



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2011 3/1

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.750 2011/3/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

修士課程等修了看護師に現場での医行為を認める

チーム医療推進会議 就業先が指定施設の場合。2011年度の試行事業実施が決まる



2月25日に開催されたチーム医療推進会議は、特定看護師養成調査試行事業の修士課程等を修了した看護師が、新たに医療施設等に就いて同事業で習得した業務・行為を実践し、その実施状況を報告、その結果を特定看護師の業務範囲や要件設定の検討資料に供する「特定看護師業務試行事業」を2011年度に実施することを了承した。対象となる看護師は、厚労省の解釈特例により、看護業務実態調査の対象となった203項目にのぼる医行為の実施が認められる。この試行事業によって医療現場から実証的データの入手が可能となることから、特定看護師導入に向けた作業は、特定医行為の確定など細部設計の局面に移ろうとしている。

同日のチーム医療推進会議は、チーム医療の普及推進を助けるガイドラインについても、3月内にまとめる方針を確認した。

2月25日のチーム医療推進会議は、チーム医療推進方策検討WG(座長・山口徹虎ノ門病院院長)とチーム医療推進のための看護業務検討WG(座長・有賀徹昭和大学医学部教授)から、それぞれ報告を受けた。

看護業務検討WGの有賀座長は、2月16日の同WGで承認を取りつけた、2011年度に実施を予定している、特定看護師の養成に関する調査試行事業と業務に関する試行事業の2案を提示した。

特定看護師養成課程の検討に資するデータ収集を企図する特定看護師養成調査試行事業は、昨年夏以降に今年3月末までを期限として開始されたものを2011年度も継続実施するというもの。

実施方法において、新たに、特定看護師の養成課程を修了した者が就業して医療等の現場で習得内容を実践する「特定看護師業務試行事業」の実施施設から提供される情報を踏まえ、自らの課程内容を自己評価することが義務づけられた。さらに、実習時における「インシデント・アクシデント報告」の書式が示され、報告形式の統一化が図られた。

特定看護師の業務範囲や要件等検討に資するデータの収集を目的とする「特定看護師業務試行事業」は、特定看護師の養成課程(修士課程または研修課程)の修了者が就業先で実践する養成課程で習得した業務・行為について、当該施設から情報を収集するというもの。

対象施設は、所定の安全管理体制を整えているなどの指定基準をクリアした病院、診療所、訪問看護事業所、介護関係施設等。試行事業の期間は、当面、2012年3月までだが、以降の継続実施もあり得るとされている。

指定施設は、養成課程の修了者を雇用(非常勤を含む)した上で、実施基準にもとづいて習得済業務・行為の実施にあたらせるとともに、期間中に2回の状況報告、インシデント・アクシデント報告のほか、必要な資料を看護業務検討WGに提出することになる。

業務試行事業は16の大学院(修士課程)と1研修機関(研修課程)を3月に終える約100人が最初の対象となると見込まれている。同事業の実施を希望する施設はこの3月に申請を受け付けるが、

4月以降も手上げが可能だ。指定施設の決定は看護業務検討WGが行なう。

「これによる事故は医療機関の責任」

「特定看護師業務試行事業」について、看護業務検討WGは、この3月から指定施設の申請を受け付けるという案を示した。しかし、チーム医療推進会議では、安全の担保など業務試行事業の実施条件が整っていないとして、より慎重な議論を求める意見が多数を占めた。

合意にいたることなく閉会を迎えるかと思われたが、その直前に座長の永井良三氏(東大大学院医学研究科教授)は「(3月から)申請を認めることは構わないだろう」と一言発し、これに各委員から反対意見が出なかったことを根拠に、事務局(厚労省医政局医事課)は「業務試行事業のフレームは了承された」(村田医事課長)とする認識を示した。

業務試行事業に対しては看護業務検討WGでも賛否が分かれており、特定看護師の導入に向けて既成事実の積み重ねを急ぐ厚労省に対する委員の反発は、親(チーム医療推進会議)と子(看護業務検討WG)とも小さくない。

そうした委員に潜む不安は、簡潔な基準で養成課程が組まれ、到達レベルが曖昧なままに修了者が出現し、包括指示の名の下、医師不在の現場であっても看護師に203項目の実施を認めるという、試行事業のアバウトさである。

業務試行事業案には「業務の実施に係る試行は、各看護師が養成調査試行事業において習得した業務・行為を対象として行う」とある。しかし、修士課程を修了して病院に就職した看護師は、203項目のうち、修士課程で習得したどの行為が認められるのか、あるいはどの行為は認められないのか、それとも203項目のすべてが実施可能となるのかということが不明確のまま、業務試行事業はスタートする。

