



全日病 NEWS 12/1

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.745 2010/12/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

全日病 公益社団への移行作業を承認

臨時理事会で全会一致。代議員会・総会で正式決定へ

西澤執行部は、11月20日に開かれた第8回常任理事会・第1回臨時理事会に、全日本病院協会として公益社団法人への移行申請に向けて作業を進めるという執行部方針を諮り、全会一致で承認を得た。

2008年12月1日に施行された公益法人制度改革によって、それまでの公益法人(新制度施行後は特例民法法人)は、2013年11月末までに一般社団法人(財団)もしくは公益社団法人(財団)のいずれかに移行しなければならない。

同日の常任理事会・臨時理事会は、きたる移行に備えて、①2011年度予算を公益社団のルールを勘案して編成・執行する、②本部と支部の組織的・経理的な関係を整理する必要があるとして、その作業を進める執行部方針を了承した。

公益社団法人へ移行する方針は、正式には、来年3月に予定されている代議員会・会員総会に諮られる。

公益法人制度改革への対応問題は、公益法人改革対応プロジェクト(猪口雄二委員長)において慎重に検討されてきた。同プロジェクトは、全日病は、①公益目的事業比率50%以上、②遊休財産保有制限、③公益目的事業収支償還という、公益法人への移行が認定されるための財務3要件を満たしていると判断、9月18日の第6回常任理事会に、その結果を報告した。

第6回常任理事会は同報告を了承、11月に、常任理事会と合同で臨時理事会と支部長会を開催し、同プロジェクトの結果を報告するとともに、本部と支部の組織・経理の両面における関係を整理し、公益社団法人として組織等の見直しを図る必要があることを説明し、審議を求めたことを決めた。
現在、全日病は全都道府県に支部があるが、それぞれ多様な支部運営が行



なわれてきた結果、例えば、都道府県医師会や都道府県病院協会等、他団体と連携して運営されているところが少なくない。
公益法人改革対応プロジェクトの五十嵐邦彦特別委員(公認会計士)は、そうした入り組んだ関係を、賃借契約や事務委託契約などの締結によって整理する必要があると説明した。
これに対して、少なからぬ支部長から、「支部独自の活動をできなくなるのではないか」といった疑問が呈された。

こうした疑問に、執行部は、全日病全体として公益法人認定を受けるためには必要な措置であり、「支部独自の活動を阻害する意図はまったくない」と説明、基本的に了解を得た。
理事会決定にもとづいて、今後、公益法人改革対応プロジェクトは、各支部と個々に会計面の整理等協議を進めるとともに権利関係の契約対応方針を提示、公益社団の財務処理ルールにもとづいた移行作業を具体化しながら、代議員会・総会の承認に備える方針だ。

介護保険に「リハビリ前置」の考えを提起

介護保険部会「介護保険制度見直しの意見」 第5期計画策定に向け介護保険法を改正。医療・介護の連携が重要テーマ

11月25日に開かれた社会保障審議会介護保険部会は「介護保険制度の見直しに関する意見」を大筋でとりまとめ、細部にわたる修正を山崎泰彦部会長(神奈川県立保健福祉大教授)に一任した。

意見書は、日常生活圏で医療、介護、生活支援サービス等が切れ目なく一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現を目指すとの視点に立ち、在宅介護でもっとも支援が急がれる単身・重度要介護者に対応した取り組みとして、訪問介護と訪問看護が一体化した24時間対応定期巡回サービスの創設、小規模多機能と訪問看護の組み合わせなどの複合型サービスの導入を提言しているほか、訪問看護を一層活用できる環境整備に向けた課題を提起している。

その一方で、意見書は、介護保険制度におけるリハビリテーションの重要性に言及、「リハビリ前置」に立つことを公式に初めて提起した。その観点から、既存リハ提供サービスにおける質の向上、リハビリストッフの業務範囲見直し、リハを包括提供する拠点施設の整備といった新たな取り組みを提起した。

また、社会医療法人に特養開設を認めるべきとする意見を盛り込んだ。
財源不足の下、意見書は、各サービスにおける給付抑制や利用者負担さらには保険料の引き上げなどを提案しているが、介護保険部会では民主党政権が打ち出した「ペイアズユーゴー」原則に対する反発が強く、「給付と負担」に関するほとんどの提言には反対意見が併記されるとい、まれにみる総花的意見書となった。

厚生労働の政務3役と厚生労働省は、意見書をもとに介護保険法改正法案をまとめ、来年の通常国会に提出する。介護保険制度改革に関する議論は、この意見書を踏まえた介護報酬と施設基準等の見直し検討へと引き継がれ、今後は、介護給付費分科会が前面に出ることになる。(意見書の概要は3面に掲載)

