



全日病 NEWS 9/1

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.762 2011/9/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

中医協の総意 「地域医療の復興は補助金等が基本」

被災医療機関に対する対応 算定要件緩和措置の拡大を急ぐことで合意。地域加算には慎重



中医協総会には政府から大塚耕平厚生労働副大臣が出席した。事務局は、8月1日から3日にかけて中医協委員が被災地を訪問した際の意見交換を踏まえ、①算定要件の緩和については可能なものは速やかに実施する、②被災地における特例加算については財源も含

めて改定時までには検討する、という方針を示した。

算定要件の緩和に関して支払・診療各側とも異論はなく、今後、対象となる要件項目と遡及を含む実施期間等が検討される。(2面に続く)

8月24日に開かれた中医協総会は、東日本大震災で被災した医療機関への対応策について検討、診療報酬算定要件緩和措置の拡大を急ぐことで合意した。改定時に被災地を対象にした特例加算を設けることには慎重な意見が大勢を占めた。

ほとんどの委員は、医療提供体制の再興が急がれるべきであるが、診療報酬のみでは対応しきれないとして、基本的には補助金によって手当てすべきであると主張した。

診療側の西澤委員(全日病会長)は、「被災した民間病院は給与を半分しか支給できないほど窮乏している。せめて補助金の仮払いを手当てしてほしい」と訴えた。

こうした要求に、大塚厚生労働副大臣は「政府として最大限努力したい」と答える一方、特例加算については「患者負担の増加分は保険者機能で吸収、それを公費で補填する仕組み」も可能と指摘。その上で、まずは診療報酬で対応すべきという認識を示し、特例加算の検討を進めるよう求めた。

被災医療機関に対する対応は、事務局(厚生省保険局医療課)の具体案を踏まえ、引き続き検討される。(中医協総会の議論要旨を3面に掲載)

無過失補償と原因究明を一体に制度設計

検討会が発足。訴訟との関係についても検討

厚生労働省は、大臣政務官を主宰者とする「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」を設置、第1回会合を8月26日に開いた。15名からなる委員には飯田修平練馬総合病院長(全日病常任理事)も名を連ねた。

同検討会は、①産科分野で先行実施されている無過失補償制度を医療全体に広げて設計する、②それと並行して医療事故の原因究明・再発防止の仕組みを制度設計する、③前2者にかかわる訴訟(民事・刑事)との関係を整理しルール化する、などを取り上げる。

初会合で、飯田委員は、「原因究明・再発防止と責任追及・補償は別にしなければならない」と制度設計をめぐる基本的な課題を提起。その上で、原因究明調査における資料・証言の秘匿性確保、それができない場合には「自己に不利益な証言を拒否する権利」を容認する必要があると論じた。

検討会は、今年4月8日閣議決定の規制・制度改革に係る方針(医療行為の無過失補償制度の導入について2011年度に検討を開始する)、7月8日閣議決定の消費者基本計画一部改定(医療事故の原因究明・再発防止の仕組みのあり方について11年度中に検討を開始する)にもとづいて設置された。

そのため、事務局が用意した資料には、医療安全調査委員会設置法案(大綱案)・第3次試案とともに、民主党が08年に作成した「医療の納得・安全促進法案」が付された。

また、検討会には、テーマ関連省庁として、法務省、警察庁、文科省の各担当官が毎回同席する。

初回の自由議論とあって、検討会では補償制度と原因究明・再発防止の仕組みが混然一体に語られ、論点集約の難しさが思いやられた。

そのためか、座長に選出された里見委員(東北大学病院病院長)は「原因究明と補償の議論を分け、それぞれWGの設置を考えてはどうか」と提案した。

しかし、「原因究明と補償は車の両輪。セットで議論すべきだ」(椎名委

員=健保連参与)等の意見が続き、議論の分離は避けられた。

そうした中、飯田委員が行なった「原因究明・再発防止と責任追及・補償は別にしなければならない」という指摘が、議論の方向性を如実に示すものとなった。

この発言に続いて同委員は、「この区別があいまいなままに議論が進んできた」とも指摘したが、これは、先の「医療安全調査委員会」をめぐる議論だけでなく日本医療機能評価機構が運営する産科補償制度にも言える。

議論の中で、ある委員は、「原因究明は責任追及ではないというが、現場に緊張感がないと質の向上も進まない。(補償で)訴訟が減るなどでモラルハザードが生じる可能性もある」と発言した。

こうした認識の誤りは、直ちに、医療系委員によって否定された。しかし、こうした見方は、2010年の第2クール(10~12月)で無過失補償制度を取り上げた政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」に、厚生省が同制度の検討に反対する論拠の1つとしてあげた「理論」でもあった。

検討会の終了後、木村博承大臣官房

参事官は、本紙の質問に「制度設計は医療法・医師法の改正につながる可能性がある。報告とりまとめの期限はない」と説明した。また、無過失補償については「産科補償は1つのモデルに過ぎない」と述べ、現時点で制度設計は白紙であることを強調した。

一方、訴訟との関係をルール化する意図について、事務局(医政局総務



▲検討会で挨拶する岡本充功政務官

◎検討会における飯田委員の発言(要旨)

- 検討会の名称の「医療の質の向上に資する」に違和感がある。医療の質向上や効率化をめざすのは当然である。この表記のために中身を違って受け止められかねない。当たり前のことは書かない方がよい。
- 国民には医療に安全を期待する声が強。しかし、医療は不確実で不安全行為であり危険である。安全とは許容しうるリスクを言う。したがって、医療側は絶えずリスクを減らす努力をしている。医療は安全ではないことを国民に分かってもらう必要がある。
- 産科医療補償制度を設計する際も私は委員として発言したが、医療全体のモデルになるので枠組みが極めて重要である。原因究明・再発防止と責任追及・補償は別にしなければならない。この区別があいまいなままに議論が進んできた。

原因究明に欠かせない資料や証言を医療現場から得るには、調査結果が自己に不利益なかたちで使われないよう担保されなければならない。調査報告が訴訟等に使用されるのであれば、医療者には、自己に不利益な証言を拒否する権利を認めなければならない。

● 医療事故には一部過失もある。重過失や故意は、当然責任が問われるべきであるが、多くの、そうでない場合には、こうした点を考慮した慎重な議論をお願いしたい。

● 「医療従事者はもっと緊張感を持ってやるべきである。緊張感が足りない」という発言があったが、適切ではない。医療の現場を見ていただきたい。医療の現場では、医師も看護師も緊張の連続であり、これ以上の緊張を強いることはできない。すでに、精神疾患を患う者が多い。過度の緊張を強いるとミスが多くなることは周知の事実である。

清話抄

「看取り体制の充実を望む」

厚生労働省の人口動態調査(2010年9月2日公表)によると、2009年における死亡者数は114万1,865人で、医療機関での死亡が92万3,158人となっており、約8割の方が医療機関で亡くなっています。

また、近年、介護老人保健施設や老

人ホームでの死亡数が大きく増加しています。(老健1995年:2,080人、2009年:1万2,600人 老人ホーム:1995年:1万4,256人、2009年:3万6,814人)

看取りに対する報酬は、医療保険、介護保険で制度化されており、平成21年度はグループホームにも看取り介護加算が設定されました。しかしながら、療養病床の再編が進められている中で、医療機関における看取りの増加は見込めない状況です。

特定施設、国土交通省と厚生労働省が共同で進めているサービス付き高齢者住宅など看取りの場所について、また、介護老人保健施設や老人ホームなどすでに設けられているターミナルケア加算や看取り介護加算の期間と報酬額についても検討が必要だと考えます。

7月20日に、厚生労働省が2012年の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて中央社会保険医療協議会と社会保障審議会介護給付費分科会を合同で開催

する検討を始めたというニュースがありました。双方で重複する項目や未整備の分野を調整する狙いとのことでした。

社会保障・人口問題研究所は、今後、死亡者数は増え続け、2040年が166万3,000人でピークになると推計(2006年12月推計、出生中位・死亡中位)しています。合同会議で、看取りの体制・報酬についても大いに議論されることを期待します。(大)

主張

高齢者の増加は急性期病床のあり方に影響を与える。退院困難・認知症の患者が増加をたどり、後方病床との連携確保も困難になる。まさに、「在宅医療移行支援チーム」の役割が高まっている。

さらに増え続ける75歳以上人口へどのように対応していくかは、過疎地や地方だけの問題ではなく、大都市でも例外ではない。今後、全国ほとんどの医療圏で75歳以上人口は増え続けると予測されている。

当院のある地域を例にあげると、75歳以上人口が15%を超え、7年前に65歳～74歳人口を逆転している。人口構造の変化は、全国平均より10年以上早く進んでいる。現在、我々の地域が直面している課題は、今後、全国でも参考になると思われる。

まず、当院における75歳以上の新規入院患者数は、この10年で2倍に増えた。DPC対象の一般病院であり、

病床規模や診療科を変えたわけではない。75歳を超えると入院受療率が著しく増えることは知られているが、当院では特に内科系疾患の緊急入院患者が増加している。

それに伴って、入院前に比べADLが低下し、退院後の生活に不安を持つなどの退院困難患者も増加した。しかも、後方連携先である回復期リハ病床や療養病床を有する病院への転院も、多くの制約や病床回転のスピードが異なるために円滑な連携が難しく、連携パスも思い通りには進まない。

