



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2012 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.773 2012/3/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

介護職員処遇改善加算 次期改定までの3年限り

2012年度介護報酬改定説明会 在宅復帰支援型老健に新設した報酬の回転率は計算に工夫。「あわてずに対応してほしい」

全日病が主催する「2012年度介護報酬改定説明会」が2月28日に東京都内で開催され、約300人が参加した。

講師として厚生労働省老健局老人保健課の宇都宮啓課長が登壇。「社会保障と税一体改革」が描く2025年プランの端緒となる今改定について「地域で自立した生活が可能となる地域包括ケアシステムを目指す第一歩が今改定である」と概括、主要サービスの改定ポイントを詳しく説明した。(講演の抄録は3月15日号に掲載)

冒頭、宇都宮課長は、報酬総額の2%に相当する介護職員処遇改善交付金が加算化された一方で、改定率はプラス1.2%にとどまったことに触れ、「これはマイナス0.8%ではないかとの声を聞く。しかし、この2年に物価は2.2%下がっている。報酬における物件費の割合は3~4割であるため、2%から0.8%を相殺した結果1.2%となったもので、賃金が1.8%下がった分は反映させていない」と釈明、交付金を除く実質はゼロ率改定であったことを示唆した。

その介護職員処遇改善加算については交付金の要件をそのまま受け継いだと説明。その上で、現在交付金を受けている事業者は、2012年度当初のみ、2月末まで届出すべきところを5月末までの書類提出でよいこと、さらに、届出に際した書類や手続きも一定の簡素化を図っていると説明した。

交付金には自治体で届出の際の書類等の取り扱いに違いがみられるなどの苦情が寄せられたが、今回はできるだけ国が示した様式に揃えるよう都道府県に要請している旨を明らかにした。

その一方で、宇都宮課長は、この加算は「報酬としてはなじまない」ものであると説明。次期改定には、基本的には加算の分を盛り込んだかたちで臨むことになると展望した。

地域区分見直しについては、これまでのサービスのうち、訪問看護のみ、人件費割合が55%から70%に引き上げられたと注意を喚起した。

個別の項目に関しては、とくに、在



宅復帰支援型の老健施設に創設した、在宅復帰とベッド回転率を要件に高い単位の設けた基本施設サービス費について詳しく紹介。

「回転率の採用は、1人長い方がいると算定できなくなる恐れがあり、特養がない地域の老健施設は不利になる。これを避けるために平均在所日数の計算式を工夫しているの、その点の心配は要らない。ただし、軽度の方ばかり入所されても困るので重症度割合の要件を付加させていただいた」と述べ、「回転率が入ったからといって、どうかあわてないでほしい」と念を押した。

また、診療報酬における地域連携診

療計画加算の対象に老健施設が入っていないことから、今回、地域連携診療計画提供加算を新設、評価対象に加えたこと、入所中に大腿骨頸部骨折や脳卒中等で医療機関に短期入院(4週未満)した後に再入所した方への短期集中リハ実施加算(3ヵ月)の算定を可能とすることなど、介護老健施設にかかわる重要な改定ポイントを詳しく説明した。

さらに、当該入所者が退所後3ヵ月以内に別の老健施設に転所した場合には転所後の短期集中リハ実施加算が加算できないようにしたことと触れ、「これは、いわゆるたらい回しを阻止するための措置である」と指摘した。

急性期病床群の議論は膠着化の様相

急性期医療に関する作業グループ 西澤会長が急性期医療の認識共有を提起。全日病と四病協の見解を紹介

「急性期病床群」について検討を重ねている「急性期医療に関する作業グループ」は2月23日に4回目の会合を開いたが、「急性期病床群」の導入に賛否半ばする構図は変わらず、議論は膠着化の様相を呈している。

そうした中、西澤構成員(全日病会長)は、議論を先に進めるという見地から、急性期医療の認識を「作業グループ」で共有する必要性を提起した。

厚労省による「急性期病床」の提案に対して、「作業グループ」の医療系構成員は、しっかりした議論の裏づけなく急いで導入を図ろうとする姿勢に、強い違和感を感じている。

急性期医療の概念や定義が明確になっていない中で病床の要件ばかりが強調されるという「結論ありき」の展開に、議論は堂々めぐりを余儀なくされ、各論に踏み込めていない。その背景に、そうした両者の意識の違いがある。

同日の会合で西澤構成員(全日病会長)は、「議論している我々の間に、急性期医療について共通認識ができていないか確認したい」と提起。

事務局が12月1日の医療部会に示した資料を使って、「急性期医療については、ここにある全日病や四病協の考え方で大筋よいか。例えば、全日病はリハビリを含めて急性期医療を捉えている。こういう考えでよければ、それを1つの前提として議論を先に進めたい」と提案した。

その資料(別掲)には、「これまでの『急性期医療』の考え方」と題して、中医協DPC評価分科会、全日病、四病協の見解が簡潔に紹介されている。この3者をもみても、急性期医療に対する認識は必ずしも一つではないことが分かる。

厚労省は、「急性期病床群」について疾病も要件に組み込んだ提案をしている。では、そこでどういう医療が行なわれ、それ以外の一般病床の医療とど

う違うか、それが明らかにされなければならぬ。急性期医療の定義を明確にし、共通の認識に立たなければ、各論に進んでも建設的な議論には至らないのではないかとというのが、先の問いかけである。

こうした懸念は、「急性期病床」のあり方は全国共通かという問題意識に支えられている。

医療資源が乏しく医療の提供が困難な地域の看護配置が少ない医療機関でも救急医療が行なわれ、都会の病院とさほど変わらない入院期間が保たれるなど急性期医療が提供されていることは、すでに中医協でも確認されている。ただし、そうした医療機関と都会の病院とで、入院患者の疾病構造に一定の違いがあることが否めない。

同日の会合に事務局が示したデータも概ね前出の傾向を裏づけるものであった。一方で、高齢者割合の多寡で分けた地域間で医療機関を比較したところ、高齢者割合が高い地域は救急医療の割合が高く、平均在院日数が長く、逆に手術の割合が低いことも同日のデータから判明した。

同時に、機能別にみると、地域医療支援病院や特定機能病院といった「高度急性期」の病院は高齢者の割合が少なく、一般の急性期病院が高齢者医療を相対的に多く担っていることも明らかとなった。

西澤構成員は、事務局が示したデー

タを踏まえ、「2025年に向うほど高齢者は増える。つまり、平均在院日数が長い、救急それも重症の割合が高い救急患者が多い、しかし手術は少ないことが急性期病床の1つのモデルになっていく」と、高齢者が多い地域における「急性期病床群」のあり方を指摘した。

厚労省は、急性期病床群として「一体改革」における高度急性期と一般急性期を想定しているが、これに対しても西澤構成員は、「あえて分けるの

であれば、一般と亜急性の間を分けるよりは、高度と一般のところを分けた方が分けやすい(1月6日)と異論を唱えるなど、高齢社会では一般急性期と亜急性期の病床が重要な鍵となっていくという認識を明らかにしている。



▲毎回出席し、急性期病床群の議論を見守る大谷医政局長(左端)

これまでの「急性期医療」の考え方 (12月1日の医療部会資料から)

- 「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとする」DPC評価分科会から中医協基本小委への提案(07年11月21日)
- 「急性期入院医療とは、疾病や外傷など急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪の治療を目的とし、一定程度の改善まで、医師・看護師・リハビリテーション専門職員等が中心となって行う医療」全日病「病院のあり方に関する報告書(2007年版)」
- 急性期病床の対応する入院医療は急性疾患だけではなく、重度の急性疾患(心筋梗塞、脳動脈瘤破裂等)はもちろんであるが、悪性腫瘍、高度な専門的手術・治療等も、急性期病床の提供する入院医療である。四病協「厚生労働省『医療提供体制の改革の基本的方向』に対する意見」(03年3月14日)

第14回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム 参加無料

テーマ「東日本大震災を教訓とした首都圏直下型地震の備え」

主催 ● 全日本病院協会
日時 ● 3月10日(土) 16:00~20:00 (15:00開場)
会場 ● 東医健保会館 〒160-0012 東京都新宿区南元町4
参加費 ● 無料 *終了後の情報交流会費は1人5,000円(会費制)
プログラム ●

講演Ⅰ / 「東日本大震災における津波火災と危険物施設の被害 ~次の大震災に備えて~」
講演Ⅱ / 「3.11を教訓とした首都圏直下型地震に対する災害医療」

全日病HPより詳しい案内及び申込書をダウンロードできます。

紙面の都合により「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

消費税の医療非課税がなお続こうとしている。その陰で、医療機関が一方的な負担を強いられていることを国民は知らない。その不合理さを伝え、もっと議論の輪を広げようではないか。

「社会保障と税の一体改革」により、消費税は2014年4月より8%に引き上げられ、2015年10月より10%に引き上げられる素案が決定した。消費税で増税を図り、社会保障費を捻出することが、税収が安定し、なおかつ世代で公平な負担だというのが国の見解である。

兵庫県民間病院協会では、2010年から「保険診療に係る消費税非課税制度の是正を求める訴訟」を提起している。この訴訟では、

- ①社会保険診療取引非課税のために仕入れ控除ができず、診療費控除も公定されているため、仕入れ控除分は医療機関の負担になっていることは憲法の平等原則に違反する
- ②この負担によって財産権が侵害さ

れている
③消費税負担の公平性を是正する手当てが規定されていないのは憲法84条に違反している
という3点について提起している。

5月に最終弁論を残すまでとなったが、現在のところ、国からの第3書面によると、要旨以下の反論が行なわれている。

- ①消費税法は事業者には税負担をかけたというものでない
- ②診療報酬は非課税のため仕入れ額控除の対象とはならない
- ③医薬品等の仕入れは消費税分を負担するものではなく、当該医薬品等の販売価格の一部を構成し、保険医療機関がその代金の一部として支出しているものにすぎないから法的負