介護保険部会の意見書は、2012年度から始まる第5期介護保険事業計画(～14年度)策定のもととなる給付・負担の方針とそのための制度改革の概要をまとめている。

意見書は、冒頭に、第4期事業計画(09～11年度)の第1号被保険者保険料が全国平均4,160円(月額)から、第5期には5,000円を超えるという見通しを示し、危機感を露にした。

第5期事業計画に向けた制度改革の重要テーマの1つが、医療と介護の有機的な連携である。

しかし、こうした危機感は介護保険部会の議論にも反映され、医療関係委員の多くは、給付拡大につながる制度改革よりも、「現行制度の中の不効率・不合理な仕組みや規制をなくしていく

ことが現実的である」として、通所介護と通所リハ間の制度矛盾解消、訪問リハ活用のための規制縮減、サテライトを含む老健と特養の多角活用などを提案した。

こうした視点は基本的に意見書に盛り込まれており、介護給付費分科会の審議で、訪問看護中心になりがちな医療・介護連携議論に、新たな論点を加えるかたちで取り上げられる公算が強い。

一方で、意見書は、次期介護報酬改定の視点として、「終の棲家としての機能や在宅復帰支援機能などといった施設の機能に着目した評価を検討する必要がある」とも提起。入所期間が長期化している老健には厳しく臨む姿勢を求めた。

意見書は、また、認知症高齢者に対

する各都道府県の介護保険上の対応を明確にするために、介護保険事業計画

に任意事項として盛り込むことを提言している。

意見書に盛り込まれた主な項目

- 24時間対応の定期巡回サービスの創設
訪問介護と訪問看護の連携の下、短時間の定期巡回型訪問と通報システムによる随時の対応適宜組み合わせで提供する。(「既存のサービスの連携・組合せで対応すべきではないか」との意見を併記)
- 複合型サービスの導入
関連して、グループホーム等への訪問看護サービス提供の検討や訪問看護ステーションの規模拡大に向けた取り組みを推進。(「有床診や老健施設と訪問・通所等サービスの組合せを今後推進していくべき」との意見を併記)
- リハビリの推進
リハビリ前置の考え方に立つべき。現存サービスの効率的活用とリハの質向上を検討すべき。併せてリハ専門職の業務範囲等についても検討していく必要。老健施設の更なる活用も含め、地域リハビリ拠点の整備を進めるべき。
- 要支援者・軽度要介護者への対応
要支援者・軽度要介護者に対する給付効率化と効果向上策を検討する必要。(「保険給付の対象外とする」「利用者負担を2割とする」意見を併記。給付削減への反対意見も併記)
- 施設サービス
・社会医療法人に特養開設を認めるべき。
・介護療養病床の転換は一定期間猶予する必要。(「廃止方針の変更」「現在の介護療養は存続を認め、新規指定はしない」の2意見を併記)
- 認知症への対応
・ケアパスの作成を進めること、薬剤管理の情報共有、認知症疾患医療センターの整備を進めることが重要。
・介護保険事業計画に認知症に関する(任意)事項を盛り込む必要。
- 家族支援のあり方
ショートステイの活用を図るべき。デイサービスの宿泊対応は慎重に検討を行なうべき。
- 処遇改善
介護職員処遇改善交付金を継続するのではなく介護報酬改定により対応する方向で検討していくべき。(「交付金を継続すべき」「公費財源も活用すべき」の意見を併記)
- ペイアズユーゴー (pay as you go) 原則に立つことが求められる。(反対意見を併記)
- 区分支給限度基準額
区分支給限度基準額を超えているケースについて介護給付費分科会で必要な対応を図ることが望ましい。(「特に訪問看護が提供できないケースがあるとの指摘があった」と付記)
- 総報酬割の導入
第2号被保険者の保険料に総報酬割を導入する必要。これに伴ない、介護報酬の地域係数を見直し、都市部の介護従事者の賃金引き上げに充当する必要。(総報酬割導入には「強い反対意見」や慎重意見を併記)
- 利用者負担
・高所得者の自己負担2割を検討すべき。(慎重意見を併記)
・多床室についても減価償却費を保険給付外とする見直しが必要。(反対意見を併記)

一部医療機関に「治験代用先進医療」の優先権を付与

中医協総会 未承認薬等の早期承認スキーム案—規制緩和と安全性の狭間に

11月26日の中医協総会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、高度医療(第2項先進医療)という既存枠組みを活用して適応外薬・国内未承認薬等の早期薬事承認を可能とするスキーム案の、具体的なイメージを提示した。

それによると、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬等検討会議」において、医療上の必要性を認められたものの治験に至らない医薬品を高度医療(第3項先進医療)のルートに乗せて保険併用を実現するとともに、高度医療をもって治験を一定程度代用させ、治験期間の短縮を図るというフレームになる。