だが、厚労省によると、試行事業では「診療の補助の範囲に含まれているかどうか不明確な業務・行為を実施して差し支えない」とされている。この限り、当該看護師は203項目を含むグレーゾーンの行為すべてに“免罪符”を得ることになる。こうした、オールマイティな存在が医療現場で、患者同意を得ることなく行なった行為で過失を犯したときにどういう問題が起きるか、看護師、医師だけでなく病院管理者にとって不安は小さくない。

同日のチーム医療推進会議で、「仮に事故が生じた場合の責任はどうなるのか」との委員の質問に、事務局は「院内の事故は、当然、医療機関が責を負うことになる」と答えた。

介護療養型の廃止は2017年度末まで6年延長 介護保険法等改正の要綱が確定。社会医療法人の特養経営も認める

厚生労働省は2月23日の民主党厚生労働部会に介護保険法等一部改正法案の要綱を提示、了承を得た。

法案要綱には、2011年度末となっている介護療養型医療施設の廃止期限を6年間延長し、17年度末とすることが書き込まれた。12年4月1日をもって介護療養型医療施設の新規指定を止めるとともに、同日現在介護療養型医療施設として指定されている病棟については18年3月末までの介護保険適用を認めるというもの。

介護療養型医療施設は療養病床再編が始まった06年に約12万床あったが、その後繰り返し老健施設へ転換させる誘導策がとられたにもかかわらず、10年6月現在の数は約8.6万床にも達していた。

その結果、民主党政権は自公政権時代に定められた12年3月末の廃止は困

難と判断、昨年9月に長妻前厚生労働大臣が「廃止時期を延期する」と言明するにいたった。今回、6年延期ときまったのは、次の診療報酬・介護報酬同時改定で、医療保険・介護保険で一体になった関連措置を図る必要があるという

介護保険法等一部改正法案要綱の概要 (2月末現在で法案要綱は公表されていないため下記は2月22日の全国課長会議資料による)

- 1. 医療と介護の連携の強化等
 - ①医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進。
 - ②日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
 - ③単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設。
 - ④保険者判断による予防給付と生活支

援サービスの総合的実施を可能とする。

- ⑤介護療養病床の廃止期限を猶予(新たな指定は行わない)。
- 2. 介護人材の確保とサービスの質の向上
 - ①介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
 - ②介護福祉士の資格取得方法の見直し(12年4月実施予定)を延期。
 - ③介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
 - ④公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

国交省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進(高齢者住まい法の改正)

- 4. 認知症対策の推進
 - ①市民後見人の養成、登録、家庭裁判所への推薦など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
 - ②市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。
- 5. 保険者による主体的な取組の推進
 - ①介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
 - ②地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。
- 6. 保険料の上昇の緩和
 - 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。
 - *1⑤と2②は公布日施行。その他は2012年4月1日施行。

定期代議員会・定期総会開催のご案内

下記日程で第96回定期代議員会・第85回定期総会を開催します。

社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

日時	2011年3月26日(土) 午後1時 (総会は代議員会終了後、午後3時前 後の開催を見込みます)	議案	(1)2011年度事業計画案 (2)2011年度予算案 (3)役員等の改選
場所	ホテルグランドパレス3F 白樺 東京都千代田区飯田橋1-1-1 Tel.03-3264-1111		(4)公益法人制度改革に対する全日病 の方針 (5)その他

各県計画の評価にベンチ・マーキングや通知表という意見

医療計画の見直し検討会 専門家が現行計画見直しの視点を提案。年内に基本指針を策定

「医療計画の見直し等に関する検討会」は2月18日に2回目の会合を開き、「医療計画の新たな評価手法の導入」をテーマに3人の学者から報告と課題提案を受けた。

河原和夫東京医科歯科大学大学院教授は新医療計画制度の現状と課題に関する提言を行ない、同検討会委員を務める尾形裕也九州大学大学院教授と武藤正樹国際医療福祉大学大学院教授は、ともに厚生労働科研として取り組んだ医療計画に関する研究結果を発表する中で、それぞれの問題提起を行なった。

このうち、河原・尾形の両氏は、新医療計画の基礎となる案をまとめた「医療計画の見直し等に関する検討会ワーキンググループ」(2004～05年)の委員であった。

尾形教授の発表は、主に「医療計画におけるPDCAサイクルにもとづくマネジメント」に着目した研究結果。

それによると、09年1月現在の各都道府県医療計画における4疾病5事業に関連した設定目標(1,188件)の内訳は、Structure指標が39.6%、Process指標が39.2%と両方で8割弱を占めており、Outcome指標は21.2%に過ぎない。しかも、Outcome指標の多くは死亡率関連指標であることから、「医療の成果の過小評価の可能性」があると指摘した。

