



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 6/1

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.687 2008/6/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

本会終末期医療指針の一部書式が誤用される

中医協総会 西澤会長、「診療報酬新設が目的」とする批判に誤解と反論



5月21日の中医協総会で、西澤寛俊委員(全日病会長)は、野党とマスコミによる後期高齢者終末期相談支援料に対する批判で、全日病が策定した「終末期医療の指針案」の一部をなす書式案が誤って使われていることについて発言。同書式は終末期医療のあり方に関する国民の合意形成に向けたたたき台として作られた指針案の一部に過ぎないと説明、後期高齢者医療診療報酬における「相談支援料」新設を目的として作成されたという批判はまったくの誤解であると指摘した。(2面に関連資料を掲載)

後期高齢者医療に対する国民の不満と批判が高まっている。不満と批判の対象は、保険料の額や徴収方法など制度設計の問題に集中している。しかし、後期高齢者医療の診療報酬に批判の鋒先を向ける論者も増えている。

こうした論戦を積極的にリードする中に後期高齢者医療制度を与党批判材料として重視する野党議員があるが、後期高齢者医療の診療報酬を批判する上で、同制度を医療費抑制の面から弾劾する例証として、包括払いである後期高齢者診療料とともに後期高齢者終末期相談支援料を取り上げ、「延命中止を迫るものである」と訴えかける場面が、しばしばみられる。

この批判の中で、本会が策定した「終末期医療の指針案」で「参考」として例示されている書式案の1つが「終末期相談支援料」を算定する際に必要な書面であるとして、全日本病院協会の名前とともに紹介された。

後期高齢者終末期相談支援料とは、終末期に際した患者と診療方針を話し合う現場の取り組みを評価するものとして、今改定で新設された後期高齢者医療の診療報酬に設けられた。

告示では、「患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する」ことが算定上の要件とされている。

この、算定要件の1つである「文書等」について、厚労省は特段の様式を定めていない。しかし、「終末期相談支援料」を批判する人々の間で、本会が昨

とめた「終末期医療の指針案」に添付されている、患者・家族側と医療提供側とが共有されるべき意思確認などの記録書式案をかたちづける1つである『終末期医療における希望事項(リビング・ウィル)』が、厚労省のいう「文書等」に当たるものとして使われ、TV番組等で紹介されている。

中には、「この書式は診療報酬で点数をつけるために全日病が作成した」という中傷まがいの論法が使われる場面もあった。

しかし、これは単純な誤解であり、本会書式案は「終末期相談支援料」と関係なく案出され、現在、終末期医療のあり方をめぐる議論に供されている。

リビングウィルにかかわる本会の書式案は、『病院の在り方報告書2007年版』における終末期医療の検討を踏まえ、国民合意に向けたより踏み込んだ提起を試みようとして、たたき台として本会が昨年10月にまとめた「終末期医療の指針案」に、患者側と医療側とが共有すべき意思確認のための記録書面のあり方の参考として例示されている。

「終末期相談支援料」を批判する人々が入手したものは、本会の「終末期医療の指針案」そのものではなく、リビングウィルにかかわる当該書式案のみであったとみられ、批判論者からは、本会の「終末期医療の指針案」そのものへの疑問や批判はうかがわれない。

しかし、誤解・曲解に対しては説明責任があるとして、西澤会長は、後期高齢者医療の診療報酬を議題とした中医協総会で事実関係を明らかにし、誤用・誤解が繰り返されることへ遺憾の意を表わした。

及。「終末期に際した患者が医師等と話し合っ

て医療内容を選択する診療現場の取り組みを評価するものであり、批判されるような内容のものではないと否定した。

その上で、「(終末期医療の)中止を迫るものであってはならないということ

をより明確にするために、4月28日付事務連絡であらためて整理した」として、「患者の病状が急変した場合の治療方針や急変時の搬送の希望等について患者の希望が確認できない場合等には不明あるいは未定として差し支えない」という厚労省の見解を説明した(2面に事務連絡を掲載)。

原課長の説明に続いて、西澤会長は、別掲のとおり、本会が機関決定した「終末期医療の指針案」について説明するとともに、「(指針案およびリビングウィルの書式は)後期高齢者終末期相談支援料算定のために策定したものである」と、明白に否定した。「終末期医療の指針案」は本会ホームページに掲載されている

「終末期相談支援料」と本会指針案の一部書式をめぐる誤解について 中医協総会における西澤会長の説明(要旨)

最近、国会あるいはマスコミにおける後期高齢者終末期相談支援料の算定をめぐる議論において全日病が作った「終末期医療の指針案」の一部書式が用いられ、あたかも、相談支援料の点数を取るために、それが作成されたといった説明がされている。

