



全日病 NEWS 11/15

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.744 2010/11/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「高度医療」で未承認薬を早期上市!

ドラッグラグ解消 スキーム第2弾 厚労省が中医協に提案。保険併用と短期薬事承認を実現



▲医療課はドラッグラグ解消スキーム第2弾を中医協に提案した(11月10日)

厚労省は、欧米では承認済みながら国内では未承認の医薬品について、短期間の薬事承認を可能とするとともに、前倒して保険併用を認める仕組みの創設を10月15日の中医協総会に提起した。すでにある「高度医療」の枠組みに未承認医薬品を使用する技術を取り込みやすくするように運用方法を改善。そこで承認に必要なデータを収集、治験の過程を割愛するかたちで未承認薬問題の解消につながるというもの。

当面は抗がん剤を対象に制度を運用し、その後、対象を他の医薬品や医療機器等に拡大する方針だ。

今回の措置は政府の「新成長戦略」に盛り込まれた課題項目の1つ。8月の中医協で承認された、適応外薬の早期薬事承認と前倒して保険適用を認める枠組みに続く、ドラッグラグとデバイスラグ解消スキームの第2弾となる。(5面にドラッグラグ解消スキーム案を掲載)

厚労省は、ドラッグラグ解消スキーム第2弾の考え方を10月27日の中医協総会に続けて提起、さらに、11月10日の中医協総会には同方策のイメージ図解を示して議論を促した。

それによると、ドラッグラグ解消スキーム第2弾は概要以下の枠組みとなる。(1) 未承認・適応外の医薬品・機器を伴う技術の保険併用を認めている「高度

医療」の仕組みに、未承認薬を用いた医療技術を取り込む経路を導入するかたちで運用改善を図る。

(2) 同時に、「高度医療」評価にかかわる高度医療評価会議と先進医療専門家会議の二重審査の一元化を図る。

(3) 「高度医療」の運用改善の内容は別掲の通り。

「日本発の新技术」への対応も検討

欧米に比べると新薬の上市(市場への投入)が平均4年遅れているドラッグラグ(およびデバイスラグ)の解消は、政府の「新成長戦略」等も重要課題にあげられている。

その対応策として、8月25日の中医協は、「医療上の必要性の高い未承認薬・

適応外薬検討会議」が公知申請に該当すると認めた適応外薬については、薬事・食品衛生審議会(薬食審)の事前評価と公知申請を経た上で承認手続き期間を短縮するとともに、事前評価を終えた時点で保険適用を認めるという制度の導入を決めた。

いわばドラッグラグ解消の第1弾である。その際、未承認薬を短期間で承認する仕組みをどうするかが宿題となった。今回提案された仕組みは、その宿題に対する厚労省の回答である。

国内未承認薬にかかわる最大の問題は、①時間と費用がかかる治験にどう対応するか、②医療機関が臨床試験を試みる場合の費用負担をどう捻出するか、である。

事務局(厚労省保険局医療課)が出したアイデアは、保険適用に至る前段階で不可欠な有効性と安全性データの実証確認を保険診療との併用が認められる「高度医療」を活用し、そこで得た実績データを使って薬事承認に臨むというもの。

これが制度化されると、公知申請を活かして薬事承認の短期化と保険適用の前倒しが可能となる制度(第1弾)から外れる国内未承認薬にも特例ルートが開けるだけでなく、同じく第1弾で取り残された未承認・適応外の医療機器もこの経路に乗せることができ、デバイスラグの解消に貢献する。

現行の「高度医療」は申請に際して数例の症例実績が必要であり、この点も当該医療機関には負担となっていたが、今回の提案に基づけば、一定要件を満たした医療機関群は、最初から保険との併用が適用されるため、そうしたリスクは基本的になくなる。

残る課題は海外における実績のない国内開発の未承認薬の場合のみとなるが、医療課は「日本発の新たな医療技術の開発・実用化」についても何らかの対応を検討したいとしている。

11月10日の中医協で、診療側委員は、提案された新制度によってどの位承認までの期間短縮が図れるかシミュレーションを出すよう事務局(厚労省保険局医療課)に求めた。事務局は、次回中医協に、シミュレーションとともに、抗がん剤を想定した場合の実施医療機関群の案も提出する予定だ。

複数科受診の非算定額は推計373~446億円!

日病協「複数科受診状況調査」 複数科受診率は200床未満で8.7%、200床以上で11.5%

10月27日の中医協総会に、診療側西澤寛俊委員(全日病会長)は、日本病院団体協議会が実施した「複数診療科受診状況調査」結果を示し、200床未満では外来患者の8.7%、200床以上では11.5%が同一日に複数科を受診していると報告した。

その結果、再診料の算定が認められた場合の医療費は、患者数の割合にも

とづく推計で約373億円、病床数の割合にもとづく推計で約446億円に達することを示し、病院の収支に大きな影響が生じていることを明らかにした。

日病協の調査は「同一医療機関における同一日の複数診療科受診の状況調査」と題して、この7月1ヵ月間を対象に、同一医療機関で同一日に複数科を受診した初・再診料の算定状況と受診者数

を調べたもの。これにもとづき、再診料に限定した医療費への影響額を推計した。

同調査を実施した日病協の診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は、調査結果について、「思ったより少ない。医療費の0.1%前後に過ぎない。病院はコストを持ち出し負担している。このぐらいであれば認めても

らってもおかしくない」という見解で一致した。

西澤委員は、中医協総会で、「複数科受診の算定が認められれば医療費は373億円から446億円の増額になる。しかし、日病協では『これぐらいの額であれば、ぜひ認めていただきたい』という声が多い」と述べ、次期改定に向けた検討課題とするようアピールした。

□日本病院協議会「同一医療機関における同一日の複数診療科受診の状況調査」の結果(概要)

日病協傘下会員から2,529病院を無作為抽出、674病院から回答を得た(回答率26.7%)。
●複数診療科の実態
初再診料を算定できなかった患者は、200床未満の病院で8.7%、200床以上で11.5%。1人あたりの受診科数は、200床未満で1.09、200床以上で1.11であった。
●再診料を算定した場合に増加する医療費額

①患者数割合にもとづいた推計
「09年病院報告」による外来患者延数(年間)に、本調査で判明した、初再診料を算定出来なかった患者数割合(200床未満8.7%、200床以上11.5%)を乗じて得た「初再診料を算定出来なかった患者数」は、200床未満で1,854万7,783人、200床以上で3,495万4,866人。
その結果、影響額(推計)は、200床未満で127億9,797万円、200床以上で

244億6,841万円、合計約373億円であった。
②病床数割合にもとづいて推計した医療費への影響額
「09年医療施設(動態)調査報告」による09年10月現在の病院病床数は160万1,476床(200床未満60万7,104床、200床以上は99万4,372床)。
日病協調査によると、1床あたり1月の影響額は200床未満が1,690円、

200床以上が2,706円。
その結果、影響額(推計)は200床未満が10億2,601万円、200床以上が26億9,077万円となり、年間にすると約446億円となった。
なお、機関別医療費にもとづいた推計によると、病院の入院外医療費(5兆円)に初再診料が占める割合(9.8%)に算定不可患者割合(11.3%)を乗じた額は554億円となる。

清話抄

初心忘るべからず

医療崩壊—医師不足—研修医制度というパターンが大きな社会問題となっている。この為研修医の報酬、マッチング等腫れ物に触る様な配慮が行われている。しかし、一昔前の老人からみればこれで良いのか首を傾げる思いがある。
“何故に医師になるのか” 自分自身の

豊かな生活を望むのも一つの理由かもしれない。医師と言う職業には病める人に手を差し伸べると共に、病魔と戦うという大きな使命がある。目的を達成した際の大きな喜びでもあるが、挫折や困難を幾度と無く乗り越えて行かなければならない局面もある。
医師とは厳しい職業である。強い信念と意思、努力が常に求められる。一生を通じての確固たる強い覚悟が必要である。どんな職業にもその職業を始める第

一歩が必ずある。この場合様々な不安と迷いを持ちながら仕事に取りかかる。この初めての第一歩は、墨を含んだ筆を真白な紙に駆しらせる事にも例えている。強い印象と永く持続する思いを与える。
私は約55年前に聖路加国際病院でインターン生活を送った。多くの本を出版し、柔らかな笑顔で知られる日野原重明先生が当時内科の医長であった。毎朝のカンファレンスは次から次へ

と鋭い質問を繰出し最後は泣き出すインターンも出るほど厳しい事で有名であった。しかし、質問される側にもあらゆる質問に完璧に答えようとする気概が生まれる。毎日が言葉の真剣勝負の様なやり取りであった。この時代の厳しさが、現在では、何よりの思い出となっている。
初めて医療の世界に踏出す研修医に対して、患者さんに信頼される医師になる為厳しい修練を課す必要もある。(平)

主張

なぜ、病院コストの解明に消極的なのか。 なぜ、コストと診療報酬の不合理な 関係を解明しようとししないのか。 我々は報酬のエビデンスを望んでいるだけなのだが...