また、認知症有病率が高くなる80歳以上の高齢者が増えると、急性期

病院でも認知症の問題が避けて通れない課題となった。どんなに治療に全力を尽くしても、生活の場に安心して帰れる状況を作り、退院できなければ元も子もないわけで、在宅に帰すことが治療と同じ程に重要となった。

このような問題を解決するために、当院では退院調整を行うMSWと共に、各病棟に退院支援看護師2名を専従で配置し、入院早期からスクリーニングを行って、退院支援が必要な患者の把握に努めた。さらに、在宅で必要となるケアのアセスメントを行い、多職種による「在宅医療移行支援チーム」も結成し、院内連

携により退院支援を行うシステムを設けた。

これらが功を奏し、地域の関係機関とのパイプがより強くなり、タイムリーな情報を持つことが可能となった。また、本人・家族の不安が解消され、退院困難患者も安心して在宅へ帰れるようになった。

超高齢社会が現実のものとなった今、組織横断的に関与し、退院支援のための院内調整および地域の各サービスとの調整をMSWと共に行う「退院支援看護師」と「在宅医療移行支援チーム」の結成は、これからの時代に必須だと感じている。

(〇)

医療従事者雇用維持のための補助などを要望

被災者健康支援連絡協議会 3県への派遣システムが稼働。構成団体が協力し、派遣を一本化

全日病、日本医師会など17の団体・グループからなる被災者健康支援連絡協議会は、8月22日の会合で、政府に「被災者の健康支援等に関わる第2次要望書」(別掲)を提出することを決めた。

要望内容は、(1)福島第1原発事故への対応、(2)地域医療体制再構築のための施設・設備等の課題、(3)来るべき災害に備えた課題の3本柱からなる。

(1)には損害賠償金の早期支払いという切実な要求が盛り込まれた。また、(2)の要望では「施設再開までの間医療従事者を雇用維持するための補助制度の創設」を取り上げている。

診療再開にいたらない施設等の従事者は、現在、雇用保険の特別給付を受けているが、10月以降、その給付期間を終える者が続出する。そのため、福島原発避難地区の医療機関等は、生活維持のために従事者が転職に踏み切ることへの懸念が強い。

また、患者減少などによって収入の大幅な落ち込みに直面している医療機関では、従事者の給与を一部未払いすることでやりくりしているところが多い。今回要望で、被災者健康支援協は、こうした問題に何らかの補助制度を創設して対応するよう求めた。

同日の会合で、嘉山事務局長(全国医学部長病院長会議)は、被災者健康支援協として立ち上げた「医療支援のための医師派遣システム」を取り上げ、被災地に対する支援体制を構築するために、構成各団体が提供可能な医療資源の登録を急ぐよう求めた。

「医療支援のための医師派遣システム」

は7月初めに、インターネットを活用した医療者派遣システムとして全国医学部長病院長会議・被災地医療支援委員会の手で完成、同会議のサーバーに設けられているが、現在は被災者健康支援協の医療者派遣システムとして運営されており、サイトは公開されている(<http://shinsai-shien.ncc.go.jp/index.html>)。

システムの概要は、①支援を必要とする医療機関(岩手、宮城、福島の3県)は、前出システムの入力シートに、どの職種をどの期間、どういう条件で派遣してほしいかを書き込んで3県の各災害対策本部に提出する、②各災害対策本部は支援要請の情報を集約して前出システムに登録する、③一方、被災者健康支援協の構成各団体はどのような支援が可能であるかという情報をシステムに登録し、④両者の支援情報を被災者健康支援協でマッチングする、というもの。

被災地に対する派遣は、医師だけでなく看護師、薬剤師、栄養士等、被災者健康支援協の構成各団体の「医療資源」が対象となる。派遣される医療者の人件費等は、派遣を受ける医療機関が支払う。

これによって、派遣を求める側と応じる側の窓口がそれぞれ一本化されることになるわけだが、現在のところ、寄せられた支援要請(医師)に応じた派遣元は全国医学部長病院長会議のみで、「一応9月末までは確保できた」(嘉山事務局長)という。

ただし、支援要請を行ない、派遣が



決った医療機関からキャンセルが生じている。これは、嘉山事務局長(中医協委員)が8月24日の中医協総会でも明らかにしているが、派遣医師等の人件費負担に耐えられないというのがキ

ャンセルの理由だ。

せっかく開発された医療者派遣システムだが、応援を必要とする医療機関が資金難で辞退せざるを得ないという事態に、関係者は苦慮している。

被災者健康支援連絡協議会「被災者の健康支援等に関わる第2次要望」

1. 福島第1原発事故への対応

- 放射線拡散・被曝の詳細な実態調査と健康調査の体制整備
- 放射線量観測機器等の購入のための補助
- 放射線医療の研修・訓練のための補助
- 損害賠償金の充分かつ早期支払い

2. 地域医療体制再構築のための施設・設備等の課題

- 新たな仮設医療施設整備のための補助
- 医療機関等における施設再開までの医療関連職種等の従業員を雇用維持するための補助制度の創設
- 被災地の医療機関等が抱える既存債務解消のための措置
- 被災者健康支援連絡協議会が構築した「医療支援のための医師派遣システム」に対する補助

3. 来るべき災害に備えて

- 大規模災害時における通信手段の確保
- 広域災害・救急医療情報システムの充実
- 病院船の建造
- CBRN (Chemical Biological Radioactive Nuclear) 等の特殊災害への対応の推進

(1面から続く)

特例加算については、患者の自己負担が上がる、患者数が戻らないと意味がない、来年4月以降の実施であるなどから効果に疑問があるなどの理由から、慎重に臨む方向でまとまったが、議論を続けることは否定しなかった。

支払側・診療側とも、地域の復興は地域医療の再建が大きな柱であり、それに対する財政支援は診療報酬の範疇を超えることから、基本的には国庫による補助金等で対応すべきであるという点で概ね一致した。

ただし、補助金等や各種の助成事業は第3次補正以降の予算にもとづくこ

とになり、新内閣の誕生や財政難など、流動的な政治情勢の下で政府としては対応が難しい一面もある。

大塚副大臣は、「次期改定からの2年間で戦時体制。それを戦時改定で乗り切ってほしい」と述べ、次期改定で被災地に地域加算を設ける考えを強く推奨した。

過去、諮問・答申時に大臣が中医協に出席したことはある。外添大臣も後期高齢者終末期相談支援料の問題を中医協で説明した。民主党政権樹立後の中医協には政務官が出席した。しかし、今回のように、中医協委員の議論に介入したのは例がない。

一連の発言で、大塚副大臣は、「診療報酬は政策手段。これを使ってどのような医療を実現していくのか、政策目的との整合性が問われる。被災地への対応も政策手段としての診療報酬でできることは対処していただきたい」と論じた。

中医協は「厚生労働大臣の諮問に応じて審議、答申するほか、厚生労働大臣に建議する」機関(社会保険医療協議法)であり、その対象は健保法等公的医療保険制度の法律である。

改定率を政府が決め、改定の方針を社会保障審議会が決めるという枠組みの下、中医協は、公的医療保険制度の

運用に欠かせない医療費の配分を支払側と診療側とで交渉する場である。そこに、医療法や介護保険法の関係部局や審議会は関与していない。

したがって、副大臣の発言は事務局(厚労省)には通じるものであっても、中医協委員に向けられるべきではなかった。

副大臣の発言に、診療側鈴木委員(日医常任理事)は、「診療報酬は政策手段であるというのは違う。これは、社会保険制度の下で自治を原則として営まれてきた。政治主導をやるのであれば、全額税方式ですべて公的医療機関であればよい」と反論した。(中医協総会の議論要旨を3面に掲載)

日本病院団体協議会「平成24年度診療報酬改定要望書」について

算定仕組みの見直しが今回要望の主眼

72時間規定の運用見直しが中医協の俎上に挙がることを期待



日病協診療報酬実務者会議委員長(全日病副会長) 猪口雄二

さる7月28日、日本病院団体協議会を代表して、次期(平成24年)診療報酬改定の要望書を、厚労省保険局医療課に提出・説明した。「全日病ニュース」には前号に要望書全文が掲載されているが、ここでは、その考え方について説明を加えたい。

今回の要望は、東日本大震災という未曾有の災害における復興の最中、平成24年度診療報酬・介護報酬改定は極めて厳しいものになるという見通しもある一方で、病院の診療報酬はこうあるべきではないか、という本来のあるべき論を中心に組み立てたものである。

まず、改定のたびに要望し続けているのが、「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」である。

従来、日本の診療報酬は過去50年余に渡り、政治・時勢・力量などによって決まっており、根拠に基づく体系となっていない。医療の現場は、今回はあの点数がいいぞとなると1年も経たずにそこへ向かい、5年後には梯子を外されるというようなことの連続であった。

是非、日本の医療提供体制の長期的ビジョンを明確にするとともに、そのために必要なコストを明確にし、それが診療報酬に反映される制度になっていただきたい。

全日病西澤会長を中心に、中医協の2号側委員にこの問題を取り上げていただいたおかげで、「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」を実現する

ための委員会が立ち上がるようである。大いに期待したい。

続いて、病院医療の現場における制度的矛盾の是正を要望した。第一に「同一日の同一医療機関複数科受診について」、続いて「入院患者の他医療機関への受診の取り扱いについて」である。

同一日同一医療機関複数科受診については、長年その矛盾を指摘してきたが、2科目の初診料がわずかに認められただけで、他は放置されてきた。病院の2科目以上の受診は、検査・投薬等がなければ「無料」なのである。