第3項先進医療(=高度医療; 適応外・未承認の医薬品等を伴う医療技術)の効率化を図るために、第2項先進医療(=先進医療; 適応外・未承認の医薬品等を伴わない医療技術)との二重承認手続きを廃止し、両者を先進医療として一本化するとともに、あらかじめ決めた医療機関群に当該技術の実績がなくとも実施計画書のみで先進医療の実施を承認する、さらには、「(一本化後の)先進医療会議」だけでなく、外部機関にも実施計画書の適否判断を委ねるといった効率化を図るなど、先進医療開始までの時間と薬事承認に至る期間を短縮化する方法が考えられている。

未承認薬等検討会議の手を経ない医薬品等についても、先進医療のルートに早く乗せるために、申請に必要な一定実績に遡って保険併用を認めるとしている。

医療課は、当面は抗がん剤を新たなルートに乗せることを重点課題としており、「医療機関群」には特定機能病院やがん診療拠点病院が想定されている。とくに、抗がん剤の適応外薬については、先進医療の実施審査を「先進医療会議」から日本臨床腫瘍研究グループ(JCOG)等に委ねる方向で検討している。

厚労省が提案した医薬品等の早期承認スキームは、保険併用と薬事承認に至る過程の審査などの運用に外部医療機関(群)の関与を認めるなど、これまでの厚労省に設置されてきた会議主導による技術・施設・実施計画といった厳格審査や治験制度に大きく風穴を開ける可能性がある。

ドラッグラグ解消という医療的・産業的要請と安全性確保という2大命題の狭間で、中医協は難しい判断を迫られている。

未承認薬等検討会議によって企業へ開発要請がなされたものについては開発支援金交付などの開発促進支援によって1年以内の治験開始が誘導される

ほか、適応外薬に関しては新たに半年以内に公知申請・保険適用へ誘導され、早期承認にいたる道が開けた(8月)。現在、課題となっているのは、未承認

薬等検討会議を経たものの治験開始に至らない、あるいは未承認薬等検討会議にかからない国内未承認薬・新薬だ。

医療課の提案は、企業による治験開始を待つ方法以外に、先進医療制度を活用して、高度医療機関の手で保険併用による先行実施を促し、その実績で治験を一部代用しようとするものだ。

新たなフレームは、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬等検討会議」を経たものと、経ないものとに分かれる。

前者のケース、したがって未承認薬等検討会議によって企業へ開発要請がなされた適応外薬・国内未承認薬のうち、長期間治験が実施されないものについては、

①海外実績等から安全性等が確認されたものを高度医療(第3項先進医療)の対象技術として特定する。

②さらに、実施可能な医療機関群をあらかじめ特定しておく。

③医療機関群のうち当該技術の高度医療実施を希望する施設は実施計画書をもって申請し、審査を経て実施が可能となる。このうち、適応外薬を使用する技術については審査を外部機関に委託することにする。

④国際的なGCP基準を満たす場合など臨床試験の質を確保できた場合は、当該高度医療の実績をもって一定程度の

薬事承認の効率化を図る。というプロセスで早期薬事承認を可能とする。

後者のケース、したがって未承認薬等検討会議を経ない適応外薬、国内未承認薬、新薬、その他の先進的技術については、保険併用が認められる高度医療(=第3項先進医療; 未承認・適応外の医薬品等を伴う技術)の対象技術とした上で、

①現在、高度医療の保険併用承認は、第3項先進医療を管轄する高度医療評価会議を経た上、さらに、第2項先進医療(未承認・適応外の医薬品等を伴わない技術)を管轄する先進医療専門家会議の承認を経るという二重手続きになっているところを一本化して、効率化する。

②現在、高度医療・先進医療の申請には、国内で一定の実績実績が必要とされているが、一定の臨床研究機能を有する医療機関等で実施する場合には、申請に必要な実績をも先進医療の対象とする。

③現行の第2項先進医療については実施期間を定め、終了時に評価を行なう。—という支援・効率化を行なうというのが、新たな制度の骨格である。

11月26日の中医協総会は、医療課の提案に対して、診療・支払各側とも「詳細が未だ不明で判断できない」としつつも、「このスキームで薬事承認までの期間がどの位短縮できるのか、具体的なシミュレーションを示してほしい」と、より踏み込んだ試案を求めた。

厚労省「医療保険における革新的な医療技術の取扱いに関する考え方(4)」 11月26日中医協総会

1. 「未承認薬等検討会議」を経たものに係る先進医療制度の運用見直し

未承認薬等検討会議を経たものの、結果として開発企業が長期間見つからない場合等、開発企業による治験実施が確実でないものは、以下のように先進医療制度の運用を見直すとともに当該制度を活用してはどうか。

(1) 医療上の必要性が高いとされた未承認薬等を使用する技術について、海外での実績から一定の安全性、有効性を確認した上で、当該段階において先進医療の対象技術とする。

(2) 当該対象技術の成熟度や安全性等に依りて、当該技術を先進医療として実施することができる施設の要件に基づく実施機関群を定める。例えば、一定の要件を満たす特定機能病院等とすること等によって、安全性や質を確保する。

