



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病 2015

# NEWS 8/15

発行所/公益社団法人全日本病院協会  
発行人/西澤寛俊  
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8  
住友不動産猿楽町ビル7F  
TEL (03)5283-7441  
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.853 2015/8/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 全日病 医療事故調査制度で指針を作成。会員に配布、HPで公表

### 運用上の留意点を体系的・簡便に整理、医療機関が対応すべき事項をまとめる

全日本病院協会は8月8日に開催した2015年度第5回常任理事会(写真)で「医療事故調査制度に係る指針」を承認した。「指針」は全27頁からなる。西澤執行部は8月内に冊子化し、全会員に送付するとともにホームページに掲載、各医療機関の参考に供する方針だ。

「指針」は、10月1日に施行される医療事故調査制度について、医療法の規定と省令・通知事項にもとづいて制度の仕組みと運用上の留意点を体系的かつ簡便に整理、医療機関が行なうべき対応をまとめている。

作成にあたったのは協会内に設置された「医療事故調査制度に係る指針」検討プロジェクト(プロジェクトリーダー・飯田修平常任理事)で、厚労科研「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法

に関する研究」(研究代表者・飯田常任理事、平成23年度～平成24年度)の研究班メンバーからなる。

全日病は、2012年3月に、原因究明と責任追及が混然一体となった医療事故調査委員会の設置構想に反対する立場から「医療事故調査委員会・懲罰委員会に関する提言」をまとめ、原因究明・再発防止の過程と刑事司法による責任追及の過程を分離した上で、「明示的・限定的に定義される」重大事例は医療界が自律的に設置する院外事故調査委員会の医学的調査に委ねるべきと提言、その「明示的・限定的」なケースを例示した。

「懲罰委員会に関する提言」では、国立大学病院医療安全管理協議会分類レベル3b以上(濃厚な処置や治療を要し

た)について、院内調査と並行して第三者機関への届け出を推奨するなどの対応を示したが、今回の「指針」は、対象事例を医療事故調査制度の事案に限定している。

また、「指針」用に本制度の制度概要図を作成するとともに、医療事故調査の流れを「医療事故発生から院内医療事故調査指示まで」と「院内医療事故調

査から報告まで」の2過程に分けたチャートに掲載するなど、本制度の全体像を視覚的に表わしている。

さらに、例えば「医療事故調査の実施概要」で事故発生直後から事故調査委員会設置前後の院内対応について細かく説明するなど、関係者には必携ともいえる実践的な手引きとなっている。

### 「医療事故調査等支援団体」として全日病含む36団体を告示

厚生労働省は、10月1日に施行を迎える医療事故調査制度で、事案が生じた医療機関の相談に乗るとともに院内事故調査に際して専門家の派遣など具体的な支援を担う「医療事故調査等支援団体」として厚生労働大臣が定める団体を告示した。資格は10月1日から適用される。

告示されたのは全日病を含む36団体・事業者。全日病に関しては「全日本病院協会及びその会員が代表者である病院」と告示されたため、申請した会員病

院も支援団体になることができる。

支援団体の分野別構成は、職能団体が日本医師会など9団体、病院団体が日本医療機能評価機構など7団体、病院事業者が国立病院機構、日赤、済生会など14事業者、学術団体が「日本医学会に属する学会(内81学会)」「日本看護系学会協議会の社員である学会」など6団体。

病院団体は四病協の4団体のほか、全国自治体病院協議会、全国医学部長病院長会議の6団体が支援団体として認められた。



## 厚労省「医療機能区分の定義周知されず」 医療提供側「回復期の定義再考すべし」

### 地域医療構想策定GL検討会 機能区分中心に報告制度精緻化に取り組むことを確認。10月報告に向けた通知案も検討

「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」(写真)が7月29日に4ヵ月ぶりに開かれ、病床機能報告と地域医療構想にかかわる議論を再開した。

事務局(厚労省医政局地域医療計画課)が報告した2014年度病床機能報告の集計結果(5月28日時点)によると、昨年7月現在の病床機能の分布は、高度急性期19万3,538床(15.5%)、急性期58万7,484床(47.1%)、回復期11万164床(8.8%)、慢性期35万6,176(28.6%)、合計124万7,362床であった(別途、13,764床が機能区分を未報告)。

6年経過後の予定を構成比で見ると、高度急性期16.1%、急性期44.7%、回復期11.4%、慢性期27.8%(別途9,712床が未報告)と、現在(14年7月)と比べ、高度急性期と回復期の割合が増えている。

この結果を踏まえ、事務局は、今回15年度の報告で、(1)未報告の医療機関への対応、(2)医療機能の選択間違いや報告内容の不整合等への対応を検討課題にあげた上で、(1)については「都道府県として、まずは報告を督促し、それでもなお未報告の場合は医療法上の権限を適切に実施していく」、(2)については「明確に選択間違いと考えられるものは『間違い』として取り扱い、医療機関に修正を求める」方針で臨む考えを示した。

このうちの(1)について、西澤構成員(全日病会長)は「医療法の権限行使は好ましくない。未報告に対してはその理由の把握に努めてほしい」と慎重な対応を求める一方、医療法で義務化されている医療機能情報提供制度を取り上げ、「2つの制度で報告事項が重なっている。将来的な一本化も重要なテーマである」という見解を表明した。