また、医療計画に記載された目標数も最大87～最小3と開きが大きく、都道府県間で格差がきわめて大きいことを明らかにした。その上で、医療計画の評価手段として「ベンチ・マーキング」を導入することを提案した。

同研究は、07年に福岡県の在宅療養支援診療所(654カ所)を対象に実態調査を行ない、訪問可能範囲などの結果分析にもとづいて、福岡県医療審議会医療計画部に医療計画の対象事業として在宅医療を採用するよう提案、採用されている。

同調査によって在宅療養支援診療所の活動状況に大きなばらつきがあることが判明しているが、その中で、在宅

患者に医療療養病棟診療報酬の医療・ADL区分を適用した結果が示されている(別掲)。それを08年度慢性期調査結果と比較すると、在宅患者の方が入院患者よりも医療区分1と3の割合がともに高いという結果が得られた。

尾形教授は、また、04年9月の医療計画の見直し等に関する検討会WG報告書で示した「基準病床数を廃止する場合に最低限必要な条件」(別掲)に言及、その再考を促した。さらに、病床の規制のみを対象とすると資源配分に歪みが生じる可能性を指摘。高額医療機器、開業、医療技術等各方面からの規制効果を併せて検討すべきであると説いた。

これに対して、武藤教授の研究班は、4疾病5事業における「全国で把握すべき指標」の実績値と同指標の各都道府県医療計画数値目標への採用率との相関関係を中心に分析を行なった。

その結果、多くの都道府県と疾病・事業において、当該実績値が悪いにもかかわらず数値目標が設定されていなかったり、実績値が悪いステージよりも実績値が良いステージに数値目標が設定されているという目標設定がみられた。

以上のことから、同研究班の報告は、新たな医療計画の策定に際して、数値目標の設定は、①4疾病5事業毎の実績値に応じた数値目標を選択・設定する、②患者からみた疾病・事業毎のステージ(ライフコースアプローチ)の視点による数値目標を選択・設定することを基本的方針とするべきであり、その際、実績値が良くない疾病・事業を重点に数値目標を選択・設定するべきである、と提案した。

「ライフコースアプローチ」とは、04年9月の「医療計画の見直し等に関する検討会WG報告書」で提案された医療連携を構築する方法論を指し、疾病ごとに、患者が、どの医療機関で予防、急性期医療、回復期と慢性期医療、在宅医療(療養)を受けられるかを、地域ごとに具体

的に明示することを意味している。いわばライフステージに即した医療マップともいえるべきもので、この考え方を踏

2次医療圏の設定を柔軟にすべき

一方、河原教授は、厚生科研の研究ではなく、かつての「医療計画の見直し等に関する検討会WGの一員として新医療計画の原型作成に携わった立場から、現行医療計画制度に対する見解を示し、その大胆な見直しを提言した。

同教授は、「現行の2次医療圏は、専門医や専門医療機関の特定地域への集中、患者の医療機関指向性多様化や交通移動の簡易化・迅速化により、急速にその政策的意義が失われつつある」と指摘。医療資源の集約や圏域の見直しなどによって、実効性のある医療提供体制の構築を目指すべきとして、(1)医療圏とくに2次医療圏の設定の考え方を再考する、(2)介護保険や防災計画等関連計画を踏まえた内容とする、(3)医療機関へのアクセスを考慮した計画とする、などを提起した。

(1)については、がんなど病状が緩やかに進行する疾病は県境を越えた設定を考慮、既存医療資源の活用を優先すべきであり、他の疾患や救急とは異なる圏域で臨むべきであると提言した。

アクセスとの関係では、例えば3次救急医療機関の配置は搬送時間にもとづいてなされるべきであると主張。医療計画の改善を図る手法として、評価視点ごとにベスト・ワーストの県や圏域を公表する“通知表”も有効と付言した。

河原教授は、また新医療計画と同時に始まった医療機能情報提供制度が効果的に機能していないと指摘、形骸化していることに警鐘を鳴らした。

□在宅患者の状態像(尾形研究班の報告から)

	医療1	医療2	医療3
ADL1	39%	8%	4%
ADL2	17%	12%	3%
ADL3	6%	7%	4%
計	62%	27%	11%

まえて、現在の、4疾病5事業に関する医療連携体制を医療計画に記載する方法が導かれている。

3教授の指摘・提言と委員からの問題提起をとおして、在宅医療、精神疾患だけでなく、歯科や薬局の配置、さらには在宅療養支援診療所・病院の存在も考慮されるべきであり、より柔軟な考え方で臨むべきとする意見が多数を占めた。

そうした議論の中から、医療部会との関係を確認する声が相次いだ。すなわち、圏域設定の議論は、本来は、法改正を論じる医療部会でされるべきではないかという疑問だ。

これに対して、事務局(厚生省医政局指導課)は、「3月までは各分野からの報告を聞き、4月以降に、医療部会の議論も踏まえつつ、在宅や精神も含めて医療計画にどう落とし込んでいくかの議論を行ない、年内には第2期医療計画の基本指針を定めたい」と説明した。