また、入院患者の他医療機関の受診規制(入院料減額)は、平成22年改定で一般病床まで広がったため、多くの医療機関からは是正を求める声が上がっている。

今回、是非これらの基本的なルールに関して中医協の議論としていただきたく、要望したものである。

次に要望したのは「手術・検査等に対する適正なコストに基づいた評価」「二次救急医療機関に対する評価」である。

前回22年度改定は、大規模基幹型病院に対する診療報酬は手厚くなったが、地域密着型の中小病院にはあまり大きな増収項目はなかった。手術・検査においても難易度が高く、大学病院等で行われている手術が評価され、主として一般病院において施行されている手術・検査は点数増となっていない。この部分に、前回同様外保連試案に基づく点数増を期待するものである。

また、二次救急医療機関の評価であるが、これこそ医療崩壊そのものである。医師不足・専門医志向、患者の医療期待度の向上などから、夜間・休日の救急現場は極めて厳しいものになっている。

二次救急医療機関に対する補助制度の充実とともに、診療報酬と両建てで収入増を図らない限り、二次救急医療機関の存続は一層危ういものになってしまう。

看護関係では、平成18年度改定で導入された、夜勤平均72時間規定の弾力的運用への変更を求めた。この問題は、導入以来日本中の病院から制度撤廃の要望が上がり続けているが、中々動かない無用の異物である。今回は是非中医協の議論に挙げていただきたい。

また、(急性期)看護補助体制加算、医師事務作業補助体制加算の対象拡大も要望している。

近年、「チーム医療」について多くの委員会が開催されているが、あたかも新たな看護上の資格を作成するための委員会のように見える。

本来、チーム医療は、医師・看護師・薬剤師等多くの専門職が、より質の高い医療を目指して、共同で診療にあたるものである。今回、このような多職種参加型の医療に対する評価を要望した。

「外来リハビリテーション管理料」の創設は、全日病として10年以上前から要望してきたものである。病状が安定し

ている通院リハビリテーションにおいては、毎回の再診より月1回程度の定期的な診察・評価・指示による管理が重要であり、その管理料創設の要望である。

今回は診療報酬と介護報酬の同時改定である。この狭間の部分でも制度変更が必要である。

訪問看護・訪問リハ等は介護保険からの給付が多く、その場合ケアプランに組み入れないと導入されない。しかし、本来は医療機関からの指示で訪問看護等が行われるのであり、ケアプランの枠とは異なるはずである。今回、訪問看護・訪問リハ等の医療保険における充実を要望した。

以上が今回の日病協「平成24年度診療報酬改定要望書」に関する解説である。

前も触れたように、今回は「何を何点挙げてほしい」という要望ではなく、多くの項目は制度の変更を要望したものである。まずは制度の骨格を是正しないと、中身についての議論は始まらないはずである。是非、中医協でも多くの項目を取り上げて議論していただきたい。

また、日病協としてもこの要望で終わるわけではない。今後の議論の推移を見つつ、必要に応じて新たな要望を行うつもりである。

会員病院より、是非このことを要望すべきである、などのご意見がある場合は、事務局までメールをいただければ幸甚である。

被災医療機関に対する支援策に関する中医協総会の議論(要旨) 8月24日 *1面・2面記事を参照

大塚副大臣 被災地特例の取り扱いについて、ご議論いただきたい。診療報酬は政策手段。これを使ってどのような医療を実現していくのか、政策目的との整合性が問われる。被災地への対応も政策手段としての診療報酬でできることがあれば、ぜひ、対処していただければ幸いである。

鈴木委員(診療側) 加算は来年4月の改定でないとできない。改定は平時のシステムであるが、今は非常時である。今は補助金等で速やかに対応して医療機関を救済してほしい。

安達委員(診療側) 加算は患者負担が増えるという問題がある。要望者も患者の負担は増えないようにしてほしいといっている。受診者負担が増えないようにすると保険者が負担することになるが、それは違う。医療機関に加算をつけても人が戻らないと意味がない。対応できるのは復旧財源としての国家予算である。

白川委員(支払側) 要件緩和はすでに厚労省がしているが洩れているものがある。それへの対応が必要。一応来年4月までして、その時点でもう一度考えてはどうか。診療報酬の加算は患者または保険者の負担となる。本来は国の金で負担するのが筋。とはいえ、特例加算の議論を否定するものではない。

西澤委員(診療側・全日病会長) 要件緩和は現在もなされているが、これはできるだけ継続してほしいし、足りないところは追加が必要。加算の問題であるが、患者が減っている状況では、効果は限定的だろう。この問題は時間をかけて議論すべきだ。財政的バックボーンのある公立病院はまだやっているが、民間病院では従事者の給与を半分しか払えないという事態に陥っている。これに対する国の支援が非常に遅

い。今すぐ、被災医療機関には補助金等々を、すぐに出ないのであれば何らかの仮払いでよいから、経営が継続できるような対処をしていただきたい。まず、現地に財政的な安心感を与え、その上で慎重に議論して、診療報酬でなにができるか考えていけばよい。

伊藤委員(支払側) 施設要件の緩和は可及的速やかにすべき。特例加算よりも、地域医療の再建を復興の大きな柱に位置づけ、補助金で対応していくことが現状のベストな対応だ。急ぐものには、せめて仮払いなど国として財源をつけてほしい。

嘉山委員(診療側) 診療報酬に対する加算では間に合わないし、患者負担の問題がある。したがって早急な国による補助が必要。被災者健康支援連絡協議会に、被災3県の災害対策本部から計24人の医師派遣希望があり、医学部長病院長会議で派遣医師をあてがったところ、公立相馬病院などから財政負担ができないのでキャンセルしたいと言ってきた。大塚副大臣には、その点を早急に実態把握し手当てしていただきたい。医師の派遣は、一応、来年3月を目途に考えている。大学病院も2週間以上の派遣は難しい。あとは全日病などの病院団体や看護協会と協力して派遣していきたい。

中島委員(支払側) (地域医療の再建は)診療報酬ですべてできるものではない。地域保険への対応が必要。特例加算のみでは解決しない。丁寧に議論していくべきだ。

大塚 大きな方向は出ている。政府として最大限、皆さんの提言に沿えるように努力したい。「改定は平時のシステムだ」と、「要件緩和は来年の改定までだ」との発言があった。被災地は3月で終わらない。少なくともその次

の改定までかかる。「平時のシステム」であっても、今を戦時であると考え、「戦時の改定」作業をやっていただきたい。

特例加算は患者に負担がかかるという問題があるが、非常時と考え、そこは色々な工夫をしなければならぬ。例えば、患者の自己負担については、別途、保険者機能を担っている皆さんに補填をする仕組みもありえる。患者の負担が増えるというロジックのみで、特例加算の議論にふたをしないでほしい。

中医協の枠内でできないことは当然政府として努力したい。いずれにしても議論にふたをしないようにしてほしい。「医師派遣に医療機関が財政的に負担できない」という話があった。平時では地域加算には色々な論点がある。しかし、地域加算をしないと、非常時の医師不足に医療機関は対応できない。

平時では受け入れられない議論でも、次の2年間も戦時と考えれば受け入れられる余地があるのではないか。そのことが地域医療の再建にも関係してくる。

森田会長 加算だけでは無理。補助金などの対応も必要だ。この点は副大臣がしっかり決めてほしい。それがないと我々の議論も定まらない。

大塚 患者負担が増えない特別加算のあり方というまとめがあり得ると考える。**会長** 事務局の方針は中医協として了承する。事務局が可能な具体案を示してほしい。

(中医協総会の予定議題終了後)
大塚 診療報酬は政策手段だと申し上げたが、医療の様々な現状に診療報酬という政策手段がどのように寄与しているのか、現状にどのような因果関係をもっているかは重要なテーマ。しかし、

中医協の議論は専門家以外にはなかなか分からない点があり、改定作業を透明化する必要があると思っている。

過去の改定には50%以上の改定率となった項目もある。大変な激変だ。これほどの激変が必要なのか。そこにどういう合理的な理由があるのか、今度の改定では、そういうことを最終案の前に公開すべきではないか。大きな変動はどのような理由でそうなるのか、その理由のところのルール化を図ればより透明性が図れるのではないか。ご検討を願いたい。



▲中医協総会で発言する大塚副大臣(写真中)

鈴木 診療報酬とは政策手段であると言われたが、私は違うと思う。なぜなら、これは、社会保険制度の国では基本的には自治を原則としてきたからだ。日本は厚労省が事務局として関与しているが、基本的にはそういうかたちで営まれてきた。本日の発言は政治介入そのものであり、そういうことは控えていただきたい。もし、政治主導ということでやりたいのであれば、全額税方式ですべて公的医療機関でやるのであれば可能だ。政治の混乱を社会保障の基本のところに持ち込んではいけない。そうなれば、中医協も、社保審の医療部会や医療保険部会もすべて形骸化してしまう。

大塚 診療報酬は政策手段ではないという意見には賛成できない。政治介入ということもまったく納得できない。



病院機能評価委員会委員長 木村 厚

一般病院を地域密着病院と急性期病院に再区分

2012年10月から切り替え。円滑な更新に向け「期中確認」を新設

日本医療機能評価機構が行っている病院機能評価は、ここ数年、新規受審病院が減少、なおかつ、更新を辞退する病院が増加している。

病院機能評価を定着させ、さらに多くの病院を認定病院としようと考えていた機構は由々しき問題であると捉えている。我々全日病としても思いは同じであり、病院機能評価委員会でも、中小病院の機能を適正に評価できる評価項目の試案を検討してきた。

