



全日病 NEWS 8/15

21世紀の医療を考える全日病 2012

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 清話会ビル
 TEL (03)3234-5165
 FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.784 2012/8/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

制度設計の骨格を示す。具体論は先送り

専門医の在り方検討会 「総合医」は初期研修後に養成コース。専門医向けのコースも設置

専門医と総合医を新たに養成する制度設計の議論を重ねてきた「専門医の在り方に関する検討会」は8月3日、制度の骨格となる考え方を整理した「中間まとめ」を基本的に了承、具体的な修正を高久座長(日本医学協会会長)に委ねた。

「中間まとめ」は、新たな制度設計に向けた検討課題について、合意が得られたものと引き続き議論に委ねるものとに分けて整理している。

専門医については、第三者機関が養成プログラムの作成(基準作成と評価・認定)と認定を担うなど、これまで合意されてきた制度設計の骨格をあらためてまとめた。

総合医に関しては「総合的な診療能力を有する医師(総合医・総合診療医)」と仮称。「幅広い健康問題に初期対応と継続医療を全人的に提供する医師」と定義する一方、「地域を診る医師」という機能を認めるなど、より踏み込んだ考え方を示した。

その資格を専門医制度の基本領域に位置づけた上で、領域別専門医と同じく初期臨床研修後に養成コースを設ける。既存専門医が総合医を取得するコースを設ける考えも打ち出した。

「中間まとめ」は、地域・診療科間の医師偏在是正を1つの狙いとして制度設計する考えを打ち出しているが、その具体的な方法は引き続き議論するとされ、最終報告でのとりまとめに委ねられた。

「中間まとめ」は、多くの論点や提起を引き続き議論テーマとして先送りするなど、制度設計の基本的枠組みは辛うじてまとめられる一方で、具体的設計に向けた論点はあらためて整理するものとどまった。

「中間まとめ」は、専門医について、
 ①新たな専門医制度はこれから臨床研修を修了する若い医師を対象とする、
 ②学会から独立した中立的な第三者機関が専門医認定と養成プログラムの評価・認定の機能を担う(専門医の認定基準や養成プログラムの基準作成も第三者機関で行なう)、
 ③専門医資格は18の基本領域を取得した上でサブスペシャリティ領域を取得する2段階制とする、
 ④資格の更新は専門医としての活動実績を要件とする、
 ⑤専門医の情報は医師が

他領域の専門医に患者を円滑に紹介できるネットワークで活用する、
 ⑥新たな制度下では専門医の広告制度を見直す、
 ⑦将来的に専門医を標榜科と関連させることも考える、などを制度設計の骨格としてあげた。

その一方で、定義を含めた「専門医」と「標榜医」「認定医」の関係、第三者機関のあり方、既存専門医と新たな専門医との関係(新たな専門医への移行措置等)の考え方など、制度設計上の具体的な論点の整理は先送りされた。

総合医、定義明確化も養成には言及せず

「総合医・総合診療医」に関しては、「例えば、健康にかかわる幅広い問題に適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供できる医師と定義することが適当」と定義。さらに、「包括ケアのリーダーシップをとる役割も期待されており、『地域を診る医師』といったコンセプトも重要である」と、その性格づけを地域医療の面からも試みている。

その上で、①卒前教育から「総合医・総合診療医」を養成するプログラムを用

意、地域の診療所や病院等で実習することが必要、②「総合医・総合診療医」を養成するプログラムは臨床研修修了後にコースを設ける、③加えて、領域別専門医の資格を既に取得している医師のためのコースも設ける必要がある、ことを明記した。

ただし、「総合医・総合診療医」養成に対する言及はなく、「関係学会によるプログラムの一本化」を検討課題にあげるにとどまった。それどころか、「『総合医・総合診療医』の養成は臨床研



修に加えて一定の養成期間が必要とする見方がある一方、卒前教育と臨床研修等の充実で養成は可能とする見方も

あること」が今後の議論テーマに取り上げられるなど、総合医をめぐる議論はいまだ道半ばに過ぎない。

専門医養成数を調整する仕組みは継続検討

また、新たな専門医制度を医療制度上どう位置づけるかという課題も今後の検討課題とされた。このテーマに関連して、新たな専門医制度と地域・診療科間の医師偏在是正をどうリンクさせるかという論点があり、偏在是正を視点とする方向性が「中間まとめ」に盛り込まれたが、その具体的なあり方について構成員の意見は分かれた。

元々、この検討会は、専門医のあり方検討の目的の1つに「医師の偏在是正を図ること」があげられていた。しかし、偏在是正の強調は「研修医を過疎地に強制的に向わせる方策につながりかねない」など、一部の構成員からは強い危惧が示された。

これに対して、プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を重視する立場からは、「制度設計の目的とするべきではないが、オートノミーの中には責任を負うという一面もある」として、「中間まとめ」の視点に記された「仕組みを通じて専門医を含めた医師の偏在が是正される効果が期待される」という表現を支持する意見が示された。