□基準病床数を廃止する場合に最低限必要な条件(04年9月の「医療計画の見直し等に関する検討会WG報告書」から)

- 仮に基準病床数を廃止する場合、最低限必要な条件として、以下の仕組みが必要
- (1)入院治療の必要性を検証できる仕組み
- (2)入院治療が必要なくなった時点で、退院を促す仕組み
- (3)地域に参入する医療機関の診療内容等の情報が公開され、患者による選択が促進され、医療の質の向上と効率化が図られる仕組み
- (4)救急医療やへき地医療等政策的に必要な医療に関し採算に乗らない地域では、担当する医療機関に対して、補助金や診療報酬上の評価、その他の手法により、引き続き医療サービスの提供を保障あるいは促進することができる仕組み

政府議論に医療部会の意見反映を求める声が相次ぐ

医療部会 厚労省は6～7月に意見を集約、同時改定議論に反映させる方針

社会保障審議会医療部会が2月17日に開かれ、「在宅医療と連携」をテーマに意見を交わした。

議論の冒頭、西澤委員(全日病会長)は「医療部会の位置づけをはっきりさせたい」と提起、「政府の下に社会保障改革を議論する会議が各種ある。では、医療部会の議論は、そうした場にどのように反映されるのか明らかにしてほしい」と質した。

この発言を皮切りに、各委員から同種の疑問が相次いだ。山崎委員(日精協会長)は「色々な検討会や分科会が設置され、医療部会と同じテーマを議論し、どんどん結論を出している。我々の頭越しに閣議決定されても困る」と、行き過ぎた“政治主導”に異論を唱えた。

遼見委員(全国自治体病院協議会会長)は、「ライフイノベーションWGが中協協マターに踏み込み、点数まで決めようとしている。そうなれば審議会の存在意義はなくなってしまう。下から積み上げる議論が必要だ」と、トップダウンの方針決定に走る政府に強い不満を表明した。

こうした疑問に、岩淵総務課長は、「6～7月に部会として意見をまとめ、それを同時改定の議論に反映させたい。

必要があれば法改正につなげていく」と医療部会の審議の行方を展望した。その上で「政府における検討は医療部会の議論開始後に早いペースで進められ、12月の閣議決定を経て、2月に具体化が始まった。2011年度半ばまでに結論を得ると聞いている。部会の議論状況も、ヒアリング等を通して政府議論に反映させていきたい」と説明した。

西澤委員が「政府方針決定の方が部会よりも早いとなれば、我々の議論は無駄になってしまう」と再度懸念を表わしたところ、唐澤審議官は「仮に政府方針が決っても、具体化は厚労省にまかされる。となるとこの部会にお願いすることになる」と、医療部会の議論は、

社会保障改革に係る検討体制

●政府・与党

- 政府・与党社会保障改革検討本部
- 社会保障改革に関する有識者検討会
- 社会保障改革に関する集中検討会議
- 社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会
- 行政刷新会議
- 規制・制度改革に関する分科会
- ライフイノベーションWG(ほかにグリーンイノベーションWG、農林・地域活性化WGが設置済)
- 医療イノベーション会議

大枠はともかく、各論に反映が可能とする認識を示した。

西澤委員は、再度、「我々の議論結果を必ず政府に申し入れてもらうということを前提にいただきたい」と発言、厚労省に念押しした。

同日の議論で、新村指導課長は、地域医療支援センターを先行的に15県に設置するべく2011年度予算案に計上したことを明らかにした。

一方、横倉委員(日医副会長)は、介護療養病床廃止の延期に伴ない、12年3月末で終わる療養病床6対1看護・6対



1看護補助の経過措置についても延期措置をとるよう提案した。

また、山崎委員は外来医師配置数の見直しを提起、検討の場を設置するよう求めた。岩淵総務課長は「日医と四病協から提案を受けており、検討すべき課題として認識している」と回答した。

●厚生労働省

- 厚生労働省社会保障検討本部
- 医療・介護チーム*1
- 医療イノベーションサブチーム*2
- (ほかに年金チーム、番号チーム、子ども・子育て支援チーム、就労促進チーム、貧困・格差チームが設置済)
- *1 診療報酬・介護報酬同時改定の基本となる方針を策定
- *2 新成長戦略に基づく医療イノベーションの具体化