事務局は、また、医療機関によっては「回復期機能は回復期リハ病棟だけが該当する」と受け止められていた例

を紹介、「回復期には在宅復帰に向けた医療も含まれている」として、「医療機能の内容等を周知徹底していく」必要を認めた。

さらに、全病棟を高度急性期と報告した特定機能病院が85病院中75病院に達したとも指摘。「特定機能病院の個々の病棟は必ずしもすべて高度急性期とは限らない」との見解を表わした。

その一方で、14年度の報告事項にはなかった医師数(病院全体・診療科別等)を15年度の報告項目に追加することを提案した。

この提案に、医療提供者からは「医師数の報告は現場の負担が増すだけ」との批判が相次いだ。西澤構成員も「医療機能情報提供制度の報告で代用できるはず」と提案したところ、北波地域医療計画課長は「本日の意見を踏まえて検討し、必要があればあらためて語り」と述べ、議論を引き取った。

構成員からは、このほか、①医療機能区分の根拠をさらに明確にすべき(より具体的な機能選択の事例も必要)、②報告記入に誤りが生じないようにマニュアルを工夫するべきなど、15年度報告に向けて改善を求める意見が示された。

その中で、①に関連して、医療提供側の構成員から、「診療報酬で地域包括ケア病棟の機能はサブアキュート、ポストアキュート、在宅復帰とされてい

るが、機能区分では、回復期の定義をポストアキュートに限っている。しかも、回復期というのは明らかに急性期と異なる。これを整理していかないと機能分化は進まないのではないか」と、回復期の定義に疑問を投げかけた。

この発言に関連して、西澤構成員は、「機能区分に関する議論の当初は亜急性期という考え方が提起され、そこにはサブアキュートも含まれるとされた。しかし、分かりにくいということでサブアキュートを外して回復期という考え方に落ち着いた。それは病期にもとづくカテゴリーの視点からそうなったものだ。しかし、病棟という視点に立つと、例えば診療報酬上の当該病棟はポストとサブ両方の患者を受け入れており、今後もそれが求められている。2～3年みていく中で病期と病棟の違いが明確になっていくのではないかと述べ、実態のデータを踏まえて議論を収斂させていくべきとの認識を表わした。

一方、事務局は、14年度報告ではカテゴリーとしての機能区分から選択されたきらいがあり、同じ機能区分でも医療提供の内容が不一致となる傾向があったとの認識から、「今後、報告された



医療機能と、行われている医療内容、構造設備・人員配置等との関係を詳細に分析し、病床機能報告制度の精緻化に向けて検討していく」方針を打ち出した。

この方針について、北波地域医療計画課長は「10月以降の議論の中で機能区分の精緻化にも取り組んでいただきたい」と発言、とくに、機能区分の議論を深める必要を認めた。

事務局は、検討会を月1回のペースで開催しつつ、15年度および16年度報告に向けた見直しを検討していく方針を示したが、来年4月頃までは、①病床機能報告制度の精緻化、②地域医療構想策定の進捗状況が主たるテーマになるとした。

また、この10月報告に向けて報告事項や報告方法の改善を図り、留意点なども周知させる必要があるとし、次回8月末の検討会に通知案を提示する考えを明らかにした。

### 看護師特定行為研修制度

## 14の機関・施設を指定研修機関としてスタート

7月30日に開かれた医道審議会保健師助産師看護師分科会の看護師特定行為・研修部会は、10月1日に施行される看護師特定行為研修制度における指定研修機関の諮問を受け、申請のあった14の機関・施設について審議した結果、

そのすべてを「指定して差し支えない」と答申した。答申を受け、後日、厚生労働大臣が指定する。

第1回の指定を受ける機関・施設の開設主体は、学校法人・公立大学法人が9、医療法人が2、公益社団法人が2、その

他1という内訳。地域的には9都道府県に所在、そのうち東京都が5と多く、続いて愛知県が2、他の7道府県が1という分布になっている。

指定研修機関の審議は年2回予定されており、今回は来年2月をめどに開催される予定。したがって、看護師特定行為研修制度は、まずは、この14機関による指定研修をもってスタートすることになる。

# 「重症度、医療・看護必要度」の見直しで概ね合意

入院医療等の調査・評価分科会 16年度改定 入院項目の検討が大詰め。8月末に中間報告。9月から基本小委で議論

診療報酬調査専門組織の「入院医療等の調査・評価分科会」は、7月29日と8月5日の会合で、2014年度調査結果の分析を踏まえた入院医療に関する改定課題の検討を終えた。事務局(厚労省保険局医療課)は、両日の分科会に、テーマごとにそれまでの議論を整理した中間報告の暫定案を提示。両日の検討結果を盛り込んだ文案を次回8月末の会合に提示し、中間報告としてとりまとめ、診療報酬基本問題小委員会の議論に付す予定だ。

中間報告の構成は、(1)急性期入院医療(7対1算定病床の動向、特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」)、(2)短期滞在手術等基本料、(3)総合入院体制加算、(4)地域包括ケア病棟入院料、(5)有床診入院基本料、(6)医療資源の少ない地域に配慮した評価、(7)慢性期入院医療(在宅復帰機能強化加算、療養