逆に、「オートノミーだけでは地域の偏在解消はできない。ある程度政府の強制力が必要ではないか」という声もあ

った。こうした意見の不一致もあり、当制度とくに第三者機関に対する政府の関与のあり方は議論が深まっていない。

事務局(医政局医事課医師臨床研修推進室)は前回会議に専門医の養成数を調整する仕組み案を提示、最短で2018年度にも新たな専門医が誕生するというスケジュール案を示した。

しかし、検討会には、専門医養成数に対する政府介入には否定的な反応が少なくない。そのため、事務局は専門医数を調整する仕組み案とスケジュール案を「中間まとめ」に添付することは見送った。

ただし、「新たな専門医の仕組みに診療科や地域における医師適正数を誘導する方法を設けること」や「専門医養成数の設定にあたり、国や都道府県内のバランスに配慮すること」は、引き続き議論の対象として「中間まとめ」に書き込まれている。

「中間まとめ」は細部の修正を行なった上で8月内に公表される。

検討会は今後も開催され、「中間まとめ」で整理された具体的な論点の合意形成に努め、今年度末に最終報告書を取りまとめることになるが、事務局は「中間まとめ」をもって関連法改正のめどがたったとしている。

病床の機能分化推進へ実態と課題を把握。広範な調査を実施

入院医療等の調査・評価分科会 看護必要度の内容と要件基準に批判集中。見直しの方向強まる

中医協の下に設置されている診療報酬調査専門組織の入院医療等の調査・評価分科会が8月1日に初会合を開き、次期改定の基礎資料に用いる調査実施の概要を固めた。調査本数が多い上に、改定影響が出るのを待つ必要のある項目もあるなどから、2012年度と13年度に分けて実施される。対象は一般病棟、亜急性期病床、回復期リハ病棟、療養病棟など広範囲に及ぶため、調査はかなりの規模になるとみられる(調査項目は4面に掲載)。

入院医療等の調査・評価分科会は、12年度改定答申に盛り込まれた改定の影響検証項目および次期改定に向けた病床機能分化にかかわる課題を幅広く調査・検証するために、これまでであった慢性期入院評価分科会を改組して設

置された。

委員は神野正博全日病副会長を含む12名で、慢性期分科会から残った2名を除く10名は新選出となった。分科会長には国際医療福祉総合研究所の武藤正樹所長が選ばれた。

一般病棟における長期患者の実態、ポスト急性期の患者(救急・在宅支援病床初期加算算定患者)像、(準)超重症児(者)入院診療加算等の長期療養患者の患者像、13対1・15対1病棟における特定除外制度廃止の影響、療養病棟に転換した病棟への経過措置の患者実態など、今後の病床機能分化推進に必要なデータが集められる見通しだ。

亜急性期病床(入院医療管理料2)については回復期リハ病棟(入院料1)と一体に調査され、両病棟の患者像が比較

される。調査対象には一般7対1と特定機能病棟の入院基本料も入り、長期患者の実態ともども、平均在院日数の変化や看護必要度の分布と基準を満たす患者割合の状況等が捕捉される。

議論で嶋森委員(東京都看護師協会会長)は「7対1に看護必要度の高い患者が多くいるとは限らない」と指摘、「7対1を調べるのはよいこと」と調査を歓迎した。

武久委員(日慢協会会長)は、看護必要度加算の要件であるA・B各項目の内容と基準点数、さらには、今改定で15%とされた7対1届出の要件などをあげ、現行評価が適切であるか否かの検討を求めた。看護必要度に関しては、他の委員からも見直しに向けたデータの把握を期待する声が上がった。

「医療提供体制が十分ではない地域に配慮した評価」に関しては、複数の委員から対象圏域の見直しが不可避との声が出た。

これに関連して、藤森委員(北大病院地域医療指導医支援センター長)は、「医政局と一体にNDB(レセプトと特定健診等情報のデータベース)を全2次医療圏に落とし込む作業を開始している。患者像は把握できないが、人口と年齢を補正した医療アクティビティの分析が可能である」と報告。「地域に配慮した評価」の検討に供することができることを明らかにした。

分科会は次回会合で12年度実施分の調査票案をまとめ、中医協総会に諮った上で10月から調査を開始、来年2月に調査結果を取りまとめる方針。

補償件数予測 最低数を下回ると保険料の一部が損保の報酬に転化

産科医療補償制度

予測を高く設定。大きく下回る補償件数。保険者団体は早期見直しを提起

7月30日に開かれた社会保障審議会・医療保険部会は日本医療機能評価機構から産科医療補償制度の運営状況について報告を受けたが、その実態に、委員からは疑問と批判が集中した。