担ではない。人件費等と同じく病院が支出するコストである

④社会保険医療サービス等は社会的弱者を守る見地で非課税としたものであるから不合理ではない

⑤毎回の保険点数は中央社会保険医療協議会における議論を経て改定が行われ、最終的には厚生労働大臣の裁量により改定されたものである

⑥診療報酬の改定率は予算折衝の過程の中で内閣が決定するものでその決定は専門技術的、政治的な政策判断によるものであって裁判になじまない

国は1989年及び1997年の診療報酬改定で消費税相当分を診療報酬に補填したと言っているが、その改定は消費税の影響があまりない部分にな

されていたり、特定の診療科に限定した改定になっていた。

つまり、診療報酬の加点が、更に不公平な税負担を強いているのではないかと疑問の残る改定になってしまったのである。

これらの問題を解決するには、医療を課税にするなど様々な方法が考えられる。しかし、この問題の根底にある消費税の公平性について議論をすることが何より大切ではないだろうか。

消費税が複雑で公平性を欠く点があることをもっと多くの人に知ってもらいたいものである。消費税増税をきっかけに、より公平で公正な税負担になるように議論する必要があるのではないかと考える。(N)

厚生労働省2012年度を「在宅医療・介護安心元年」とする

医療計画

全都道府県に13年4月開始を要請。医療対策協議会に社会医療法人も参加

厚労省は2月29日の「全国医政関係主管課長会議」で、都道府県等に医政局の2012年度重要施策を説明した。

大谷泰夫医政局長は「疾患を個別に治してきた医療は、今や姿を変え、地域における高齢者の生活支援を視野に、点から線へ、線から面へ、その対象を広

げていく時期を迎えている。そのためには在宅医療を充実しなければならない。その取り組みとして、あらゆる資源を総動員した、全面的かつ組織的な体制を用意していきたい」と述べ、厚労省として「在宅医療・介護推進プロジェクト」を立ち上げたことを強調した。

そして、2012年度を「在宅医療・介護安心元年」とすると宣した。

さらに、「本当に在宅医療が必要なのは、高齢者が急速に増えている都市部とその周辺部だ。そこでは、福祉のみならず、介護、薬事、健康の各部局、さらには、住宅政策や都市計画といった

分野等との連携が必要になる」と指摘、「医療が高齢者施策の中心を担うという気概をもち、市町村の皆さんは都道府県との連絡をより密にするとともに、医政担当部局の皆さんも垣根を越えた取り組みに邁進してほしい」と檄をとばした。

全国医政関係主管課長会議における厚労省幹部の説明(要旨)

2月29日 *特に明記がない限り、担当官は厚労省医政局所属を表わす。

●医事課(田原課長)

臨床研修制度の2009年度の改正で基幹型臨床研修病院の指定基準を見直し、基準を満たさない病院は12年3月末までの間、過去3年間に研修医受け入れ実績がある場合に限り基幹型の指定の継続が認められている。当該病院に対しては、訪問調査を行ない、その結果を踏まえ、医師臨床研修部会の意見等も聞いた上で12年度以降の指定継続の適否を決めることになっている。

●指導課(井上課長)

多くの都道府県は13年度から新たな医療計画を実施することになる。その見直しの方向性が出ている。こうした方向性を踏まえて現在の医療計画を見直し、現行の計画期間にかかわらず、各都道府県はできるかぎり13年4月から開始できるように見直しを進めていただきたい。作成指針や「疾病・事業ごとの医療連携構築指針」「精神疾患の医療連携構築指針」「在宅医療の指針」は今年度内にお出しする。

・2次医療圏については、とくに、人口が20万人未満で患者流入割合が20%未満、患者流出割合が20%以上の2次圏は、主な流出先医療圏との一体化などの見直しを検討していただきたい。
・医療法の医療対策協議会の活用をお願いする。社会医療法人を認定した都道府県は、その構成員に社会医療法人

の代表を加えていただきたい。

・在宅医療連携拠点事業は、高齢者福祉、障害者福祉等の部署とよく連携の上、管内医療機関等への周知をお願いしたい。各都道府県には1件分の推薦枠を設けることを検討している。(在宅医療連携拠点事業については3面「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」の記事を参照)

・災害医療に関しては「災害医療等のあり方に関する検討会報告書」にもとづいて、すみやかに「災害時における初期救急医療体制の充実強化について(局長通知)」を改正、併せて、医療計画の疾病・事業ごと医療体制の通知を改正する。医療計画の見直しにおいて、災害拠点病院やEMIS(広域災害・救急医療情報システム)、DMAT、中長期医療体制等の整備を促進するとともに、実効性のある訓練の平時からの実施にも取り組む体制の確立をお願いしたい。EMIS未導入の島根、長崎、宮崎、鹿児

島、沖縄の各県は導入の検討をお願いしたい。

・耐震の「IS値0.3未満」の建物をもつ病院には耐震整備計画等がないところが多い。「IS値0.3未満」の建物については11年度予算から医療施設耐震整備事業で基準額のかさ上げを行なっている。各都道府県は、当該病院に補助事業を活用した耐震整備を指導願いたい。

●老健局振興課(川又課長)

・介護においては地域包括ケアシステムを構築することで制度改正や報酬改定に取り組んでいる。その中では、とくに介護の充実とともに医療との連携強化が求められており、新年度からは、訪問介護と訪問看護を一緒に提供するサービスと小規模多機能居宅介護に訪問看護を加えた複合型サービスが始まる。

・地域包括支援センターは日常生活圏に1カ所ということで、現在すべての保険者(市町村)に4,145カ所、サブと合

わせると7,083カ所設置されている。そこには保健師、社会福祉士、主任ケアマネの3職種が配置され、地域の包括的・継続的ケアマネジメント支援事業などを行なっている。目標は、大体人口1万人規模の全中学校区に合計1万カ所の設置である。

・地域包括支援センターは「地域ケア会議」を運営する。この会議を中心に、介護、医療、家族、行政や民生委員等地域の方々でケアの方針等を話し合いながら地域を支えていく。この体制を後方支援するものが「在宅医療連携拠点事業」(医政局)と「地域ケア多職種協働推進等事業」(老健局)である。地域包括支援センターの悩みは介護や福祉の人が多いためか、医療の敷居が高く感じることである。「地域ケア会議」といったかたちがないと、医療との連携はうまくいかない。地域包括支援センターと医療との連携をよろしく願いたい。(「地域ケア会議」は3面を参照)

医政関係主管課長会議で老健局が地域ケア会議を紹介

2月29日に開かれた「全国医政関係主管課長会議」で、老健局の川又振興課長は地域包括ケアシステムについて説明した。そのほとんどが地域包括支援センターと地域ケア会議の紹介にあてられた。

同会議に他局幹部が出席して医政局以外の施策について説明するのは異例なこと。

老健局が主催した2月23日の「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」でも、医政局幹部が在宅医療拠点事業

について紹介するという異例な場面があった。

一体改革2025年プランに向けた第一歩となる2012年度施策において在宅医療・介護が鍵となるという厚労省の認識を表わすものだが、とおり一遍の域を出ず、出席者からもとくに質問は出なかった。(3面に関連記事)

清話抄

日本老年医学会は、近い将来に死が避けられない重い傷害・傷病を抱えた高齢者の終末期医療に関して、胃瘻や人工呼吸器装着などの治療行為を「撤退も選択肢として考慮すべき」とする見解を公表した。

急性期病院から療養型病院に転院してくる遷延性意識障害の高齢患者さん

には、経管栄養がなされ、それも経鼻胃管が多く、しかも、紹介状の末尾にはDNR(蘇生処置拒否指示)と記載されている場合も多い。

超高齢化社会の現在、脳血管障害で遷延性意識障害を負った高齢者は死が避けられないことは決まりきっていること。しかし経管栄養でかなりの年月は生き延びることができる。そのかなりの年月を鼻からの胃管で過ごすのは、本人はもちろん、家族にとっても大変

辛いこと。

ところが、それをPEG(経皮内視鏡的胃瘻)に変更することによって、顔つきが穏やかになることは確実であり、威厳を取り戻した顔つきになる方も多い。看取る側にとっても、苦悶の表情から解放された穏やかな顔を見て、安堵される方々が多い。

最近のPEG論争は、罪の部分が強調された論調が多く、本人と家族が安らかに過ごせる時間が多く取れるように

なるなどの功の部分だけが抜け落ちてしまっている。このままでは医療費抑制策の一環に乗って、高齢者医療にもトリアージが導入されてくるであろうと危惧を覚える。

胃瘻患者をエイリアンに例えるような国会議員がいることに憤りを感じる。終末期の超高齢者にとって幸せな時間とはいったい何なのかと考えさせられる今日この頃でもある。

(田)

地域包括支援センターが「地域ケア会議」 在宅医療連携拠点が「地域多職種会議」

それぞれの視点で医療・介護連携の場を創設。両者は「地域実情に応じて柔軟に連携」

厚生労働省は2月23日に「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」を開催、都道府県等の担当課長に、介護保険にかかわる2012年度重要施策について説明した。

その中で、老健局の川又振興課長は、介護・医療のサービスと多職種連携をコーディネートする「地域ケア会議」を地域包括支援センターの下に開催する構想を明らかにした。

「地域ケア会議」の開催は地域包括支

援センターの機能強化の一環として導入され、行政、事業者、住民など医療・介護の関係者で構成される地域ケア会議がコーディネートすることで、地域包括ケアシステムを実現しようというもの。