2008年に政府は、社会保障の医療・福祉・年金において、スウェーデンのような高福祉・高負担ではなく、中福祉・中負担の国家像を目指すとして発表した。

権丈善一(けんじょうよしかず)氏は、日本はまだ中福祉には至ってないし、負担は中負担どころか低負担である。政府はそれを国民に説明し納得させなければならない。何も手を打たなければ日本は破綻すると提言している。

その財源は、やはり、国民に広く負担させる消費税が適当で、現在の

超高齢化社会に対応するには2020年度で8%程度あげることが必要だと結んでいる。

厚労省は2010年度の医療費は37.5兆円、2025年度には52.3兆円(2006年の推計では56兆円)と下方推計した。これは、年間1兆円の自然増と考えれば、ごく当然であるが、今回の医療、介護保険の同時改定は自然増のみといえるし、期待薄と思われる。

今回の診療報酬改定も、一般病棟500床以上の大病院が有利の改定であった。大病院は、公的病院が多く、

公私格差は増々拡大し、医師以外の職員の給与格差の拡大が心配される。民間職員が同じ職種でありながら、人種差別とも勘違いするような思いをすることが懸念される。

地方公務員の給与は国家公務員の給与を勘案して各都道府県で定められている。だが、地方公務員の給与は、国家公務員の給与に準拠する必要はなく、その地方の平均給与をベースに地方ごとに定めるべきである。

一方、現在の診療報酬が絶対的適正であるかどうかは誰もわからない。公的病院の赤字を埋めるほどに、

診療報酬の上昇が適正かどうかとも判断しかねる。このような問題があるにも関わらず、全国統一の診療報酬がどのように決定されたか未だに不明のままである。

入院基本料の中にドクターフィー、ホスピタルフィー等が、どの程度含まれているのか議論されていない。中医協では、支払い側、行政側の取り組む姿勢が消極的との報告がある。

医学は科学であり、医療は医学の実践である以上、エビデンスを基に前向きな議論をするべきである。(H)

地域医療支援センター

大学医局との連携等で人材をプールして紹介



▲挨拶する岡本充功厚生労働大臣政務官

医療部会 キャリア形成プログラムを用意。受け入れ病院に就業環境を指導

11月11日に開催された社会保障審議会医療部会に、厚生労働省は、来年度予算の特別枠(政策コンテスト)に計上している地域医療支援センター(仮称)について、初めて詳細な説明を行なった(資料を別掲)。

「地域医療支援センター」は各都道府県に設置され、県内の医師不足の実態を捕捉した上で、大学病院との連携を軸に、主に地域枠の医師を中心に県内勤務が可能な医師を確保するとともに、就業先病院に対する受け入れ支援を行なう。

そのため、支援センターは拠点施設とともに、医師を含む専従スタッフ配置など機動的な業務体制を確保する。支援センターをどこに置くかなど、具体的な形態は各都道府県の判断に委ねる方針だ。

2005年度に各都道府県に設置された「地域における医療対策協議会」との違いを問われた事務局(厚生労働省医政局総務課)は、連絡調整機関にとどまる地域医療対策協議会に対して、支援センターは専従スタッフが常駐する実務機関であることをあげ、両者は補完関係を

保つと説明した。

また、地域医療対策協議会の実績については、08年度に13件(115人)の医師派遣(非常勤を含む)を実現したと説明。その一方で、地域医療対策協議会を介さない都道府県の派遣実績は38件(500人)にのぼっていることを明らかにした。

同日の医療部会には、(1)医師等医療人材の確保、(2)広告・情報提供、(3)医療安全、(4)医療法人の4テーマが提示され、そのうち(1)(2)について事務局は論点を提示した(別掲)。

資料説明の中で、事務局は直近の受療行動調査結果を取り上げ、①08年受療行動調査によると、病院に対する全体的な満足度は、入院66%(1996年54%)、外来58%(同48%)と、②同様に、医師との対話に対する満足度も、外来57.4%(05年55.4%)、入院65.1%(60.8%)と、いずれも上昇をたどっていることを紹介した。

また、事務局が提供した資料によると、国立病院機構および特定機能病院の5割が、医療者と患者・家族とのコミュニケーションの仲立ちをする「医療対話仲介者」を配置していた(今年9月の調査)。

国立病院機構と特定機能病院の「医療対話仲介者」配置状況 (2010年9月調査)

- 「医療対話仲介者」の配置の有無
「配置している」50.3%、「必要性あると考えるが配置していない」41.1%、「配置の必要はないと考える」8.6%
- 「医療対話仲介者」相談内容
「診療の内容について(インフォームド・コンセント含む)」93%、「医療過誤、医療過誤の可能性について」90%、「職員の接遇について」86%、「医療費について」76%
・「病院の設備・療養環境について」62%、「院内外の医療者の連携体制について」53%
- 「医療対話仲介者」が行なっている業務

- 「患者・家族からの主張(訴え)を聞く」100%、「患者側と医療者側の話し合いの場を設定する」87%、「院内事故調査委員会や症例検討会に参加し、原因の分析に関与する」66%、「法的な解決の過程に関与する」34%
- 配置状況
専従で配置(35/98施設)、非専従を含め1~2人を配置(65/98施設)
- 従事している職種
事務職(106人)、医療職(101人)、福祉職(28人)等(うち医療安全管理者65人)

医師等医療人材の確保に関する論点

1. 医師等医療人材の確保対策をより有効とする、どのような改善が考えられるか。
2. 病院勤務医が安心して働けるようにするためにどのような対策があるか。
3. 医療人材の専門性(知識や技能)の向上策、今後、入院・外来・在宅等の分野でそれぞれの医療人材が果たすべき役割について、どのように考えるのか。

情報提供・広告に関する論点

1. 患者・国民の選択を支援する観点から、医療広告にどのような改善が考えられるのか。
2. 病院HPの誤った情報や不正確な情報等にどのような対応が考えられるか。
3. 医療機能情報提供制度を、今後、どのように改善すべきか。また、医療の実績情報(アウトカム指標)の公表のあり方をどのように考えるのか。

地域医療支援センター(仮称)のイメージ

目的と体制

・若手の医師などを地域医療支援センターを設置する中核病院にプールし、キャリア形成を支援しながら地域の医療機関へ医師を配置する。
・専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。人員体制/専任医師2名、専従事務職員3名

役割

・都道府県内の医師不足状況を病院レベルで分析し、優先的な医師配置を判断。大学と調整の上、プールした医師を地域の医療機関に配置する。
・医師を受入れる医療機関に対して、医師が意欲的に着任可能な環境作りを指導・支援。公的補助金決定にも参画する権限をもつ。

業務

【医師の適正配置】
○必要医師数実態調査結果や個別病院のヒアリング等により、都道府県内の医師不足状況や活用できる医師情報を詳細に把握・分析し、優先すべき地域や診療科等の方針を策定する。
○地域医療支援センターの人材プールの中から、医師を地域の医療機関に配

置するほか、大学(医局)等への働きかけ等調整を実施する。

【医師の確保】

○本人の意向も尊重しながら、地域の医療機関と県内中核病院とのローテーションを経験する中で、地域の医療機関で指導医として活躍したり、専門医(認定医)を取得したり出来るよう、キャリア形成を支援する。
○若い医師が様々な地域で医療技術を磨けるよう、地域医療の経験者等を指導医として計画的に養成し、配置する。
○代替医師を確保して、地域医療に従事する医師に、キャリアに応じた中核病院での研修や学会への出席等最新の医療に触れられる機会を提供する。

【情報発信・コーディネート】

○県内外の医師、医学生、高校生などからの様々な相談にお答えする。また、HPを開設し、求人・求職情報や県内の医師確保対策の内容などの情報を発信する。
○大学、中核病院、医師会等との意見調整等を行う。また、地域で医師を受け入れる医療機関に、医師が意欲を持って着任できるような環境整備のための指導・支援をする。

6病院団体 福祉医療機構存続を求め要望書

四病院団体協議会の全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会と日本慢性期医療協会および東京都病院協会の6病院団体は、(独)福祉医療機構の存続を求める連名の要望書をまとめ、11月4日から9日にかけて、仙谷由人内閣官房長官、櫻井充財務副大臣、岡田克也民主党幹事長、

大谷泰夫厚生労働省医政局長等の関係各方面に提出した。

□要望書

1. 国民の生命・生活を守るためには、医療・介護分野における専門的金融機関が必要であり、独立行政法人福祉医療機構の存続を強く要望します。
2. 融資においては、医療・介護施設の



▲櫻井財務副大臣(中)に要望する猪口副会長(左)

長期的存続のため、以下を要望します。
・経営安定化資金融資制度の存続と更なる上限引き上げ(現行7.2億円より12億円程度へ)
・建物整備に対する償却期間に応じた

- 融資期間の延長(20年から30年へ)
- ・機械購入資金に対する融資の再開
- ・新型インフルエンザなどの発生による病院機能麻痺に対する緊急融資
- ・災害被災医療機関に対する緊急融資
- ・融資手続きの簡素化および抵当権設定等の弾力的運用
審査期間の短縮化および必要書類の簡素化
抵当権順位1位以外でも融資可能とする
- ・社会医療法人に対する融資条件の緩和

規制項目の絞り込み作業を開始。年内に結論

規制・制度改革分科会 ライフイノベーションWG 恵寿総合病院神野理事長が委員に。地域一般病棟の役割を提起

内閣府の行政刷新会議規制・制度改革に関する分科会は10月28日にライフイノベーションWGの第5回会合を半年ぶりに再開、今後の検討作業の方向性と視点を確認した。検討作業のたたき台として、医療・介護・福祉・保育にかかわる規制改革52項目が例示された。

WGは、今後検討項目の優先順位を明確にするなど絞り込みを行ない、年明けをめどに各論ごとの結論をまとめ、分科会に報告することを確認した。

第2クールに入った10月28日から、新

たに、神野正博恵寿総合病院理事長(全日病副会長)がWGの構成員に名を連ねた。同日の会合では、「努力している人が報われる診療報酬体系にしていけないといけない」など、これまでのWGでは触れられることがなかった診療報酬に関する議論が出現している。