産科医療補償は外形的には自由診療における任意加入の民間保険であり、99.8%が加入する分娩機関が支払う分娩当りの保険料は3万円となっている。

ただし、この3万円に関して、政令(健康保険法施行令)は、産科医療補償制度に加入する分娩機関で出産した場合は39万円に「3万円を超えない範囲内で保険者が定める金額を加算した額」を出産育児一時金とする旨を明記、保険料が妊産婦に転嫁されないようヘッジしている。

したがって、同制度は、公的医療保険の給付によって担保された、原因究明・再発防止と救済を目的とした公的仕組みとなっている。

2009年1月に始まった同制度は5年後をめどに必要な見直しを行なうことになっているが、制度創設前の医療保険部会で、厚労省は「5年を待たずに剰余が大きく見込まれることになれば、早期に制度を見直すことも考えられる」と説明している。

この答弁は、保険者等から、保険料収入と補償額との乖離の可能性が制度設計の大きな問題として指摘されていたことに対する回答としてなされたものだが、同日の部会は、この問題をめぐって活発な議論が交わされた。

評価機構の説明によると、例えば09年出生児については、315.25億円の保険料収入に対して、確定した補償金(172件×3,000万円)は51.6億円で、事務経費49.36億円を差し引いた214.29億円が支払備金(将来の補償金払いへの備え)となって、保険料を収受する損保5社によって運用されている。

補償金の総額が少ない点について、評価機構は「補償は満5歳の誕生日まで申請できる。年齢が上がるにつれて、重症度が比較的低い場合の診断が可能になる」と指摘、09年出生児の補償対象は同年に確定した172件から大きく増加すると説明した。評価機構は「満5歳までに約320件になる」と推計している。

ただし、補償件数は、10年出生児126件、11年出生児26件(6月末現在)と年々減っており、制度設計時に年間500件以上、最大800件と想定されていた補償件数の半数から1/3程にとどまる可能性もある。

一方、機構と損保5社を合わせた事務経費は09年で49.36億円で、その大半を「制度変動リスク対策費」が占めている。

評価機構が内訳を明らかにした11年分で見ると、産科補償を運営する評価

機構の事務経費は7.35億円。これに対して損保5社の事務経費は30.26億円にも達しているが、その半分以上の16.15億円が「制度変動リスク対策費」として計上されている。

「制度変動リスク対策費」とは、制度設計時の想定値に対して保険運用の条件が大きく狂うなどのリスクに対応する費用である。

同日の部会で保険者の委員は「保険会社の利益はどこから生じるのか」と質した。

これに対する評価機構の答弁は「補償対象者が想定を下回れば剰余が生じるが、これは保険会社から運営組織に返還される。一方、補償対象者が想定を上回っても保険料を上げることなく保険金が支払われる。こういう仕組みとするために変動リスクに対応する費用を計上している。この変動リスクが生じなかった場合は損保会社の利益になる。逆に、リスクしていた以上のことが生じた場合は損保会社の損失として対応される」というもの。

すなわち、損保各社の利益の源泉は「制度変動リスク対策費」の剰余分というわけだ。では、剰余分はどういう基準で損保会社の報酬に転嫁するのか。

この点について、評価機構は「補償件数300が基準となる。仮に400件になると(リスク対策費は)すべて運営組織に戻されるが、もし250件であれば、(差の)50件分が損保会社の利益になる」と説明した。

さらに、「元々この制度は、基準を下回った場合はすべて(損保会社の)利益になるというかたちでスタートした。しかし、公的制度であるので、(一定程度を運営組織に)返していただくということに落ち着き、その線を300件とした。制度設計時の推定は多くて500~800件、下限は300件であった。そこで



厚労省とも相談の上、これを、戻す基準に採用した」と、経緯をつまびらかにした。

こうした産科医療補償制度の説明に、部会委員とくに保険者の委員は強い反発を示した。

「剰余金は必ず保険者に戻し、将来の保険料設定に組み込むべきではないか」(小林全国健康保険協会理事長)、「この制度には法的背景がない。ノープロフィットが原則であり、剰余金生まれない制度に見直すべきではないか」(菅家連合副事務局長)など、厳しい意見が示された。

白川委員(健保連専務理事)は、「なぜ、こんなにコストがかかるのか。なぜ300件が最低保証で、それを下回る

とすべてが損保の取り分になるのか。支払備金の金利はどうなっているのか、損保にはいくら渡っているのか、すべてを明らかにしてほしい。今後増えるというが、どう考えても補償件数が800になるとは思えない。なぜ、これを放置してきたのか。3万円というのは政令ではなく課長通知に過ぎない。5年を待つ必要はない、早急に見直すべきだ」と、強い不満を表わした。

医療保険部会には、産科医療補償制度の現状を冷静に受け止める向きがある一方で、剰余の取扱いなど現行制度に強い疑問を抱く向きも少なくない。この問題は引き続き検討が続くが、5年を待たずに、大幅な見直しにつながる可能性もある。