西澤会長「医療介護の連携」で審議会の合同議論を提起

中医協総会 介護給付費分科会でも同様の提起。同時改定だからこそ審議会連携が急務

2月16日に開催された中医協総会は「医療介護の連携」をテーマに、在宅歯科医療と「在宅における薬剤師業務のあり方」について議論した。

議論において、診療側の三浦洋嗣委員(日本薬剤師会常務理事)は退院時共同指導料2を取り上げて「病院薬剤師の参加が位置づけられていない」と指摘、その見直しを求めた。

入院患者に対する在宅療養関係者と共同で退院指導を行なった場合に入院医療機関側が算定できる退院時共同指導料2(300点)は、現在、医師と看護師もしくは准看護師が人的構成要件となっている。

この加算として「医師同士の指導加算=300点」と「3者以上による指導加算=2,000点」とがあり、後者は、入院側の医師が、在宅療養関係者(医師、看護師、准看護師、歯科医師、歯科衛生士、薬局薬剤師、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員)のうち3者以上と共同して行った場合に算定できる。

このように、在宅療養側の人的構成要件は多彩だが、病院薬剤師はいずれの項目にも関与していない。診療側の

指摘はチーム医療の視点からも重要な問題提起となった。

「医療介護の連携」に関する議論の中で、診療側の西澤寛俊委員(全日病会長)は、同一行為を対象とした報酬に「医療保険と介護保険が錯綜している。その使い分けの基準を明示できないか」と質した。

これに対して、事務局(厚労省保険局医療課)は、「基本は介護保険が優先であるということである」という原則を述べたにとどまったが、西澤委員は、在宅療養について検討する資料に医療保険と介護保険の報酬項目がないまぜとなっていることをあらためて指摘。「同じテーマを論じるのであれば、関係した審議会が同時に議論する必要がある」と述べ、中医協と介護給付費分科会の合同開催を検討する必要性を提起した。

西澤委員の問題提起は重要な意味を持つ。これまでも診療報酬と介護報酬の間には矛盾と齟齬が多いことが指摘されてきたが、同時改定のときこそ、両審議会が合同WGを開くなりして、整合性を確保した報酬体系の実現に向けて努力するべきではないかというわけだ。

介護療養型医療施設の廃止時期が次

の同時改定まで6年延長される見込みだが、制度・報酬を含め、厚労省部局間の壁を打ち破って医療と介護両保険の関係審議会が共同作業を進めない限り、円滑な転換を可能とする環境整備は実現しない。

同様に、訪問看護やリハなど医療保険と介護保険における真の連携と分担も当該審議会間の緊密な共同作業を必要としている。

同じような提起は2月7日の介護給付費分科会でも委員から出ている。その

際の宇都宮老人保健課長の回答は「先方(中医協)の課長を呼んではいかがでしょうか。私も再三(中医協に)呼ばれていますから…」と、はなはだ消極的なものであった。

こうした重要な提起にもかかわらず、しかし、遠藤中医協会長(学習院大学教授)は「介護給付費分科会が今何を議論しているか、適宜報告してほしい」と受け流し、鈴木医療課長も「介護保険の担当部局とよく相談したい」と答えるにとどまった。

中医協 「革新的な医療技術」で3月に総括議論

同日の中医協に、事務局は「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」の1つとして、「再生・細胞医療」をめぐる課題を説明。「再生・細胞医療」の技術に対しても、先進医療制度として認められる技術については個々に、申請にいたるまでの実績に遡及して保険併用を認めるという方向性で論じていく必要性を提起した。

ドラッグラグやデバイスラグの解消を目的とした「医療保険における革新的な

医療技術の取扱い」に関する議論は、すでに7回目になる。

鈴木医療課長は「3月には、これまでの議論をまとめたペーパーを出したい」と発言、「規制・制度改革に係る対処方針」(2010年6月18日閣議決定)で決められた未承認・適応外の医薬品・医療機器に対する先進医療制度の運用を見直すという政府命題に対応する方針を体系的にまとめる意向を表明した。

「規制・制度改革に関する分科会」中間まとめに異論を表明

中医協診療側全委員が意見書。支払側も「考えは同様」

2月16日の中医協総会で、診療側全7委員は連名で、1月26日に行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」が了承した「中間取りまとめ」において、現行診療報酬の一部項目をとりあげて、その見直しを求める見解が書き込まれたことに抗議する意見書を発表した。

「中間取りまとめ」には、①リハビリ日数制限の見直し、②調剤基本料の一元化(40点と24点を24点へ一本化する)、③医薬品・医療機器におけるイノベーションの適切な評価の実施(細分化された点数設定と機能区分価格によらな

い価格設定方式の並行採用)が書き込まれ、中医協の審議職権を無視するかたちで政府に見直し方針を決定するよう求めている。

診療側委員を代表して、安達秀樹委員(京都府医師会副会長)が意見書の趣意を説明。「医療保険の存続に根拠的にかかわる提案が、ごく一部の医療人の意見を反映して簡単につくられた。そうしたことへの危惧と不満を表明せざるを得ない」と述べた。