ライフイノベーションWGは11月10日に第6回会合を開き、前回会合で検討項目候補として取り上げられた52項目の論点整理に着手した。

この会合で、神野構成員は、同氏が

委員として参画した社会保障国民会議サービス保障分科会の最終報告書(08年11月)を取り上げ、同報告書に描かれた、将来の医療提供体制(医療・介護サービスのあるべき姿)に関するシミュレーションとその道筋を説明、「社会保障国民会議からのメッセージ」と題したプレゼンテーションを行なった。

説明において、神野構成員は、改革(再生)に向けた工程に位置づけられる重要課題の1つとして「今後の病棟機能分化と病院」という論点を提示。その中

で、全日病が提唱している地域一般病棟の役割と位置づけを明らかにし、軽症急性期と重急性期を兼ねた病棟として地域の中小病院が担うべき方向である旨を強調した。

同日の議論では、先進技術の研究を産学協同で担う基礎系医学部の新設、病院の持続可能性を高める見地からの事業承継と病院譲渡にかかわる規制の緩和、医療と介護の役割分担をめぐる規制改革などの提案も出され、活発な意見が交わされた。

第2クールの検討項目選定にあたっての論点整理案 (医療分野; 10月28日)

1. 医療提供体制について (各論はそれぞれ省略)

【主な論点】

- ・病床規制及び地域医療計画についてどう考えるか。
 - ・医師資格を医療制度の中でどう位置づけるか。総合家庭医の役割についてどう考えるか。
 - ・医師の地域偏在解消策についてどう考えるか。
 - ・医師以外の専門職種について、開業権も含めどう考えるか。
- <第1クールで中長期検討項目として掲げた項目>
- ・地域医療計画、病床規制のあり方
 - ・救急救命士の職域拡大
 - ・医療関連資格(歯科医師を含む)から医師への教育課程を創設

2. 公的医療保険の診療について

【主な論点】

- ・公的医療保険の適用範囲についてどう考えるか。
- ・不妊治療や予防などについて公的医療保険との関係をどう考えるか。

3. 保険者・医療費負担について

【主な論点】

- ・保険者や審査支払業務の在り方についてどう考えるか。
 - ・患者の医療費負担に関する制度についてどう考えるか。
- <第1クールで中長期検討項目として掲げた項目>
- ・民間医療保険の役割

4. 医療機関経営について

【主な論点】

- ・医療機関がより効率的な経営を行うための規制改革、あるいは、医療機関の事業継承や合併、再編を円滑化する制度改革についてどう考えるか。

5. 医療情報について

【主な論点】

- ・診療情報の保有・閲覧及び匿名化した後の情報活用の在り方についてどう考えるか。

6(薬事・テクノロジー)、7(一般用医薬品について)、8(その他)はそれぞれ省略

医療事故情報を収集。必要に応じて国民に情報提供

消費者庁と国民生活センター 調査員を配置して収集。重大事案は注意喚起も。公的13病院が対象

消費者庁は11月11日、「消費者の生命・身体に生ずる被害に関する事故等の概要や発生時状況などの詳細情報を医療機関から収集し、同種・類似事故の再発防止に活かす医療機関ネットワーク事業」を、(独)国民生活センターと共同で12月から開始する、と発表した。

消費者庁はネットワークに参加する医療機関との間で契約の締結を終えており、同庁は、参加13医療機関を公表した。

それによると、参加医療機関は、札幌社会保険総合病院、成田赤十字病院、国立成育医療研究センター、済生会横浜市東部病院、市立砺波総合病院、佐久総合病院、社会保険中京病院、京都第二赤十字病院、兵庫県立淡路病院、鳥取県立中央病院、県立広島病院、佐賀大学付属病院、国立病院機構長崎医療センターである。

同事業の概要は以下の通り。

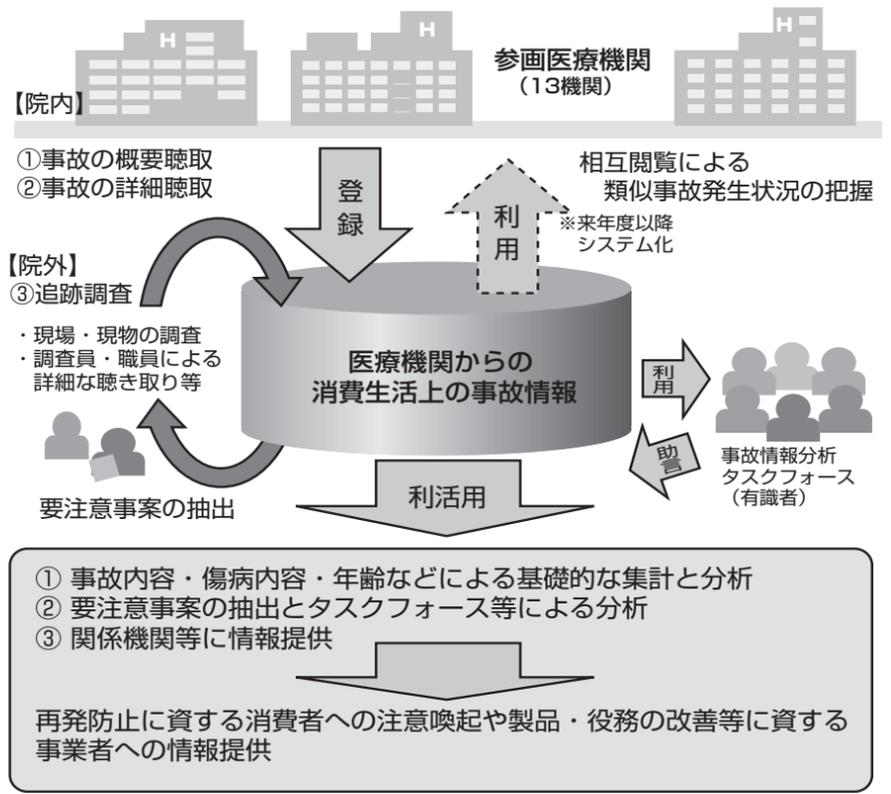
●医療機関内に調査員を配置して事故の基本的な情報の収集にあたる。

●重大な被害が発生している事故や多発している事故等については、事故の詳細な情報を被害者あるいは被害者家族等の関係者から収集し、国民生活センターを通じて消費者庁に情報提供する。

●これらの情報は国民生活センターにおいてデータベース化する。

●消費者庁は、省庁横断的な取り組みが必要な事故やいわゆるすき間事案に係る事故その他の重大な事故を抽出し、必要に応じて追加的な現場調査を行ない、事故情報分析タスクフォース等の専門家の助言を得て調査分析を行ない、注意喚起の実施など事故の再発防止に活かしていく。

●国民生活センターにおいても情報収集や調査分析を行い、必要に応じて国民に対して情報提供する。



院長！ うちに入ってますよね？

未加入でしたら、病院基金へぜひご加入を

病院厚生年金基金は、都道府県内の病医院が協力して運営しているため、省コストで充実した企業年金を支給できる制度です。

事業主と従業員、双方にメリットがあり、職場への信頼と将来の安心をお手伝いいたします。

基金加入のメリット

- 事業主掛金は経費算入できる優遇措置。
- 従業員の負担増なしで手厚い給付。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- 労働意欲の向上と優秀な人材確保に寄与。
- 基金の福祉事業の利用で福利厚生を充実。



お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫県	☎078-230-3838
秋田県	☎018-824-5761	奈良県	☎0742-35-6777
山形県	☎023-634-8550	和歌山県	☎073-433-5730
福島県	☎024-522-1062	鳥取県	☎0857-29-6266
茨城県	☎029-227-8010	島根県	☎0852-21-6003
栃木県	☎028-610-7878	岡山県	☎086-223-5945
群馬県	☎027-232-7730	広島県	☎082-211-0575
埼玉県	☎048-833-5573	山口県	☎083-972-3656
千葉県	☎043-242-7492	徳島県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川県	☎087-823-0788
神奈川県	☎045-222-0450	愛媛県	☎089-921-1088
新潟県	☎025-222-3327	福岡県	☎092-524-9160
富山県	☎076-429-7796	長崎県	☎095-801-5081
石川県	☎076-262-5261	熊本県	☎096-381-3111
長野県	☎0263-36-4834	大分県	☎097-532-5692
静岡県	☎054-253-2831	宮崎県	☎0985-26-6880
滋賀県	☎077-527-4900	鹿児島県	☎099-227-2288
京都府	☎075-255-1312	沖縄県	☎098-869-3521
大阪府	☎06-6776-1600		

議論の根底に「包括的指示」めぐる認識相違が

チーム医療 チーム医療推進会議とWG、「包括的指示」の定義で堂々巡りの議論

10月29日に開かれた厚生労働省のチーム医療推進会議は、付設されている「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」および「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」から検討状況の報告を受け、チーム医療推進に向けた今後の議論の方向性について議論した。

両WGとも今年5月のチーム医療推進会議で設置が決まったものの、チーム医療推進方策検討WGは1回しか開かれていない。これに対して、特定看護師実現に向けた細かな検討作業が課せられている看護業務検討WGは、同日までにすでに5回開催されている。