【実施可能な機関群が満たすべき必要条件の例】
特定機能病院、都道府県がん診療連携拠点病院
(3) 当該機関群の医療機関が対象技術を先進医療として実施しようとする場合は、厚生労働大臣に申請を行い、実

施計画書の審査を経て、個別に認める。適応外薬に係るものは、当該審査を技術の有効性の評価や参加医療機関に対する実施段階における監査等を行うことができる外部組織で行い、その結果に基づき実施機関を認める。

【外部組織の例】
日本臨床腫瘍研究グループ(JCOG)
(4) 当該枠組みで実施した先進医療における実績により薬事承認審査の一定程度の効率化を図るため、PMDAの相談制度を活用するなど当該先進医療の質を確保する。

2. 先進医療制度の手続き等の見直しについて

現行の先進医療制度について、効率化等を図る観点から以下のように見直しはどうか。

(1) より効率化を図るため、現行の先進医療専門家会議及び高度医療評価会議を整理し、改組する。

(2) 現在、先進医療の対象技術の申請には国内で数例の実績が求められているが、これを満たさない場合にも、一定の安全性、有効性等が担保される場合や技術の将来的な有効性や安全性が一定

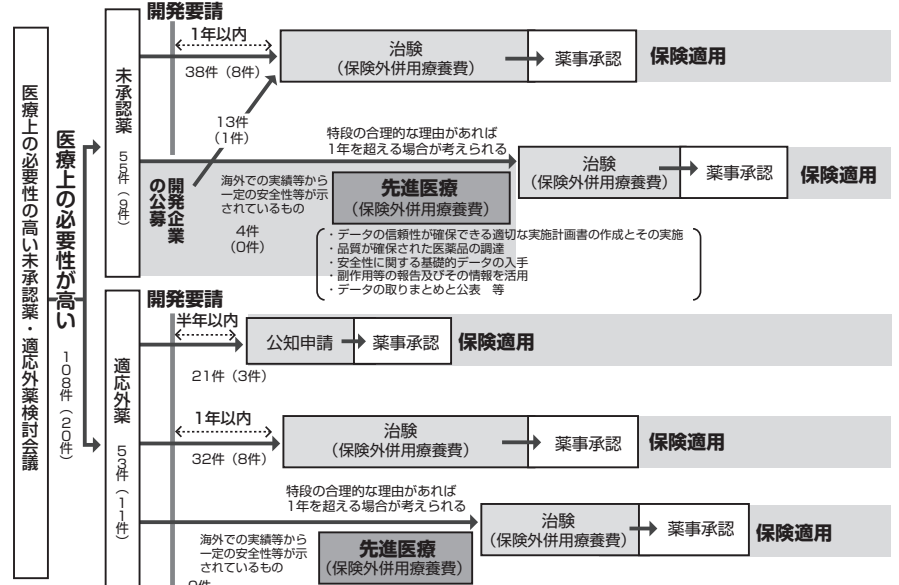
程度期待できる場合には、一定の特定機能病院や高度な臨床研究機能を有する一定機関に先進医療の実施を認める。

【実施可能な機関の例】
特定機能病院、高度な臨床研究支援体制、適切な安全管理体制、信頼性を保証できる監査体制等を有し、特定分野における臨床研究の中核的な役割を担

う病院(数カ所程度)

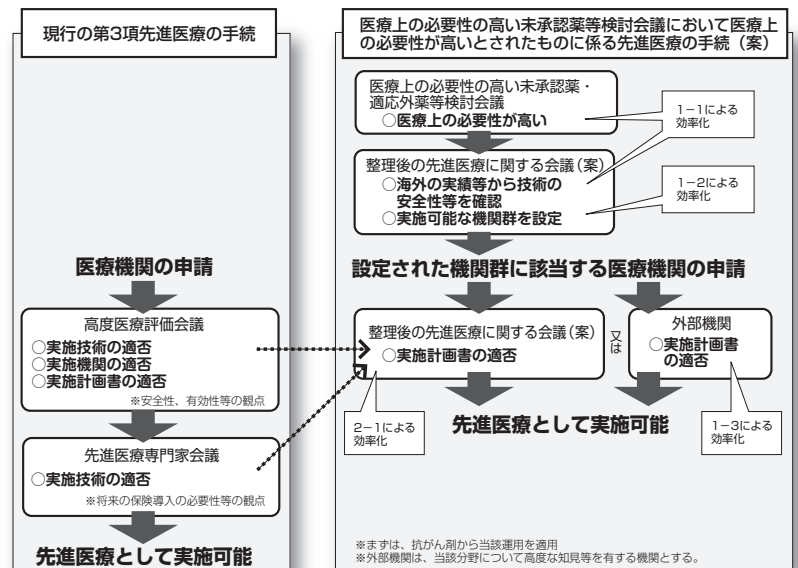
(3) 特に、現行の第2項先進医療については、診療報酬改定に合わせて当該技術の評価を行っているところであるが、実施計画書において実施期間を明記するなどし、診療報酬改定における評価に加えて、当該期間の終了時における的確な評価を行う。