病棟入院基本料2、医療区分の評価項目、脳卒中患者に関する評価)、(8)その他(退院支援にかかわる取り組み、他科受診)からなる。

これらのテーマは、「7対1算定病床の動向」と「特定除外制度」を除くと、5月29日から8月5日までの6回にわたる会合で、それぞれ2回議論されている。

## □7月29日の議論から

この日は、短期滞在手術等基本料、総合入院体制加算、地域包括ケア病棟入院料、有床診入院基本料、医療資源の少ない地域に配慮した評価、慢性期入院医療について2度目の議論を行なった。

短期滞在手術等基本料3については、まず、両眼が減少して片眼の手術が増加した水晶体再建術や「点数が低すぎて採算がとれない」という回答が50%に達した腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術を見直すことで基本的に合意。次に、出来高実績の点数が全体に高い透析患者の診療報酬項目を包括の対象外とする方向でもほぼ一致した。

透析を包括から除外することに関連して、神野正博委員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)は「透析以外でも合併症や副傷病があれば手のかかるものはある。これらも除外を検討すべきではないか」と提案。他委員からも同様の声があがった。

さらに、包括範囲の出来高実績点数の分布が2つ3つの山をつくる手術項目があり、その理由として乳幼児の年齢や麻酔方法による違いが考えられることから、それらは算定対象の項目立てを見直すことが確認された。

事務局は、また、短期滞在手術等基本料3の対象手術等を拡大する方向での検討を提起したが、神野委員は「これらの手術は平均在院日数の計算から外れている。拡大は慎重にお願いしたい」と反対を表明。他の委員からも同様の意見が示された。

総合入院体制加算に対して、事務局は、「1」は要件を緩和する方向、「2」は要件を厳格化する方向で議論を促している。しかし、急性期病院の姿を体現する同加算算定病院にどういった医療提供を求めるべきかをめぐって、とくに、認知症や精神疾患合併症の患者を受け入れる要件のあり方で意見が分かれたほか、重症患者の受け入れを促すために「重症度、医療・看護必要度」を採用すべきとの案も出るなど、議論は収斂しなかった。支払側の委員から「1の要件緩和は早期に過ぎる」との声も出た。

こうした状況に、神野委員は「1を緩和して2を厳格化する」というのであれば、いっそ14年改定前のかたちに戻してはどうか」と疑問を投げかけた。

地域包括ケア病棟に関して事務局が示した論点は、①手術料等を包括外とする、②より入念な退院支援を要する患者の受け入れを促すという方向での見直しであった。これは、病態がより複雑な患者や在宅復帰が困難な患者の受け入れを促す方向で医療提供の内容を回復期リハ病棟と差別化し、その機能の強化を図るというもの。

「手術料等」には手術、処置、検査、麻酔が考えられるが、事務局はこの日の論点で、「例えば手術料及びブロック注射を除く麻酔料を包括外とする」こ

とを提案した。

①について、神野委員は「7対1や10対1に併設された地域包括ケア病棟では一般病棟で手術が実施されるのでこの効果には疑問がある。全病棟が地域包括ケアなら手術は増えよう。併設の病院は外出しから除外してはどうか」と提案した。

分科会には手術等の外出しに賛成する意見がある一方、「軽微な手術が多い現状では包括のままではいいのではないか」「もう少し様子を見てはどうか」との意見もある。

これに対して、神野委員は「自宅から入棟した患者は12%に過ぎない。この割合を増やすためには全病棟が地域包括ケアの病院には、例えば褥瘡や緊急避難的な手術の外出しを認めるべきではないか」と反論。

支払側の委員も「在宅支援機能を考えると、骨折外傷だけでなく緊急時受け入れの機能を強化する方向で議論してはどうか」と発言、包括から除外する方向の議論を容認しが、結論は基本小委の議論次第となる。

医療資源の少ない地域に配慮した評価に関しては、事務局が前回(6月19日)提起した「医療従事者の確保が困難な地域」に着目して対象地域を増やす方向で概ね一致しており、この日も、それを確認するものとなった。ただし、7対1や10対1の医療機関も対象にすべきかまでの議論はつくされていない。

慢性期入院医療の、在宅復帰機能強化加算について、事務局は前回(7月1日)の議論を踏まえ、①病床回転率等算出における自宅入院と転院の区別、②(①を踏まえ)在宅復帰率等算出における入院期間制限(1ヵ月未満)の見直し、③加算届出病棟における退院支援室等の設置と退院支援職員の病棟への配置を、検討課題にあげた。

分科会の大勢は①と②に肯定的だが、自宅入院と転院の区別が加算要件の強化につながることを懸念する向きもある。また、入院期間制限の廃止がモラルハザードにつながらないかと警戒する意見もあり、この日の議論は十分深まるにはいたらなかった。③については、退院支援職員の病棟配置に反対する意見が強い。

療養病棟入院基本料2に関しては「医療区分2・3の患者の割合について何らかの要件を設ける」ことが論点にあげられたが、一部の委員から「こうした意見は分科会の分際を超えている」との批判が出た。

医療区分について、事務局は、①うつ状態(区分2)、頻回の血糖検査(区分2)、酸素療法(区分3)の各項目は「密度の高い治療を要するかどうか等」から評価内容を精査する、②入院後に新たに生じた褥瘡は「2」と評価しないことなどを提起した。

②に対して、神野委員は「入院後に新たに生じた褥瘡に関するデータは提示されていない。こうしたことをデータなく取り上げることはおかしい」と反対。他の委員も同様の意見を述べた。

