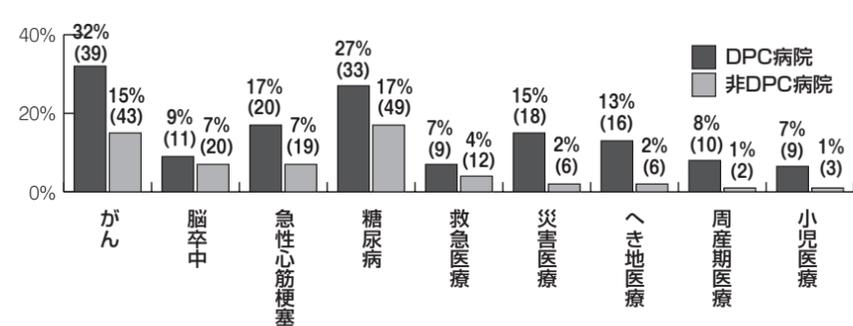
全日本病院協会 「4疾病5事業に関する調査」の結果

調査日●2010年6月~7月
回答数●DPC病院 121/392件(回収率31%)、非DPC病院 291/1,910件(回収率15%)、合計 412/2,302件(回収率18%)

□4疾病・5事業—会員病院の参加分野



□4疾病・5事業—会員病院の参加したい分野



□医療計画への病院名の記載の有無

	参加していると回答した病院数	実際に医療計画に記載されていなかった病院数	割合
がん	111	23	20.7%
脳卒中	200	15	7.5%
急性心筋梗塞	73	4	5.5%
糖尿病	103	6	5.8%
救急医療	192	20	10.4%
災害医療	41	20	48.8%
へき地医療	13	3	23.1%
周産期医療	22	1	4.5%
小児医療	28	6	21.4%

※医療計画において、高度な治療を実施できる医療機関名しか記載された場合等は、たとえ慢性期の治療を担っていたとしても、病院名が記載されない為、医療計画に記載されていなかった病院に含めた。

□自由記載意見から

●がん
・院内でがん登録を実施するも、行政サイドである東京都はがん登録の参加募集を実施していない。都道府県によって体制が異なる結果、病院の努力が点数に反映されないのは、公平性を欠くのではないかと。

・宮崎県ではまだ体制が出来ていなく、地域がん登録を行っておらず参加できない。

●救急医療
・当院は公的病院同様に2次救急医療に取り組んでいるが、県内の地域医療計画は公的病院中心に作成運営されており、民間病院であるがゆえに救急病

院群輪番制への参加が認められていない。このため、DPC病院として地域医療指数の救急医療評価も受けられない状況にある。

・地方における病院群輪番制のほとんどは救急に必要診療科を整備できなく、病院群輪番制に登録していない当院のような急性期脳神経外科医療機関が2.5次救急を行っているのが実態。AMIについても同様。病院群輪番制の参加だけで医療計画で評価することには疑問を感じる。

<その他>

・外科系の私的小病院で、医療連携施設数は約200ある。効率性指数と複雑性は高く、地域医療のために頑張っているが、機能評価係数(Ⅱ)の合計は平均を下回る。チーム医療を各種行っているが、小規模故に専従スタッフが配置できない。一極集中では地域医療は成り立たない。大病院優位の是正を望む。

・自治体病院を中心とした体制の構築より、現状機能している体制を重視していただきたい。実際には機能していない自治体病院が各種センターの指定を受けるのはおかしい。

・公的病院を頂点にピラミッド型の医療提供体制を構築するのは、増々規制強化につながり、いかがなものか。

・がんや災害医療は大学病院や公立病院に偏重しているように思う。民間病院の機能性や柔軟性を取り入れた形

で、もう少し評価できるようにしてほしい。

・県内に連携パスはあるが、うまく稼働していない。連携担当者の設置やコーディネーターがもっと増え、機能する対策(診療報酬を得やすい条件のもと)が必要と思う。

・競合関係を無視して連携体制を構築することは不可能。また、診療する疾患や臨床像の固定化は病院収支の悪化にもつながりかねず、自院の医療機能、人員体制の再整備を考慮しながら慎重に連携をすすめるべきである。

□まとめ

①都道府県によって、医療計画における4疾患5事業の捉え方や、参加する病院名を記載する基準が異なっていた。

②DPC病院と非DPC病院とでは回答傾向が異なり、DPC病院の方がより積極的に参加しており、また参加したいとする傾向があった。

③参加できない理由として「院内体制の未整備」が最も多かったが、都道府県の打診があることや参加要件の緩和が参加の促進に役立つことが伺えた。

④医療計画に当該病院の記載が全くなくても、ある疾病や事業に参加していると回答した病院もあり、医療計画の記載内容が各病院に周知されていない可能性があった。

⑤自由記載欄では、大病院や公的病院を中心とした医療提供体制の是正を求める意見が少なからずあった。

全日病・医法協共催 2010年度「医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会」開催案内

本講習会は全日病・医法協共催の「医療安全管理者養成課程講習会」及び2006年度まで四病協で実施していた同講習会の「医療安全管理者認定証更新」講習(1単位)、にそれぞれ該当します。

日時●12月3日(金) 13:00~16:00
会場●東京都内 東区保健会館2F大ホール
東京都新宿区南元町4番地 (JR総武線信濃町駅下車 徒歩7分)

内容●講演Ⅰ 医療安全—最近の動向—
東邦大学医学部教授 長谷川友紀
講演Ⅱ 「医療事故・ヒヤリ・ハットの情報収集による原因分析、再発防止と無過失補償による紛争の解決について」
日本医療機能評価機構医療事故防止事業部医療事故防止事業部長 後 信

参加費●5,000円
定員●240名
申込締切●11月15日 *詳細および申込書は全日病HP掲載案内書でご確認ください。

問合せ先 全日本病院協会事務局(担当 廣井・吉田愛)