それを反映して、チーム医療推進方策検討WGの報告はかなり漠としたものとなった。これに対して、看護業務検討WGの報告は、看護業務実態調査の分析を踏まえて医師と看護師の業務

の切り分けを企図した議論状況を端的に提示した。

そのため、同日のチーム医療推進会議は「医師の包括的指示」の定義をめぐる活発な議論が展開された。

また、同会議では、日本医師会が、厚労省の看護実態調査と同じ設問を使って実施した「看護職員が行う医行為の範囲に関する調査」の概要が報告された。同調査結果には、医行為の拡大や特定看護師に特化した業務拡大に対して、厚労省の調査結果よりも抑制的な現場の声が反映された。

一方、「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」は11月1日に第6回目の会合をもち、特定看護師養成調査試行事業を手がける日本看護協会看護研修学校と兵庫県立大学大学院から特定看護師養成課程に関する報告を受けた。

その後の議論では、両教育機関の特定看護師養成課程(実習)のうち、もっぱら、(1)救急外来における看護師による軽症患者への対応(症状が風邪程度の軽症であるとの判断、処方・投薬、入院不要として帰宅を指示するといった一連の行為)の当否、(2)訪問看護師によるデブリードマン(慢性創傷の治療技術)の当否が取り上げられ、医師が介在しない場面における看護師の医行為のあり方について様々な意見が示された。

そこでも、10月29日のチーム医療推進会議と同様、多様な場面から成り立つ看護の現場で「医師の包括的指示」をどう理解するかをめぐる議論となった。

「医師の包括的指示」の定義と解釈は、他職種の業務範囲を検討する場合にも判断基準となる。したがって、両方のWGで統一した定義が共有される必要がある。



また、「医師の包括的指示」の定義とそれにもとづいた診療補助行為の実践基準が、救急外来や入院、在宅等の看護現場でそれぞれ明確になれば、特定看護師だけに突出した医行為を認める根拠は現実味のないものとなる。

しかし、両WGとそれを統合すべきチーム医療推進会議の議論は、その時々論点にもとづいて相互に脈絡がない論議に終始している。その結果、「包括的指示」をめぐる議論は堂々巡りとなって、先に進まないように思える。

チーム医療推進会議(10月29日)と看護業務検討WG(11月1日)の議論の一端を報告する。

日常対応で看護師はどこまで裁量できるのか?

直接的指示と包括的指示をめぐる意見分かれる

チーム医療推進会議の主な議論 10月29日

◎チーム医療推進方策検討WGの山口座長から報告

10月4日に1回目の会合を開き、幅広い意見を聞いた。ガイドラインが検討課題に上がっている。

チーム医療について各種の視点が出された。急性期、回復期・慢性期、在宅の3段階があり、これが横軸となるのだろうが、急性期、リハ、在宅というチーム医療相互の連携も大切だ。さらには、地方と都市によってもチーム医療のあり方は違うという指摘もあった。

どういう職種間でチーム医療を進めるのか、かつ、各職の業務範囲を明らかにすることが前提となろう。グレーゾーンを含め、どこまでそれが可能か、GLで示すべきだろう。これらのベースは包括的指示だ。

各職から沢山の意見が示されたが、現場で業務分担がどうなっているか、どういうチーム医療が実践されているか、実態を調査すべしという意見も出た。

●チーム医療の定義とあり方は、すでに見解が出ているのではないかと。

医事課長 3月の検討会報告書で基本的考え方が示されている。それを受け、かつ実践するために、この会議が生まれた。

●医師の包括指示というが、具体的には何なのか。何か書式があるのか。

推進会議永井座長 私はそれが必ずしもスタートとは思わないが、重要な検討点ではある。いずれ法的にも定義されるべきかと。

●法には具体的に書いてない。これから、その辺りを明確にしていくべき。必要ならば法制化するというところもあるだろう。

●立場と人で定義は違う。色々な意味で独り歩きしている。歴史的にどう定義され、どう表現されてきたかを総括し、定義していかないとならない。

医事課長 3月の報告書ではこう定義している(読み上げる)。それを受けた4月の医政局長通知でも、この定義を示している。

●であればもう一度我々なりに再確認すべきだ。その際、定義の基となる上位法はこうだと示してほしい。

永井座長 それは(事務局に)やってみましょう。

●多職種間でどういう連携ができるのかをよく議論していただきたい。チーム医療は入院だけでなく在宅という視

点も大切だ。

●チーム医療として医療連携がある。在宅になると医療連携するという視点となり、我々歯科もできることが多い。病院で院内歯科はチームに参加できているだろうか。

●チーム医療は包括指示が基本だ。その点をきちんと整理すべきである。

●1人の患者に医療機関の総力で他職種や他科で取り組んでいく。つまり、同じ場所で1つのチームでカンファレンスしていくという標準的なGLを出していくべきだ。

●チーム医療にスタンダードは多分ない。それぞれに違うものだ。ストラクチャーが重視されているが、アウトカムの視点が最も大切ではないか。

●医療職の養成はこれまで単科大学でなされてきた。したがって、他職のつながりが教育されていない。この教育という面からも考えるべきではないか。

◎チーム医療推進のための看護業務検討WGの有賀座長から報告

今、看護師が診療補助としてどんなことができるかを中心に議論している。実態調査をした。ここから、かつての静注のように、即現場の改善につながるものもあれば、特定看護師のようにしていく看護現場の展開もあり得ると。つまり、高度な業務、普段している業務、その中間と各々に整理をしていくべきかと取り組んでいる。

実態調査で色々な分布が分かった。全体に実施率が少ないが在宅ではよくやられている行為もあり、そうした詳細を整理しつつある。こうした特定看護師をつくっていく場合に、どう養成していくか、モデル事業の大学からも話を聞いている。(特定看護師養成調査試行事業において)初期臨床研修の一定段階にまで手が届く訓練がされていることも分かった。あらかじめ決められたプロセスをその通り業務として看護師にさせる、例えば、処方済みの薬剤を選んで投与していくことができるということは分かった。色々な看護師が、こういう景色と背景でこうしたことができていくということが分かってきた。1つ1つの行為を詳しく議論する必要がある。都市と医師が少ない地方とでは行為の社会的意味が違ってくることが考えられる。色々な切り口で議論していくべきだろう。

●看護師は医行為だけではなく。状況

判断力などを抜きに医行為のみで看護業務が改善されると考えてはほしくない。全体像を踏まえて検討してほしい。WG有賀座長 療養の世話とは生活上の支援だ。たまたま診療の補助が着目されているが、それだけでは行き詰る。看護師から他職種へと振り分ける課題もある。全体としてのストラクチャーを向上させながら、アウトカムの視点も取り上げていきたい。

●基本は包括指示の範囲であるということだ。薬剤師についても包括指示の下で医師が処方した上での話しだ。そうしないと医療安全の問題が確保されない。

有賀座長 それは薬剤師だけではない。各職すべてにいえる。医師が「…やってね」と放射線技師に、薬剤師に、何か頼む。それは、あらかじめ定められた業務の共通認識に立った上での話ということになる。パスのように紙にしているものもあれば、日常的対応でこなしているものもある。救急救命士の対応も包括指示の下となっている。

●それはマンツーマンの場合だ。標準的には医師が指示・処方を書類に残しないと監査では厳しい。救急救命士の場合はプロトコルに沿ってやっていたら行政が責任をとる。日常は、具体的な直接指示でないと監査でチェックされる。

有賀座長 がん領域の特定看護師養成試行事業のヒアリングをした。在宅にしてもがんにしても、緊急避難的なものは別にきちんとした手順ルールの中で実習している。場面場面での対応が時系列の中で整理されていけば、直接的指示がなくとも包括指示で対応できると思う。

●パターン化されている医療はプロトコルでよい。しかし、現実には多様な疾患、患者が来る。そこでは1つ1つ明確な医師の指示が必要だ。

●「今年度中に特定看護師としての業務範囲を明確にして」とあるが、これは、通知を出したいということ、あるいはそれに資するデータ取りをやりたいということなのか。

有賀座長 調査結果から一般的にされていると思われる行為を選んで通知の中に加えてよいという検討をするということだ。

●静注の通知はNGからOKという解釈

変更だ。今の説明だと、曖昧だった行為を可能にすると。その線引きを明らかにしたい。とすると、通知の性格は違うものになるのでは。

看護課長 WGの目的の1つは一般看護師の業務を明確にしていくことだ。したがってこれは誰にも可能と考えられる行為は、今年度中に、WGで明確にしよう。特定看護師の教育、評価の全体を明らかにするところまで、今年度中にはいかないかと。

●特定看護師と一般看護師の境目を明らかにすることは大変議論を要する問題だ。それに対して、一般業務に関する線引きは性格が異なる。

医事課長 確かに静注とは違うが、一般に可能な行為を明らかにしたいということでも1つの例として通知を出した。おっしゃることは委員の言う通りだ。

●多くの行為は安全にされてきたが、中には、これは医師でないとダメだというものもある。それを我々は明らかにした。(日医による看護業務実態調査結果を説明する)

●「CT・MRIの実施の決定」というのがあるが、これは、実施決定の背景と状況でずいぶん違う。医師がいない時の緊急時の判断なのか、医師がいるのに看護師が決定するのか、すべての項目について、現場状況のそれぞれについて、行為の判断について評価していかないと訳が分からなくなってしまう。今回はプリミティブでよいが、将来もっと緻密にやらないと、これでは判断できない。