脳卒中患者に対する適切な評価に関して、事務局は、中間報告案に、①障害者施設と特殊疾患病棟等に入院している意識障害を有する脳卒中患者の多くはこれら病棟で想定される状態像と異なっており、引き続き入院対象とすることには課題がある、②当面の間こ

## 「重症度、医療・看護必要度」A項目のみの評価基準を追加の方向

### □8月5日の議論から

この日は、「7対1入院基本料の算定病床の動向」「特定除外制度の見直しに伴う影響」「重症度、医療・看護必要度」「退院支援に係る取り組み」「他科受診」について議論した。

「特定除外制度の見直しに伴う影響」は15年度調査でより詳細な実態が捕捉されるため、中間報告では簡易な分析にとどまる見通しだ。

「重症度、医療・看護必要度」について、事務局(厚労省保険局医療課)は、一巡目(7月16日)の議論で、(1)明らかに急性期医療を必要としている患者の状態を反映する方向でA項目を見直す、(2)B項目の点数を外してA項目が一定点数であればカウントするなど重症患者を評価する方法の検討、などを提起。

B項目については、(3)とくに相関性の高い「寝返り」「起き上がり」「座位保持」の整理を提起。その上で、(4)認知症患者の状態像を反映させるために「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」を採用することを提案している。

事務局は、前回の議論を踏まえ、この日の分科会に、(a)急性期医療の必要性が高い項目に関するデータ、(b)せん妄患者に対する評価実態のデータをそれぞれ示すとともに、(c)急性期入院医療におけるデータ提出に関する現状について説明した。

このうち、(a)については、7対1病棟入院患者が算定した日に「医師の指示の見直しが1日1回以上必要」であった患者の割合が60%以上に達した項目を検索。前回指摘された術後や救急搬送後の患者が算定している項目以外にも、ICUとHCUで評価されている項目(中心静脈圧測定や観血的動脈圧測)や抗悪性腫瘍剤の投与後など極度の免疫抑制時に実施される検査・治療の項目が一般病棟A項目では評価されていないとした上で、それらを追加する必要性を、この日提示した新たな論点に書き込んだ。

同時に、A項目にある抗悪性腫瘍剤の評価対象は原則看護職員とされているため、薬剤師による投与は評価の対象外となっている点をあげ、看護職員以外の職種が実施することがある処置・介助などは記録も含めて評価の対象とするルール緩和の必要を提起した。

神野委員は、新たな論点で提起された、無菌治療室での治療(無菌治療室管理加算等)、中心静脈圧測定、観血的動脈圧測定項目を一般病棟A項目に加える必要を認め、その追加を提案した。

次に、(b)について、事務局はDPCのデータから、7対1病棟におけるせん妄をとともう患者は、術後あるいはそれ以外を問わず、医師の指示の見直しや看護師による処置等の頻度が高い傾向が認められるとした上で、B項目との相関がみられると分析。さらに、B項目にはない「診療・療養上の指示が通じる」「他者への意思の伝達」「危険

れら病棟への入院が必要としても、同一の状態にある患者の報酬が病棟間で大きく異なっていることは課題がある、③これら病棟に入院する脳卒中患者の中には医師による指示見直しの頻度が高い患者がいることなどから、患者ごとの状態にも留意すべきとの意見があった、と書き込んだ。

③に記された意見は神野委員が強く主張してきたもので、同委員は、事務局の当初論点になかったこの追記を率直に評価した。

行動」とも強い相関があるとした。

ただし、中間報告の「重症度、医療・看護必要度」に関するまとめ案には、「『他者への意思の伝達』『診療・療養上の指示が通じる』『危険行動』の3項目は認知症と特に関係が強かった」とした上で、「他者への意思の伝達」と「診療・療養上の指示が通じる」は類似の状態を評価していることから、HCUで採用されている「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を認知症対応の評価としてB項目に加える考えを盛り込んだ。

これに対して、神野委員は、「例えば急性期の術後や化学療法直後に一過性のせん妄に陥りやすい。せん妄がいかにかかるとか状態であるかはすでにデータで明らかだ。この一過性のせん妄が認知症の患者と同等にB項目で評価されるのは不合理。せん妄は、急性期医療の評価指標としてA項目で評価されるべきだ」と主張した。

(c)に関して、事務局は、新たな論点で「DPC対象病院以外の10対1入院基本料の病棟では要件とされていないこと」や重症度、医療・看護必要度の評価が「提出データに含まれていないこと」を指摘、現状ではDPCデータによる置き換えは難しいという認識をのぞかせた。委員からも義務化対象病棟の拡大に慎重な声があがった。

この問題に対して、神野委員は「重症度、医療・看護必要度がDPCデータから分かれば現場は大変助かる」と発言、環境の整備を要望した。

「重症度、医療・看護必要度」の評価基準に、A項目のみでも一定の点数であればカウントできるという基準を加えるという考え方に、特段の反対意見は出なかった。一定の点数としては「Aが3点以上」が想定されている。

「退院支援に係る取り組み」に関して、事務局は、中間報告案で、①退院支援を促す診療報酬項目の複雑かつ重複した要件を整理する必要があること、②在宅復帰率の計算方法を見直して、在宅復帰率が要件となっている病棟への転院・転棟に対して「自宅」や「高齢者向け集合住宅」への退棟をより高く評価する必要があること、③退院支援職員の配置、退院支援室の設置、ケアマネを含む多職種カンファレンスの実施を評価もしくは要件化する必要があることを示唆した。