□収入保険料、保険金(補償金)、支払備金 (2012年6月末日現在) 単位:百万円

区分	収入保険料	保険金(補償金)	支払備金*
2009年	(1,054,340分娩) 31,525	(172件) 5,160	21,429
2010年	(1,083,045分娩) 32,383	(126件) 3,780	25,006
2011年	(1,063,540分娩) 31,800	(26件) 780	27,260

* 将来の補償金支払いのための備金。[収入保険料-保険金(補償金)-事務経費]

□2011年の事務経費の内訳 (単位:百万円)

●運営組織(日本医療機能評価機構)

物件費(会議費、事務所賃借料、委託費、システム保守費等)	543
人件費(給与・報酬、法定福利費等)	192
合計	735

●保険会社

物件費(会議関連、事務所関係、システムの開発・維持費等)	872
人件費(契約管理、収支管理、支払事務、一般管理業務等)	539
制度変動リスク対策費	1,615
合計	3,026

第2期医療費適正化計画の基本方針案を了承

医療保険部会 目標から「療養病床数」が外れる。新たに「たばこ対策」「後発医薬品」を採用

7月30日の医療保険部会は、第2期医療費適正化計画(2013~17年度)の基本方針案を了承した。

基本方針案には、「住民の健康の保持の推進に関する目標」には、第1期の特定健診・特定保健指導の各実施率およびメタボリックシンドローム減少率に加えて「たばこ対策」を新たに盛り込んだ。

また、「医療の効率的な提供の推進に関する目標」では、第1期計画で掲げた「平均在院日数」と「療養病床の病床数」のうち「療養病床の病床数」を外し、代わりに「後発医薬品の使用促進」を採用した。

その上で、「都道府県独自の判断でその他医療費適正化に資する取組を行うことが有効」と記し、都道府県独自の目標設定を認めた。

医療保険部会の了承を受けて厚労省は8月6日に「都道府県医療費適正化計画担当者説明会」を開催、基本方針の改正案とともに都道府県医療費の標準的推計方法や平均在院日数の算定方法などを提示、計画策定にかかわる実務的な説明を行なった。

第2期計画の医療費推計にあたって、各都道府県は、基準病床数等との整合性を確保した範囲で各病床種別の適正数を設定できる。平均在院日数につい

ても、第1期計画で「全国平均と最短の長野県との差を9分の3とする」とした国誘導の補正がなくなり、国が提供する推計ツールを参考にしながらも独自の判断で目標設定できる。医療費に関しても同様である。

このように、都道府県の裁量が認められるのは、昨年8月に成立した地域主権改革の「第2次一括法」によるもの。都道府県に対する説明会で、保険局総務課医療費適正化対策推進室の鈴木室長は、そうした経緯を説明した上で、「都道府県の自主性、主体性を尊重するという立場に立ってやっていきたい」と述べた。

地域医療支援病院整備のポリシーを都道府県にたずねる

「支援病院」の実態調査は要件以外の設問が主。今後の検討に多様なデータを提供

7月27日の厚労省「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」は両タイプの病院に関する実態調査の概要を承認した。調査は9月までに実施、11月をメドに調査結果を集計し、承認要件見直しの議論に用いる。

調査の目的は、①両タイプの病院がその趣旨にそった実態にあるか、本来の機能を果たしているかを確認・検証する、②地域ごとに同程度規模の病院と比較し、両タイプの実態と本来機能の間に違いがあるかを確認する、③都道府

県医療計画にどのように位置づけられているかを確認する、ことにある。

両タイプの全病院が対象となるが、比較を行なうために、特定機能病院は都道府県ごとに400床以上、地域医療支援病院は2次医療圏ごとに200床以上の病院を抽出し、それぞれ同内容の調査を実施する。

地域医療支援病院の調査項目は、紹介元医療機関の数や関係性など紹介率にかかわる項目が多く、逆紹介を含め、くわしいデータが求められる。救急に

ついても、重症救急医療の提供実態を中心にくわしく調べられる。さらに、研修については、地域住民向けを含めた取り組みの状況がたずねられる。

在宅医療支援に関しては、「患者受入に関する他の医療機関との取り決めの有無」「取り決めに交わしている医療機関の種類」「受入のための空床確保の有無及び病床数」など、実績だけでなく、体制面の実態をたずねる項目が多い。

地域医療支援病院の調査項目は、特

定機能病院に比べると、現行要件にかかわる項目以外の設問が顕著に多いのが特徴。同時に行なわれる都道府県調査も、地域医療支援病院についてたずねる設問が主となっている。

具体的には、整備の考え方(原則2次圏に1ヵ所か、それにこだわらないか)、承認の考え方(要件が絶対基準か、それに拘束されない場合もあるか)など、地域特性がある中で地域医療支援病院の整備にどのようなポリシーをもっているかを都道府県にたずねる。

したがって、調査結果は、地域によっては偏りがあるといわれる地域医療支援病院をめぐる今後の議論に、多くの論点とエビデンスを提供しそうだ。

「医師の指示」の解釈を追加・補強して“弾力化”