永井座長 それは私もそう思う。

有賀座長 その手の話を前原さん(看護業務実態調査を実施した厚労省研究班主任)達はやって、それを、包括指示という言葉で表わした。あらかじめ決められているプロトコルで対応したら包括指示と、緊急時に対応するときは直接指示としたからと、そういう理解であった。

●私には厚労省の調査も日医の調査も両方とも貴重だ。そもそも現場の実態資料は今までなかった。ただ、これだけで〇%だからこれはOKにしようとか、そんな乱暴な判断はできない。どういう指示ならできるかは実際はグラデーションの中にあり、1つ1つ緻密に考えるべきだ。日医と厚労省の調査の違う部分をよく検討してほしい。

永井座長 両方の調査データを併せてメタ解析することがあってもよい。

●国民の視線に見えるかたちで、法の下で、今、看護師と医師はやっている。どんな救急でも、まさか、勝手に看護師が指示判断することは考えられない。(5面に続く)

【中協】実績ある既収載品の配合剤には14日制限課さず

10月27日に開かれた中医協総会は14日という新薬の処方日数制限について議論した結果、現行制度を維持するものの、十分な臨床使用実績のある既収載品を組み合わせた配合剤には処方日数制限を課さないとする事務局(厚労省保険局医療課)の提案を了承した。

これを受け、厚労省は、今後の薬価収載時から同ルールを適用するとともに、既収載品についても、同条件に該当する配合剤は年内にも処方日数制限を外す方針。

事務局が整理した処方日数制限の対象除外は以下の通り。

①同様の効能・効果、用法・用量の既収載品の組合せと考えられる新医療用

配合剤など、有効成分にかかる効能・効果、用法・用量について、実質的に、既収載品によって1年以上の臨床使用

経験があると認められる場合。

②疾患の特性や、含有量が14日分を超える製剤のみが存在しているといった

2011年の実調に向けた検討を開始

10月27日の中医協総会は、2011年に実施する医療経済実態調査に向けた検討を開始した。

事務局(厚労省保険局医療課)は、前回と同様に、6月の単月データと1年分の年間(決算)データを収集する方法で実施する場合は、11年10月下旬に調査結果を報告できるが、複数年の年間(決算)データを収集・集計する場合は、調査

結果の報告時期が11月中下旬にずれ込む見込みであると説明した。

これをめぐっては、10月下旬という早い時期の報告を優先すべしとの意見が出る一方で、診療側委員からは収集データの精度を高めるためには複数年の決算データが必要とする意見が示された。

また、診療所の有効回答率が44.0%

製剤上の特性から、1回の投薬期間が14日を超えることに合理性があり、かつ、投与初期から14日を超える投薬における安全性が確認されている新医薬品である場合。

と低いことに顕著に表れているように、回収率を上げるための改善策を求める意見が相次いだ。

これについて、診療側西澤委員は、オンラインレセの時代に入っていることを例にあげ、「将来的には全数調査にすることが望ましい」という見解を示した。

中医協総会は、調査実施方法や調査設計に関する具体的な議論は、今後開催される調査実施小委員会に委ねることで合意した。

□「高度医療」を活用したドラッグラグ解消スキーム案(概要) ※1面記事を参照

●通常の個別技術の場合

(現行「高度医療」の全般的な改善策)

①対象技術と実施機関に関する審査の効率化を図る

②国内実施症例数が少数な場合の高度医療の申請要件を柔軟にする(実施機関はリスクに応じて限定する)

③「高度医療」の実施期間を定める

●「未承認薬・適応外薬検討会議」で医療上の必要性が高いとされた医薬品の場合(海外で安全性、有効性が示されているものに限定)

「高度医療」として、①～③に加えて以下の点をさらに改善する。ただし、当面は抗がん剤の適応外薬から始め、一定条件を満たした場合には未承認薬さらには医療機器等も対象とする。

④高度医療の対象となる技術と実施機関群をあらかじめ特定する(実施機関の要件を設定して個別に承認する。その場合に実施要件の設定等について弾力的な運用を検討する)

⑤当該技術に関する専門医療機関に実施医療機関の適否の審査を委託する。

⑥先進医療における実績を業事承認審査に活用、効率化を図る(国際的なGCP基準を満たすなど、臨床試験の質を確保できた場合)

●「高度医療」において行なうこと(現行の運用に追加する改善策)

⑦高度医療として有用性が高い技術、医薬品、医療機器をあらかじめ特定する。

⑧使用する医薬品に係る医療上の必

要性の有無の検討、実施技術が海外での実績等から一定の安全性、有効性が示されているか否かの検討。

⑨実施可能医療な機関群の設定(希望医療機関の申請受付)。

⑩実施計画書の適否判断(当面は適応外薬のみ外部の専門医療機関が判断)。

以上の手順を経て、「高度医療」の制度に未承認薬・適応外薬の導入経路を設け、専門医療機関群の手で未承認薬・適応外薬を用いた技術を実施、そのデータで業事承認の手続き期間を短縮し、かつ、並行して保険併用を行なうことによって実施医療機関と患者の負担を軽減する。

*中医協に出された医療課資料と医療課長発言等から整理した。

医療安全管理者養成課程講習会 講義編のDVD販売開始!

全日病・医法協共催「医療安全管理者養成課程講習会」の全講義を収めたDVD(2枚組)が完成しました。院内の医療安全活動で、ぜひ、ご活用ください。

企画・制作 ● 全日本病院協会、日本医療法人協会
定 価 ● 20,000円(税込)
収録時間 ● 21コマ25時間

発売元・申込先 ● 全日本病院協会 Tel.03-3234-5165 Fax.03-3237-9366
*全日病HPから案内書をダウンロードし、添付申込書を全日病までファックスでお送りください。

(4面から続く)

病院では、包括ではなく直接指示だ。WG山口座長 日医の調査で、「医師が

すべき」とする回答の率が厚労省調査と大きく違う。この差は回答者の違いなのだろう。それと病院の大小でチー

ム医療の認識が違うが、それとは別に、地方と都会の違いもある。

緊急時に看護師はどこまで裁量できるのか?

救急外来の「診断・処方」と訪問時の処置で意見分かれる

「チーム医療推進のための看護業務検討WG」の主な議論

11月1日

(特定看護師養成調査試行事業の指定を受けている日看協の看護研修学校から説明を聞く)

●看護業務の拡大によってこれ(特定看護師養成で手がけている医行為)を達成できないものか。調査結果によるとデブリードマンは9%の現場でやられている。つまり、業務拡大という方向があり、一方、特定看護師という方向があるわけだが、すべてを後者の扱いとしなくてもよいのではないか。

●デブリードマンを業務拡大の対象とするという話だが、これは局所麻酔をしないとできない。それをしていないとは思えない。(調査に表われているのは)本来的なデブリードマンとは思えない。

●デブリードマンには局所切開も含まれる。

●そういう時は医師の指示が必要だ。

●これは大学病院ではない。やはり在宅とかだろう。

●訪問看護師の立場からは、迫られてやっていることを分かってほしい。

●違うことをそれぞれイメージしていないか。電気メスを使うと出血もあるが、現場でそこまで対応できるのか。

●この調査(厚労省)はどこで働くかという現場想定をしていない。確かに在宅が緊急切開を求められるケースは多い。出血は万一あり得るので、局所麻酔と止血の技術はある方が望ましい。

●デブリードマンには医師がする臨床的なそれと症状緩和の2面がある。(在宅等で実施されているのは)局所を日々

管理して悪化を防ぐ症状緩和と理解してよい。デブリードマンというよりもドレナージに当たるのではないか。皆さんで定義や概念が違うようだ。

●「入院が必要ない軽症の患者にかせ薬や座薬等を出して帰す」とあるが、これは、相当危険なことだ。

●救急の認定看護師と対話する中で、自ら軽症を自覚して帰る患者が多いことが分かっている。

●欧米では、NPがチェックして、医師の介在を得ることなく軽症患者を帰すというプロトコルはある。

有賀座長 これは特定看護師が実現したからといって、どんどんやられるというイメージは少し考えにくい、今後の課題に積み残して考えていくことはあってよい。

●救急で軽症だからといって薬を投与して帰すのは、まさに医師の仕事ではないか。

●治療に医師が臨む前に何ができるかが大切。今の意見で我々の議論を止めないでほしい。今の段階はグレーゾーンを考えているのだから。

●診察前に必要なことを適切にやるということはあるかもしれない。しかし、「入院の必要がない患者」ということを誰が判断しているのか。それが問題だと言っている。

●それは医療現場によって異なる。例えば、訪問看護の現場ではそれに近い判断はされていることだろう。(兵庫県立大学大学院の説明を聞く)

●訪問看護のスタッフは病院と違って勉強できない。そこをどう考えるか。薬剤の選択が沢山出てくるか、どうイメージしたらよいか。

●どの薬剤を組み合わせると鎮痛効果を上げるかが現場に分かってくる。それが、しかし、医師でないとできないという制約がある。それを包括指示で、一定範囲を決めて、そこから組み合わせを判断できるようにしてほしい。

●可能性が考えられる薬をあらかじめ処方しておくということか。

日本医師会調査「看護職員が行う医行為の範囲に関する調査」(要旨) 10月

●調査の実施概況

医師・看護職員7,031名から回答。病院の割合は53.9%。病院回答の約6割が199床以下。回答した看護職員の約6割が看護師長等(管理職)であった。

●調査結果(厚労省調査結果との比較=要旨) 厚労省研究班の調査では、当該医療処置が現在行われていない場合、「今後について」は回答できないが、日医の調査では、現在行われているか否かにかかわらず、全員に回答を求めた。