これは、まったくの誤りであり、この書式は当該点数を取るためのものではないということ、この場で説明申し上げたい。

当協会の意図とまったく違った使われ方をされ、国民に誤解を招くような提示をされたことについて、私たち全日病は非常に当惑している。

全日病としては、本人の希望に沿い、尊厳を保ち、納得した終末期を迎える人が増えるよう、終末期医療のあるべき姿を考える指針案を提示しようとしたものであり、この指針案はこのような意図に基づいて作られた。

終末期医療については各団体が指針案が検討されており、それらや我々が作った指針案にもとづいて、実効性のある、国民の合意が得られるガイドラインの作成を目的として、現在、「終末期医療に関するガイドライン策定検討会」を行っている。

検討会では、我々の案だけでなく、日医の指針案ほか多くの案を用いて真剣な議論を行っており、ここには、日本医師会、日本看護協会、各病院団体、学識経験者さらには市民団体の方が参加、マスコミからは、主要4紙の編集委員や論説委員にも参加していただいている。

繰り返しになるが、国会および報道で取り上げられた書式は当協会の指針の一部をなすものであり、後期高齢者終末期相談支援料算定のために策定したものであることを改めて申し上げたい。

後期高齢者診療料届出は8,876。都道府県で落差

5月21日の中医協総会に報告された事務局資料によると、4月14日現在の後期高齢者診療料の届出状況(速報値)は8,876医療機関であった。うち病院の届出件数は22件。届け出の多い県は東京

都(4,907)、大阪府(3,319)、神奈川県(2,254)、愛知県(1,932)、兵庫県(1,727)の順。少ない県は、高知県(224)、福井県(217)、鳥取県(263)、山梨県(262)、岩手県(262)となっている。

警察への通知は“責任追及は目的としない”と矛盾

四病協が医師法21条と第3次試案で報告書 調査と処分の権限分離を提起。21条異状死から診療関連死を外すべき

四病院団体協議会は5月28日の総合部会で、医師法21条解釈と医療安全調査委員会(仮称)の第3次試案に関する医療安全対策委員会の報告を承認した。

報告は「医師法21条の異状死から診療関連死を除外」することを求めた上で、「異状死および検案の定義を明確にすべきである」と提言した。

第3次試案については、原因究明・再発防止という委員会の設置目的および「医療関係者の責任追及を目的としないことを明確にしている点」は賛成・評価できるとする一方で、地方委員会に捜査機関への通知権限を与えていることは「責

任追及を目的としないことと矛盾する」と批判した。

(中央の)委員会は「行政処分を行う組織に設置すべきではなく、調査権限と処分権限の分離を明記し、それぞれ別の組織において所轄することが必要である」とも提起。さらに、「将来的には、医療提供者自らかかる課題・問題を処理できるよう努める」べきであるとまとめた。

論旨において、5月12日に公表した第3次試案に対する全日病の「見解と要望」と共通する内容の見解となった。

四病協は、同日、医療安全対策委員会の報告を記者会見で発表した。

四病協は昨年11月に医療安全対策委員会を設置した。同委員会は四病協がスタートした当初(2000年)には設置されていたが、医師法21条の拡大解釈に対する疑義を表明した「医療安全対策委員会中間報告書」(2001年3月)以後活動を休止、その後、廃止となっていた。

再開された委員会は21条問題を再び取り上げたが、12月以降は医療安全調査委員会にかかわる第2次試案、そして今回の第3次試案に対する意見のと



りまとめを図ってきた。

4月23日の総合部会で、大井利夫医療安全対策委員長(日病副会長)は「各委員、各団体の意見は様々であり、統一見解をまとめることは難しい」と、とりまとめに悲観的な見通しを表明していたが、このほど意見調整が図られ、報告書として成文化されたもの。

「大卒看護師の割合(急性期)は患者死亡率に影響」!?

看護基礎教育
のあり方懇談会

日看協が4年課程への移行を訴える。7対1導入に患者の冷ややかな声も

5月26日に開かれた「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」は、看護関係者ほかのヒアリングを実施した。

「今後求められる看護師の資質と教育—20年後の看護職確保の観点から」というテーマで意見陳述した久常節子日看協会長は、「20年後どころか、今すぐに、看護師の確保対策が講じられなければならない」と、大学を含む養成課程の2006年3月卒業生の就業実態について報告。

「国家資格を得た看護師から約2,700人、養成学校にして92校分が未就業というかたちで、病院に就職した看護師から約3,600名116校分が1年以内の離職というかたちで、合計200校の看護学生が養成後に消えている」と指摘、「これが、医学部200校にのぼる医師の離職だったら大騒ぎとなることだろう」と指摘した。

久常氏は、その背景に、①現場に適応できる実力が身につけていない、②大学指向が強い中、看護師養成所に入学する生徒は学力的に劣る者が多い、③養成所では入学後に1割が退学していると推定されるといった事情をあげ、看護師を安定的に確保するためには4年制大学への移行が避けられないと主張した。