□「未承認薬等検討会議」を経た医薬品等に関する先進医療の活用イメージ

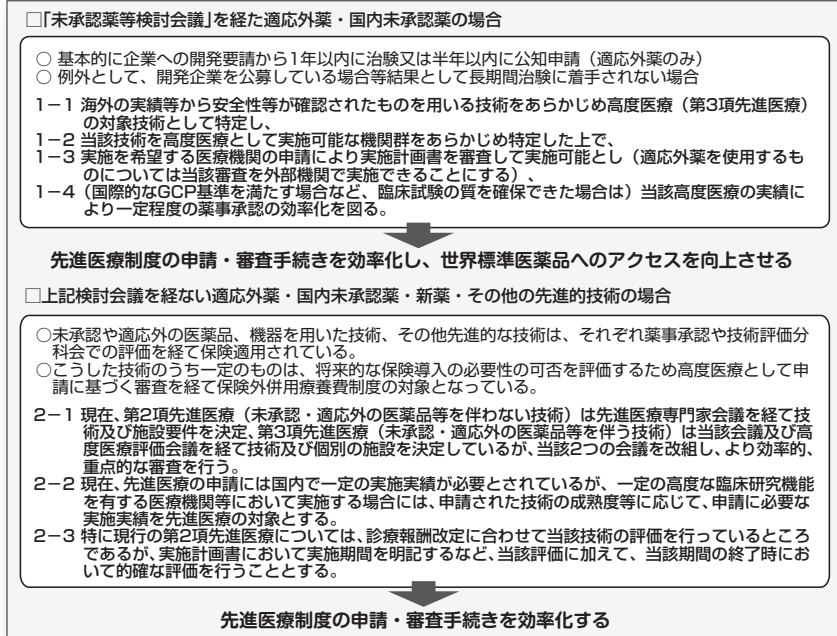


数字は、検討会議に要望として集まったもののうち医療上の必要性が高いとされたものとして第1弾として5月に開発要請等したものの、()内は抗がん剤。年内を目途に第2弾として74件(うち、抗がん剤は22件)を開発要請等予定。

□第3項先進医療(未承認・適応外の医薬品等を伴う技術)の手続き改正イメージ



□先進医療制度の運用の見直し(案)



社会医療法人に特養の開設を認めるべき

介護職員処遇改善交付金は介護報酬で対応する方向で検討すべし

社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(抜粋) 11月25日 *1面記事を参照

I. 介護保険制度の現状と課題

○第5期介護保険事業計画に向けた制度の見直しに当たっては、

①日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進めること、②給付と負担のバランスを図ることで将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築する、ことを基本的考え方とすべきである。

II. 見直しの基本的考え方 略

III. 介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支える体制の整備(地域包括ケアシステムの構築)

(1) 単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

(24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設)

○訪問介護と訪問看護の連携の下で、短時間の定期巡回型訪問と通報システムによる随時の対応等を適宜・適切に組み合わせ提供する24時間対応の定期巡回・随時対応サービスを新たに創設すべきである。

一方、要介護度1を含めた様々な状態の要介護者に対応できるよう、既存のサービスの連携・組合せで対応すべきではないかとの意見があった。

(複合型のサービス)

○重度になるほど医療サービスに対するニーズが高まることから、例えば小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるなど複数のサービスを一体的に提供する複合型サービスを導入していく必要がある。グループホーム等への訪問看護サービスの提供や、訪問看護ステーション規模拡大のための支援を検討していく必要がある。

○有床診療所や老健施設を活用し、訪問、通所などのサービスとの組合せについて、今後推進していくべきであるとの意見があった。

(リハビリテーションの推進)

○高齢者の心身機能が低下したときに、まずリハビリによってその機能や日常生活の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。

○しかし、訪問リハの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハが提供されていることなど、リハビリが十分に提供されていない状況にある。そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリ専門職の果たすべき役割や他職種とのかわり方なども検討していく必要がある。

○さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設の更なる活用なども含めて、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地域拠点の整備を進めていくことが求められている。

(2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス 略

(3) 地域支援事業 略

(4) 住まいの整備

○高齢者住宅について、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、訪問看護、デイサービス等の介護サービスを組み合わせた仕組みを広く普及することで、中重度の要介護者でも、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能としていくことが望ましい。