一方、医政局指導課在宅医療推進室の福原室長が登壇、都道府県の担当者に、在宅医療連携拠点を整備するために2012年度予算で拠点事業を実施する方針を説明した。

その中で、在宅医療連携拠点は「地

域の多職種が集まる会議を開催」するほか、「医療と介護に詳しいコーディネーターを配置して医療と介護の連携を図る」ことを明らかにした。

在宅医療連携拠点と地域包括支援センターの関係に関する福原室長の説明はきわめて「ザックリとしたイメージ」とどまった。そのため、両機関の機能の共通性と相違は不明だ。在宅医療連携拠点の説明資料にも「両者の連携は地域の実情に応じて柔軟に行なうことが

必要」とあるのみだが、縦割り行政による二重組織になることが懸念される。

昨年10月21日に開かれた中医協と介護給付費分科会の会議で、中医協の診療側委員は、医療と介護が一体となった地域連携拠点を一定圏域ごとに設置して、医療・介護にかかわる人、もの、事業、情報のコーディネートを担わせる考えを提言。その際、地域連携拠点の設置運営主体は行政がよいという介護給付費分科会委員の見解に反対して、民間主体の運営体制を提案している。

地域ケア会議と在宅医療連携拠点による多職種を集めた会議の競い合いで地域の医療・介護連携が緊密化するか、あるいは「会議は踊る」ことになるのか、関係者には分かりにくい施策が出現した。

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議における厚労省幹部の説明(要旨) 2月23日 *特に明記がない限り、担当官は厚労省老健局所属を表わす。

●介護保険計画課(度山課長)

・第5期計画の一番重要な点は、日常生活圏域ごとの状態像を把握し、状態像から地域のニーズを明らかにして、それに対する対応策を明らかにすることである。全国千数百の保険者がどのような第5期計画の策定プロセスをたどっていったかを調査検証し、それを基に、第6期計画(2015～17)の策定指針を考えたい。

・現在(第4期)の介護保険料が全国平均4,160円のところ、第5期(2012～14)には800円ほど上がり、5,000円前後になるとみられる。

・「目にみえる効果が得やすい縦覧点検・医療情報との突合」の実施率が、2010年度で全国平均78.2%にとどまっている。12年度に「介護給付適正化特別事業」を実施し、①「縦覧点検・医療情報との突合」の実施月数の拡大等に取り組む、②「事業所への牽制効果がある介護給付費通知事業」等の実施を予定している。

●高齢者支援課(深澤課長)

・介護施設の緊急整備として2009～11年度に16万床の整備目標を掲げたが、11年度末の見込み(11年9月末現在)は約14万床にとどまった。自治体調査によると、11年度末の基盤整備基金の執行見込みは約8割と、一定の執行残が見込まれている。

これを踏まえ、かつ、第5期計画の基盤整備の支援策として、12年度は基盤整備基金の実施期間を1年延長し、既存の事業に加え、定期巡回・随時対応サービス事業所と複合型サービス事業所を新たな助成対象に追加、その整備を支援する。

・介護療養病床の転換については、2012年度予算案で、①介護療養型医療施設等転換整備事業の交付単価を改善するとともに、②転換に必要な設備整備費用をソフト交付金(地域介護・福祉空間推進交付金)のメニューに加える、ことを行なった。助成単価(案)は以下

のとおりである。

□介護療養型医療施設の転換整備(1床あたり)創設/1,700千円、改築/2,100千円、改修/850千円

□介護療養型医療施設の転換に必要な設備等 150千円(1床あたり)

●認知症・虐待防止対策推進室(勝又室長)

・より実効性のある認知症施策を講じるために、藤田政務官を主査にした「認知症施策検討プロジェクトチーム」を昨年11月に設置した。年度末をめどに方向性をとりまとめる。

・認知症サポート医やかかりつけ医認知症対応力向上研修を修了した医師は、必ずしも認知症の専門医ではないが、認知症医療や地域医療における医療・介護連携の推進上必要不可欠な存在である。このため、本人の同意を得た上で、認知症サポート医や認知症対応力向上研修を修了した医師の氏名と所属医療機関名等をリストにして、地域包括支援センターと地域住民に情報提供することをお願いしたい。

・認知症の正しい知識をもち、認知症の人やその家族に手助けをする認知症サポーターの養成は、地域における認知症施策を進める上で重要な取り組みである。我々は、2014年までに認知症サポーターを400万人養成する目標を掲げているが、11年末現在で300万人に達した。自治体によって養成事業の実施率にばらつきがあるが、引き続き、積極的な取り組みをお願いしたい。

●社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課(本後課長補佐)

・認知症疾患医療センターは2008年度から全国150カ所を目指して整備を行ってきたが、12年2月1日現在、40道府県、10指定都市に146カ所設置するにいたった。12年度予算案では設置数を175カ所に増加することにしている。

●振興課(川又課長)

・地域包括ケアシステムを構築するためには、介護・医療の公的サービスと

地域住民等のインフォーマルなサービス等をコーディネートする地域包括支援センターの機能を強化していく必要がある。介護給付費分科会の審議報告(11年12月)に、ケアプラン作成における多職種連携を推進する観点から、地域包括支援センターによる「地域ケア会議」を提唱しているが、今回、地域包括支援センターの設置運営通知を改正し、「行政職員、介護サービス事業者、医療関係者、家族、民生委員等から構成される会議体(地域ケア会議)の設置・運営」を盛り込む方針である。

・ケアマネジャーについては、介護給付費分科会の審議報告を踏まえ、「自立支援に資するケアマネジメントの普及のためのケアマネジメント向上会議」および「ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方に関する検討会」を設置する。

●医政局指導課在宅医療推進室(福原室長)

在宅医療・介護の推進は報酬面の対応には限度があることから、予算と制度を併せた三位一体の対応を図っていくというのが「在宅医療・介護推進プロジェクト」である。

プロジェクトとして、他局とまたがりながら、2012年度予算案に35億円を計上している。主な内容は、①多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業(1.1億円)、②在宅医療連携拠点事業(20.6億円)であるが、ほかに、③在宅医療提供拠点薬局整備事業、④栄養ケア活動支援整備事業、⑤在宅サービス拠点の充実(複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応サービス、訪問看護ステーションの普及)、⑥低所得高齢者の住まい対策などからなる。

①は指導者を養成する事業で、1つには都道府県リーダーとして、国が、各都道府県で中心的役割を担う行政担当者や在宅医療関係者(3人ほど)を対象に養成研修を実施する。次に地域リーダーとして、都道府県リーダーが各

都道府県約150人の地域リーダー(市町村単位で選抜された医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネ等の在宅医療従事者)の養成を受け持つというものだ。

②は、すでに11年度予算において10ヶ所で先行事業が実施されている、在宅診療、在宅病棟、訪問ステーション等を対象とした在宅医療連携拠点事業である。

まずは、地域の多職種が集まる会議を設置、開催してもらう。次に、地域において24時間の在宅医療体制を構築する。3つ目に、医療と介護の双方に詳しい人材をコーディネーターとして配置して医療と介護の連携を図る、という3点からなる。

2011年度は、各都道府県におけるリーダー養成講習会と全国100カ所での在宅医療連携拠点事業を予定している。在宅医療連携拠点には、在宅診療や在宅病棟だけでなく、訪問ステーションや医師会など様々な機関をイメージしており、それぞれの地域にあった方法で構築することを考えている。

在宅医療連携拠点と地域包括支援センターの関係であるが、地域包括支援センターは地域の高齢者を、在宅医療連携拠点は地域で医療を必要としている方をそれぞれ念頭において、在宅医療を要する高齢者にかかわる地域ケア会議等を開催したり、多職種の連携を図っていくというのがザックリとしたイメージであるが、両者の連携は地域の実情に応じて柔軟に行なうことが必要である。

医療部会の意見とりまとめでは、(1)在宅医療連携拠点は、法制上、その趣旨と役割を明らかにすべき、(2)在宅医療を担う医療機関等の整備目標と役割分担等を医療計画に盛り込むことを法制上明確にすべき、とされた。

後者については、医療計画作成における在宅医療の指針として3月下旬にお示しできる。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> メディカル クラーク

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、35年余にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

■受験資格 問いません。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 6,500円
■試験日 年12回(毎月)

■試験科目
<実技Ⅰ> 患者接遇
<学 科> 医療事務知識
<実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

<称号> 医事業務管理士

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する、平成23年度より開始の試験です。

■受験資格 問いません。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 7,000円
■試験日 年3回(7月・11月・3月)

■試験科目
<実技Ⅰ> 患者接遇・院内コミュニケーション
<学 科> 医事業務管理知識
<実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

<称号> ドクターズクラーク 【主催】社団法人 全日本病院協会
財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

■受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 8,000円

■試験日 年6回(奇数月)
■試験科目
<学 科> 医師事務作業補助基礎知識
<実 技> 医療文書作成

●試験の詳細資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

(財)日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿楽町 2-2-10-1923
●03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

2012年度診療報酬改定－改定結果の評価と自院への影響

2012年度診療報酬改定は答申が出たものの、告示や通知が出るまで、その詳細は分からない面がある。その状況を承知の上で、会員病院に「改定結果への評価と自院への影響」の報告をお願いした。

改定のメッセージを読み取り、各病院とも対応策を追求

在宅医療は方向性を評価。医療療養は将来像を予測。亜急性期等はケースミックスで判断。DPCは係数を待つて対応

急性期・亜急性期

7対1の要件引き上げ 自院はきわどく算定の維持が可能

しかし、専門病院の急性期評価のあり方については議論が必要

社会医療法人緑泉会 整形外科米盛病院 理事長・院長 米盛公治

社会医療法人緑泉会は、一般病床(84床)、亜急性期病床(10床)からなる米盛病院と、回復期リハビリ病棟(101床)、医療療養病床(40床)、介護療養病床(20床)からなる吉村病院の2つの医療機関を運営しており、整形外科治療を専門とする法人である。