日医の調査は全国の医療機関を平均的に抽出した回答結果だが、研究班の調査は500床以上の病院が中心であるなど、回答者の背景が異なっている。

現場では、一定程度、診療の補助行為として看護職員が実施していることがわかったが、日医調査では、看護職員が実施可能な医行為の範囲をより狭く考えている。

有賀座長 後から処方を切るということは現場ではしばしばあることだ。

●看護師は夜間当直医を起すことをためらう。このぐらいで指示をたずねてよいかと。今の話のようなことができれば良いとは思う。

●処方医師の責任だ。プロトコルや看護師教育を医師ができていない自信がなければこうした取り組みは難しい。

有賀座長 県立こども病院が主な実習先だが、そうした専門病院でなく、普通の病院の普通の医師達とそうした看護師がコラボできるようにしていかなければならない。

●特定看護師の出現によって現場でできなくなるときの恐れがある。このことを、日医の調査結果からよく考えてほしい。

有賀座長 現場が困るといことは患者が困るといこと。それをどうするかを含め色々な角度から引きつづき議論したい。

「医師が実施すべき」より「今後看護職員の実施が可能」が上回る項目(医師回答39、看護職員回答38)について、「看護職員一般が実施可能」より、「特定看護師が実施可能」が上回るのは1つもない。

「今後看護職員(看護職員一般+特定看護師)の実施が可能」と答えた割合が50%を超える項目は、日医調査では医師回答で38、看護職員回答で36であった。研究班調査では医師の回答で112、看護職員の回答で84であった。

日医調査では、医師が「今後特定看護師の実施が可能」と答えた割合で一番高かった項目でも28%に過ぎなかったが、研究班の結果では4割を超えるものも多く、日医調査とは対照的である。

看護職員が「今後特定看護師の実施が可能」と答えた割合で一番高かった項目も30.7%に過ぎなかったが、研究班の結果では5割を超えるものもある。

政府方針で関係国と「協議」開始。参加決定は来年6月

TPP交渉への参加問題 看護師等の移動自由化でベトナムとの合意がTPP交渉への前提

政府は11月9日に、今後の各国との経済連携交渉に臨む見解をまとめた「包括的経済連携に関する基本方針」を閣議決定、「世界の主要貿易国との間で高いレベルの経済連携を進めるとともに、競争力強化等の抜本的な国内改革を先行的に推進する」ことを宣言した。

環太平洋戦略的経済連携協定（TPP）交渉への参加については、農業など国内環境整備への取り組みを踏まえ、来年6月以降に、交渉へ参加するか否かの方針を決める考えを表明した。

同日の衆議院予算委員会では、TPP交渉への参加問題が取り上げられ、玄葉光一郎国家戦略担当大臣は、自民党赤澤亮正議員の質問に答え、「看護師・介護福祉士の受け入れについて、どういう（条件の）受け入れがよいのか、自分の下に検討チームを作り、来年6月には結論をまとめたい」という方針を表明した。

TPP交渉参加の前提である国内環境整備への取り組みに、「看護師・介護福祉士受け入れの自由化」という課題が含まれることをあらためて認めたものである。

環太平洋戦略的経済連携協定（＝環太平洋パートナーシップ協定；TPP）は、ブルネイ、チリ、ニュージーランド、シンガポールの4ヵ国が参加するFTA（自由貿易協定）として2005年7月に成立、06年5月に発効した。

昨年のAPEC（アジア太平洋経済協力会議）で米国が参加を表明、これに豪州、ベトナム、チリ、ペルーが続いた結果、世界GDPの54%、貿易の約50%を占める環太平洋諸国による経済連携へと広がる可能性もあった。

一方、貿易のライバル国として台頭著しい韓国は、独自にEUや米国とFTA交渉を進めている。そのため、輸出立国である日本にとって、TPPへ参加できるか否かが死活問題になっている。

TPPは、関税を原則撤廃するというきわめて自由化レベルの高いFTAであり、かつ、交易・投資・移動・知的所有権など、あらゆる分野にわたる包括的協定であるのが特徴。したがって、安い輸入品に脅かされる農業関係者などの間には、TPPへの参加に根強い反対論がある。

当初、11月8日から横浜で開催されたAPEC（アジア太平洋経済協力会議）首脳会合でTPPへ前向きな方針を表明することを考えていた菅首相は、第1回新成長戦略実現会議（9月9日）で、「横浜APECまでに、わが国として経済連

携にいかに取り組みかの基本方針を決める」と指示、10月1日の臨時国会冒頭の所信表明で「TPP交渉への参加検討」を宣言した。

農業関係者の反対を反映した党内反対勢力の強い抵抗によって「交渉参加」の表現は回避させられたものの、11月9日の基本方針で、関係各国との協議（事前の情報と意見の交換）を開始しつつ、国内改革の対応を踏まえて来年6月以降にTPP交渉への参加を決めると、一歩進んだ方向性を打ち出した。

これは「準参加国」というかたちの手上げ表明である。TPP参加国からは参加を歓迎する声が上がっており、TPPの動きにもっとも神経をとがらせている中国に対する牽制という面からも、TPP参加へ布石を打つという目的は果たせたと評価する見方が政府内部でも広がっている。

来年のAPECは11月に米国で開かれる。政府は、中長期的な視点を踏まえた農業再生の行動計画を来年10月にまとめるとしており、11月の米国APECにおける交渉参加表明を目指すものと思われる。

だが、TPP交渉への参加は、今までの2国間協定では通じた「特定セクターの自由化を予め除外した形の交渉」が、もはや通用しない状況に追い込まれることを意味している。

看護師等の移動自由化を政府は検討。6月に方針

「包括的経済連携に関する基本方針」には、「経済連携交渉と国内対策の一体的実施」という標題の下に、農業とともに「人の移動」が取り上げられている。

そこには、「看護師・介護福祉士等の海外からの人の移動に関する課題にどう取り組むかについては、『新成長戦略』に掲げる『雇用・人材戦略』の推進を基

新成長戦略実現会議

医療イノベーション会議を設置

「新成長戦略」(6月18日閣議決定)の実現を加速するために設置された新成長戦略実現会議（議長・菅総理大臣）の第4回会合（11月8日）は、戦略分野の1つに位置づけた「ライフ・イノベーションによる健康大国戦略」の実現に向け、新たな分科会として、同会議に医療イノベ

ーション会議を設置することを決め、議長に仙谷官房長官をあてた。

「新成長戦略」は、(1)グリーン・イノベーション、(2)ライフ・イノベーション、(3)アジア、(4)観光・地域、(5)科学・技術・情報通、(6)雇用・人材、(7)金融、の7つの戦略分野を対象に、21の国家戦略

□ライフ・イノベーションによる健康大国戦略の課題（抜粋）

1. 医療・介護サービスの基盤強化、高齢者の安心な暮らしの実現
 - 医療提供体制（マンパワー含む）に関するグランドデザインの策定
 - 医療連携体制（4疾病5事業）構築の強化、「病院機能の見える化」強化
 - 医療・介護関連職種の活用促進・役割拡大、医療クラーク等の大幅な導入促進
 - 介護サービス提供体制（マンパワー含む）に関するグランドデザインの策定
 - 介護基盤の整備（2009～11年度までの合計で16万床整備）
 - 定期借地権を活用した介護施設等への未利用国有地の貸付等
 - 社会医療法人の特養参入（結論）と運営主体規制の見直し（検討開始）
 - 地域包括ケア推進の法体系等の整備
 - 介護保険外サービスの利用促進策の検討・実施
 - 民間事業者等によるサービス付高齢者賃貸住宅の制度化に関する法律の改正
 - PPP（官民連携）による公共賃貸住宅団地への医療・福祉施設導入
2. 医療・介護と連携した健康関連サービス産業と雇用の創出
 - 医行為グレーゾーンの整理・明確化

本としつつ、国内の人口構造の将来の動向や、国民の雇用への影響、海外からの要請、さらには我が国経済発展及び社会の安定の確保も踏まえながら検討する。そのための検討グループを国家戦略担当大臣の下に設置し、平成23年6月までに基本的な方針を策定する」と明記された。

11月9日の衆院予算委員会における玄葉大臣の答弁は、このくだりをなぞらったものだ。

経済連携協定に関する政府資料（第2回新成長戦略実現会議「EPA基本方針関係資料」）によると、これまでのEPA交渉等を通じて、ASEAN（東南アジア諸国連動）等の国から、看護師・介護福祉士等の受け入れ問題が以下のように提起されている。

- インドネシア、フィリピン
 - 看護師・介護福祉士候補者受入れ制度の改善（滞在期間の延長、国家試験のあり方の見直し、日本語予備教育の実施）、等級制による看護師資格の付与等
 - タイ
 - スパセラピスト・介護福祉士の受入れ
 - ベトナム
 - 看護師・介護福祉士の受入れ
 - インド
 - フィリピン・インドネシアと同様の看護師の受入れ、資格相互承認（医師・歯科医師・看護師・会計士・建築士）
- TPP交渉への新規参加は、既に参加を表明して各国交渉を始めている9ヵ国