(5) 施設サービス

○社会医療法人には特養を開設することを可能とすべきである。

○老健施設については、在宅復帰支援を担っている老健施設がある一方、入所期間が長期化している老健施設もあり、十分にその機能が発揮されていない状況もある。

○そのため、次期介護報酬改定においては、終の棲家としての機能や在宅復帰支援機能などといった施設の機能に着目した評価を検討する必要がある。

○将来的には、施設サービスは、利用者の状態に応じた適切なサービスが提供される体系を目指すべきであるとの意見があった。

(介護療養病床の取扱い)

○介護療養病床の転換は、現在の転換状況を踏まえ、一定期間猶予することが必要である。

○介護療養病床の廃止方針を変更すべきではないか

との意見があった。一方、現在ある介護療養病床は長期的に運営を継続し、新規の介護療養病床の指定を行わず、療養型老健施設の増設や、介護施設における医療的ケアを伴う要介護者の受入体制を強化・整備していくべきとの意見があった。

(6) 認知症を有する人への対応(今後の対応)

○認知症ケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパスの作成を進めていくことが重要である。

○認知症に関する研修を受けたかかりつけ医、認知症サポート医を生活圏域で確保・活用を図るとともに、認知症疾患医療センターの整備を進めることが重要である。

○介護保険事業計画に認知症に関する事項を任意事項として盛り込むことが必要である。

○必要に応じて地域包括支援センター等に専門的知識を有するコーディネーター(連携担当者)を配置し、認知症サポート医等との連携を図り、医療と介護の切れ目ない支援体制を構築していくことについて検討すべきである。

(7) 家族支援のあり方

○家族介護者支援(レスパイト)などの観点から、緊急時に迅速に対応できる仕組みを含めてショートステイの活用を図るとともに、デイサービスにおける宿泊ニーズへの対応については慎重に検討を行うべきである。

(8) 地域包括支援センターの運営の円滑化 略

2 サービスの質の確保・向上

(1) ケアマネジメントについて

○ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化していく必要がある。

○セルフケアプランの活用支援なども検討することが必要である。

(利用者負担の導入)

○ケアプラン作成等サービスに対する利用者負担導入には、利用者や事業者への影響を危惧する強い意見があった。セルフケアプランが増加すれば、市町村の事務処理負担が増大するなどから慎重に対応すべきであるとの指摘があった。一方、居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスに利用者負担を導入することを検討すべきとの意見があった。

(施設のケアマネジャーの役割)

○施設のケアマネジャーについては、支援相談員等との役割分担が不明確であることから、その位置づけを明確化すべきであるとの意見があった。

(2) 要介護認定について

○要介護認定については、認知症の要介護度を適切に評価できているかなど、引き続き適切な仕組みとなるよう継続的に評価・検討していくべきであり、必要に応じて介護給付費分科会などにおいて十分議論されることが望ましい。なお、要介護認定制度そのものについて、別途議論の場を設けるべきとの意見があった。

(区分支給限度基準額)

○区分支給限度基準額を超えているケースについては次期改定に向け検証を行い、介護給付費分科会で必要な対応を図ることが望ましい。

○なお、現行制度では、要介護度が軽度の場合も重度の場合も、区分支給限度基準額やケアプランなどの関連で、特に訪問看護について利用抑制が働き、必要な利用者に訪問看護が提供できないケースがあるとの指摘があった。

(3) 情報公表制度と指導監督 略

3. 介護人材の確保と資質の向上

(処遇改善の取組について)

○介護職員の処遇改善については、本来的には、介護報酬改定により対応する方向で検討していくべきである。

○この点に関し、処遇改善交付金を廃止し、介護報酬改定により対応する場合には、事業所の管理者を含め、その給付水準の公表制度を設けるべきであるとの意見があった。

○なお、平成24年度以降については、当該交付金を

継続すべきであるとの意見や、すべて介護報酬改定で対応するのではなく、公費財源も活用しながら、徐々に制度内に取り込んでいくべきとの意見があった。

○また、事業所によって離職率や賃金が大きく異なっていることから、処遇の改善や人材確保のための施策としてどのような対策が相応しいか、介護給付費分科会における議論も含め、さらに検討が必要である。

(医療的ケア)

○たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法整備を行うべきである。

4. 給付と負担のバランス

○将来にわたって安定的に制度を運営するには、「財政運営戦略」(22年6月22日閣議決定)のペイアズユーゴー(pay as you go)原則に則り、必要な負担増に見合った財源を確保することが求められる。

○ペイアズユーゴー原則では、現場ニーズに見合った給付議論が難しい等の意見もあった。

○今後、とりわけ第5期介護保険事業計画期間に向け、介護職員の処遇改善の継続と地域包括ケアシステム確立等のための給付の充実等を図るためには、給付の効率化・重点化及び財源の確保を進めていくことが必要。その際、第1号被保険者、第2号被保険者それぞれが応分の負担を行っていくことが必要である。

(総報酬割)