以下、次年度診療報酬改定で議論されていた亜急性期病床と回復期病棟の統合、及び専門医療機関における急性期医療点数のあり方、について、私見を述べさせて頂く。

回復期病棟では、より重症度の高い患者さんを受け入れる回復期リハビリテーション病棟入院料1(1,900点)が新設され、一方亜急性期病床でリハビリ患者さんを診る場合、点数は亜急性期入院医療管理料2(1,900点)を算定することになった。

一見、リハビリを受ける患者さんは、2つの点数が同じだけに、実質的に2つの病床が同じ点数体系になったのかと錯覚しそうである。しかし、患者さんの重症度や在宅復帰率などの施設基準は異なっており、また13対1の一般病床でない限り看護師の人員配置基準も異なるため、亜急性期と回復期は、依然異なった病床体系だと認識している。

実際、整形疾患の患者が多い、当回復期では回復期1を算定することは難しい。

ただ、亜急性期病床の点数改定は、亜急性期では急性期の術後管理や合併症を抱える患者を対象とする機能とリハビリを集中的に実施する機能を分け

ていくとのメッセージは受け取れた。

当法人において言えば、昨年来の改定論議を受けて、亜急性期と回復期の入院患者さんの調査を事前に実施していた。その結果、患者さんの合併症の有無や術後管理の状態は、ほとんど大差がないことがわかり、次年度より亜急性期病床数を減らし、できるだけ回復期リハビリ病棟の退院を促進しながら、2つの病床を統合していく方針を固めていた。

一方で、亜急性期病床を減らすかわりに、より整形外科領域の急性期分野に力を入れていく方針も打ち出していた。

そんな折、今回の改正で7:1看護の看護必要度要件が10%から15%に引き上げられた。7:1看護は急性期医療を担う医療機関が行うべきものであり、何らかの基準を設ける必要があることは十分理解できる。

しかし、A・B判定による看護必要度評価だけでは専門病院の看護業務の評価としては不十分である。A・B判定は、超急性期病院か寝たきりの患者さんが多く入院する亜急性期的な医療機関に有利であり、整形やがんなどを専門的に診療する医療機関にとって、15%の要件算定はハードルが高い。

当院は、救急患者受け入れ拡大や在院日数の削減などでぎりぎり算定を維持できると考えているが、DPCなどでも議論されている「専門医療機関における急性期医療点数のあり方」については、是非、もう少し議論を深めて頂きたい。

するため、施設基準の要件を満たすよう早急に対策を取る必要がある。医師事務作業補助体制加算25対1、地域医療支援病院などの届出を目指さなければならない。

個別の診断群分類点数については、当院で4割以上を占めるMDC05(循環器系疾患)とMDC06(消化器系疾患)について、ツリー図や定義テーブルがどう変化したかの確認が早急に必要である。特に、副傷病が複雑化しているため確認と分析が必要である。

2010年度改定で傷病の原因となった外因(ICD10・Tコード)が副傷病欄に多く見られるようになった。今回の改定でもこの傾向は続くであろう。

例えば、施設入所の高齢者が肺炎で入院し、留置カテーテルによる尿路感染症が合併症にあったとする。病名が「尿路感染症」だけでは副傷病なしになってしまうが、正しいICD病名は「カテ

ーテル留置による尿路感染症(T835)」であり、副傷病ありとなる。

このような情報をカルテから読み取り、DPCコーディングできなければ10日間で6万円以上の収入差が開いてしまう。

こういった広義の請求漏れを防ぐた

めには、使用した薬剤・材料を請求する今までの医事課の知識だけでなく、カルテが読めて正しくコーディングができる知識が更に必要になる。請求担当者の質が病院運営の鍵を握っていると考える。

慢性期

医療療養の将来像を示す改定 急性期からの受入と在宅支援への期待値か

介護のリハ強化がないと、維持期リハはなくなる

医療法人愛の会 光風園病院 理事長・院長 木下 毅

光風園病院は210床で、医療療養病棟60床、特殊疾患病棟60床、回復期リハ病棟58床、介護療養型医療施設32床で運営している。医療療養病棟は20:1看護で医療区分3が32人、医療区分2が26人、医療区分1は0人である。

今回の改定は医療療養病床の将来像をある程度示していると考えられる。急性期病院からの重症患者の受け入れ、在宅支援機能を持つ事が期待されていると読み取れる。この機能を十分に持つ事はかなりハードルが高いが、そうでなければ病院として存在し得ないというメッセージにも受け取れる。それができなければ、将来は介護保険施設に行くということになる可能性がある。

今回、医療区分の見直しが行われなかった事は残念であるが、報酬改定で当院の療養病棟での収入がどうなるか、まだ通知が出ていないので正確ではないが1月の実績をもとに計算してみた。

収入増は、超重症児(者)入院診療加算4人で37万2,000円、準超重症児(者)入院診療加算26人加算で80万6,000円、

合計で117万8,000円の増となる。

収入減は、基本点数減で1万8,600円、リハビリは1,018単位219万6,950円行っているうちの99万6,450円が期限を超えて行われている。期限越えには神経難病のリハビリも含まれているが今後どの程度認められるかはまだわからない。単純に計算すると99万6,450円の減である。

当院の現状では、栄養サポートチーム加算と病棟薬剤業務実加算は算定できない。算定できるとしても経営上の利益とはならないので、チーム医療の中で実施してゆく。

救急・在宅等支援療養病床初期加算1、退院調整加算2、地域連携計画加算、総合評価加算などの新設や増点が行われたが、実数がすくないので収入にはあまり影響しない。

維持期のリハビリは介護保険で行う方向が示されているが、今の介護報酬では人件費も出ないような単位数なので、介護保険でかなりのリハビリの充実が行われない限り、今後維持期のリハビリはなくなってしまう恐れがある。

在宅医療

在宅医療を強化していた 中小病院には追い風

自院は病診ともに機能強化型が可能。在宅医療のさらなる充実を展望

社会医療法人恵仁会 くらさわ病院 理事長・院長 黒澤一也

今回の改定では重点項目として在宅医療の充実が謳われ、それに伴い、様々な面で点数がアップしている。特に在宅療養支援病院(以下在支病)として在宅医療を強化していた中小病院には追い風になると考える。

今回の改定では「機能を強化した」(以下強化型)在支病が設定され、要件からしても、実績のある在支病であれば要件を満たすことは可能だと考える。それにより往診における加算や在宅時・特定施設入居時医学総合管理料などで強化型について項目の新設や点数の増加した項目がある。

当院は83床のケアミックス小病院で、開設当時より在宅医療を行っており、平成22年4月に在支病の届け出をしている。

在宅診療の患者数は市内の在宅支援診療所(以下在支診)を含め約50人である。当院の場合、強化型の要件を満たしており、以下の項目で点数の増加を見込んでいる。

まず、当院は在宅の他に特定施設への訪問診療を行っているため、在宅患

者訪問診療料において新設された同一建物(特定施設)で約6%のアップ、また、在宅時医学総合管理料で約18%、往診における各種加算で約41%のアップを見込める(いずれも平成23年度1月までの実績での試算)。

一方、市内の在支診は、当院とも連携して訪問診療を行っているため、複数の医療機関が連携して機能強化型の要件を満たし、さらに、緊急時連絡先の一元化や定期的なカンファレンスも行っているため、在支診も強化型として届け出ることができるのではと考えている。

在支病がサテライト在支診を有していれば、そちらでの増収も見込める可能性がある。当院はがん患者や小児の在宅医療は行っていないため、これらを行っている強化型在支病では、さらなる点数アップも考えられる。

いずれにせよ今回の改定では、在支病を届出ている中小病院にはプラスの部分が多く、より機能を強化させ在宅医療を充実させることで、さらに追い風になると考えている。

DPC

係数Ⅰは届出で変動 急ぎ施設基準を満たす対策を取る必要

ツリー図や定義テーブルの分析が大切。請求担当者の質が病院運営を左右

社会医療法人財団董仙会 患寿総合病院医事課 診療情報管理士 村守隆史

今回のDPC改定について、2月24日現在で具体的なツリー図・定義テーブルは示されていないが、従来の調整係数が基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換わる方向は妥当と考える。係数部分は、当院の場合は係数1%で年間2,500万円となるため、注視が必要である。

基礎係数は診療密度の高い病院Ⅱ群に入らないと下がると予想される。厚生労働省によると病院Ⅱ群は80病院程度と、病院Ⅰ群である大学病院並みの実績要件を求めているため、(基準値は示されていないが)かなり高いハードルであろう。

機能評価係数Ⅱは、前回改定同様、救急、がん・脳卒中の診療や地域連携、周産期医療などいわゆる5疾患6事業をオールマイティにこなす総合病院ほど高くなる。当院の場合は、前回改定とほぼ同程度と予測している。

機能評価係数Ⅰは届出で係数が増加

2012年度介護報酬改定の影響を考える

介護療養型と転換老健の差はまだ5%近くも

それでも、療養病床との連携を図る上で転換老健の整備は有効な手段

医療法人永生会 永生病院 理事長 安藤高朗
事務部長 田野倉浩治

今回の介護報酬改定率は、東日本大震災などもありプラス改定は厳しいといわれる中、+1.2%（在宅+1.0% 施設+0.2%）のプラスとなり、胸をなでおろした方々も多かったのではないのでしょうか。