診療側の意見表明に対して、支払側の白川修二委員(健保連専務理事)は



▲中医協診療側委員は規制改革の「中間まとめ」に異議を申し立てた。

「私も(中間取りまとめの)基本スタンスそのものがおかしいと思っている。これが政府決定となったなら中医協とし

て申し上げないと考えていた」と述べ、考えは診療側と同じであることを明らかにした。

中医協2号側委員「行政刷新会議『規制・制度改革に関する分科会』の『中間取りまとめ』(ライフイノベーションWG 関連部分)に対する意見書」 2月16日

さる1月26日に開催された行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」において「中間取りまとめ」が了承され、同分科会ライフイノベーションWGが提案している38項目に及ぶ規制・制度改革事項が取り上げられているが、この中には重大な問題を抱えた事項が数多く含まれている。このような議論が安易な形で行われていることに強く抗議し、ここに下記の通り意見を表明する。

記

1. 今回提案されている38項目に含まれている「医療保険におけるリハビリの日数制限の見直し」、「調剤基本料の一元化」、「医薬品・医療機器におけるイノベーションの適切な評価の実施」といった事項は、社会保険医療協議会法(昭和25年法律第47条)に基づいて設置されている中央社会保険医療協議会において議論すべき事項である。

行政刷新会議に対しては、「診療報酬改定で対応可能な事業の廃止」を結論として出した事業仕分けに関して、中央社会保険医療協議会としてさる1月21日開催の総会において意見をまとめたところであるが、にもかかわらず規制・制度改革においても同様にこうした形で一方的な議論が行われていることは極めて遺憾である。

2. 「医療保険におけるリハビリの日数制限の見直し」に関しては、中央社会保険医療協議会において利用者の実態などに関するさまざまなエビデンスに基づいて、診療報酬上の適正な評価のあり方について議論しているところである。もちろんリハビリの提供を必要とする利用者に対して適切な形で行われる体制を確保することは必要であり、そのためにさまざまな見直しを積み重ねてきたところであるが、中央社会保険医療協議会で議論してきた各種デー

タについての評価・分析もないままに、短絡的に「次期診療報酬改定で日数制限を撤廃することを検討する」という提案を行うことは無責任である。これでは平成18年改定でリハビリの日数制限により改善すべき患者が多数見捨てられるというリハビリ団体やリハビリ患者の要求により、期間途中で再改定された歴史を学習していない。しかも、リハビリが医療保険と介護保険の両制度にまたがって提供されている中で、医療保険と介護保険においてどのように役割分担をするのか、さらには日数制限を撤廃した後に質が高く効果的なリハビリを提供するための仕組みをどのように作るのかなどについての具体的な検討もないままに、結論として「日数制限の撤廃」だけを求めるというのでは、提案の体さえない。

3. 「調剤基本料の一元化」として「次期診療報酬改定で調剤基本料を24点に一元化することを検討する」と提案しているが、そもそも調剤基本料は40点を基

本とし、受付処方箋数が多く、特定医療機関からの処方箋の集中度が高い一部の薬局だけを例外的に低くして24点を設定しているものである。それも24点を算定している薬局は1%程度しか存在しておらず、残りの99%の薬局を「例外」の方に合わせて40点から24点に引き下げるという提案にはまったく合理的な根拠がない。万が一このような見直しを行った場合には、多くの薬局の経営が悪化し、国民に不利益をもたらすことが憂慮される。

4. 本意見書においては中央社会保険医療協議会の審議事項に特化して問題点を指摘したが、これら以外にも、ライフイノベーションWGの提案には重大な問題が数多く含まれている。今後、厚生労働省との協議や3月6~7日に予定されている「規制仕分け」を経て閣議決定すると伝えられているが、上記の点を踏まえて、慎重な議論が行われ、一方的な結論を出すことのないよう求めるものである。

全日病・医法協共催「2011年度医療安全管理者養成課程講習会」開催のご案内

本講習会は診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たしています。

日時 ● 第1クール(講義) 6月10日、11日
 第2クール(講義) 7月29日、30日
 第3クール(演習) 9月~12月にかけての6つの日程から1日程(土日2日間)に参加していただきます。詳しくは全日病HP掲載の案内をご参照ください。

会場 ● 第1・第2クール(講義) 東京都内「ベルサール飯田橋」(千代田区飯田橋)
 第3クール(演習) 全日病会議室(千代田区三崎町)

参加料 ● 会員 8万円 会員外 10万円

問合・申込先 全日病事務局(医療安全講習会担当) Tel.03-3234-5165

第14回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの開催案内

14回目の地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムを開催します。

日時 ● 3月12日(土) 16:00~20:00(開場15:30)
 開場 ● 学研ビル(東京都品川区西五反田2-11-8) Tel.03-6431-1001
 参加費 ● 無料