○被用者保険の第2号被保険者の介護保険料について総報酬割を導入する必要があるとの意見があった。また、介護報酬の地域係数は都市部賃金水準を反映していない、地域係数を見直して都市部の介護従事者の賃金引き上げに充当することが必要、との意見があった。一方で、総報酬割の導入は強い反対意見があった。また、利用者負担の見直し等の必要な見直しを行うことなく導入することに慎重な対応を求める意見があった。

(給付の見直し)

○医療保険では現役並み所得の高齢者は利用者負担が3割となっている。介護保険制度においても、一定以上の所得がある者は、利用者負担を例えば2割に引き上げることを検討すべきである。一方、負担増を求めることには慎重であるべきとの意見があった。

(被保険者範囲)

○被保険者範囲については被保険者年齢を引き下げるべきではないかとの意見があった。一方で、被保険者範囲の拡大には慎重な検討が必要との意見もあった。なお、第2号被保険者に対する給付に関し、特定疾病による条件の緩和を検討すべきとの意見があった。

5. 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

(地域ニーズに応じた事業者の指定)

○地域密着型サービスは、市町村が、申請に基づく指定に代えて、公募を通じた選考で事業者指定を行えるよう検討する必要がある。

○市町村が希望する場合には、都道府県が居宅サービス等の指定に際して関係市町村と協議を行い、市町村の介護保険事業計画策定・達成に支障があると判断した場合は指定を拒否できる仕組みを導入することを検討すべきである。

○「総量規制」は今後も現行制度の規制内容や対象を維持する必要がある。

6. 低所得者への配慮

(多床室の給付範囲の見直し)

○前回の改正において、多床室については光熱水費のみが保険給付の対象外とされた。今後、多床室についても減価償却費を保険給付対象外とする見直しが必要である。

○上記について、居住費は現状の光熱水費相当を維持すべきであるとの意見があった。

IV. 今後に向けて

医療と介護の連携を一層実行あるものにしていくためには、(本意見の)施策に加え、平成24年度の診療報酬と介護報酬同時改定に向けてさらにそれぞれの役割分担や関係職種の連携、サービスの調整などについて、今後さらに議論を進める必要がある。

「包括指示下の医行為を医師以外に許すことは慎重であるべき」

チーム医療推進方策検討WG 現時点での特定看護師養成には反対—徳田委員がWGで見解表明

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11月19日、徳田禎久社会医療法人禎心会理事長、近森正幸近森病院院長、栗原正紀長崎リハビリテーション病院理事長、川越厚クリニック川越院長の4委員から意見陳述を得た。

全日病の病院のあり方委員長を務める徳田禎久委員は、「個人的見解」としつつ、要旨以下の見解を明らかにした。●チーム医療推進の目的は、単に数的に人員充足を図るものではなく、専門職種間の業務分担を見直し、その有機的連携を図ることにより医療の質的な改善を図るものである。

●チーム医療では多様な医療スタッフが関与する。病期ごとに実例にもとづいたモデルケースを設定し、全国の医療機関に可能な策を国主導で考える一方、当面、各施設は利用可能な人的資

源から可能な取り組みを行うことが求められる。

●国は以下の取り組みが必須である。(1)モデルケースからチーム医療を担う各職種の必要数を2次圏別に算出し、適正配備の方法を確立する。

(2)一定医療機関で各職種の充足が図られるまでは、医師ができると判断して看護師に指示していた行為を禁止するという対応はしない。現状での包括的指示内容の厳格化は、看護師確保ができない地方で医師の負担増をまねく可能性がある。

●現在、チーム医療推進というテーマを隠れ蓑に、特定看護師導入議論のみが進んでいることを危惧する。

●厚労省の看護業務実態調査は大型病院中心の調査であり、かつ、回収率も16.9%にとどまるなど代表性に欠け、看護範囲拡大に関心のある医師・看護師

に偏った回答という可能性も指摘されている。200床未満約7割という回答を得た、日医による同様調査では結果が大きく異なっている。

●チーム医療は医師・看護師だけではなく、薬剤師等の他職種も含めて検討するべきである。

●特定看護師養成を進めるのなら、各職種の業務見直しも同時に行うために、各職種のレベルアップの必要性も同時検討すべきであり、そのための各種業務調査が不可欠である。

●現時点での特定看護師養成には明確に反対する。看護教育を見直した底上げを図り、医師が多くの看護師に包括的指示を出せるようにすることこそ重要である。

●「包括的指示」に基づく医行為を医師以外の医療職に許すことは極めて慎重であるべきである。「包括的指示」とい

えども限定的な内容と限定的な状況に限る必要がある。

●チーム医療推進方策検討WGの今後の進め方に関して以下を提案する。

①各職種の業務実態調査が時間的に無理であれば、各種職能団体、各学会等から各職種の業務実態報告を受けるべきである。

②急性期から亜急性期・回復期、慢性期、在宅医療における各種医療チームとその活動に関する情報を広く収集検討し、それらのモデルを示す。

③各チームの業務フローを「見える化」して検討し、質の高い効果的・効率的活動の指針を示す。

徳田委員の「(現時点での)特定看護師の導入には反対である」との見解表明に続き、川越委員も、「今の段階で特定看護師は必要ない。現場は特に困っていない」と述べ、その必要性を否定した。