●介護療養型医療施設の減額

平成24年3月31日廃止予定から6年間の延長措置がとられている介護療養型医療施設の施設サービス費は、従来型個室で-1.89%、多床室で-1.9%、なかでも多床室の要介護度3.4は-1.93%と、要介護度につれて減額幅が大きくなっています。

介護療養病床で受け入れている対象者の要介護度は徐々に上がっていることを考えると、今後の施設運営にボディーブローのように効いてくると思われまます。

●処遇改善交付金の加算化と地域区分の見直し

また、介護職員の処遇改善を目的に平成21年10月からスタートした「介護職員処遇改善交付金」は、補正予算等の財政措置から介護報酬に含まれることとなりました。すべての要件を満たせば単位数は1000分の11(1.1%)ですが、新旧比較を行う場合には介護職員処遇改善交付金も含めて検証する必要があります。

地域区分の見直しもされています。従来の5区分から7区分に細分化されており、表記も「特別区～乙地」から「1級地～6級地」と変更されています。ちなみに、当院が位置する八王子市は特甲地で療養病床の件費率45%であっ

たものが改定後は3級地人件費率45%になり、単価は10.45から10.54に改定されました。

●口腔機能維持と認知症への加算の新設

今回の改定で新設された項目の一つが「口腔機能維持管理加算110単位」で、歯科医師の指示を受けた「歯科衛生士」が入院患者に対して口腔ケアを月4回以上行った場合に所定単位数を加算できるとしています。

前々回の改定で協力歯科医療機関の定めが努力目標となり、前回歯科医師や歯科衛生士との連携を報酬上で評価、今回はさらに踏み込んで歯科衛生士が直接行った口腔ケアを報酬上で評価しており、口腔ケアの必要性とますます「歯科」との関わりが重要視されています。

二つめが「認知症行動・心理症状緊急対応加算200単位」です。認知症の行動・心理症状が認められ、在宅での生活が困難となり、緊急入院が必要と判断し入院した場合に7日間加算できるものです。この判断した「医師」は精神科の医師以外でもよいのか確認が必要です。

●退院前後訪問指導加算の見直し

今回の変更項目の一つは「退院時等指導加算」の中の「退院前後訪問指導加算」で、「退院前訪問指導加算」と「退院後訪問指導加算」に分離し、明確に区分されました。報酬単位は変わりません。また、「経口維持加算」の算定要件は「医師の指示」に基づいて「医師の指示を受けた管理栄養士等」が実施

することでしたが、医師の他に「歯科医師」が加わっています。

●介護療養型老人保健施設(転換老健)

介護療養型老人保健施設(転換老健)については、前回介護療養型医療施設との比較で6%以上の減収幅であったものが4.2%と減収幅が小さくなっています。まだ5%近い開きがある以上積極的な転換は難しいかもしれませんが、療養病床との連携を図るうえで転換老健を整備することは有効な手段となることが期待されます。

●在宅強化型老健の創設

次に、介護老人保健施設ですが、従来型老健より高い報酬の在宅強化型老健が創設されました。在宅復帰率やベッド回転率等の体制要件はかなり厳しいと感じますが、より地域密着型を目指すためには取り組むべきだとも思います。

入所ではターミナル加算の見直しが行われ、施設内での看取りを評価するものとなっています。また、ショート(短期入所)も下がりはしましたが、下げ幅は比較的小さいものでした。

●訪問看護ステーションのリハの見直し

訪問看護ステーションでの評価は、看護師による訪問は時間数の短いものが評価されています。また、訪問看護ステーションから出ていたリハビリテ

ーションが大きく見直されています。各事業所で行われているリハビリテーションの整合性を図ったものと考えます。これにより当法人内では訪問看護ステーションの減収幅が大きくなっています。また、グループホームについては、1ユニットの場合は要介護1.2で、2ユニットではすべての区分において減額されており、その影響は大きくなっています。

●唯一プラスとなった居宅介護支援事業と通所リハ

今回の改定で唯一プラスとなっているのが居宅介護支援事業と通所リハビリテーションでした。居宅支援事業においてはケアマネージャーとの連携がますます重要となります。通所リハビリテーションですが、算定要件が大きく見直されました。その一つが「リハビリテーションマネジメント加算」で、1月の通所回数が「8回以上」から「4回以上」へと大きく緩和されました。

今回の医療・介護の同時改定では、様々な点で医療・介護の連携、移行等が示されています。今回の改定は各サービス費の増減と単価の増減が入り混じっているため、今後出される関係資料をしっかりと読み込みつつ、具体的に自院がどのような影響を受けるのかシミュレーションしてみる必要があるでしょう。

■介護報酬 シミュレーション

	介護療養型医療施設	老人保健施設		訪問看護ステーション	居宅支援		訪問介護	通所リハ	GH	計
		A	B		A	B				
介護保険収入	-0.91%	-1.09%	-1.27%	-10.79%	0.60%	1.50%	-1.25%	3.39%	-1.60%	-1.04%

12年度に交付金を受けた事業所は“みなし承認”とする

介護職員処遇改善加算の算定要件案 賃金水準低下を禁じる。事業継続が著しく困難な場合は賃金見直しを認める可能性も

2月23日の「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」で、宇都宮老健課長は、2012年度介護報酬改定で新設された介護職員処遇改善加算に関する算定要件の基本的考え方と届出事務処理の「素案」を明らかにした。

「素案」は加算算定額に相当する賃金改善を要件にした上で、その前提条件として「賃金水準を低下させてはならない」と明記。同課長も口頭で「11年度の直近の給与から現行の交付金分を差し引いた額を活用(して判断)する」と

述べるなど、厳しいチェックをとることを示唆した。

他方で、経営悪化などから事業継続が著しく困難な場合には、「労使の合意を得た上で、賃金水準を見直すこともやむを得ないとの解釈を示す」という

見解を表記している。

ただし、この部分は括弧書きにされており、今後、方針が変更される可能性も考えられる。

「素案」は通知化されて、3月半ばに発出される予定だ。

介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について(素案) 2月23日

2. 加算の仕組みと賃金改善等の実施

(1) 加算の仕組み 略

(2) 賃金改善等の実施等

①加算の算定額に相当する賃金改善の実施

介護サービス事業者等は、加算の算定額に相当する介護職員の賃金(退職手当を除く)の改善を実施しなければならない。賃金改善は、本給、手当、賞与等のうちから対象とする賃金項目を特定した上で行うものとする。この場合、特定した賃金項目を含め、賃金水準を低下させてはならない。

※介護サービス事業者等のサービス利用者数の大幅減少など経営の悪化等により、事業の継続が著しく困難であると認められる理由がある場合には、適切に労使の合意を得た上で、賃金水準を見直すこともやむを得ないとの解釈を示す。なお、賞与等において、経常利益等の業績に連動して支払額が変動する部分が業績に応じて変動することを妨げるものではないが、本加算に係る賃金改善はこうした変動と明確に区分されている必要がある。(編集部注この部分は「素案」では括弧に収められており、未定の可能性がある)

②介護職員処遇改善計画書の作成

i) 介護職員処遇改善計画書の記載事項 略

ii) 必要書類の添付 略

③キャリアパス要件等届出書の作成 略

④複数の介護サービス事業所等を有する介護サービス事業者等の特例

介護職員処遇改善計画書は、介護サービス事業者等(法人の場合に限る)である場合や介護サービス事業所等ごとの届出が実態に鑑み適当でない場合、当該介護サービス事業者等が一括して作成することができる。また、同一就業規則により運営されている場合に、地域ごとや介護サービスごとに作成することができる。

都道府県または市町村(指定権者による)の圏域を越えて所在する介護サービス事業者等を複数有する介護サービス事業者等(法人に限る)についても同様とする。(以下略)

⑤その他

加算の目的や「厚生労働大臣が定める基準」イ(5)を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

3. 加算の見込み額の計算 略

4. 加算の単位数 略

5. 加算の停止

都道府県知事等は、介護職員処遇改善加算を算定する介護サービス事業者等が次の各号に該当する場合は、既に支給された加算の一部若しくは全部を不正受給として返還させること又は加算を取り消すことができる。(以下略)

- 一 算定要件を満たさなくなった場合
- 二 虚偽又は不正の手段により加算を受けた場合

6. 都道府県知事等への届出

加算の算定を受けようとする介護サービス事業者等は、算定を受ける年度の前年度の2月末日までに、介護サービス事業者等ごとに、当該介護サービス事業者等の所在する都道府県知事等に提出するものとする。ただし、介護職員処遇改善計画書を一括して作成する場合は、一括して都道府県知事等に届け出ることができる。また、年度の途中で加算の算定を受けようとする介護サービス事業者は、算定を受けようとする月の前々月の末日までに、都道府県知事等に提出するものとする。

7. 平成24年度当初の特例

平成24年度については、平成24年度に介護職員処遇改善交付金の承認を受けていた介護サービス事業者等は、当該

承認をもって、加算の算定要件を満たしたものとみなし、当該加算を支給することとする。この場合、各介護サービス事業者は、平成24年5月末までに、介護職員処遇改善計画書及び計画書添付書類を都道府県知事等に提出すること。なお、介護職員処遇改善交付金の承認を受けていない介護サービス事業者等(新たに都道府県知事等の指定を受ける介護サービス事業者等を含む)の介護サービス事業者等については、加算の算定を受けようとする月の前々月の末日までに介護職員処遇改善計画書及び計画書添付書類を都道府県知事等に提出すること。なお、当該事業所等である場合は、平成24年3月20日までに介護職員処遇改善計画書及び計画書添付書類を都道府県知事等に提出すること。