そうした中、認定病院減少に歯止めをかけることを主眼に、日本医療機能評価機構において、機能評価項目(ver.6)の改訂作業が進みつつある。現時点で明らかとなった新たな評価体系(仮称ver.7)の枠組み、継続的質の評価について、要旨を以下のとおり報告する。

評価体系と評価項目の見直しとして、まず、「病院の特性に応じた機能種別を設け、機能種別に応じた評価対象領域や項目体系などを確立する」ことがあげられる。

具体的には、「病院は、主たる機能に合った機能種別を選択し、受審する。自院の機能に応じて、複数の機能種別(例:「地域密着病院」と「リハビリテーション病院」)を同時に受審することもできる」としている。

この機能種別として、「急性期病院」「地域密着病院」「リハビリテーション病院」「慢性期病院」「精神科病院」の5タイプがあげられている。

「急性期病院」の対象は、「主として急性期医療を担う病院」、「地域における基幹型病院」、「(単科)専門病院を含む」とされている。

「地域密着病院」については、「住民に身近なところで地域のニーズに応じた一般医療を担う病院(他施設や在宅との連携を重視)」あるいは「中小病院、小規模ケアミックス型病院」が対象とされている。

ここでいう「地域密着病院」とは、我々

が提唱している地域一般病棟と同様であり、名称もそのように変えてほしいと申し込んでいる。

かつて、ver.1からver.3までの評価項目は、A病院(中小病院規模)とB病院(大規模)という区分けがあったが、その後、一般病院と療養病院に変わった。今回の案を見ると、A病院=「地域密着病院」であり、B病院=「急性期病院」ということになり、その考え方は変わっていない。

地域密着病院と急性期病院では評価項目はそれほど変わり無いと考えるが、ABC評価の運用などは異なるべきと考えている。

サーベイヤーの中には、中小病院には必要もなく、また、難しいことを要求する向きも、たまに見られるようである。これはサーベイヤーの勘違いではあるが、評価項目を分けることによって大分解消されるであろうし、受審に幾分腰の引けている病院には安心してもらおうことができると考えられる。

また、見直しのもう1つは「病院の継続的な質改善活動を支援するため、認定期間中に状況を確認する機会を設ける」、具体的には、「認定取得から3年目に病院の状況を確認するとともに、更新審査に向けた支援を行う(認定期間中の確認)」である。

これまでは、認定が終わるとホッと一段落し、途中で見直しをしようと考えているが、多くの病院は更新前にまた大慌てで準備をする、つまり、更新を目的として一時的に質改善に取り組むという傾向があった。

それでは無駄なエネルギーを使い、本来の病院の質改善に繋がらないと考え、初回審査(書面審査と訪問審査)→期中(3年目)の確認(書面提出と訪問支援)→(5年目)更新審査(書面審査と訪問審査)というかたちに、更新の仕方をええようということだ。

期中の確認のときは書面確認と訪問支援が主であり、サーベイヤもリーダー

1人が赴くのみで、評点はつけず、改善の支援を行う。

このVer7は、予定としては、新規受審については平成24年10月の審査から、認定病院に関しては、24年10月以降の「期中確認」と「更新審査」からそれぞれ適用される。

そして、この改訂に伴い、受審病院における、継続的な質改善を推進するためのクオリティ・マネージャーの養成とその活動を継続的に支援する仕組みの導入を検討する、としている。

また、これまでのストラクチャー優位の審査に対して、今後は、院内にプロセスやアウトカムの臨床指標をもちいて検討する場を確保すること、さらに、その一部を書面審査や期中確認の提出書面の内容に組み込むことも検討する、としている。

現在も、病棟におもむいてケアプロセスをチェックする項目が入っているが、こうした指標化や可視化の視点が評価項目にどう取り込まれるかは、現時点では不明だ。

このように、機能別類型の変化、更新審査の仕組み、そして指標化や可視化の視pointsの導入などを中心に変わることが見込まれる。

個々の評価項目はVer6から大きくは変わらないと思われると申し上げたが、5領域のケアプロセスに関しては、これまでの病棟の全体的評価という視点のみならず、何人かの患者について入院から退院までの経過を追うことを中心に審査するという変化が考えられている。

このVer7は、現在、日本医療機能評価機構内にワーキンググループを組んで検討されているが、詳しい検討内容は知らされていない。

全日病会員病院の機能を適正に評価し、医療機能の向上に寄与できる評価体制を作るために、今後、機会を作り全日病としての意見を具申するだけでなく、積極的に関与する意向であり、病院機能評価委員会として8月25日に、その旨を日本医療機能評価機構に文章で申し入れた。

なお、今までに継続的質の評価に取り組んできた会員病院を交えたパネルディスカッションを、病院機能評価委員会として、10月に沖縄で開催される全日病学会で主催する。新たに受審を考えている会員病院のみならず、受審済みの会員病院にも、是非、ご参加いただきたい。

Ver.7の検討で全日病が機構に申し入れ

病院機能評価委員会(木村厚委員長)は8月25日、病院機能評価の現行評価項目改定作業において全日病の意見を申し述べる機会を確保するよう、日本医療機能評価機構(井原哲夫理事長)に要望した。

この申し入れに対して、日本医療機能評価機構は、全日病の意見を聞く場を設ける旨の意向を表明した。

病院機能評価委員会が申し入れた要旨は以下のとおり。

1. (ver.7への改定において) 中小病院の機能を適正に評価できる項目の選定、運用にしていきたい。評価項目の表現は、そのことがサーベイヤーにもはっきり理解できるようにしていきたい。評価項目の改定の検討を行う組織には、現場の声をしっかり伝えられる者がいる必要があると料する。
2. 改定作業の早い段階で意見を聞く機会を設けていきたい。また、当協会内で十分な検討を行うために、評価項目の改定に関する意見を申し上げるまでの期間を最低1ヵ月はいただきたい。

2011年度「特定保健指導アドバンスト研修」開催のご案内

より実践的な特定保健指導の場面を想定した、シミュレーション(演習学習)を中心の上級コースです!

日 時 ● 10月15日(土) 12:30~19:05
 会 場 ● 全日病本部6階大会議室(最寄駅 JR水道橋西口徒歩1分)
 対 象 者 ● ①医師・保健師・管理栄養士、②「特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)コース」(30時間)を受講修了した看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士
 参 加 料 ● 会員病院/1名1万5,000円、会員外病院/1名2万円
 定 員 ● 40名(先着順)
 締 切 日 ● 9月30日
 詳しくは全日病HP掲載の案内PDFをご参照ください。

問合・申込先 全日本病院協会事務局 Tel.03-3234-5165

全日病推薦図書のご案内

日本規格協会発行図書□シリーズ医療安全確保の考え方と手法1
 「RCAの基礎知識と活用事例」(第2版)―演習問題付き
 予価1,680円(税込) 8月23日発刊予定 予約注文受付中

医療安全管理者養成講習会等でRCA指導の経験豊かな、練馬総合病院の飯田修平院長と柳川達生副院長による共同執筆!

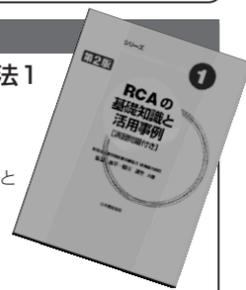
収集したインシデント・アクシデント報告を有効に活用できていますか?本書でRCA(根本原因分析)を知れば、自信をもって「はい」と答えられます!

◇本書の特徴◇

- ・医療安全管理者に定評あるRCA手引書をより実践的に改訂。最新事例に更新・追加、演習問題の充実。
- ・実績あるRCA適用病院院長らによる、医療者のために書かれた1冊。
- ・RCAの基本的考え方だけでなく、具体的な使い方をイメージできる事例と演習問題を豊富に収録。自習や院内研修にも最適。

※本書は、近日、医療安全管理者養成講習会テキストとして配布される予定ですので、ご注意ください。

財団法人日本規格協会 Tel. 03-3583-8002 Fax. 03-3583-0462



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

あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会

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

公益法人への移行にかかわる全日病の方針 7月31日開催「公益法人移行申請に係る説明会」の要旨

公益法人制度改革に対応して公益社団法人に移行する方針を今年3月の代議員会・総会で承認した全日病は、公益法人改革対応プロジェクト委員会(猪口雄二委員長)の下で、具体的な移行作業を進めている。
その移行作業において、歴史的経緯などから様々なかたちをとっている各支部の体制を公益社団法人の認定条件に適合させること、あるいは、社員の定義などガバナンスを

どう設計するかが重要な課題となっている。
7月31日に、全国47の支部・准支部を対象に開催された「公益法人移行申請に係る説明会」で、公益法人改革対応プロジェクト委員会は前出課題について執行部の方針を説明、各支部からの質問に答えた。
以下に、同委員会の猪口委員長と五十嵐特別委員による説明要旨を紹介する。

「支部活動の継続を担保しつつ認定条件に適合させたい」

新法人下の支部組織として、現状に応じて3つの類型を提示

全日病の公益法人移行にともなう課題1. 新法人における支部のあり方
公益法人改革対応プロジェクト委員会特別委員 公認会計士 五十嵐邦彦

7月31日に開催した支部説明会では、全日本病院協会が公益社団法人に移行するにあたって、支部のあり方、したがって本部と支部との関係はどのように見直される必要があるかについて説明しました。以下に、そのとき説明した主旨をご紹介します。