健保組合の5割強、市町村の4割強が「対応不可」

医療保険部会 診療報酬支払早期化で保険者を調査。厚労省はさらに検討を求める

11月15日の医療保険部会に事務局(厚労省保険局総務課)は、電子レセ実施に伴ない診療報酬の支払を早期化するという同省方針に対する保険者の対応状況を報告した。

事務局の案によると、電子レセプトに対しては医療機関に対する支払いを1~2週間程早め、支払基金、国保連とも2011年4月診療分から、請求翌月の15日支払いを実現するというもの。

この場合に、被用者各保険者は支払基金等からの請求書受理後9日目(現在は10日目)に、国保各保険者は同4日目

(現在はおよそ5日~13日目)に、それぞれ支払基金等へ支払うことが想定されている。

この日程で対応可能としたのは、健保連が回答を得た1,191保険者の4割強、国保連が1,723市町村対象に実施した調査では市町村は5割強であった。

健保連傘下保険者の5割強が対応不可と回答する一方、市町村および広域連合では、「8日後までであれば払込が完了できる」とした回答が9割に達した。

対応不可とした理由として、市町村は出納ルールの問題と事務処理能力を、

被保険者は事務体制、資金繰り、システム改修費をあげている。

事務局は、支払期間短縮に向けた各保険者の検討を引き続き求めるとしているが、医療系委員からは、「保険者側の電子レセに対応したシステム整備が遅すぎる」という不満の声があがった。

同日の部会に、事務局は、2011年度以降の出産育児一時金は引き続き42万円に臨む方針を明らかにした。厚労省の調査によると、出産費用の全国平均額は約47万円であったが、国や各保険者の財政がきわめて厳しいことから、現

行水準の維持が適当と判断した。

出産育児一時金について、事務局は来年度以降の案を提示した。その骨格は現行の直接支払いをベースとするもの。資金繰りが苦しくなると懸念される小規模分娩施設に関しては、「分娩件数が年間200件以下の診療所と助産所」に限って受取代理制度を復活させる。

事務局案に対しては、小規模分娩施設の定義を見直すべきであるとの意見が相次いだため、事務局は次回部会に修正案を提示するとした。

また、事務局は、第2期医療費適正化計画(2013~17年度)策定を前に、特定健診・特定保健指導について検証と見直しを行なう検討会を年明け以降に設置する方針を示した。

事業再仕分け

「救急・周産期対策等」の現行補助金を再度否定

内閣府の行政刷新会議は事業仕分け第3弾(後半)として、11月16日に「医師確保、救急・周産期対策の補助金等」を取り上げ、「見直し」という評価を下した。

前出補助金については昨年11月の事業仕分けで取り上げられ、「見直し(予算縮減)」という判定がなされている。ところが、2009年度当初予算428.5億円に対して、10年度には308億円が計上され、

11年度概算要求においても297億円が計上されているということから、再仕分けの対象となったもの。

担当したWGは民間有識者14人に行政刷新会議所属の国会議員、財務省の予算編成担当官。厚労省側は医政局長と同局の主な課長が対応した。

議論の焦点は、「医師確保、救急・周産期」に対する財政支援の否定というよりは、①厚労省によるひも付き補助

金を止めるべき(都道府県が自由に使える交付金にすべき)、②本来的には診療報酬において対応すべき、の2点。

評価者の、厚労省に対する不満と批判は極めて強く、対象事業の中にあるパンフ・冊子・CM制作やイベント費用

ほかの委託費など現場に行き渡らない冗費が細かくチェックされたほか、費用対効果にもとづいた検証作業の要求など、慣行的にばらまかれてきた補助金のあり方を見直すべきとする意見が大勢を占めた。

四病協

「総務委員会」と「2次救急検討委員会」が正式発足


四病院団体協議会は11月24日の総合部会で総務委員会の設置を正式に決定した。総務委員会は、4月21日の同部会で再開を決めた「8人委員会」を改称したもの。

「8人委員会」は2002年から06年まで設置されていたが、総合部会の円滑な運営を補佐する委員会が必要ということで復活が決まり、総務委員会に改称した上で正式発足にいたったもの。また、改称に先立ち、11月18日にも

たれた1回目の「8人委員会」は、同じく4月に設置が決まった「2次救急に関する検討委員会」について、加納繁照医法協副会長を委員長として発足することを決め、11月24日の総合部会で承認された。

「2次救急に関する検討委員会」は、2次救急が果たしている役割を明らかにし、その重要性を訴えていくほか、補助金等のあり方についても提言を行なっていく方針だ。





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