8. 都道府県知事等への変更の届出 略

9. 賃金改善の実績報告

介護サービス事業者等は、各事業年度における最終の加算の支払いがあった月の翌月の末日までに、都道府県知事等に対して、以下の事項を含めた別紙様式5の介護職員処遇改善実績報告書を提出し、2年間保存することとする。(以下略)

夜勤・交代制で日看協がGL案。四病協が反対を表明

「拘束は最長13時間、勤務間隔は最低11時間」—日看協は施策への反映を求める

日本看護協会が昨年12月28日に公表した「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン(案)」が病院界で波紋を広げている。

GL案の軸となる「夜勤・交代制勤務の勤務編成の基準(案)」は、夜勤と交代制にかかわる勤務表を作る上の課題と目標を11項目にわたって明示。その中で「最低11時間以上の間隔をあける」あるいは「最大拘束時間を13時間までとする」など、看護職の勤務体制に対する日看協の端的な考え方を示している(別掲)。

この問題を重視した四病院団体協議会は2月16日に看護管理者意見交換会を開催、4団体会員病院の看護師長クラスを集めてGL案に対する意見を聞くとともに対応策を協議。さらに、2月22日の総合部会でこの問題を取り上げて議論した結果、四病協として、GL案が及ぼす影響への懸念と反対意見を表明することを決め、記者会見でその旨を発表した。

日看協は、GLを「看護職員の夜勤・交代制のリスクをマネジメントするツール」として位置づけ、夜勤・交代制の現状を改善するために、「職場での話し合いによる自主的な取組みに活用してもらう」ことを期待している。

GL案は意見募集にかけられたが、意見受付は1月31日に終わった。日看協は、意見を踏まえた最終案を4月に公表、さらに検討を加えた上、7月の理事会で策定(機関決定)したいとしている。

このGL案に多くの病院経営者は戸惑いを隠さない。それは、昨年6月10日のGL骨子案の発表に先立つ6月3日の厚労省労働基準局長宛要望書で、GL骨子案の作成に触れた上で、それにもとづいて「看護職の夜勤・交代制勤務に関する改善目標の設定」を行なうことを重点要望にあげているからだ。

つまり、GLにもとづいた勤務表の作成を職場で話し合うなど指針として活用することにとどまらず、厚労省など政府施策にその内容を反映させていくことを戦略課題としているのである。

交代制勤務は、看護職員でみると、3交代制が27.3%、2交代制が22.7%となっている。これを一般病棟でみると、41.6

%の病棟で3交代制が、64.6%の病棟で2交代制が採用されている。かつて主流の3交代制は2交代制へと変わりつつあるが、特に、小規模病院(一般病棟)ほど2交代制が多い(「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」)。

こうした現状に対して、日看協がGL案の基礎資料とした「2010年病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査」は、個人調査(回答2,260人)の結果から、「二交代制勤務では16時間以上の長時間夜勤を87.7%が行っていた」ことを、また、現在の勤務先が1施設目である交代制勤務者について、夜勤拘束時間による就業継続の意向をみると、夜勤の拘束が「12時間以上」の者が離職を「考えている」割合は56.7%と、「12時間未満」の49.2%より高くなっていたことを、それぞれ明らかにしている。

そうした結果、GL案は、全11項目の中でも、とくに、「勤務間隔時間(休憩時間)」と「勤務の拘束時間の長さ」の2項目を「夜勤・交代制勤務の勤務編成基準の根幹をなす重要なもの」と位置づけ、日看協として、重点的にその実現を求めていく方針を打ち出している。

内という規定に苦しんでいる。その主な原因は看護師の不足である。

多様な働き方を認めるワークライフバランスは日看協も提唱するところで、「看護職確保定着推進事業」の一環として「看護職の多様な勤務形態による就業促進事業」を積極的に推進しているが、勤務シフトの自由化に反するケースの典型が、夜勤専門あるいは日勤専門という変則的な就業を希望する看護職員を排除する72時間規定といえる。

看護師不足の状況下で7対1入院基本料の導入に腐心し、72時間規定の厳守どころか、その強化を主張する日看協は、新たに、「拘束時間は最長12時間以内を原則とするが、12時間を超える場合には最長13時間とする」「勤務間隔時間は最低12時間以上とすることが望ましいが、12時間が確保できない場合は最低11時間以上とする。仮に勤務時間が予定より延長した場合にも、最低11時間の間隔を置かなければ次の勤務を開始しない」という強硬論をかざし、さらには、そうした目標を施策に

反映するよう求めていくとしている。

こうした考え方に、2月22日の四病協総合部会で批判が続出した。

「現実には不可能な話だ。理想主義というよりも現場を知らない観念論である」「看護労働のあり様は病院の機能によって異なる。最長13時間というが、例えば、療養病棟には意味がない」「看護労働の質を高めるという施策と外国人看護師の養成は一体の話であるべきではないか」などの声飛び交う中、「この方法をうまく使うと日本の病床を抑制することができる」という意見も聞かれたほどであった。

議論の結果、「病院機能に即した看護労働のあり方」も含めて会員病院の看護現場を対象に実態調査を実施する方向が確認された。

具体的な対応策は、全日病神野副会長ほか各団体から1人ずつ選ばれた会議体で検討することを決めた。

□日本看護協会「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン—勤務編成の基準(案)」

項目	基準
①勤務間隔時間(休憩時間)	最低11時間以上の間隔をあける ・最低12時間以上とすることが望ましいが、送り時間の設定に伴い12時間が確保できない場合は最低11時間以上とする。 ・仮に勤務時間が予定より延長した場合にも、最低11時間の間隔を置かなければ次の勤務を開始しない。
②勤務の拘束時間の長さ	最大拘束時間を13時間までとする ・日勤・夜勤とも実労働が8時間を超える場合には拘束時間は最長13時間までとする。 ・拘束時間は、前後の送り時間、実労働時間、休憩、仮眠時間、超過勤務時間の合計。 ・拘束時間は最長12時間以内を原則とするが、送り時間の設定によって12時間を超える場合は最長13時間とする。
③夜勤回数	3交代制勤務は月8回以内、2交代制勤務等は労働時間に応じて適切な回数にとどめる
④夜勤の連続回数	最大2連続(2回)までとする
⑤連続勤務日数	5日以内とする
⑥休憩時間	夜勤の途中で1時間以上、日勤時は労働時間の長さや労働負担に応じて適切な時間数を確保する
⑦夜勤時の仮眠時間	夜勤の途中で連続した仮眠時間を設定する
⑧夜勤後の休息(休日を含む勤務間隔)	1回の夜勤後は連続24時間以上、2回連続夜勤は1回目と2回目の間に12時間以上、2回目の夜勤後は連続48時間以上を確保する
⑨週末の連続休日	少なくとも1ヵ月に1回は土曜・日曜ともに完全な休日をつくる(なお、休日はできるだけ連続とする)
⑩交代の方向性	正循環の交代周期とする
⑪早朝始業	早出の始業時刻は7時以前にすべきでない

*①勤務間隔時間(休憩時間)と②勤務の拘束時間の長さの2項目は、基準の根幹をなす重要なものと位置づけている。

統合を否定。両病院間の連携強化を提言

国立病院・労災病院で報告書 「一般医療の提供は不可欠」。政策医療に財政支援の強化を求める

厚生労働省は2月15日に「国立病院・労災病院等の在り方を考える検討会」報告書を公表した。同報告は、国立病院機構と労働者健康福祉機構の統合は困難であり、当面、両機構の連携強化を図るとともに政策医療に対する財政支援を続けていくべきと提言している。

同検討会は、厚生労働省所管公益法人等の整理統合を提言した「独立行政法人・公益法人等整理合理化委員会」報告書(2010年12月)に、「国立病院機構と労働者健康福祉機構は、傘下病院ネットワークの統合や個別病院の再編、整理のために検討会を設置する」と書き込まれたことを受けて、昨年4月に設置された。

独立行政法人国立病院機構は144病院(5万2,742床)とわが国病床の3.5%を占め、職員数も5万1,058人を擁する巨大な病院チェーンである。2010年度の診療部門予算は8,498億円。うち、437億円を国からの財政支出によっている(ただし、診療予算を補填する政府の運営費交付金は49億円)。

厚生労働大臣が定める中期(5ヵ年)目標の遵守が求められ、その達成度について、厚生労働省の独立行政法人評価委員会から毎年評価を受けているが、独法

移管から7年目の「2010年度業務実績の評価」では、「中期目標に掲げる経常収支目標を7期連続して達成したことに加え、純利益495億円を計上するなど特段の実績を上げている」と高く評価されるなど、グループ病院の8割以上が黒字体質に変わっている。

一方、労災病院のチェーンである労働者健康福祉機構は、04年4月に旧労働福祉事業団から独法化された。病院数は30(1万2,832床)、職員は1万4,765名に達している。

2010年度の事業予算3,145億円、そのうち国の財政支出は310億円だが、労災病院自体は自己収入(医業収入)で運営され、国費は投入されていない。労災報酬の単価安と入院期間の長さなどもあって毎期赤字に苦しんできたが、09年度の純損失50億円の後、10年度は14.5億円の純益を計上、業績は劇的に回復した。

「国立病院・労災病院等の在り方検討会」では、09年度労災病院受診患者の96%強が労災保険適用外の一般医療というデータが提示されたほか、両機構とも、一般医療の黒字が政策医療の赤字を補填する構造になっていることが

判明するなど、その実態は民間医療機関と大きく異なるものではないこと、同時に、両機構とも近似した問題構造を有していることが判明した。

しかし、8回にわたる議論の結果、いたずらな統合は黒字化をなしたとげた国立病院機構の負担になることなどを配慮した結果、「直ちに統合することは困難。まずは、両法人間の連携をより強化することで法人統合と同様の効果を目指していくことが適当」という結論が導かれた。個別病院の再編・整理に