厚労省 カリキュラムに認定・専門看護師のプログラム追加を認める

看護師が特定医行為を実施するための仕組みづくりを検討している「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」の7月31日の会合に、事務局(厚労省医政局看護課)はこれまで議論してきた特定医行為の考え方と医行為分類案を整理したペーパー(「医行為の分類について(案)」)を提示、とりまとめにむけた議論を促した。

それによると、医行為分類にいたる過程は、

- ①「看護業務実態調査の203項目」と「特定看護師(仮称)の養成調査試行事業・業務試行事業で実施されている行為」を対象に、
- ②各行為の内容(定義)を明確化し、
- ③法令によって診療の補助であることが明示されていない、かつ、他職種で業務独占行為として明示されていないものを選び分け、
- ④それら行為について、「行為の難易度」と「判断の難易度」の視点からA(絶対的医行為)、B(特定行為)、C(一般の医行為)、D(更に検討が必要)、E(医行為に該当しない)とに分類、
- ⑤そのうちBおよびCを特定行為に該当するとした、

と整理されている。このうち、Eという評価が多かった薬剤と検査に関する行為の分類については、次のように整理している。

- ①薬剤の投与量の調整の程度・タイミングの判断は薬剤の種類や患者の状態に応じて判断の難易度が異なるためBまたはCに分類するが、薬剤の種類(剤形・格)、分量、用法・用量の変更が必要として医師に処方提案する行為はEに分類する。

- ②医師の指示の具体化である検査実施の判断および検体採取を除く検査の実施(検査結果所見のまとめを含む)はBまたはCに分類するが、検査結果の評価の補助(検査や画像等の所見をまとめ

て診断の補助を行なうこと)および検査実施の提案という行為はEに分類する。

さらに、看護師の業務には、

- ①医行為(診療の補助)として業務独占の対象とされている行為、
 - ②医行為(診療の補助)として法令上の業務独占はないが、専門的な教育を受けた者でなければ実施が困難な行為、
 - ③法令上業務独占とされてなく、また、専門的な教育を受けていなくても実施可能な行為、
- と3つの行為類型があると指摘。このうちの②と③がEに分類されたと説明している。

また、「(身体侵襲行為を)自身の判断で実施できるのは医師に限定されている」が、「(専門教育を受けて一定の医学的な能力を有している)看護師も、一定の医行為(診療の補助)については、その能力の範囲内で実施できるか否かに関する医師の医学的判断を前提として看護師も実施することができる」として、看護師による診療補助における医

師の指示について、「医師は、保健師助産師看護師法に規定する診療の補助(一定の医行為)の範囲内であると判断した後、患者の病態等を踏まえ、当該看護師の具体的能力に応じて、実施する看護師に対して適切な指示を行う」とする解釈を追加。

さらに、医師の指示が成立する4要件の1つとして提示されていた「指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容が示されていること」の例示に「指示を受ける看護師の能力により指示内容の具体性を調整し、指示を行う」という説明を追加した。

医師の指示をめぐるこれら解釈の追加と補強は、元々看護師は一定の医行為を実施できる能力を有しているものであり、医師は、その能力の程度を勘案して指示を出すことで診療の補助(一定の医行為)を行なわせることができるということ、すなわち、医師の指示は看護師の能力に応じたものであれ



ば適正とみなされ、こと細かに指示を出すという手順や形式にこだわるものではないという厚労省の見解を打ち出したものだ。

こうした医行為分類案に対しては「特定行為の具体的内容はもっと詰めるべきである」といった慎重な意見が医学大学の構成員ほかから示された。

2つ目のテーマとして、事務局は、カリキュラム構成について、能力認証に必要な教育内容や単位等の基準を満たせば、8ヵ月課程と2年課程ともに、認定・専門看護師のプログラムなど自由にカリキュラムを追加できるという新たな考え方を提案した。

看護系大学院に自由裁量の幅を広げようとするものだが、当の看護系大学院の構成員によっても評価が分かれるなど、カリキュラムをめぐる議論も意見の一致をみることなく終わった。

チーム医療推進方策検討WG

「薬剤師の業務範囲見直し問題を検討する用意がある」

8月8日に開かれた厚労省の「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」は、歯科における予防処置の際に「歯科医師の直接指導は要しない」とする歯科衛生士法の改正案を了承した。改正法案は次期通常国会に提出される。

現行法で、歯科衛生士は歯石除去などの予防処置を「歯科医師の直接の指導の下」に行なうとしている。今回の見直しは、それを、歯科医師との緊密な連携の確保を前提に「直接の指導までは要しない」と緩和する。

同日のWGで、山口徹座長は「関係団体からの要望が出れば薬剤師の業務範囲見直し問題を同WGで検討する用意がある」旨を言明した。

薬剤師の業務範囲見直しは、看護師が実施する特定医行為の分類作業の中で薬剤に関する行為が多く取り上げられていることから、日本薬剤師会が検討会の設置を求めていた。すでに厚労省は、6月のチーム医療推進会議で、薬剤師の業務範囲見直し問題を検討する場を設ける方針を表明している。