退院支援職員の配置に関して、神野委員は「退院支援の担当者は積極的に地域に出る必要がある」と専従を要件とすることに反対したが、他の委員からも同様の声が相次いだ。

他科受診の問題で、事務局は精神科と有床診に入院料減算が多いと指摘、何らかの対応の必要を示唆したが、委員からは「影響は一般病棟でも大きい」と見直しを求める意見が相次いだ。

## 報告 健康づくり支援薬局(仮称)をめぐる議論

## 「かかりつけ薬局+健康サポート」で一致したが、具体的機能でまとまらず

「24時間対応、在宅医療、薬の一元管理」の機能は病院薬剤師が勝ると主張

全日病副会長・健康情報拠点薬局(仮称)のあり方に関する検討会」構成員 安藤高朗

平成27年6月4日に第1回「健康情報拠点薬局(仮称)のあり方に関する検討会」が開催された。健康情報拠点としてふさわしい薬局(健康情報拠点薬局=仮称)の定義・名称、基準の策定、公表の仕組みを検討することが本検討会の目的であり、医療提供者として、日本医師会とともに病院団体を代表して私が参加することになった。

本検討会は9月末までに7回の開催が予定されているが、第4回(8月7日)が終了したので中間報告をさせていただく。

薬局の呼称について、仮称ながら、当初は検討会名にもある「健康情報拠点薬局」という表現が用いられていたが、分かりにくいということで、第3回から暫定的に「健康づくり支援薬局」を用いることになった。本稿でも同表現を使用することとする。「健康づくり支援薬局」に関するこれまでの経緯は以下の通りである。

○日本再興戦略(平成25年6月14日閣議決定)

予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくりについて、日本再興戦略では、「薬局を地域に密着した健康情報の拠点として、一般用医薬品等の適正な使用に関する助言や健康に関する相談、情報提供を行う等、セルフメディケーションの推進のために薬局・薬剤師の活用を促進する。」と示された。

○「薬局の求められる機能とあるべき姿」の公表について(平成26年1月21日薬食総発0121第1号)

薬局・薬剤師に求められる機能に関する基本的な考え方として、厚生労働省医薬食品局総務課長通知は「セルフメディケーションの推進のために、地域に密着した健康情報の拠点として積極的な役割を發揮すべき」との見解を示した。

○平成26年度薬局・薬剤師を活用した健康情報拠点推進事業(予算2.4億円)

地域に密着した健康情報の拠点として積極的な役割を担う「健康情報拠点薬局」の整備に向け、平成26年度予算において、薬局・薬剤師を活用したモデル事業(適正使用に関する相談窓口の設置、セミナーの開催、健康チェックを行う体制整備等)が推進された。

○日本再興戦略 改訂2014(平成26年6月24日閣議決定)  
「日本再興戦略 改訂2014」の中短期工程表「国民の

『健康寿命』の延伸②」の2015年度の欄に「薬局・薬剤師を活用したセルフメディケーションの推進」と「充実した相談体制や設備などを有する薬局を住民に公表する仕組みの検討」が明記された。

○平成27年度薬局・薬剤師を活用した健康情報拠点の推進(予算2.2億円)

26年度に引き続きモデル事業を実施する他、健康情報拠点としてふさわしい薬局の基準を作成し、住民に公表する仕組みを検討する方針が打ち出された。

本検討会における第4回までの議論を振り返ると、健康づくり支援薬局の定義は「かかりつけ薬局機能+積極的な健康サポート機能」でほぼ合意を得たものの、かかりつけ薬局とはそもそもどのような機能を有するかという点で繰り返しの議論が行われた。

その主な意見は以下の通りである。

・薬局の薬剤師は、健康な時も、病気になった時も、お亡くなりになる寸前まで少なくとも薬に係る周辺のことを真摯に努めていかなければならない仕事ではないか。

・地域や門前といった色々な薬局について機能を分けた形で議論した方が市民に喜んでいただけるのではないかと。例えば、大病院前の薬局では、麻薬やオーファンドラッグといった希有なお薬をたくさん抱える必要がある。

・かかりつけ薬局はかかりつけ薬剤師のいる薬局であるべき。

・かかりつけ医は患者から電話があったら、すぐに誰なのか脳裏に顔が浮かぶ。一方、薬局の薬剤師はこころ変わってしまい、かかりつけ薬剤師という概念が薬局の中で定着していない。目指すべきはかかりつけ薬局ではなく、かかりつけ薬剤師ではないか。

・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師としては、その人が健康状態から虚弱になり、最期までの24時間対応も含めた対応が必要ではないか。

・たくさんの薬剤師が勤務している大型店舗では、毎回同じ薬剤師が対応することは難しくかかりつけ薬剤師を持てる薬局に限られるのではないかと。

・薬局に多くの医薬品があっても、適切に医薬品を扱える人、相談できる人がいなければ機能しないため、かかりつけ薬剤師は非常に重要。ただし、薬局



▲検討会に臨む安藤副会長(左端)