ついても「個別に慎重に検討すべき」と消極的な考え方を示した。

両機構は、すでに8病院で、パスの共有、医師の派遣・研修などの医療連携を実現しているが、報告書は、今後、共同購入、共同治験、診療情報システムの相互利用、人事交流など、より踏み込んだ業務提携に進むよう提起した。

また、「一般医療を併せて提供していくことが不可欠」としつつ、政策医療に対しては国による財政支援の強化を求めた。

「一体改革大綱」を閣議決定

医療提供体制の12年度改革の工程は「不明」

政府は、消費税率を2014年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることを盛り込んだ「社会保障・税一体改革大綱」を2月17日に閣議決定した。大綱は昨年6月30日の「社会保障・税一体改革成案」に「調整」を加えたもの。一部改革の先送りはあるものの、骨格に大きな変更はない。

医療・介護の2012年度施策として具体的にあげられているのは、医療保険

制度の検討項目以外は同時改定と医療計画の見直し程度で、医療提供体制に関する項目は「今後の見直しの方向性」に盛り込まれているに過ぎない。

したがって、第6次医療法改正の議論に若干の猶予が生まれる可能性がある。

政府は、3月内に消費税率引き上げ関連法案を提出する方針だが、国会情勢は予断を許さない状況にある。

一般病院の種別をⅠ(中小規模)とⅡ(大規模)に区分

病院機能評価方式を全面改訂 新たな枠組案まとまる。プロセス評価に重点、評価項目数も大幅圧縮

日本医療機能評価機構はこのほど病院機能評価の新たな枠組案を公表、評価項目案ともども2月6日から2月13日にかけて意見募集を行なった。

新たな枠組によると、評価項目を病院機能に対応した5つの体系にあらためるとともに、プロセス評価に重点をおいたものに見直した結果、項目数を現行の約1/4に減らす。また、5年ごとの更新審査のみで質の継続・向上を担保しようとする現行方式に対して、新たに認定3年目に書面による状況確認を追加、それによって認定病院の質改善支援を強化するというもの。

評価機構は、意見募集の結果を踏まえ、3月の理事会で枠組案と評価項目案を決定する。新たな評価項目は今年10月から運用を開始する予定だ。

新たな病院機能評価の枠組は、(1)病院の特性に応じた機能種別(5区分)を設ける、(2)機能種別に応じた評価項目(5体系)を整える、(3)評価項目は小項目を廃止、大項目と中項目に簡略化し、評価項目の重点化・明確化を図る(基盤

部分の評価=55項目程度、機能種別の評価=30項目程度)、(4)診療プロセスの評価に重点をおいた項目とし、構成も「患者中心の医療の推進」「良質な医療の実践」「診療支援機能の発揮」「理念達成に向けた組織運営」の5領域とする、ことなどからなる。

病院の機能種別は、一般病院Ⅰ、一般病院Ⅱ、リハビリテーション病院、慢性期病院、精神科病院の5タイプで、複数の種別を同時に受審することもできる。

一般病院Ⅰは「主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院」が対象。「原則として100床前後の地域一般病棟を主とする病院を想定するが、規模の若干大きい(200床前後)中小のケアミックス型病院も対象」となる。

これに対して、一般病院Ⅱは、病床数は問わず「主として、2次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹の病院」が対象で、2次医療圏を超えてより高

度な医療を提供する病院も想定されている。

当初案では、急性期、地域密着、リハビリテーション、慢性期、精神科という5つの病院種別に分けられたが、「急性期病院と地域密着病院という区分は誤解を招きやすい」といった意見が全日病ほかから出されたため、今回案へと修正された。

病院機能評価の評価体系は、ver.4から、一般・精神・療養という基本種別と病床規模によって受審病院を分ける一方で、病院種別を通じて共通の評価項目をできるだけ統合した「統合版評価項目体系」に変えたため、評価項目数もそれ以前の約5割増になるなど、複雑化をたどった。

今回の一般病院ⅠとⅡという分け方は、一般A(中小病院)と一般B(大規模病院)と区分されていたver.3までの評価体系に戻ったともいえる。ストラクチャーからプロセス重視へと変わって評価項目の整理淘汰も行なわれ、訪問審査もこれまでの3日間から原則2日間に

短縮されるなど、今回の全面改訂で受審病院の負担軽減が期待されている。

認定から3年目の状況確認など、受審病院の継続的な質改善に対する支援に関しては、①クオリティマネージャーの養成、②プロセスやアウトカムを指標化・可視化して検討する場を設ける、③臨床指標の一部を書面審査や期中確認の提出データに組み込むことなどが検討課題にあがっている。

評価機構による枠組など評価体系の全面改訂に対して、全日病の病院機能評価委員会(木村厚委員長)は、これまで2回にわたり意見を申し述べているが、2月6日に公表された評価項目案に対しても、一部項目の見直し改善を申し込んでいる。

評価項目が固まった後も、評価機構では「評価の視点」とその運用に関する検討が行なわれる。これについても、病院機能評価委員会は、中小病院の機能をどう正しく評価できるかという立場なら、現行視点と運用の見直し作業に取り組む方針だ。

四病協 東電の値上げに反対。日医と共同で要望書を提出

2月22日に開かれた四病協総合部会は東京電力による電力料金値上げに反対することを決め、要望を行なう方針を確認した。同日開かれた四病協・日医懇談会でもこの問題が取り上げられた。日医としても独自に反対要望を行なう方針であったことから、要望書を、両団体連名で政府と東京電力に提出することで一致。要望書は2月29日付で提出された。

一方、四病協は別途、同趣旨の要望を被災者健康支援連絡協議会に示し、被災地支援の視点から善処を求めた。その結果、被災者健康支援連絡協議会としても、政府と東京電力に要望を行なうことを確認した。

東京電力によると、値上げの対象は契約電力50kW以上の大口利用者。政府の認可がいないため、4月1日から平均約17%上げると各需要家に通告している。これに対しては、産業界だけでなく、東京都など自治体からも撤回

を求める動きが出ているが、17%もの値上げは、電気消費量の多い病院にもきわめて大きな経費増となる。

今回の反対要望は、全日病が2月18日の常任理事会決定を受けて四病協に提案したもの。四病協での提案に際し

て、西澤会長は「まずは被災地の医療機関にとって負担が大きい。また、東日本大震災の教訓にもあるように、ライフラインとして医療機関のこれ以上の疲弊は避けるべきである」と反対の理由を述べた。

四病協 国家試験合格者への特例措置を要望

国家資格試験に合格した者は名簿登録が完了しない限り法的には有資格者として扱われない。その結果、合格者が医療機関に就業しても4~5月の間は医療法標準や施設基準(診療報酬)の人員配置数にカウントできないことになり、各医療機関はそのやりくりで苦慮させられており、円滑な医療提供に支障が生じるケースもある。

こうした現場の声を受け止め、四病院団体協議会は、就業した国家資格試験合格者を一定の条件の下で有資格者として取り扱えるよう、施設基準上の

配慮を求める要望書を、2月17日に厚労省保険局長宛に提出した。

四病協の医療保険・診療報酬委員会(委員長・猪口雄二全日病副会長)は1年余りにわたって、この問題の解決策を模索してきた。しかし、国家試験の合格発表日や試験日を繰り上げるのはきわめて難しい。

そこで、診療報酬を算定する上で何らかの特例措置がとられれば、医療機関経営に与える実害を排除することができるということで、今回、保険局長宛に検討を要望することにしたもの。

四病協 福島原発事故で「公費負担医療制度」を提言

2月22日の四病協総合部会は、福島原発事故によって被曝した住民等を対象とした「公費負担医療制度」の創設を提言することを決めた。日本病院会が提案した。

提案は、福島原発事故によって被曝した、もしくは被曝した可能性がある住民等の健康被害の救済方法として既存の「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」をモデルとした、公費による医療給付制度の創設を政府に求める内容になっている。

四病協総合部会は、3月開催の被災者健康支援連絡協議会に諮った上で、同協議会から内閣府に提言するという手順を確認した。

医療計画「5疾病5事業+在宅医療」と療養病床「経過措置6年延長」で意見募集

厚生労働省は、医療計画にかかわる告示改正と療養病床経過措置にかかわる医療法施行規則等一部改正省令案について意見募集を開始した。概要は以下のとおり。

□「医療提供体制の確保に関する基本方針」の一部改正(要旨)

「医療提供体制の確保に関する基本方針」(平成19年厚生労働省告示第70号)を一部改正、医療計画における疾病と事業の医療連携体制構築の対象に「精神科疾患」と「居宅等における医療(在宅医療)」を追加、5疾病・5事業並びに在宅医療とする。在宅医療の医療連携体制は5疾病・5事業と同様の考え方にもとづく。また、「医療従事者の確保に関する基本的事項」(告示第五)に、「地域の医療機関で医師を確保するための

取り組みとして地域医療支援センター等組織の設置と必要な施策の推進」(要旨)を加える。

意見募集期間 2月13日~3月13日
編集部注/「基本方針」一部改正案で、在宅医療は「居宅等における医療の確保」(現告示第四の五)から「在宅医療に係る医療連携体制のあり方」(改正告示案第四の三)と改訂され、かつ、現表記から「療養病床の再編」「療養病床の円滑な転換」という表現が削除される。

□医療法施行規則等の一部を改正する省令案(概要)

○医療計画において定める疾病に精神疾患を加える。
○療養病床等を介護老人保健施設等に転換する旨を2012年3月31日までに都道府県知事に届け出た病院は、①廊下幅と医師配置の経過措置を2018年3月31日まで延長する、②看護師等の人員配置は、当該経過措置と同等の基準を