前出歯科衛生士法の改正も、6月のチーム医療推進会議で日歯の委員が行なった改正要望を踏まえて行なわれたもの。

同日のWGは、厚労省が2011年度に実施した「チーム医療実証事業」の報告を了承した。実証事業に参加したのは診療所を含む68施設。報告書には、

各施設の報告に同WG構成員の論評が書き込まれている。同省は9月以降に報告書を公表、併せて都道府県や医療機関などに周知するとしている。

事務局は、また、12年度の実証事業に参加する施設を提示した。対象は11年度実証事業に参加した68施設。そのうち31施設から応募があった。8月内に委託施設を選定するとしている。

事務局は「実証事業の継続深化を求める視点から対象を前年度委託施設に限定した」と説明した。しかし、結果的に、11年度に21あった200床未満の医療機関・診療所は12年度に5に減少。地域的にも、北海道からの参加はゼロとなった。

入院医療等の調査・評価分科会

亜急性期(管理料2)と回復期リハ(入院料1)の患者像を比較

入院医療等の調査・評価分科会が実施する調査項目(案)

*1面記事を参照

●2012年度実施の調査項目

(1)病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

- ①一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響(その1)
 - a. 一般病棟入院基本料(新7対1、経過措置7対1、10対1)算定病棟の設定に関する影響調査
調査対象/一般病棟入院基本料(新7対1、経過7対1、10対1)、専門病院入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料を届出している医療機関
調査内容/平均在院日数の変化、看護必要度の分布や基準を満たす患者割合の状況
 - b. 亜急性期入院医療管理料2および回復期リハ病棟入院料1の算定患者像の比較調査
 - c. 幅広い患者を対象とする病棟の患者像の調査
調査対象/亜急性期入院医療管理料、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、療養病棟入院基本料届出の医療機関
調査内容/各病棟入院患者のうち、救急・在宅支援病床初期加算を算定している患者の患者像

②慢性期入院医療の適切な評価の見直し

- a. 一般病棟入院基本料(7対1、10対1含む)、療養病棟、障害者病棟等を有する医療機関における長期入院の実態調査
- b. 慢性期の中でも評価すべき患者像の調査
調査対象/一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等届出の医療機関
調査内容/超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算等の長期療養患者を対象とする加算を算定している患者の患者像等

- ③特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置の実態等
調査対象/08年3月31日に障害者施設等入院基本料、特殊疾患療養病棟入院料1を届け出ている病棟、特殊疾患入院医療管理料を届け出ている病室で、08年4月1日から10年3月31日の間に療養病棟入院基本料の届出病棟に転換した医療機関
調査内容/経過措置の対象となっている患者(当該病床に08年3月31日までに入院あるいは転棟・転院した患者)の患者像等、長期療養患者を対象とする加算の算定状況、患者像等

(2)医療機関における褥瘡の発生等の状況

- 調査対象/一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、回復期リハ病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、療養病棟入院基本料等の医療機関
調査内容/褥瘡の発生率、褥瘡対策の現状等

(3)診療報酬点数表における簡素化の検討(入院基本料等加算算定の実態)

- 調査対象/調査対象とする入院基本料等加算を届出・算定している医療機関
調査内容/入院基本料等加算の算定状況、患者像等

(4)医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化が困難な地域に配慮した評価の影響

- 調査対象/地域に配慮した評価の対象となった医療圏にある医療機関等
調査内容/今回改定により評価した項目の算定状況、改定後の医療機関の動向等

●2013年度

(1)病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

- ①一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しの影響(その2) — 一般13対1と15対1病棟における特定除外制度廃止の影響調査
調査対象/一般病棟入院基本料(13対1・15対1)を届け出ている医療機関
調査内容/90日超患者(特定除外に該当していた患者を含む)の患者像、患者の割合や退院支援の実施状況等の動向、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)届出病棟等における長期入院の実態調査(12年度調査)との比較
- ②一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置の実態
調査対象/12年3月31日まで一般7対1を届出していた医療機関
調査内容/経過措置の算定状況、経過措置の理由等

(2)入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討

- ①土曜日・日曜日の入院基本料や退院日の入院基本料の見直しに係る影響調査
調査対象/一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を届け出ている医療機関
調査内容/曜日別の入退院する者の割合、正午までに退院する患者の割合、土曜・日曜日や退院日等に行っている医療処置等
- ②外来の機能分化に関する調査
調査対象/紹介率・逆紹介率の低い特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院等
調査内容/算定状況、紹介率の変化等

一体改革関連法が成立。消費増税が決まる

「社会保障・税一体改革」にもとづく一連の法案が8月10日の参院本会議で可決され、成立した。一体改革関連法は社会保障制度改革推進法、消費税法一部改正法などの8本。民主、自民、公明の3党ほかが賛成し、自公を除く野党7党・会派が反対した。民主党は6人が消費増税に反対票を投じた。