詳細は全日病HP掲載の案内でご確認ください。
 問合先 全日病病院協会事務局 Tel.03-3234-5165

「国会議員とメディアに医療法人の非営利性を訴える」

医療法人の再生支援・合併にかかわる規制の見直し 四病協が規制見直し案に反対する集会を開催

四病院団体協議会は2月23日の総合部会で、政府の行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」が1月26日に了承した「中間とりまとめ」に、同分科会付設のライフイノベーションWGがまとめた「医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し」(別掲)が盛り込まれたことに対して、見直し案は営利法人による医療法人への介入を許すものであると反対する声明を採択、併せて、見直しに反対する集会を開くことを決めた。

声明文と反対集会の案は、1月26日の総合部会で急遽設置が決まった、医療法人に関する規制緩和策に反対する行動チームが作成した。行動チームは2月3日と14日に会合をもち、名称を「医療の営利化を阻止するプロジェクトチーム」に決めるとともに、伊藤伸一医法協副会長を委員長に選出した。同時に、国会議員とジャーナリストを招いた反対集会を3月15日に開催、その場で、医療法人にかかわる規制見直しへの反対を打ち出した四病協声明

文を発表することを決めた。四病協関係者が得た情報によると、行政刷新会議が実施する「規制仕分け」では、病床規制の緩和等は取り上げられるものの、医療法人に関する規制緩和策は見送られる公算が強い。プロジェクトチームは、そうした動きに関係なく予定どおり反対集会を開催して反対声明を公表し、「規制・制度改革に関する分科会」の「中間とりまとめ」に盛り込まれた医療法人に関する規制見直しに反対し、医療法人の非営

利性堅持を訴えたいとしている。

□「医療の営利化に反対する緊急集会」
行政刷新会議の医療法人関係の規制改革案がはらむ問題点を、医療者と国

会議員、ジャーナリストがそれぞれの観点から洗い出すシンポジウム。医療者側からは緊急声明文が発表される。
日時 ● 3月15日 12時～13時
会場 ● 参議院議員会館

□ライフイノベーションWGがまとめた規制・制度改革検討事項(医療法人関連事項)

医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し(1月26日)

- ①「持分のある医療法人」について、一定の要件を満たした再生事例であり、かつ非営利性維持を妨げない範囲において、営利法人の役員が医療法人の役員として参画することや、譲受法人への剰余金配当等を認める。(平成23年度措置)
- ②医療法人が他の医療法人に融資又は与信を行うことを認める。(平成23年度措置)
- ③医療法人が合併する場合の都道府県知事の認可条件として定められている医療審議会の意見聴取の義務を撤廃し、法人種別の異なる場合も含めて、医療法人の合併・再編に関するルールを明確化する。(平成23年度措置)

2012年度診療報酬改定

四病協

「救急搬送受入加算」新設と救急医療管理加算増点を要望

四病院団体協議会の2次救急に関する検討委員会(委員長・加納繁照医法協副会長)はこのほど2012年度診療報酬改定に向けた2次救急に関する緊急アンケートを実施、2月24日の会合で集計結果にもとづいた議論を行なった。全日病からは石原哲常任理事(救急・防災委員会委員長)と猪口正孝常任理事が出席した。

その結果、「救急搬送受け入れ加算(仮称)」の新設と救急医療管理加算引き上げの2点を重点的要望に取り上げる方針を決めた。今後、四病協の医療保険・診療報酬委員会を介して、日病協の診療報酬実務者会議がまとめる改定要望に盛り込むようはたらきかける方針だ。

2次救急に関する緊急アンケートは2月7日から18日にかけて四病協傘下2,313病院を対象に実施、1,047病院から回答を得た(回答率45.2%)。アンケートの詳細結果は3月の総合部会に報告される。

集計結果によると、次期改定に対する要望として、「救急搬送受け入れ加算」新設と救急医療管理加算の実効性向上(点数引き上げと算定要件の改善)を求める声が多かった。そのため、同

委員会として、前出2点を要望事項に取り上げることにした。

「救急搬送受け入れ加算」の新設は、10年度改定に対する日病協要望の第2報で取り上げられている。政府の判断によって入院重視という方針で10年度改定が実施されたこともあって実現を逃したが、実態として救急搬送の多くを引き受けている2次救急医療機関の体制を支える見地から、関係者はその実現に期待を寄せている。

また、10年度改定で600点から800点に増点された救急医療管理加算は、入院を要する重症患者に対する救急医療

を評価するものだが、算定要件の細かなしぼりが「減点査定」と化し、2次救急病院はその「恩恵」に浴していないという不満が現場には強い。

2次救急に関する検討委員会は、2次

救急病院を裾野広く支えるためには「救急搬送受け入れ加算」の導入が不可欠であり、その上で、重症患者を積極的に受け入れる“2.5次”の救急病院に対しては、現状を踏まえて評価するべく、救急医療管理加算の点数を引き上げるとともに算定要件の緩和と改善を求めたいとしている。