としてきちんと医薬品を一元的に管理できるような体制がなければいけない。

・24時間対応は、開局時間以外にどう対応するかというのが非常に重要。電話で必ず連絡がつく、その上で必要なときには必要な対応ができる体制が求められる。

・かかりつけ医がやっている程度の対応、例えば、困ったときとかなどに、せめて電話でも答えられるような対応が求められるのではないかと。

・かかりつけ薬局と薬剤師には、ぜひ、在宅医療に対応してほしい。

・在宅において、飲んでいるかどうか、飲めたかどうか、効いたかどうか、副作用が出ていないかどうかということ、主治医の先生と連携しながら、生活の中でみられるような機能を果たすのがかかりつけ薬剤師ではないか。

こうした議論に対して、私からは、(1)24時間対応、在宅医療、薬の一元管理を小規模な薬局が行うのは困難であり、地域における輪番制の導入、ICTを活用した患者情報の共有化等、工夫を凝らすことが重要ではないかと、(2)健康づくり支援薬局に求められる機能は多岐にわたっており、相応のインセンティブが必要ではないかと、(3)品揃えの拡充や相談スペースの設置を小規模な薬局に求めるのは負担が大きく、何らかの配慮が欠かせない、といった見解を述べさせていただいた。

残る3回の検討会で最終答申をまとめることになる。医薬分業を推進するための検討会なので難しいのは承知であるが、全日本病院協会としては、病院の薬剤師こそが、24時間対応、在宅医療、薬の一元管理すべてで勝っていることを主張していく所存である。

## 実調とNDBデータから前回改定の補填状況を把握

消費税負担に関する分科会 消費税10%に向け議論を再開。日医・四病協等が診療報酬「見える化」で試行調査

中医協に付設された診療報酬調査専門組織の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」が8月7日に1年半ぶりに開催され、消費税の5%から8%への引き上げに対応してとられた前改定における補填措置の実態を捕捉する調査を実施することが決まった。

事務局(厚労省保険局医療課)は、消費税率の8%への引上げに対応して2014年度改定で措置された診療報酬への補填の方法と内容をあらためて説明。

その上で、17年4月に予定されている10%への引き上げに向けた対応策を検討する前段階として、自民・公明両党が決めた15年度税制改正大綱に明記された「宿題」があると指摘、その作業に着手する必要を指摘した。

「宿題」というのは、15年度税制改正大綱の中の「抜本的な解決に向けて適切な措置を講ずることができるよう、個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当額分を『見える化』することなどにより実態の正確な把握を行う」という点を指す。

この一文は、“抜本的な解決に向けて適切な措置を講ずることができるように、個々の診療報酬項目に含まれている仕入れ(原価)にかかっている消費税相当額(分)が分かるようにせよ」という注文にとれる。

「この分科会で『見える化』を検討するのか(白川健保連専務理事)」という

質問に、込山保険医療企画調査室長は「その点のご議論いただきたい」と言葉をつまらせた。この問題が診療側に重くのしかかっている。

白川委員が「日医で、厚労省と財務省も参加して『見える化』を検討しているようだ」と触れたことから、今村委員(日医副会長)は、「厚労省と財務省も参加して『見える化』に関する委員会をすでに6回開催し、その中で、『見える化』に向けて原価を診療行為別に明らかにすべきとの指摘を受けたため、医師会、歯科医師会、四病協で代表的な診療報酬項目の調査を進めている。9月頃に確定的なものが出る。分科会に報告する」と説明した。

今村委員が明らかにした委員会とは「医療機関等の消費税問題に関する検討会」のことで、今年3月に『見える化』の取組みを財務省、厚労省、三師会・四病協間にて行なう」目的で設置され、現在、診療報酬項目と医療機関を限定した、当該診療行為の原価に含まれる課税費用相当分をパイロット的に算出する調査を進めている。

この調査結果は、参考資料として消費税分科会の議論に供されることになったが、事務局は、それとは別に前回改定で補填した結果がどうなっているかの調査を急いで実施し、11月には報告することを提案、この日の分科会で了承を得た。

調査は、費用のうち課税経費の消費税相当額と収入のうち診療報酬本体に上乗せされている消費税分を把握するために、現在実施中の医療経済実態調査から、14年4月～15年3月を事業年度とする医療機関等(病院については医薬・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満を対象)を対象に実施される。ただし、医療経済実態調査のデータからは費用のうちの課税経費にかかる消費税相当額、つまり仕入れにかかる消費税分は把握できるが、収入のうち診療報酬本体に上乗せされている消費税分まではつかめない。

そこで、調査では、収入となった診療報酬の算定項目を把握するために、実調データに加えて「レセプト情報・特定健診等データベース」(NDB)から抽出した算定回数等のデータを使用する。5%から8%にあがった前改定時には、実調のデータから費用構造推計を行なうと、3%の引き上げが課税経費の消費税相当額を増やす割合は診療報酬収入の0.63%と推計、この分を基本診療料中心に上乗せするかたちで補填が行なわれた。

しかし、入り(補填額)と出(課税経費の消費税相当額)の差を把握するために、今回の調査は、NDBから調査対象医療機関のレセプトデータを使うことになったもの。

NDBのデータ使用は「レセプト情報

等の提供に関する有識者会議」の審査を経るなど厳しい条件が課せられている。込山室長は「すでに有識者会議の審査を受け承認をとっている」と説明したが、西澤委員(全日病会長)は情報漏えいの可能性に懸念を示し、その慎重な取り扱いを求めた。

分科会の今後の議論の行方に関連して、支払側委員は、①10%のときも医療は非課税であるのか、②この場合も診療報酬で補填するのか、③8%時の手当て方法を前提とした議論となるのか、④スケジュールはどうなるのか、とたずねた。