これによって、2014年4月に8%、15年10月に10%へと消費税率を引き上げることになるが、付則で、経済情勢によっては引き上げを見合わせる事ができるとされたことから、13年秋にあらためて閣議決定という手続きを得る。景気条項は実質的には努力目標に過ぎないため、14年4月に17年ぶりの消費税率引き上げが実現される見込みだ。

消費税法一部改正法には、「社会保

障・税一体改革大綱」に記された、①医療機関等における高額投資の消費税負担に対する措置を検討する、②仕入れにかかわる消費税は診療報酬等の医療保険制度で手当する、③医療の消費税負担に関しては厚労省に定期的な検証の場を設ける、④医療への課税のあり方は引き続き検討する、ことが書き込まれた(第7条)。

また、3党合意にもとづく修正によって、複数税率導入を検討することが盛り込まれた。

社会保障制度改革推進法は、安定財源の確保と受益・負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度に向けた公的年金、医療保険、介護保険、少子化対策の改革視点を整理。

その上で、合意形成が難しい年金制

度と高齢者医療を中心に、施行後1年以内に、社会保障制度改革国民会議で審議した結果を踏まえて必要な措置を講じるとしている。同会議の委員は有識者20人以内で、総理大臣が任命する。

一体改革関連法の成立に向けて民主、自民、公明の3党は8月8日に党首会談をもち、法案を早期に成立させることで合意した。その場で、野田首相は「法案成立した後は、近いうちに国民に信を問う」と明言、早期解散を条件に法案成立への協力を自公に求めた。自民党は野田首相の真意を10月解散と受け止めている。

また、野田首相は消費税増税法成立



▲8月10日の参院本会議は一体改革関連法を可決した。

後の記者会見で、民主党が勝利した前回衆院選挙の公約になかった消費税率引き上げを行なうことを国民にわび、「引き上げた分は、すべて社会保障費として国民に還元される」と釈明した。

増税先行、社会保障は後回しというかたちで一体改革関連法案は成立したが、総選挙の結果によっては、消費税増税の行方が一転する可能性もある。

病院・福祉の設備機器展示会に全日病が企画参加

HOSPEX Japan 2012 5委員会がシンポジウム等を催行。医法協も消費税テーマに参加

全日病と日本医療法人協会が共同で企画参加する「HOSPEX Japan 2012」のプログラムが確定した。「HOSPEX Japan 2012」が開かれる東京ビッグサイト(有明・東京国際展示場)で、11月15日と16日の2日間、全日病の委員会が担当するシンポジウム等がもたれ、来場者に無料で公開される。

11月14日には医法協による消費税のシンポジウムが予定されており、「HOSPEX Japan 2012」開催の全期間(11月14日～16日)、病院団体が企画催行するプログラムが開かれることになった。

日本医療福祉設備協会と日本能率協

会が共催する「HOSPEX Japan 2012」は、病院と福祉の設備機器企業等が参加する日本最大規模の展示会。毎年開催されており、11年度は3日間で4万3,000人が来場、その3割を病院・診療所の関係者が占めている。

今回の企画参加は、主催者側から特別協賛に名を連ねている全日病に講演企画等での協力要請があったことから、広報委員会(織田正道委員長)が検討を進めてきたもの。

各委員会に企画案を募ったところ、病院のあり方委員会、救急・防災委員会、人間ドック委員会、医療保険・診

療報酬委員会の4委員会が応募、広報委員会を含む5委員会のプログラム5件をもって参加することが決まった。各委員会とも、全日本病院学会以外でシ

「HOSPEX Japan 2012」の全日病企画運営プログラム

日 程	日 時	テーマ(講師)と担当委員会
11月14日(水)	—	(消費税をテーマに医療法人協会が企画運営)
11月15日(木)	11:00~12:30	広報委員会 ●人口減少社会が進み医療・福祉はどう変わるか
	13:00~16:30	病院のあり方委員会 ●地域包括ケアのためのICTによる医療介護連携を探る
11月16日(金)	11:00~12:30	救急・防災委員会 ●東日本大震災の経験を踏まえた東京都災害医療計画の概要と病院のBCP作成のポイント
	13:00~14:30	人間ドック委員会 ●分かりやすい!効果が出る!メタボリックシンドローム対策の食事と運動
	15:00~16:30	医療保険・診療報酬委員会 ●地域密着型病院のあり方

ンポジウム等を開催するのはきわめて異例なこと。

全日病の織田広報委員長は、「来場者は医療関係者以外にも医療分野と接点を持つ企業・社会人が多い。この機会に全日病の活動や考えを具体的に伝えていきたい」と、委員会活動の新たな展開に期待を寄せている。