□「包括的経済連携に関する基本方針（11月9日閣議決定）」から

<p>経済連携交渉と国内対策の一体的実施</p> <p>主要国・地域との間での高いレベルの経済連携強化に向けて、「国を開く」という観点から、農業分野、人の移動分野及び規制制度改革分野において、適切な国内改革を先行的に推進する。</p> <p>(1) 農業 略</p> <p>(2) 人の移動</p> <p>看護師・介護福祉士等の海外からの人の移動に関する課題にどう取り組むかについては、「新成長戦略」に掲げる「雇用・人材戦略」の推進を基本としつつ、国内の人口構造</p>	<p>の将来の動向や、国民の雇用への影響、海外からの要請、さらには我が国経済発展及び社会の安定の確保も踏まえながら検討する。そのための検討グループを国家戦略担当大臣の下に設置し、平成23年6月までに基本的な方針を策定する。</p> <p>(3) 規制制度改革</p> <p>国を開き、海外の優れた経営資源を取り込むことにより国内の成長力を高めていくと同時に、経済連携の積極的展開を可能にするとの視点に立ち、非関税障壁を撤廃する観点から、行政刷新会議の下で平成23年3月までに具体的方針を決定する。</p>
--	---

プロジェクトを打ち出している。

ライフ・イノベーションの領域は、2020年までに、医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用を創出、約50兆円の市場と284万人の雇用を新たに創出することを目標に、43項目にのぼる規制緩和および改革の課題を打ち出している。

その工程表によると、2010年度内に実現する措置としては、「医療の実用化（未承認薬・機器の提供）促進のた

めの医療機関の選定」および「医療ビザの創設」が、2011年度の措置としては「先進医療の評価・確認手続簡素化」および「（外国人患者受け入れのための）医療機関認証制度整備受入れ推進体制の整備」が明記されている。

医療イノベーション会議は、多数省庁にまたがる規制緩和や法的整備などの措置を重点的に検討する場となる見通した。

- 「(新)健康日本21」の策定とその推進
- 3. 新たな医療技術の研究開発・実用化促進
 - 先進医療等の規制緩和
 - 再生医療の臨床研究から実用化へ制度的枠組みの検討・整備
- 4. ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消
 - 未承認薬・機器を提供する医療機関の選定とネットワーク化
 - 上記医療機関における先進医療の評価・確認手続の簡素化
 - 未承認医療機器の臨床研究に係る薬事法適用範囲の明確化、医療機器の開発・製造に係る法的論点の整理と解決
 - 「日本発シーズの実用化に向けた薬事戦略相談（仮称）」の創設
 - 革新的医薬品・医療機器を評価するための償還価格制度の見直し
- 5. 医療の国際化推進
 - 国際医療交流のための規制緩和の検討・実施、推進体制・認証制度創設の検討・整備、医療機関のネットワーク化、海外医療機関との連携推進

治療と緩和ケアの平行なケアを提起

終末期医療のあり方に関する懇談会 リビングウィル 国民と介護職は法制化不要が多数。医師・看護職は回答が二分

厚生労働省の「終末期医療のあり方に関する懇談会」は10月28日の会合で、2008年3月に実施した終末期医療に関する意識調査結果の分析を踏まえ、緩和ケアやリビング・ウィルのあり方などの考え方を整理した報告書を取りまとめ

た。文言の整理を求める意見が相次いだため、修文は町野朔座長(上智大学法学研究科教授)に一任された。

報告書は、「治癒を目的とした治療の初期から緩和ケアを提供し、治療と緩和ケアを同時に並行して行っていくパラ

レルケアを浸透させることが必要」と述べ、緩和ケアの現場に適切な知識を普及させる必要があると提起している。

リビング・ウィルについては、調査結果から、一般国民と介護職員の間では法制化不要論が相対多数を占めたが、

医師・看護職員の間では回答が二分されていることを明らかにする一方、リビング・ウィルそのものを支持する率が増加していると指摘、その正しい知識をより普及することを求めている。

□終末期医療のあり方に関する懇談会報告書(抜粋)

V. 終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見のまとめ

1) 終末期医療に関する情報格差

終末期医療のあり方を決定するプロセスにおいて最も重要な原則は、平成19年5月の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」にもあるとおり、「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めること」である。

「適切な情報」とは患者の病状や可能な治療法だけでなく、療養場所やこれからの過ごし方の選択肢といった「支える」医療・ケアについての情報も含む。

しかしながら、現状では十分な情報提供や説明がないまま、患者や患者家族は判断を迫られる状況におかれている。

医療福祉従事者が十分な情報提供や説明を行うためには、自らが終末期医療に関する知識を十分に備えた上で、患者、患者家族と話し合う機会を確保していくことが必要である。

特に在宅で療養する場合には、終末期医療は患者や患者家族の日常生活とも密接に関連することから、患者がなるべく充実した生活を送ることができるよう、そして患者家族には過大な負担がかからぬよう、生活の視点に立った情報を提供することが必要である。

2) 緩和ケアについて

緩和ケアとは医療・介護・福祉すべてを含み、その対象者は、がん患者のみではなく、生命を脅かす疾患に直面している患者とその家族である。

緩和ケアを進める際の課題の一つは、多くの患者が「緩和ケア=死を迎えること」と考えていることである。こうしたイメージを払拭していくためには、患者を初めから最期まで支え続けるという姿勢で、治癒を目的とした治療の初期から緩和ケアを提供し、治療と緩和ケアを同時に並行して行っていく「平行なケア」を浸透させることが必要である。

緩和ケアについても、終末期医療と同様、患者や家族の暮らしを支える観点が必要であり、緩和ケアを提供できる場所の拡大や、緩和ケアに関わる医療福祉従事者に対する正しい緩和ケアの知識の普及が重要である。

3)リビング・ウィルと終末期のあり方を決定するプロセスの充実について

リビング・ウィルの法制化については、「法制化すべきである」という意見がある一方、「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上、その希望を尊重して治療方針を決定する」という意見が多かった。(調査結果では、一般国民と介護職員では「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」と回答した割合が最も多かった。また、医師・看護職員は「そのような書面が有効であるという

法律を制定すべきである」と「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」とで回答が二分した)

一方で、リビング・ウィルそのものに対する考え方を支持する者も増えている。リビング・ウィルを適切に活用するためにも、リビング・ウィルの正しい知識を普及し、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に記載されているようなプロセスをさらに現場に浸透させ、充実させていくことが望まれる。

すでに、「終末期医療のガイドライン」(平成19年8月日本医師会)、「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」(19年11月日本救急医学会)、「終末期医療に関するガイドライン」(21年5月全日本病院協会)が策定されるなど、終末期医療の決定プロセスについて現場への普及活動もみられるが、今後、さらに患者・患者家族に対する相談体制の整備と活用、多職種医療福祉従事者・患者・患者家族が話し合える機会の確保、医療福祉従事者への教育の充実等が必要である。

4)家族ケア・グリーフケア

患者の終末期のあり方は、家族や近親者の生活、あるいは死別後の人生に影響を及ぼすこともあり、患者をそばで支える家族や近親者に対するケア、死別後の遺族に対するグリーフケアについては今後さらに議論を深めていくべきである。特に、病気の子供を持つ両親は若いことが多

く、子供が発症した直後から家族に対する支援が必要である。

5)その他の意見

患者が意思を表示できない、あるいは判断できなくなった状況に陥った時点で、患者の意思を推定し、終末期のあり方を総合的な観点から判断できるよう、患者に近い者を代弁者として選定しておくべきであるという意見があった。

終末期のあり方については、健康な時から家族・近親者で話し合うことが重要であり、そのためには、国民の終末期医療に対する関心を高め、取り組みも必要であるという意見があった。

6) 次回調査・議論への提言

これまでの調査が5年おきに実施されていることを踏まえ、次回調査は平成24年度に行われるべきである。

次回議論に関しては、終末期は患者によって期間、状態も異なり、課題も多様であることから、焦点を絞って議論し、よりよい終末期医療を実現するための、具体的な方向性を示すことが期待される。特に、終末期医療を含め、在宅での医療・ケアは家族に負担がかかっていること、さらに少子高齢化を迎え、単身世帯及び二人暮らしの世帯が増加することが予想される中、どのような形で在宅での医療・ケアの提供体制を整えていくのか、医療機関のみならず、地域社会を念頭に置いた議論を深める必要がある。

通常国会で介護保険法を改正。介護療養廃止猶予も

厚生労働省は10月27日、各局の組織目標(2010年10月～2011年3月)を公表した。

■医政局(抜粋)

- ・医療提供体制の諸課題の検討を進める。本年度内に医療提供体制に関するグランドデザインを作成する。
- ・医師の診療科偏在の是正につながる新たな専門医制度の検討を行う。
- ・3月までにチーム医療ガイドラインを策定。特定看護師(仮称)制度導入に向け、3月までに一定の論点整理を行う。
- ・医療事故の原因究明・再発防止を図

る仕組みについて論点の整理等を行う。

■老健局(抜粋)

- ・介護保険部会の意見を取りまとめ、次期国会に介護保険法改正案を提出。
- ・介護報酬改定と処遇改善交付金の影響調査を行い、12月までに結果を取りまとめる。
- ・介護基盤の緊急整備について、09～11年度で16万床を整備する目標を達成するために、各自治体に施設整備の推進を働きかけ、10年度は約6万床を整備する。
- ・国土交通省と連携し、医療・介護と

の連携による高齢者向住宅を法定化するため、次期国会に高齢者住まい法等改正案を提出する。

【医療・介護一体改革】

- ・医療・介護の一体的改革に向けた一定の道筋をつける。具体的には、
- ・介護療養病床廃止を猶予するための法改正を行う。
- ・介護職員等の医療行為について、次期通常国会に法案を提出する。
- ・24時間巡回型の訪問介護・看護の体制整備を図るため検討会等における検討を進めるとともに、今年度のモデル事業の着実な実施を図る。
- ・介護の質を評価する仕組みについて