都道府県が条例を定める上で従うべき基準として2018年3月31日まで適用する。
②に関する編集部注/看護師等人員配置基準を条例委任とする地域主権の第2次一括法が12年4月施行となるため、経過措置のうち看護師等は「従うべき基準」として措置される。
○療養病床における人員配置を、①看

護師と准看護師合わせて6:1、看護補助者6:1、②看護師、准看護師及び看護補助者合わせて3:1とする経過措置が2012年3月31日まで設けられているところ、①2012年3月末に介護療養型医療施設、②看護師等の員数が医療法施行規則の4:1に満たない病院・診療所、③看護師等の員数が医療法施行規

則一部改正省令附則(2001年)の経過措置を満たさない診療所に該当し、その旨を2012年6月末までに都道府県知事に届け出たものは、当該経過措置と同等の基準を、都道府県が条例を定めるに当たって従うべき基準として、2018年3月31日まで適用する。
意見募集期間/2月10日~3月10日

医療広告上の医療の質評価

「プロセス指標の共通化・標準化を優先する」

2月29日の「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」は報告書のとりまとめで合意した。細部の修正を座長に一任し、社保審医療部会に報告する。

報告書の要旨は以下のとおり。
●医療機関のホームページは引き続き、原則として医療法上の広告と見なさないことが適当。自由診療分野を中心としたガイドラインを国が作成。改善が見られない場には、対象を絞りつつ、法規制も含めて対応を検討する。
●医療に関する広告についてはポジティブリスト方式を引き続き採用する。併せて、現行「包括規定方式」の下、広

告可能事項の拡大についても検討する。
●アウトカム指標及びプロセス指標は、現段階においては、医療の質の評価・公表等進事業を通じて公表されており、かつ、客観性の確保等が比較的容易であると思われるプロセス指標(例えば、手術前抗菌薬投与率、早期リハビリテーション開始率)を優先し、客観性の確保や共通化・標準化などを図るため、①医療の質の評価・公表等進事業のフォローアップ及び当該事業による医療の質の評価・公表の取組の普及、②指標の共通化・標準化の取組を実施することが適当。

「刑事司法の免責を検討課題の1つにしてはどうか」

医療事故調査の仕組み等のあり方検討部会 構成員(弁護士)が提起。21条問題も検討課題の1つ

厚生労働省に「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」が設けられ、2月15日に初会合を開いた。座長に山本和彦一橋大学大学院法学研究科教授を選出、①医療事故調査の仕組みのあり方、②再発防止のあり方を柱に議論を進めることを確認した。

検討部会は、次回以降、事故調査関係者に対するヒアリングを実施、その中で、調査目的や対象範囲など、検討テーマの絞り込みを行なっていく方針だ。

昨年8月に設置された「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」で、委員の飯田修平練馬総合病院院長(全日病常任理事)は一貫して「原因究明・再発防止と補償・責任追及は別の枠組で検討すべき」と求めてきた。その主張を受け入れ、検討会は12月22日の会合で、医療事故調査の仕組み(原因究明と再発防止)について検討する場として検討部会の設置を決めたもの。

医療事故調査については、厚労省が、2007年から08年にかけて医療安全調査委員会の法制化を企図したことから、医療界を二分する議論を招いた。しかし、厚労省の構想に賛成した日本医師会は昨年9月に当時の見解とは異なる制度設計案を発表するなど、医療界の論調は変化している。民主党からも対案が示されており、議論の環境は整いつつある。

全日病は、前出の検討会や関連した会議で、飯田常任理事等が原因究明と再発防止のあり方等について主張してきているが、検討部会の設置を受け、新たな提案を予定している。

3年半ぶりの議論再開にあたって、厚労省は「しっかりした議論をしてもらう。そのために、とくに期限は切らない」(木村大臣官房参事官)と明言するなど、世論とともに医療界からもコンセンサスが得られる制度設計案のとりまとめを目指すとしている。

検討部会の構成員は医療人7名と法学者・法曹界4名を含む16名。このうちの10名は親検討会の委員を兼ねている。また、重複を含む6名は、かつて医療事故調について議論した「診療行為関連死の死因究明等の在り方に関する検討会」の委員を務めていた。

「診療行為関連死の死因究明等在り方検討会」は、医療事故調査の問題を初めて公けに議論した場として記憶に新しいが、所期の目的を達成することなく休会したまま、現在にいたっている。

1回目の会合に、事務局(医政局総務課医療安全推進室)は、厚労省が08年4月に公表した「医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案」(第3次試案)、同6月公表の医療安全調査委員会設置法案(大綱案)、さらに、同年に民主党がまとめた「医療の納得・安全促進法案」(通称)を資料として提出。また、日本医療安全調査機構から、診療関連死の調査分析モデル事業について報告を受けた。

診療関連の死因調査については、05年9月より、日本内科学会を運営主体にしたモデル事業が厚労省補助事業として行なわれてきた。

この事業は、10年4月に、内科学会に外科学会、病理学会、法医学会、日本医学会を加えて設立された日本医療安全調査機構の手に移され、現在も、調査依頼の受付窓口となる地域事務局と解剖結果報告書案を審査する地域評価委員会を10ヵ所設置して行なわれている。

モデル事業は、この2月までに160件の調査依頼を受け付け、遺族の合意を得た112事例について調査報告を公表

している。

ヒアリングで、日本医療安全調査機構の原中央事務局長は、医療機関の調査依頼に応じて主に外部で解剖と死因等の評価を行ってきた従来方式に対して、外部委員参加の院内調査実績がある等の条件を満たした医療機関を対象に、解剖立ち会い医が向ういて依頼病院で解剖を行なうとともに外部委員を含む当該医療機関の院内調査委で評価報告書を作成、それを中央審査委員会が審査するという「協働型」モデル事業を、新たに11年度から開始したことなどを報告した。

その後の質疑応答で飯田構成員は、診療関連死調査分析モデル事業の対象が「診療行為に関連した死亡について、死因究明と再発防止策を中立的第三者機関において検討するのが適当と考えられる場合」とあることを取り上げ、「適当とは何を指しているのか」とたずねた。これに対する説明は「適当かどうかは事例ごとに判断する」というものであった。

この回答に、飯田構成員は、モデル事業の契機となった04年9月の19学会共同声明では「診療行為に関連して患者死亡が発生したすべての場合について、中立的専門機関に届出を行う制度を可及的速やかに確立すべきである」と表明されていることを紹介し、「すべての場合」と「適当と考えられる場合」とでは枠組が異なると指摘した。

その上で、「「適当と考えられる場合」とは誰がどのように考えるのか不明である。これでは現場は判断できない。モデル事業としては分かるが、制度化する上で、こうした曖昧な考え方では



対応できない」と疑問を呈した。

飯田構成員は、また、原因究明において遺族の納得安全が強調される中、「医療者の安全納得はどうか確保されるのか」と疑問を投げかけた。

医療が不確実性をともなう中で、医療者が様々なリスクと向き合いながら原因究明・再発防止などを実践していることが、質と納得安全の確保につながっている。その現実を目に向け、医療者の安全をも保障していくべきではないかと注意を喚起したものだ。

これに関連して、宮澤潤構成員(弁護士)は「事故調査の前提は正確な事実関係の捕捉である」と指摘。「その事故調査を検討する上で刑事司法との関係整理が避けられない」という認識を示した。その上で、「検討テーマの中に“捜査機関との関係」というのがある。これが最終的にどこに向うのか。刑務所に向うのか」と踏み込んだ議論を展開した。

宮澤構成員は、失火責任法を例に、「民法では、普通、過失は損害賠償の対象となるが、失火の場合は故意と重

過失のみが損害賠償の対象になる」と説明。「医療においてはどうか。故意と重過失が刑事司法の対象となるのは仕方がない。しかし、軽過失については処罰の対象とするのではなく、むしろ、損害賠償なり、補償をきちんとした上で、医術の内容がどうであったかを正確に汲み取るために刑事司法を免責するという考え方がある。そういうことも含めて、正確な事実関係を捕捉する方法を考えてはいかかか」と述べ、真っ向から免責の問題を提起した。

この発言を受け、山口徹構成員(虎ノ門病院院長)は、診療関連死の調査分析モデル事業について、「医師法21条の届出事例は調査分析の対象から外される。つまり、21条で取り扱われると我々は解剖結果を知ることができないので、再発防止に役立てられない。21条の問題も併せて検討されるべきだ」と提案した。

これに対して、山本座長は「21条問題は検討課題に含まれている」という認識を示した。

3月の検討部会で全日病の提言を紹介

「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」の構成員を務める飯田常任理事は、2月18日に開かれた第11回常任理事会で、2月15日の検討部会初会合について報告した。

その末尾で、飯田常任理事は、病院

のあり方委員会における「医療事故調査システム(医療事故調査委員会)」に関する提言が取りまとめの段階に入った。常任理事会の承認を経て、3月の検討部会に報告できる見通しだと説明した。

■今後の検討方針について(検討事項)

- 医療事故に係る調査の仕組みのあり方について
 - ・調査を行う目的について
 - ・調査を行う対象や範囲について
 - ・調査を行う組織について
 - ・調査に必要な権限について
 - ・当該医療機関が行った調査結果の取り扱いについて
 - ・調査の実務について
 - ・「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」との関係について
 - ・医療安全支援センターとの関係について
 - ・調査に必要な費用の負担のあり方について
 - ・捜査機関との関係について 等
- 再発防止のあり方について
 - ・医療事故に係る調査結果の再発防止のための活用方策について
 - ・医療事故情報収集等事業と調査の仕組みとの連携のあり方について 等

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

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