全日本病院協会の場合、会員の入退会手続き等に支部が密接に関わっており、支部は別団体ではなく法人の一部であるという認識を持たざるをえません。

新法人への移行に当たっては、どこまでが法人の範囲かということが重要なポイントとなり、かつ、法人の一部であるならば事業計画予算及び事業実績決算に包含しなければなりません。

しかし、現行の運営において各支部には独自の規約があり、支部会費を別途徴収し、独自の総会を開催している等、一部の支部では独立した団体としての外観を呈しているものもあります。

このうち、法人の一部である支部として再整理できるもの(規約の統一や支部会費の行事参加費や通信負担金等への変更、総会の位置づけや役員名称等の変更)は再整理することになります。

しかし、本部の統制下に入ることのない独自の活動を継続するためには、公益法人支部と別団体とを区分し、はじめをつけなければなりません。これは、財産や活動を、たとえ同一のメンバーで行うとしても、明確に区分するという意味です。

47都道府県公益法人支部は、会員管理の一翼を担う以外はなるべく単純化し、事務は独自活動を行う他団体又は支部長法人等に委託し、独自の複雑な事業についても別団体の事業に協賛をするということにすれば、大きな支障もなく、法人の一部として包含することが可能になります。

なお、現在の各支部資金についても、この単純化した支部のものとして保持するのであれば、本部に報告するだけで、そのまま手元に置いておくことが可能になります。

各支部の現在の運営状況は様々ですが、以下の3つのスキームのいずれかを採用することで、公益法人支部として適法なあり方の達成が可能になります。



パターン1 □公益法人支部単独で存立するケース

特段の事業を行っていないか、会合や研修会を年1回行う程度の事業のみ実施している支部の場合には、あえて他団体と峻別する必要はなく、すべての計画及び実績を本部に報告することが容易にできます。

すべての活動を公益法人支部の枠組みの中で行うわけですから、新法人支部の統一的な事務整理に従って処理をするという変化が生じるだけになります。

パターン2 □既存の他団体との区別を明確化するケース

事実上合同で活動している、全日本病院協会と密接に関連する都道府県単

位の他団体が存在する場合には、公益法人支部を単純化し、本部からの受入金を〇〇県協会等他団体に合法的に支出する仕組みに事務を整理すれば良いことになります。

いわば、他団体がすでに存在するので、会計等不明確となっている点のけじめだけをつければ良いということです。

パターン3 □現行支部を法的に分離し公益法人支部と併存するケース

他団体と無関係に支部の独自事業を継続して行っている支部の場合、公益法人の下で支部として会費を別途徴収することはできません。

したがって、公益法人支部においては、現にある、支部のみの会員や支部に所属しない会員の存続ができないということになりますが、こうした制約を受けずに現状の活動を継続するためには、公益法人の全日本病院協会から法的に分離することが必要です。

すなわち、支部の会員を社員とする一般社団法人〇〇全日病を新規に設立し、支部独自の事業は一般社団法人〇〇全日病で行い、公益法人としての支部は、財務的観点からは本部からの受入金を一旦プールし、これを一般社団

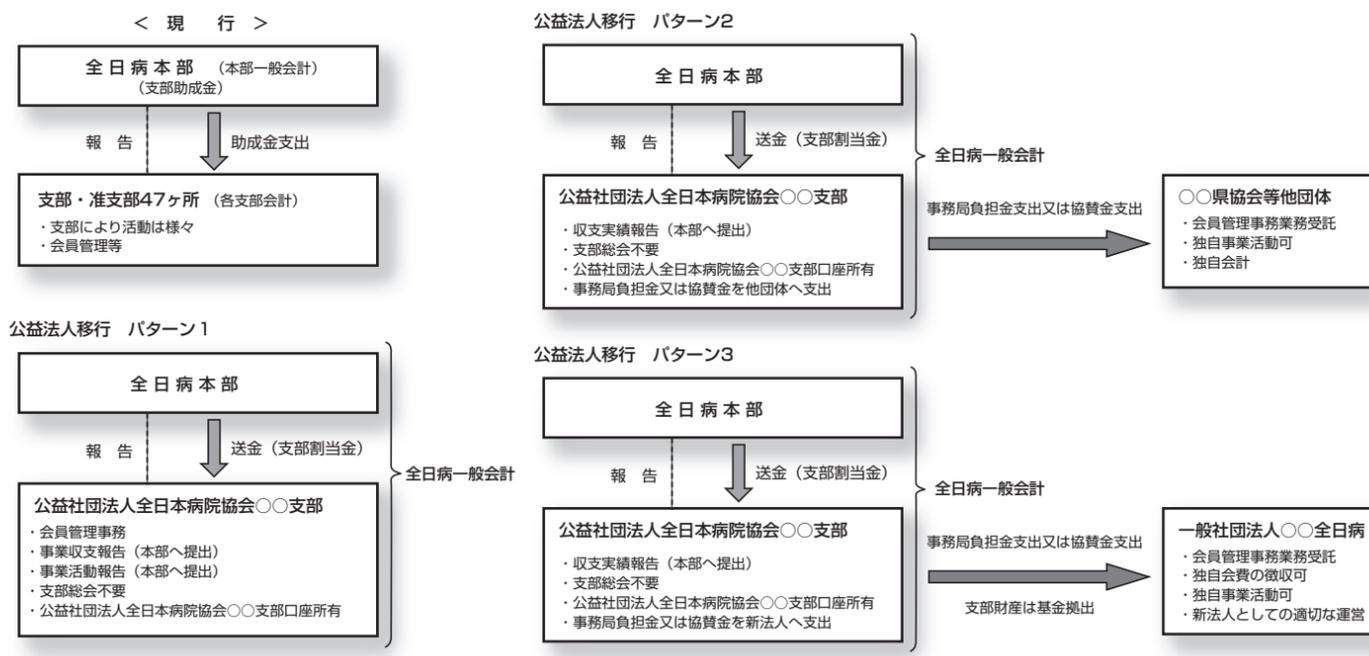
法人〇〇全日病に合法的に支出するだけの存在として整理するものです。

なお、現在の支部の財産はそのまま別法人に贈与するわけには行きませんが、その大部分を新法人への基金拠出として合法的に移管することが可能です。以上の3つのスキームにより、各支部の伝統と独自性、全国組織としての活性化を失わずに公益法人の範囲の活動や財務状況について合理的に説明ができます。

なお、公益法人への移行が認定されるための要件の1つに「公益目的事業比率50%以上」や「遊休財産保有制限」というものがありますが、現在のところ、支部が行っている事業を「公益目的」の事業に組み込むことをしなくとも、本部が行なっている事業を整理するなどの対策だけで、全体として、公益目的事業比率や遊休財産制限の要件達成ができる見込みです。



■支部活動の明確化と他団体との峻別の具体策について



会員が社員。社員総会で理事を選任。理事会で会長選出

全日病の公益法人移行にともなう課題2. 新法人移行に伴うガバナンスの変更
公益法人改革対応プロジェクト委員会委員長 猪口雄二

7月31日の支部説明会においては、全日本病院協会が公益社団法人に移行した後のガバナンスについて、要旨以下の考え方を説明したので、ここに報告します。

今回、新公益法人に移行するためには、ガバナンスの設計変更が必要になります。最も大きい変更点は代議員制についてです。

現在、全日病は代議員制を採っており、その代議員は各支部(都道府県)から1名と支部会員数によって定められた員数によって選出されています。計97名で、最多の都道府県は6名、最少

は1名です。これを会員数で割ると、都道府県により10倍以上の格差が生じております。このため担当部局との事前相談で、公平性の観点から現行の代議員制は認められませんでした。

しかし、全日病の活動において全都道府県からの参加・意見集約は欠かせないものです。そこで、下記のようにガバナンス設計を行いました。

- ・会員を全員社員とする。
- ・最高議決機関は社員総会(年2回開催)である。



- ・各都道府県に支部を置く。各支部で支部長及び現行の代議員員数と同数の副支部長を選出していただく。
- ・総会と同日に支部長・副支部長会を開催する。支部長・副支部長は社員として総会にも出席していただく。もちろん、支部長・副支部長以外の社員も出席可能。
- ・理事は50名以上、55名以内(現行と同数)
- ・監事は4名(現行3名、公認会計士・税理士等を1名増員)
- ・理事・監事選任議決は社員総会であり、任期は2年。
- ・会長は代表理事であり、理事会で選出する。
- ・副会長、常任理事は業務執行理事であり、理事会で選出する。

- ・理事会は年4回開催する。
 - ・理事会は過半数の本人出席で成立する。
 - ・社員総会は委任状を含む過半数の出席で成立する。
- 以上が新法人のガバナンスの概略です。
- 現行の代議員会と同等の機能を社員総会に持たせ、全都道府県からの参加・出席・意見集約を可能とするため考えたものです。現在、都道府県で会員数のばらつきが大きいため、このような方法を採用わけですが、今後は多くの活動を通して、各支部における会員増を図る必要があるとも言えます。
- この新法人のガバナンスについては、今後も多くの機会に説明させていただきたいと考えております。

産科医療補償制度が初の「再発防止報告書」

産科医療補償制度を運営する日本医療機能評価機構は8月22日、「第1回再発防止に関する報告書」を公表した。

産科医療補償制度の再発防止委員会がまとめたもので、同制度が開始した2009年以降に補償対象になった重度脳性麻痺のうち、昨年末までに原因分析報告書を公表した15例を対象に検証を行ない、再発防止策などを提言している。