四病協・在宅療養支援病院に関する委員会

緊急実態調査を実施、その結果を踏まえ「あるべき姿」をまとめる

(2010年11月8日現在)に達しており、そのうち、四病協傘下会員は205病院と56.7%を占めている。

この現状について、委員会は「超高齢社会の下で在宅支援を引き受けることが期待される中小病院が担うべき在宅療養支援病院としては届出数が少ない」という認識で一致、早急に緊急実態調査を実施することを決めた。

在宅療養支援病院については、日本慢性期医療協会が「10の指針」を策定しているが、四病協として、調査結果を

踏まえて、機能や要件など「在宅療養支援病院のあるべき姿」を独自にまとめる方針を決めた。

さらに、在宅療養支援病院の普及策や在宅支援のあり方、在宅療養支援診療所を含む地域連携の推進方策についても、実態調査と機能・要件の検討にもとづいて議論を進めていくことで一致した。

梶原委員長は、「3月内に在宅療養支援病院に関するあるべき姿を整理、6月までに四病協としての見解を打ち出したい」と展望した。

四病協

「准看護師の生涯教育体制」検討委員会を設置

2月23日に開かれた四病院団体協議会・総合部会は「准看護師の生涯教育体制のあり方検討委員会(仮称)」の設置を決め、委員名簿を承認した。全日病からは川島周常任理事が参加する。

委員会の設置は日精協の山崎会長が提案した。精神科病院では、依然、准看護師の比重と役割が大きい一方で養

成学校等が減少をたどっていることから、今後の供給確保や就業後の教育のあり方など、将来的なビジョンを模索したいとして検討の場を求めたもの。

テーマ特性を踏まえ、同委員会には日本医師会からも委員参加を得ることが了承された。

日病協・診療報酬実務者会議

チーム医療評価と医療・介護の分担連携で要望書作成へ

4項目にわたる改定要望を2月4日に厚生省に提出した日本病院団体協議会の診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は2月16日の会合で、2012年度診療報酬改定に向けた今後の議論日程を了承した。

それによると、3月から4月にかけて、次期改定の議論で積み残しとなっていた、①チーム医療の評価にかかわる要

望、②医療保険と介護保険の分担と連携に関する要望の2件について議論を展開、5月をめどに要望書のとりまとめを行なう。

この時期に、各団体は内部検討を行なって改定要望案の作成を進め、夏前から集約の議論を開始、9月までに一本化された改定要望書(各論)をまとめる方針で臨むことを確認した。



1月13日の全日病50周年記念式典で表彰された会員は以下のとおり

□厚生労働大臣表彰(13名)

- 北海道 西岡病院 西澤寛俊
- 北海道 禎心会病院 徳田禎久
- 東京都 白鬚橋病院 石原 哲
- 東京都 松江病院 岸本晃男
- 神奈川県 赤枝病院 赤枝雄一
- 富山県 横田病院 横田 力
- 京都府 京都南西病院 清水 紘
- 兵庫県 尼崎中央病院 吉田静雄
- 山口県 光風園病院 木下 毅
- 福岡県 小倉第一病院 中村定敏
- 長崎県 長崎百合野病院 江崎辰男
- 大分県 野口病院 野口志郎
- 宮崎県 市民の森病院 濱砂重仁

□会長表彰(役員功績22名)

- 北海道 坂泌尿器科病院 坂 文敏
- 秋田県 本荘第一病院 小松寛治

- 栃木県 比企病院 比企達男
- 埼玉県 上尾中央総合病院 中村康彦
- 東京都 練馬総合病院 飯田修平
- 東京都 寿康会病院 猪口雄二
- 静岡県 新富士病院 中島一彦
- 愛知県 名古屋記念病院 藤田民夫
- 三重県 桜木記念病院 志田幸雄
- 大阪府 加納総合病院 加納繁照
- 大阪府 日野病院 日野頌三
- 兵庫県 赤穂中央病院 古城資久
- 兵庫県 西病院 西 昂
- 香川県 松井病院 松井孝嘉
- 高知県 島本病院 島本政明
- 佐賀県 織田病院 織田正道
- 佐賀県 江口病院 江口尚久
- 佐賀県 古賀病院 古賀義行
- 熊本県 鶴田病院 鶴田克明
- 宮崎県 獅子目整形外科病院 獅子目賢一郎
- 鹿児島県 市比野記念病院 銚之原大助
- 鹿児島県 サザン・リージョン病院 牧角寛郎