これに対して、込山室長は、①②④については「今後の税制改正の議論を踏まえつつ検討していくことになる」とし、③つまり補填の方法に関しても「過去改定時の対応を含め、診療報酬の構造の見える化を踏まえたご議論をいただきたい」と述べるにとどまった。

一方、診療側委員からは、「この調査によって益税や損税の実態が判明する。今の方法が不公平だと判明した場合に対応を何らかに変える余地はあるのか」という質問も出た。

これに対しては、「調査の結果を踏まえて、課税か非課税か、診療報酬における対応としても何らかの工夫があるかといった議論につながる可能性はある」との認識を表わした。

17年4月の消費税10%に対応するためには、16年度の税制改正大綱に何らかの方向性が盛り込まれる必要があるため、分科会は、12月前半までに結論を目指すという厳しい状況におかれている。

# 第57回全日本病院学会を9月12日・13日に札幌市で開催

第57回全日本病院学会 in 北海道 地域医療構想、地域包括ケア病棟、医療事故調査制度、特定行為研修制度のテーマも

「第57回全日本病院学会 in 北海道」(徳田禎久学会長)の開催が近づいている。北海道支部(徳田禎久支部長)の担当で、札幌市のロイトン札幌とさっぽろ芸文館の2会場を舞台に、9月12日・13日に開かれる。

2025年に向けて地域の医療提供体制を再編する地域医療構想の策定が始まる中、北海道学会の実行委員会(大橋正實委員長)は、改革を乗り越えるキーワードとして自らの改革を問う「イノベーション」をメインテーマに、そして、医療提供者としての本分の自覚を訴える「医の原点を見つめつつ」をサブテーマに掲げた。

演題数は693題と「第54回全日本病院学会 in 神奈川」に次ぐ数に達するなど、地方開催としてはかつてない関心を集めており、大きな盛り上がりが見込まれている。

北海道学会の特徴は、担当支部の裁量で組まれる学会企画に「最新テクノロジーの医療分野への応用—会員病院での実践に向けて」と「病院食の未来を考える」という2大テーマを設定、それぞれ、特別講演、シンポジウム、指定演題、ランチョンセミナーを1日帯で集中展開するプログラムを組むという独創性にある。

北海道学会では、新たな取り組みと

して、実際のファッションショーと同じようなランウェイを設けて、プロのモデルが最新の機能的な医療用の制服をアピールするイベントも行なわれる。

全日病の各委員会が担当する委員会企画では、まず、医業経営・税制委員会が「地域医療構想の現状」をテーマにシンポジウムを開き、医業保険・診療報酬委員会は「地域包括ケア病棟」について考察するシンポを開催する。

医療の質向上委員会は10月施行を直前に控える医療事故調査制度を、同じく10月に施行される特定行為研修制度については看護師特定行為研修検討プロジェクト委員会が「特定行為に係る看護師研修制度施行前夜—特定行為研修を修了した看護師を活かす」と題したセッションを開催する。

このほか、病院のあり方委員会は「病院のあり方に関する報告書2015版」の概要を報告、プライマリ・ケア検討委員会は「病院におけるプライマリ・ケア強化のための他職種連携のあり方」を問い、医療従事者委員会は病院女性事務職のキャリアアップを含む「病院における事務職—経営陣に加わる要件とワークライフバランスへの対応」を取り上げるなど、病院が直面する課題が多方面から考察される学会となる。



▲ロイトン札幌



▲さっぽろ芸文館

## □2日目(9月13日)

特別講演 V 食材の機能を見直す(考える)～食に対する新たな取り組み～

西平 順(北海道情報大学 教授・医療情報学部長)

特別講演 VI 漢方の説く食養生 ～北海道の旬の食材～

堀田 清(北海道医療大学薬用植物園・北方系生態観察園 准教授)

パネルディスカッション1 地産地消を活かした病院給食の今後の可能性

・地産地消を活かした病院食の取り組みと病院食の今後の可能性

馬場政美(医療法人サンプラザ新札幌循環器病院 事務部長)

・今後の病院給食への新たな取り組み

大見英明(生活協同組合コープさっぽろ 理事長)

・医療機関の地産地消の取り組み「きた食dayコンテスト」

上坂真智子(お食事のカウンセリングサロンcolan、管理栄養士/美容栄養カウンセラー/料理研究家)

パネルディスカッション2 生きることは食べること

・超高齢化社会の食力を考える

東口高志(藤田保健衛生大学医学部 外科・緩和医療学講座 教授)

・患者・家族の想いに寄り添う食事を目指して

上杉梨沙(医療法人社団洞仁会 洞爺温泉病院栄養課 課長)

・高齢者が口から食べるための支援のあり方

大久保抄織(医療法人社団静和会 介護老人保健施設エル・クオール平和 老人看護専門看護師)

学会企画 「医療法人制度改革と2025年に向けた医療法人の経営戦略～地域医療連携推進法人等をトピックスとして～」

川原文貴(株式会社川原経営総合センター 代表取締役社長、税理士法人川原経営 代表社員)

「特定行為に係る看護師研修制度施行前夜—特定行為研修を修了した看護師を活かす」(看護師特定行為研修検討プロジェクト委員会)

「病院のあり方に関する報告書2015版について」(病院のあり方委員会)

「院内事故調査報告制度について」(医療の質向上委員会)