検証は「数量的・疫学的分析」と「テーマに沿った分析」からなされた。

「数量的・疫学的分析」では、各事例の情報を、妊娠婦、妊娠経過、分娩経過、新生児期の経過、診療体制などに分けて集計、各種の基本統計を作成している。

毎年同じ基本統計が作成・公表されるため、傾向を経年的に見ることがで

きる。ただし、今回は対象事例が15件と少ないため、「何らかの結論を導くことは難しい」としている。

一方、「テーマに沿った分析」では、脳性麻痺の再発防止が可能と考えられ、かつ、産科医療の質の向上を図るために情報提供することが重要とみなされた。①分娩中の胎児心拍数聴取、②新生児蘇生、③子宮収縮薬、④臍帯脱出

の4テーマを取り上げて分析している。

その上で、産科医療関係者が確実にこなすべき行為を前出4テーマごとに整理して示し、日々の診療等の確認に活用してほしいと提言している。

「第1回再発防止に関する報告書」に対して、全日病の飯田修平常任理事(医療の質向上委員会委員長)は、次のような所見を本紙に寄せた。



再発防止報告書

「原因分析・再発防止」と「責任追及・補償」混在の弊害が現れている

□「第1回再発防止に関する報告書」に対する所見 飯田修平常任理事

日本医療機能評価機構(JCQHC)の産科医療補償制度再発防止委員会が、「第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書—産科医療の質向上に向けて—」を発表した。

折しも、産科医療補償制度を医療全体に拡大した「第1回医療の質向上に資する無過失補償制度等」のあり方に関する検討会(8月26日)に、筆者は委員として参加した。

産科医療補償制度は、2007年2月から運営組織準備委員会で議論を開始、2008年1月に報告書にまとめ、2008年3月にJCQHCが本制度の運営の受託を決定し、同年10月1日から加入分娩機関における妊娠婦情報の登録を開始し、2009年1月1日から制度を開始した。

分娩に関して発症した重症脳性麻痺児およびその家族の経済的負担を速やかに補償すると共に、原因分析を行い再発防止に資することが目的である。

制度運営に関しては、運営、原因分析、再発防止、調整、審査、異議審査の6委員会が個別に運営されている。

本制度は単なる無過失補償制度ではなく、日本の医療の将来に重要な意味がある。

筆者は本制度の運営組織準備委員、制度実施後は運営委員をしているが、原因分析・再発防止と責任追及・補償は別の枠組みにすべきと主張してきた*1。産科医療のみならず、医療全般のモデルという意味で極めて重要であり、慎重に議論すべきと発言した。

産科医療補償制度については責任追及が目的ではないとされている。しかし、原因分析委員会は、回避可能性*2について「報告書には記載しないが患者・家族への説明や説明書には記載する」とした。

法的には原因分析報告書も説明書も同じであり、責任追及に使われう

ることから、筆者は運営委員会でその記載に反対し、議論を求めた。これは制度運営に関する重要事項である。しかし、「委員会は個別に運営されているため、運営委員会には原因分析委員会の決定事項を議論する権限がない」という形式的回答に終わった。従って理事会で機関決定を求めたものの、原因分析委員会の決定通りとなった。

産科医療補償制度は2011年6月末までに178件の補償認定を行い、43件の原因分析報告書を見・家族および分娩機関に送付した。機構のホームページに要約版を公開している。

今回の報告書の内容は、数量的・疫学的分析とテーマに沿った分析の2つに分けられる。テーマは分娩中の胎児心拍数聴取、新生児蘇生、子宮収縮剤、臍帯脱出の4つである。

しかし、本報告書には、原因分析・再発防止と責任追及・補償の混在の弊害が現れている。すなわち、報告

書19頁と26頁の、事例の「原因・医学的評価・当該分娩機関が検討すべき事項」には、「妥当性に欠ける、配慮に欠ける、適切性に欠ける、〇〇すべきである、不十分である」などと明記されている。この上、家族への説明書には回避可能性を記載しうるのである。

責任追及が目的ではないとしながら、匿名性が担保されることなく、このように記載されるのであれば、原因分析に必要な資料や証言が得られにくくなることは必定である。

*1 原因分析・再発防止と責任追及・補償が同じ枠組みでは、原因分析に必要な情報収集が困難になる。諸外国では、他分野や医療でも両者は分離され、原因分析の報告書を訴追には利用していない。

*2 過失とは損害が予測できることを前提に(予見可能性)、その予見できた損害を回避する行為義務(結果回避義務)を怠ることである。

ジョブカード制度 看護師再就職の研修に国が助成

支部単位の取り組みも可。「看護師の再就職支援事業」を支部に提案

8月27日に開かれた第2回支部長会で、猪口副会長は「ジョブ・カード制度を活用した看護師の再就職支援事業」について説明、助成制度を伴うことから看護師再就職訓練の経費負担が軽減できる上、「病院単独だけでなく支部単位での活用が可能である」と、各支部に、同制度を積極的に活用するようすすめた。

ジョブ・カード制度とは、フリーターや子育て終了後の女性など、正社員の経験が少なく職業能力形成機会の少ない求職者を、職業訓練(職業能力形成プログラム)を通して正雇用に導く制度。

ジョブ・カードとは「履歴シート」「職務経歴シート」「キャリアシート」など、その者が獲得したキャリアを証するシ

ートを意味し、ファイル化されたシートをキャリアコンサルティングや就職活動に活用していこうというもの。同制度は、潜在的失業者(不定期雇用者)の減少をめざして2008年4月からスタートした。

一定条件を満たした職業能力形成プログラムを実施する企業は、国から助成を受けることができる。また、職業訓練中の者は条件に応じて生活保障の給付金を受けることもできるなど、ジョブ・カード制度は企業と求職者の双方にメリットがある。

猪口副会長によると、ジョブ・カード制度が適用される看護師再就職の研修は、概要、①自院で座学研修(OFF-JT)と看護実習(OJT)を組み合わせて

実施する(座学は複数の施設が共同で実施することもできる)、②研修カリキュラムは急性期医療、慢性期医療、精神医療の3コース、③研修期間は3~6ヵ月、からなる。

猪口副会長は前出の研修概要を文書で示した上で、ジョブ・カード制度の活用を検討してきた四病院団体協議会の医療保険・診療報酬委員会(委員長・猪口雄二全日病副会長)が作成した各コースの研修カリキュラム案を披露した。

「ジョブ・カード制度」の普及推進事業は現在、政府から日本商工会議所に委託され、全国の商工会議所に再委託されている。

日本商工会議所は「中央ジョブ・カー

ドセンター」のほか、各県庁所在地の商工会議所等に「地域ジョブ・カードセンター」を、各都道府県内には「サポートセンター」を設置し、①協力企業・教育訓練機関の開拓・登録、②求職者に対する周知、③「職業能力形成プログラム」にともなう助成制度の各種申請の取り次ぎ、などのサービスを行っている。

猪口副会長は、病院団体としては四病協以外にも、東京都病院協会や東京都精神科病院協会でも同制度の普及推進に向けた作業が始まっていることを明らかにした上で、全日病としても看護師不足に悩む会員病院の普及を図るために、各支部に、地域ジョブ・カードセンターを設置している各地の商工会議所と相談するよう提案した。

また、四病協の医療保険・診療報酬委員会も、引き続き、「ジョブ・カード制度を活用した看護師の再就職支援事業」の普及推進活動に取り組む方針だ。

沖縄県で全日本病院学会。特別企画で東日本大震災について検証

第53回全日本病院学会(沖縄県) 演題登録は513題。参加予定の方は早めに登録を!

沖縄学会の主なプログラム(企画骨子)

- 特別講演 厚生労働省(医政局)
- 特別講演 原中勝征日本医師会長(予定)
- 講演 厚生労働省保険局鈴木康裕医療課長
- 特別企画 東日本大震災について(仮)1部・2部
- 支部企画 沖縄県浦添市における地域医療連携—病診行連携、ウチナーイナグ物語
- 委員会企画

病院のあり方委員会	未来(2025年)の医療提供体制
医療の質向上委員会	医療の質評価・公表等推進事業と今後の展望等
広報委員会	こんなに違う医療圏の状況、それぞれの地域に応じた病院戦略を考えよう
医療制度・税制委員会	医師不足の現状と対策

人間ドック委員会 人間ドックにおける糖尿病と生活指導
病院機能評価委員会 継続的質の評価について

□その他 市民公開講座、ランチョンセミナー、日本医業経営コンサルタント協会シンポジウム、日本メディカル給食協会シンポジウム等

■第53回全日本病院学会(沖縄県)

テーマ 「誇れる医療人の集い」～沖縄より元気を発信～
 担当 沖縄県支部
 期日 10月29日(土)・30日(日)
 学会長 全日病沖縄県支部長・医療法人新西会西武門病院理事長 新垣哲
 会場 沖縄県宜野湾市沖縄コンベンションセンター、カルチャーリゾートフェストーネ
 参加費 理事長・院長 3万円(事前)、3万5,000円(当日)
 上記以外の方 1万円(事前)、1万2,000円(当日)
 懇親会参加費 3,000円(事前)、4,000円(当日)

被災128会員の11年度会費免除を決定

11年度に入会する岩手、宮城、福島3県の会員も免除

8月27日に開かれた第2回理事会・第5回常任理事会は、東日本大震災で被災した128会員に対して2011年度の会費を免除する方針を決定した。2011年度中に新規入会する岩手、宮城、福島3県の会員についても2011年度の会費を免除する。