検討する。

■保険局(抜粋)

- ・高齢者医療制度改革を本年末に最終的に取りまとめ、通常国会への関連法案の提出を目指す。
- ・介護と医療の融合的改革のため、介護報酬と診療報酬の同時改定に向けた検討等を進める。
- ・高額療養費のあり方について、11年度予算案に必要な反映を行う。
- ・審査支払機関の在り方について年内に議論一巡を目指す。議論過程で改革できるものがあれば、順次着手。
- ・出産育児一時金制度について検討し、11年度以降の制度に反映させる。

あんしんとゆとりで仕事に専念

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

全日病厚生会

http://welfare-ajha.jp/

お問合せ(株)全日病福祉センター
〒101-0061東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

C判定集団のフォローアップが重要課題

2009年度人間ドック調査 特定健診の受診率向上に保険者・事業者との連携を提起

全日病の人間ドック委員会(西昂委員長)が実施した「2009年度人間ドックに関する調査」の結果が報告書にまとまった。全日病が認定する人間ドック実施施設の調査は06年(05年度調査)から始まり、今回が5回目となる。

報告書は、各施設における要精査や要治療受診者に対するフォローアップ率のばらつきがあることを指摘、フォローアップ体制の強化を求めている。

とくに、検査の結果要経過観察とされたC判定受診者のフォローアップが重要課題になっていると喚起している。

08年4月から始まった特定健診・特定保健指導は、政府データによると、5ヵ年計画の目標である特定健診受診率60%に対して初年度は38.3%と大きく目標を下回った。特定保健指導対象者(特定健診者の19.8%が該当)についても、その7.8%しか保健指導を受けていない。

報告書はこうした低い数値をいかに向上させていくかが、全日病の人間ドック実施施設にとっても大きな課題であると指摘。「保健指導実施体制の整備充実とともに保険者・事業者との緊密な連携が必要である」と提起した。

り、50代の割合が最も高い。CとD2については男性の方が、どの年代でも概ね女性より割合が高い傾向にあった。

高血圧に関しては、男女共に異常判定の割合は50代をピークに増加する傾向があり、60歳以上は、D1が男性7.81%、女性9.03%で、D2はほぼ2%であった。

高脂血症・高コレステロール血症に関しては、男性が39歳以下から40代にかけて増加し、40代と50代はあまり変わらない傾向があるが、女性は50代をピークとして異常判定の割合の増加が認められ、男女共に60代で低下する。

高尿酸血症に関しては、男性は女性に比べると40代までは異常値の割合が高く、逆に50代以上では女性の割合が圧倒的に高い。女性は50代をピークとし60歳以上で割合が下がってくる。

血液疾患に関しては、男性が50代をピークに60歳以上は下がってくるが、女性の場合は40代をピークに下がってくる傾向がある。また、男女共に異常判定の割合はCに続きD2がD1よりも高い。

心電図異常(心疾患)に関しては、男女共に50代までは共に増加し、60歳以上では男性がD1+D2で7.51%、女性で6.38%を占めるようになってくる。

呼吸器疾患(肺疾患)に関しては、男女共に50代までは共に増加し、60歳以上では男性がD1+D2で9.56%、女性で10.17%を占めている。

食道・胃疾患に関しては、男女共に50代までは共に増加し、60歳以上では男性がD1+D2で6.03%、女性で4.66%を占めている。また、概してCの割合は女性の方が高いが、D1とD2の割合は男性の方が高い。

大腸・肛門疾患に関しては、男性がCでは年齢と共に増加するのに対して、女性では40代がピークであった。男性

は60歳以上のD1+D2が18.98%、女性は15.49%であった。

肝疾患は、男性のピークが40代と50代で、割合がほぼ同じであったのに対して女性のピークは50代であった。

前立腺疾患に関しては、年齢と共に増加し、D1+D2は男性50代の15.31%に比べて60歳以上では22.44%と急激に増加する。

婦人科並びに乳腺疾患に関しては、40代でピークとなりその後低下する。40代のD1+D2は婦人科疾患で16.48%、乳腺疾患では15.53%の割合となる。

その他の疾患に関しても男女ともに50代がピークで、60歳以上となると急激に低下する。

●肥満
糖尿病並びに高血圧、高脂血症について、男女共地域エリア別での有意な差は認めなかった。BMI25以上の肥満は、49才以下では、男性は女性の2倍多く認めるが50才以上からは、男女差はなくなってくる。

●要精査件数
胃透視では、総利用者の6.2%が要精査であり、内視鏡では4.1%、胸部X線検査では2.3%、腹部超音波検査では4.3%、婦人科では4.1%、乳腺では7.3%が要精査であった。

●要治療
胃透視では、総利用者数の0.4%が要治療であり、内視鏡では3.2%、胸部X線検査では0.2%、腹部超音波検査では0.6%、婦人科検診では1.5%、乳腺検診では0.3%が要治療であった。

●ガン
ガン症状では、男性は、①胃ガン、②大腸ガン、③前立腺ガン、④肺ガン、⑤食道ガンの順。女性は、①乳ガン、②胃ガン、③子宮ガン、④肺ガン、⑤大腸ガン、の順位で多く認められた。

全日病「2009年度人間ドックに関する調査報告」(概要)

調査対象は日帰り人間ドック実施478施設(1泊人間ドックは25施設)。有効回答施設数は385(回答率80.5%)であった。

【構造編】

□人間ドックの利用者

2009年度の、日帰り人間ドックの利用者総数(回答施設の集計数)は48万8,771人と前年より14万1,868人減少した。男女の内訳は男性59.9%、女性40.1%で、前年度と同様であった。1泊人間ドックの利用者数は昨年と比べ1割程多い4万9,785人となり、2泊以上ドックは昨年と比べ3倍以上増え、5,362人となった。

□職種別の職員数

平均医師数は6.16人で、専任が0.96人で全体の16%を占め、兼任が3.02人で49.0%、非常勤は2.17人で35%を占めており、兼任医師の割合が最も多い。全職種は29.89人で、専任31.4%、兼任50.5%、非常勤18.1%という構成であった。

□外注委託数・非委託

一部外注委託は324件(84.1%)、非委託(自施設内検査)53件(13.8%)、無回答8件(2.1%)であった。

□外部精度管理の実施先

精度管理実施期間は05年度から09年度まで、1位が日本医師会、2位が日臨技、3位が県医師会となっているが、4位の県臨技が増加傾向にあり3位に追ってきている。

□人間ドックの実施状況

①日帰り実施可能人数は平均12.20人、1週間で64.68人である。

②1泊可能人数は1日平均3.14人、1週間で8.34人である。

③1泊人間ドック病床数は1.88床で、ホテルドックのみの平均病床数は1.06床である。

④理念等の掲示有りは84.16%

⑤専任の医師ありは67.27%

⑥他科医師の指導体制有りは87.01%

⑦検査室の臨床検査技師の常勤は93.77%

⑧X線、心電図読影責任医師有りは95.84%

⑨自施設のみで十分な設備・機器がある施設は53.77%、一部委託が35.32%。

【過程編】

要検査・要治療のフォローアップ率は平均で35.77%、16.39%と、要検査で若干の改善傾向がみられるものの、依然低い。

オプション検査については、ランキング上位10位以内の6割以上をがん関連検査が占めている。骨塩測定やヘリコバクター・ピロリ菌検査も、医療機関や各種メディアの啓蒙の甲斐あってか、着実に検査希望者が増えている。

これに対して、動脈硬化関連検査の件数は未だそれほど多くはない。

【結果編—まとめ】

●疾病の状況

糖尿病は男女共に年代を問わず、C(要経過観察)、D2(要精密検査)、D1(要治療)の順で異常判定の割合が多くな

理事長(埼玉県入間市)

【瑞宝小綬章】

衛藤和郎 医療法人社団親和会 衛藤病院 理事長(大分県大分市)
橋 久之 特定医療法人恵和会 石東病院 理事長(鳥根県大田市)
松本 久 医療法人勤誠会 米子病院 理事長(鳥取県米子市)

2010年度 第7回常任理事会の抄録 10月9日

【主な協議事項】

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の3名の入会が承認された。

埼玉県 ヘリオス会病院 理事長 森田仁士
山梨県 貢川整形外科病院 院長 池上仁志
大阪府 大阪府済生会吹田病院 院長 岡上 武
在籍会員数は2,317名となった。

【主な報告事項】

●2010年度医療安全対策講習会の開催

全日病と医法協共催による「医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会」を12月3日

に東京都内で開催するとの報告があった。

●医療安全管理者養成講習課程講習会DVD(新版)

全日病と医法協共催による「医療安全管理者養成講習課程講習会」を収めたDVDとして、すでに完成している「RCA・FMEA」演習編に次ぐ、講義編(2枚組・税込2万円)が完成したとの報告があった。

●2009年度人間ドックに関する調査報告書

「2009年度人間ドックに関する調査報告書」がまとまったとの報告があった。



2010年秋の叙勲 全日病4会員が受章

2010年秋の叙勲における勲章受章者が11月3日付をもって発令され、厚生労働省関係では、全日本病院協会会員から次の4人が受章した(敬称略)。

【旭日双光章】

原田雅義 医療法人東明会 原田病院

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 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

●ご加入のお申込み、お問合せは… **(株)全日病福祉センター**