救急・在宅等支援(療養)病床初期加算 12年改定疑義解釈 「一般」から「療養」へ転棟した場合の算定期間は14日まで

厚労省保険局医療課は8月9日付事務連絡で2012年度診療報酬改定の疑義解釈資料(その8)を地方厚生(支)局ほか

に送付した。その中で、入院中患者の他医療機関受診にともなう診療費用を両医療機関の合議で分配する場合の消費税について、「消費税法で健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は消費税が非課税とされていることから、例えば医療機関から受け取ったものであっても、当該収入に関しては非課税となる」という見解を示した。

また、10月1日から施行される、金曜日入院と月曜日退院の合計が6ヵ月続いて4割を超えた場合に、その翌月から、該当する患者の入院日直後および退院日前の土曜日・日曜日の入院基本料が減算される規定に関しては、要件を満たす患者の退院日が該当する場合でも、入院日が対象月の前であれば、当該患者の入院日直後の土・日の入院基本料は減算対象とならないという解釈を明らかにした。

今改定で一般13対1と15対1の各入院基本料に救急・在宅等支援病床初期加算(14日を限度)が新設されたが、療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援療養病床初期加算は「(ケアミックス型において)一般病棟から療養病棟に転棟した患者は1回の転棟に限り算定でき」とされている。

このことから、「要件を満たす13対1で入院日から14日間算定し、さらに、療養病棟に転棟した日から14日(合わせて28日間)算定することはできるか」という照会に対しては、「一連の入院において、一般病棟の加算と療養病棟の加算は合わせて14日までである」と、転棟をはさむ28日間の算定を否定した。

今改定で導入した患者サポート体制充実加算の窓口担当者に関しては、退院調整加算で要件になっている専任の看護師または社会福祉士との兼務を認めた。ただし、窓口担当者が退院調整業務を行なっている間は別の担当者を配置する必要があるとした。

また、窓口担当者は、がん診療連携

拠点病院の相談支援センターの専任担当者とも兼務できるとし、この場合も、当該担当者が相談支援センターの業務

を行なっている間は別の者を配置する必要があると回答している。

さらに、患者サポート体制の業務とがん患者からの相談対応などを同時に行なうことを条件に、患者サポート体制の相談窓口とがん拠点の相談支援センターを同じ場所に設置することを認めた。

四病協

民主党ヒアリングで 13年度税制改正について要望

四病院団体協議会は、8月7日に行なわれた民主党厚生労働部門会議の予算・税制改正要望ヒアリングで2013年度税制改正要望について説明した。

ヒアリングには四病協から西澤寛俊全日病会長、崎原日病理事、南日精協常務理事が参加、民主党からは梅村聡参議院議員、足立信也参議院議員(元厚生労働政務官)など20人近い議員が出席、現厚生労働副大臣の辻泰弘参議院議員も立ち会った。

四病協の13年度税制改正要望に

ついて西澤会長がその骨子を述べた後、厚生労働部門会議メンバーとの間で質疑応答が行なわれた。

その中で、辻参議院議員は、医療に対する消費税を課税に見直す方法として、①患者に負担がかからない「ゼロ税率」、②患者への負担を別途カバーする「標準税率」をあげ、四病協の考えをたずねた。

これに対して、四病協の側は、「我々が要望しているのは原則課税である。患者負担の軽減をどう図るかは政治の側で考えるべき問題である」とする見解を表明した。

「12年度医療の質の評価・公表等推進事業」の実施が決まる

10年度に続いて2回目。32会員病院が参加

全日本病院協会は厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」の2012年度実施団体に選定された。実施期間は12年7月から13年3月まで。全日病は同事業の初年度(10年度)にも選ばれており、今回で2回目となる。

「医療の質の評価・公表等推進事業」は、病院の臨床データを収集・分析してアウトカム指標などの臨床指標を用いた医療の質の評価・公表を行なうと

ともに、評価・公表に際する問題点についても分析等を行なう団体を支援する補助事業。臨床指標に患者満足度を含めることが条件となっている。

全日病が10年度に実施した事業では、患者満足度調査、病院推奨度調査、院内感染症発生頻度、転倒転落、抑制の5指標および24疾患について重症度別に分析した平均在院日数、死亡率、予定しない再入院率、医療費、肺炎に

対する抗生物質使用割合の5指標に関する病院ごとの結果データを公表した(指標によっては病院名は非公表とされた)。

12年に全日病が実施する同事業は、長年実施している診療アウトカム事業をベースに、①患者満足度に関する2指標、②病院全体にかかわる6指標、③主要疾患に関する2指標、④回復期や慢性期もしくは地域連携に関する

4指標の計14指標についてデータを収集、指標ごとの集計結果をホームページで公表するというもの。

12年度事業へは、10年度(27会員病院)を上回る32会員病院が参加する。この事業ではDPCデータから集計分析できるようになっている。そのため、患者満足度を除けば新たな入力作業がいらず、参加病院の負担は少ない。

同事業の実施にともなって外部有識者を含む臨床指標評価委員会(飯田修平委員長)が設置され、委員名簿ともども8月11日の第2回理事会・第5回常任理事会で承認された。