被災会員に対する会費減免方針を検討するために、西澤執行部は、会員における東日本大震災による被害額の実態調査を行なった。

その結果、対象となった岩手、宮城、福島3県および他県で被害をこうむった計128病院のうち、半数の64病院で

被害額が1,000万円を超え、残りも大半が100万円以上の被害を受けていることが判明した。

1995年1月に発生した阪神淡路大震災の際に、全日病は、被害額100万円以上の会員(49会員)に対して1995年度の年会費を免除、震災後の新規入会に

ついても、被災病院は会費を免除している。

こうした事例を踏まえ、西澤執行部は、東日本大震災による被害額実態調査の対象となった128会員および2011年度中に新たに入会する岩手、宮城、福島3県の会員について、今年度会費を免除する方針を決め、第2回理事会・第5回常任理事会に諮ったもの。

執行部は、2012年度以降の年会費の取り扱いについては、事態の推移を踏まえて、さらに検討する方針だ。

「企画委員会で現場の主張を示すべき」

西澤執行部が看護師の労働環境改善施策への方針を表明

全日病は、8月5日付で各支部に送付した文書で、厚生労働省の一連通知にもとづいて各都道府県労働局が設置を進めている「企画委員会」(別掲)について、「各都道府県から参加依頼があった場合は参加し、現場からの主張を積極的に発言していただきたい」と、企画委員会に対応する執行部の方針を示した。

執行部は、同文書の別紙で、厚労省の一連通知の基となった、看護師の労働環境改善に取り組む必要を述べた「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム報告書」(2011年6月17日)に対する全日病の見解を、要旨以下のとおり表わした。

(1) 看護師等の離職率は他分野労働者の離職率と比べて決して高くはなく、

また、そこには他医療機関への転職が多く含まれている。全日病調査では有休取得率や短時間正職員制度の実施率は他職種よりも高いなど、看護師の労働環境は決して悪くはない。

(2) 「雇用の質」にかかわる活動は医療現場の全職種を対象にするべきである。全日病も厚労省の「短時間正職員制度導入推進事業」を受託、普及啓発に取り組んでいる最中である。

(3) 看護職に対しては診療報酬の上で労基法を上回る規制が設けられており、懲罰的減算が設けられている。「雇用の質」の確保と向上のためには減算ではなく加算でもって対応するべきである。

8月27日の第2回支部長会で、西澤執行部は8月5日付文書について詳しく説

明した。これに対して、複数の支部から「企画委員会」への参加依頼があったと報告。

●「企画委員会」について

「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム報告書」を踏まえ、厚労省は、2011年6月17日付の5局長連名通知で、各都道府県労働局長に、「看護師の勤務環境改善に取り組む」よう要請した。

これにもとづき、厚労省は、7月1日付で労働基準局労働条件政策課長ほか2職連名の通知を发出、各都道府県労働局に、①地域の医療関係者を含む企画委員会の設置、②労基法遵守等に関する研修会の開催、③コンサルタントによる医療機関のヒアリングの実施、を求めた。

これによると、企画委員会は看護師等の「雇用の質」向上の取り組みを進めるための関係者協議の場として設置され、前出研修会の開催等を行なう。

さらに、厚労省は、7月5日付の医政局看護課長名通知で、各都道府県衛生主管部(局)に労働局取り組みに対する協力を要請した。

2012年度税制改正要望

被災地域における優遇税制措置を盛り込む

8月27日に開かれた第2回理事会・第5回常任理事会は、東日本大震災で被災した医療機関に対する復興支援として「被災地域における優遇税制措置」を盛り込んだ「2012年度税制改正要望」を決定した。

「被災地域における優遇税制措置」は

四病協の税制改正要望にも盛り込まれる見込みだ。そのため内容をすりあわせる必要があることから、第2回理事会・第5回常任理事会に諮られた案に、その具体的な内容は明示されていない。

この点について西澤会長は、「四病協の税制改正要望と本会の税制改正要望

も整合性を図りたい。したがって、具体的な内容を詳記することへの委任を含めてお諮りした」と説明、第2回理事会・第5回常任理事会は、それを承認した。

「2012年度税制改正要望書」の要望事項には、ほかに、11年度税制改正要望

事項と同様、①消費税の原則課税、②医療機関に対する事業税特例措置の存続、③社会医療法人に対する寄附金税制の整備及び認定取消し時の一括課税の見直し、④病院用建物等の耐用年数の短縮、⑤持分ある医療法人が相続税発生から5年以内に持分のない医療法人に移行する場合の相続税猶予制度の創設、⑥特例民法法人および公益法人に対する地方税の減免措置、の6点があげられている。

2011年度夏期研修会

「早期に被災地医療支援のグランドデザインを構築すべし」

全日病は8月28日、愛知県支部(藤田民夫支部長)の担当で、2011年度夏期研修会を開催した。西澤寛俊会長の開催挨拶に続いて河村たかし名古屋市長が挨拶に立ち、わが国の財政状況の構造

と打開策などについて熱弁をふるった。

講師として登壇した松尾清一名古屋大学医学部付属病院長は、「腎臓医療の現状と展望」とともに「東日本大震災における名古屋大学病院の被災地医療支

援の経験」をテーマに取りあげ、JMATの立場から教訓を明らかにしつつ、「予想される東海大地震のために、東日本大震災の総括をきちんと行ない、早期に被災地医療支援のグランドデザ

インを構築しなければならない」と提起した。

2人目の講師として講演した日本医師会の今村聡常任理事は「社会保険診療消費税非課税の解消に向けて」と題して、「控除対象外消費税」の問題を要旨以下のとおり論じた。(8面に消費税非課税をめぐる関連記事)

□夏期研修会における今村聡日医常任理事の講演要旨

社会保険診療に対する消費税の非課税問題は、日本医師会が国に言って解決する問題ではなく、すべての医療機関が、全日病を初めとする多くの病院団体が一緒になって、国民に理解をしていただいで解決していかないと非常に困難な問題である。

どうしてこういう事態になっているのか。そもそも消費税というのは、受け取った税金と支払った税金を相殺してプラマイゼロにする仕組みである。それが、社会保険診療が非課税となっているために、仕入に対して支払った税が控除できない立場に法的におかれている、つまり、控除対象外の消費税を負担させられているわけである。

これに対して、国は診療報酬で補填されていると言っている。しかし、それが十分でないために、両者に差額が生じている。

では、それはどのくらい医療機関の経営に影響を与えているのか。日本医師会の調査によると、控除でき

ない消費税、したがって医療機関が負担している消費税の額は、社会保険診療収入に対して、全医療機関で2.22%(医薬品・材料部分1.12%、設備投資部分0.35%、その他0.74%)もの割合に達している。これは額にすると約2,200億円にも達する。

こうした控除対象外消費税に対して、国は、平成元年に0.76%、平成9年に0.77%、計1.53%(薬価・特定保険医療材料1.1%、診療報酬本体0.43%)上乗せしたと言っている。

この上乗せは、すべての診療報酬項目に一律にされたわけではない。上乗せの対象は、0.76%のときは12項目に対して、0.77%のときは24項目に対してなされたに過ぎない。

1.53%の上乗せがなされたとしても、社会保険診療に対する全医療機関の負担割合は2.22%であるから、ここには大きな差額がある。この点で、しばしば「損税」といわれているわけである。

上乗せされた12項目を追跡すると、

1項目が廃止、5項目が包括化、1項目の算定方法が変更されている上、残りの5項目はいずれも大幅に点数が引き下げられているなど、現在の控除対象外消費税額に対する補填割合が捕捉できない。

同じく24項目についても5項目が包括化または廃止となっている。かくて、補填されているとされる1.53%すら不確かである。

また、こうした上乗せは、その診療報酬項目を算定する患者、その保険者、そして医療機関のみが補填されるという点で不公平、不透明であり、公的医療保険制度としてはきわめて不適切である。

こうした仕組みを解消するには、預かった消費税と支払った消費税の相殺ができる課税の仕組みの中に、いったん戻さないとならない。しかし、課税となると、患者は消費税を支払わなければならない。この点が法改正を担う政治家に躊躇を与える。したがって、イメージ的にはゼ

ロ税率での課税が望ましいが、それも簡単ではない。

実は、平成9年度改定の答申には、付帯事項として「社会保険診療に対する消費税非課税については、今後、消費税を含む税体系の見直しが行なわれる場合には、そのあり方について検討すること」と書き込まれている。また、厚労省としても、平成20年度以降の税制改正要望に「社会保険診療等に係る消費税のあり方について速やかに検討する」と盛り込まれた。

さらに、重要なことは、地方自治法第99条にもとづく「社会保険診療に係る消費税の非課税取り引きの見直しを求める」意見書の可決であり、平成20年3月までに10県で実現している。こうしたことも重要であり、地方の先生方には、ぜひ働きかけをお願いしたい。



四病協と日医が共催、初の、国民目線の啓発集会

市民公開セミナー／医療と消費税 市民を含む1,800人が参加。消費税非課税について認識を深める

四病院団体協議会と日本医師会が共催した「市民公開セミナー 医療と消費税」が8月21日に東京・日比谷公会堂で開かれ、市民を含む1,800人が参加した。

登壇した医療関係の講師は、消費税非課税と医療機関の関係について、分かりやすく説明。ゲスト参加した講師やパネラーは、医療制度の危機や税金の使われ方という視点から、消費税と医療の関係を問いただし、かつ、論じた。