「病院の広報戦略—先進的な広報活動を知る」(広報委員会)

「病院におけるプライマリ・ケア強化のための他職種連携のあり方」(プライマリ・ケア検討委員会)

「サービス付き高齢者向け住宅の介護・医療ニーズへの対応状況」(高齢者医療介護委員会)

「地域特性や病床特性に応じた病院経営—地域や病院特性から病院の戦略を考える」(若手経営者育成事業委員会)

## 第57回全日本病院学会 in 北海道

### テ マ 「イノベーション～医の原点を見つめつつ～」

主 催 ● 公益社団法人全日本病院協会

学 会 長 ● 徳田禎久(社会医療法人 禎心会病院 理事長)

実行委員長 ● 大橋正實(社会医療法人 耳鼻咽喉科麻生病院 理事長)

期 日 ● 9月12日(土)、13日(日)

会 場 ● 札幌市 ロイトン札幌及びさっぽろ芸文館

事 務 局 ● 全日本病院協会 北海道支部

参 加 費 ●

	協会会員		一般及び学生	
	理事長・院長	左記以外の方	一 般	学 生
事前登録	32,400円	10,800円	12,960円	当日のみ
当日登録	37,800円	12,960円	16,200円	1,080円

\*事前登録は8月15日17:00をもって受付を終えました。

## 「第57回全日本病院学会 in 北海道」主なプログラム

### □1日目(9月12日)

特別講演 I 日本医師会の医療政策

横倉義武(日本医師会 会長)

特別講演 II 2025年に向けた医療提供体制改革の課題(仮題)

二川一男(厚生労働省 医政局長)

特別講演 III 「診療報酬のリバウンドと医療政策のパラダイムシフト」

～財務の視点からふたつの変化を考える～

公認会計士 石井孝宜(石井公認会計士事務所 所長)

市民公開講座 倉本聡トークライブ「ヒトに問う～自然・人間・命」

倉本 聡(脚本家)

特別講演 IV 最新テクノロジーの医療分野への応用～会員病院での実践に向けて～I

・高齢化社会への対応に向けて一次世代ヘルスケア産業の創出と健康経営の促進—

江崎禎英(経済産業省商務情報政策局ヘルスケア産業課 課長)

・医療・介護支援のためのロボット技術と軽労化技術

田中孝之(北海道大学大学院情報科学研究科 准教授)

・ウェアラブルコンピュータの医療への実質運用

田中聖人(京都第二赤十字病院 医療情報室長、消化器科副部長)

シンポジウム 最新テクノロジーの医療分野への応用～会員病院での実践に向けて～II

・介護サービスにおける「気づき」に基づく、人材育成モデルの検討

神成淳司(慶應義塾大学環境情報学部 准教授)

・『自律搬送ロボットHOSPIの開発経緯と導入効果』

加藤進治(パナソニック健康保険組合 常務理事)

・『ICTは人不足解消ツールとなり得るか』～ICTの“C”を中心に～

高橋 肇(社会医療法人高橋病院 理事長)

「地域医療構想の現状」(医業経営・税制委員会)

「病院における事務職—経営陣に加わる要件とワークライフバランスへの対応」(医療従事者委員会)

「マズギャザリングイベントにおける救急災害」(救急・防災委員会)

日本医師会認定産業医教育講演「人間ドックを中心としたこれからの健康管理」(人間ドック委員会)

「地域包括ケア病棟について」(医療保険・診療報酬委員会)

「『期中の確認』の実際—体験病院及びサーベイヤーからのレポートを中心に」(病院機能評価委員会)



### 訂 正

「第57回全日本病院学会 in 北海道」を紹介した8月1日号の記事中「主なプログラム」に次の誤りがありました。以下のように訂正し、お詫びします。

●1日目(9月12日)「診療報酬のリバウンドと医療政策のパラダイムシフト—財政の視点からふたつの変化を考える」→講師として「公認会計士 石井孝宜氏(石井公認会計士事務所 所長)」を追記します。

●1日目(9月12日)市民公開講座「ヒトに問う～自然・人間・命」→講師である倉本聡氏の肩書を脚本家に訂正します。

●2日目(9月13日)「食の未来を考える」(特別講演V VI、パネルディスカッション=2題、指定演題)→題名を「病院食の未来を考える」に訂正します。

### ■現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病HPをご参照ください)

研修会名(定員)	日時/会場	参加費/会員(会員以外)	備 考
平成27年度 個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンスコース(90名)	9月10日(木) 10:00～16:30(全日病会議室)	22,680円(22,680円)	・受講者は当協会の「個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース」修了者を想定していますが、どなたでも参加できます。
平成27年度 第11回看護部門長研修コース(48名)	平成27年10月～平成28年1月(全3単位、各単位3日間) *会場はHPをご参照ください	216,000円(324,000円)	・受講者は現在看護部門長またはそれに準ずる者です。
2025年に生き残るための経営セミナー第10弾「ストレスチェック制度に対応するために」(100名)	10月27日(火)(全日病会議室)	8,640円(16,200円)	・2015年12月1日の制度施行に向けた準備として、「ストレスチェック制度」を理解していただくセミナーです。
第4回 院内医療事故調査の指針事故発生時の適切な対応研修会(120名)	12月26日(土)～27日(日)(全日病会議室)	27,000円(32,400円)	・院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習によって習得することを目的としています。