医師であり作家でもある海堂尊氏が、ほぼ満席の会場に「医療関係者以外の方は手をあげていただけませんか」と

たずねたところ、3～4割の聴衆が手をあげた。一定の案内広告を打ったとはいえ、これだけの一般市民が医療団体の集会に参加したのはめずらしい。

基調講演で日本医師会の今村聡常任理事は、日医が数年前に行なった、保険診療に消費税がかかっているかどうかをたずねる調査の結果を披露した。非課税ということを知っているのは、国民・患者ともに4分の1程度であった。

4分の3もが非課税であることを知っていない中で、医療と消費税の関係を理解してもらい、その下で不公平な立場に置かれている医療機関に共感を寄

せてもらうのは至難の業ともいえる。

そうした中、四病協と日医が手を組んで開かれた、初めての国民目線の啓発集会となった。会場は大いに盛り上がったが、医療関係者からは「第2弾、3弾の取り組みが大切」という声もあがった。

シンポジウムの最後に、今村日医常任理事は、「医療の消費税問題についてさまざまな啓発活動をしてきたが、実は一番大事な、国民に理解を得るための啓発活動は行なってきませんでした。

これからは、病院団体あるいは税理士等の専門家の方たちと一緒に、国民

の方に理解をしていただくために改めてスタートを切りたい」と結んだ。(7面に「控除外消費税」の関連記事を掲載)



消費税負担で医療費が5兆9,000億円ほど減少した！

市民公開セミナー「医療と消費税」 パネルディスカッションから (要旨)

田辺功 (ジャーナリスト)

私は消費税というのは弱い者をいじめめる税だと思う。消費税というのは購入時の税金を順送りにして、最終的には消費者が負担するもの。しかし、非課税ということになると途中の業者が負担する。それが例えば病院である。しかし、医療は公定価格であるため、消費税を価格に転嫁できない。

消費税が問題なのは病院のように損をする人がいるということ。反対に得をする人もいる。こういう税金は不公平である。実は輸出企業も、相手は海外なので消費税を取れない。しかし、輸出企業には戻し税という制度がある。例えば2007年には、トヨタ自動車3,200億円、ソニー1,500億円、本田技研1,200億円と、税務署から戻してもらっている。

誰が病院から消費税を取っているのか。だれが輸出企業に消費税を戻しているのか。すべて国である。ということで、実は消費税は非常に不公平な税制になっている。そのことを、医療関係者ばかりでなく、広く一般国民が知る必要がある。

伊藤伸一 (四病協 医療経営・税制委員会委員長)

保険診療は非課税であるが、医療機器、医薬品、医療材料等の購入時に病院は消費税を払っている。つまり、保険診療に関しては、最終消費者である患者が負担すべき消費税を、医療機関が代わりに立て替えているのが実態である。この立て替え部分は、課税されている業者であれば税務署に申告する際に「仕入れ税額の控除」という仕組みで、仕入れにかかった消費税分が還付されるが、非課税である医療機関はそれができない。そのため、非課税の業者は価格へ転嫁して立て替え分を回収しているわけである。

しかし、保険診療は公定価格であるために価格の転嫁ができない。そこで、政府は、消費税を導入した際に診療報酬に消費税分を上乗せするという形で対応した。つまり、医療機関の平均的な課税仕入れ割合から立て替え分を割り出して、これを診療報酬に上乗せして払うという仕組みである。しかし、この対応によって課税の公平性が損なわれ、それが現在も拡大している。

つまり、診療報酬の上乗せとして特定の診療行為に加点をしたために、その一部しか算定しない病院は消費税分が十分に補てんされないのである。しかも、その後20年間にわたるマイナス改定で、算定項目自体が消えてしまったり、加点点数が元の点数に引き下げられたりして、仕入れ税額の補てんが事実上消滅していることが明らかにな

ってきている。

このように、消費税の立て替え分が公平に上乗せできていない状況が消費税創設以来続いており、仮に消費税率が引き上げられると医療機関の負担はどんどん拡大してしまう。

そもそも、立て替え分を診療報酬で上乗せするということが保険財源で手当てするということが、保険料の本来目的とは異なる上、保険財源を圧迫し、保険料率を引き上げる要因にもなる。さらに、医療機関を受診する患者は、補填という仕組みで医療費の消費税を負担させられているわけでもある。課税の公平性という点で大きな問題となっている。

そこで、四病協や日本医師会は、医療を原則課税にしてほしいと要望している。当然、患者の負担に配慮した施策もあわせて講ずるという提案をしている。

船本智睦 (税理士)

例えば国立病院機構では、平成19年に7,982億の収入累計に対して「控除外消費税」いわゆる消費税の負担分は124億である。経常損益126億であるから、利益と匹敵する消費税負担が発生している。これは平成20年も同じぐらいである。907ある自治体病院は、平成19年に、3兆9,138億の収入計に対して「控除外消費税」が707億。利益が210億であるから利益を大きく上回って消費税を負担している。

5%の段階でこうだから、仮に10%になったら利益が飛ぶどころではない。

国民医療費に対する消費税負担の影響をモデル的に出した。イメージとして見てほしい。平成19年までのデータであるが、消費税負担によって累計で5兆9,000億円ほど医療費が減少したと推計される。万一、消費税負担がない場合は17兆7,000億もの経済的波及効果があったと推計される。このように、医療産業は経済に対して大きなインパクトがある。

国民の安心の最大の財産である医療を安定させるためには、こういった不公平な対応というのは是正する必要がある。

海堂尊 (医師・作家)

今の話を伺って、消費税の医療非課税は本当に問題があるということは、皆さんも感じられたと思う。消費税は医療現場にとって厳しい負担になっている。そしてそれは公平ではない。この2点をしっかりとつかんで、家族や会社など周囲の人に伝えていただけたらと思う。

今村聡 (日医常任理事)

この問題を解決するためには、行政や政治家に説明するときに、きちんとした数字を根拠として上げていかなければいけない。そういう意味で、日医も病院団体や税理士の方たちと連携しながら、エビデンスを今まで以上に積み上げていかなければいけない。

堤末果 (ジャーナリスト)

税金というのはトータルで議論していくのが大事だ。医療に関しても、医療と消費税ということだけではなく、日本にとって医療というのはどういう存在なのか。3月11日の被災地で今医師たちに起きていることとか、どんな社会をつくってもらいたいのか、どんな社会に今後住みたいのか、その中でこんなだったら安心して医療にかかると。私たちが税金を払うのであれば、トータルでどういう使われ方を望むのかとか、まず、全体的な議論というのが必要ではないか。

田辺 大学病院は100人の医療クラークを置く費用を消費税として国に払っている。これは、医療の質という観点からすれば、明らかに国民の利益に反した方向だ。それを医療関係者は声高に言わなければいけない。もっと医療にお金を投じていくことが必要。

アメリカの医療は高過ぎる。日本はヨーロッパスタイルの医療を目指していくべきだと思うが、そのためには、まだ何兆円かの資本投下が必要。先ほど6兆円のマイナスという話が出たが、それが医療界に還元、つまり消費税部分が還元されれば、日本の医療はさらに質を上げることができる。

船本 消費税の課税の要件として、基本的に国内においてという一文があ

り、国外つまり輸出関係は消費者の課税要件に外れるということで、いわゆる免税になっている。ただし、医療は課税の要件にみごとに当てはまる。その辺が非常に矛盾をはらんでいる。

今村 今、国内に最終消費者がいらないから免税になると、要するに法律にそう一行書いてあるからということだ。我々が望むのはそういう法律を変えていただきたいということ。医療は日本の社会のシステムを守っていく非常に大事な仕事。したがって、医療はゼロ税率という形を制度として認めていただければいいのではないかと考えている。

堤 私にはアメリカが貧困大国化しているのは、人間に投資しなくなったからだと思っている。日本が人間に投資する国というのは、今はまだ選択できると信じている。税金の使い方は目的ではなくて手段。何を目指して税金をそれに使っていくのが大事。本当に税金の問題というのは、人任せにしないでもっともっと知るべきだし、医療と消費税の問題というのは、一人一人の国民にもものすごくかかわる大切なことではないかと思う。

田辺 控除外の消費税を税務署が病院に戻す、輸出企業と同じような扱いをするのが一番わかりやすい。17兆円の誘発効果を持つということを重視して、戻したほうが良いと思う。それには、なぜこうなのかということを知れば国民の皆さんは理解されると思う。すべての病院が、そういうピラを置いて、患者さんに持って行ってもらうなければならない。

伊藤 国が保障するセーフティーネットとして医療はあり、それを整備することは国の責務だ。世界で1番だと評価されている日本の医療システムを崩すということはあってはならない。消費税課税という不公平な税制で、世界で一番のこのシステムが崩れることに、私も大変危機感を持っている。海堂 医療崩壊が叫ばれて長い、その大きな原因の一つに医療に流れるお金が締めつけられているということがある。医療崩壊を防ぐためには、お金の流れを変えて医療現場に投資するしかない。それは人を育てる投資でなければだめだし、それをできるのは国の税金しかない。

医療も介護も成長産業だ。この成長産業が成長しないシステムにしているのが今の国の税制である。ではどうすればいいか。こういった話を聞いたとき皆さんが周囲に伝えていく。これが一番大切なことだと思う。この話を聞いて何も行動しなければ何も変わらない。皆さん一人一人の行動を望みます。