久常氏は、また、高齢化社会における医療効果の獲得や医療事故への対応からも、看護師の能力の底上げが社会的要請となっていると訴えた。

その例証として、アメリカの急性期医療における「直接ケアに従事する看護師の教育水準ごとの患者死亡」という研究結果を紹介。「人員配置が4対1の場合に、患者1,000人当たりの死亡者数は、学士卒以上の看護師割合が20%と

60%では31%もの差が出ている」として、「看護師の質と量の確保がアウトカムの大きく影響している」と強調した。

久常氏は、「卒業生のほとんどは病院に就職する。それを視野に据えた基礎教育を積まなければならない」として、保健師教育を排除した看護師養成のみの4年制大学を提起し、「移行には10年かかる。看護大学の増加にも対応できるように教員の確保は可能であり、4年課程の実現こそ看護師需給ギャップを解消する。人件費負担は診療報酬で解決すべきである」と力説した。

同日の懇談会では、ささえあい医療人権センターCOMLの辻本好子理事長もヒアリングに応じた。辻本氏はCOMLにかけられる患者の電話相談から、「看護師7対1が話題になったが、導入後に“看護サービスが良くなった”“良かつ

た」という声は皆無だ。むしろ、“病棟閉鎖”や“病院を渡り歩くナース”など悪い情報ばかりが聞かれる」ことを明らかにし、「7対1の意味が患者には伝わっていない」現状を披露。患者のニーズや心理を理解できない、無神経な看護師が少なくない事実を指摘し、「数の問題」だけで解決しない現実に眼を向けるよう求めた。

この指摘に、井部俊子委員(聖路加看護大学学長)は、「7対1は関係者が中医協で体を張って通してきた。しかし、国民一般の反応・評価がこの程度だとしたら、私たちは何のためにこれを推進してきたのかという気がする」と嘆息した。

辻本氏は「7対1というのは医療現場の日常用語。しかし、患者には何のことか分からない」とも指摘。人員数の増加=急性期医療の質向上という図式で突き進んできた7対1導入騒ぎが、説明不足という面だけでなく、アウトカムさらには看護サービスのレベルアップを通じた患者満足度の向上という視点に欠けていた一面を示唆した。

診療報酬基本
問題小委員会

08年度DPC調査への新規参加は「準備病院」の位置づけ

5月21日の中医協・診療報酬基本問題小委員会は、DPC評価分科会による07年度DPC影響調査結果の報告を受けるとともに、同分科会が示したDPC影響調査の08年度実施方針について検討した(調査結果と08年度調査の実施方針は5月15日号に既報)。

その結果、08年度のDPC影響調査実施方針は基本的に了承された。その方針案には、「08年度調査の対象はDPC対象病院、DPC準備病院以外にも広がる」と記されている。これは、DPC対象

病院となることを前提とはしない、かつての“調査協力病院”の復活を意味する。

この点について、2号側西澤委員(全日病会長)は、その真意を事務局(厚労省保険局医療課)に質した。

事務局は「07年度にDPC準備病院となっただけでも710ある。すでに対象病院は718にもなっており、これ以上の拡大については基本小委での承認が必要である」と説明した。

つまり、基本小委の“お墨付き”が出ない時点では、DPC影響調査に新たに

参加する病院は、DPC対象病院となることを前提とはしない“調査協力病院”に位置づけるしかない、というのが厚労省の回答。

DPCの拡大に基本的に異論を唱える日本医師会の存在が背景にあるわけだが、基本小委としても、DPCの今後の方向は、量的な側面も含めて正式が議論が求められるところ。

こうした事情を踏まえた上で、西澤委員は「(2年間にわたってデータを提出することから)10年度からDPCの導入

を希望している病院は、この7月からのデータ提出に向けて準備をしている」と指摘。「08年度に限り、新たな調査参加病院をDPC準備病院として位置づける」よう提案した上で、09年度以降についてはあらためて議論すべきという認識を表明した。

この提案に、日医の委員からは特段の反対が示されなかったため、1号側委員の賛同を得て、08年度調査への新規参加はDPC準備病院として扱われることが決まった。

インドネシアの看護師就労希望者受け入れを開始 当初2年間で400名。8月に入国。説明会に500病院が参加

インドネシアからの看護師・介護福祉士就労希望者の受け入れが8月から始まる。

厚生労働省は5月19日付で医政局ほか3局長連名の通知を發出し、受け入れ事業の詳細を明らかにした。

同事業は「経済上の連携に関する日本国とインドネシア共和国間の協定(EPA)」にもとづくもので、5月16日に国会の承認が得られた。

日比間のEPAは、06年12月にわが国国会の承認を得ているが、フィリピン国会の承認がまだ得られていないため、インドネシアの方が先行することになった。

事業のフレームは、①国際厚生事業団が受け入れ調整機関となり、日本国内の受け入れ希望施設等を募集・選考の上、インドネシア国内で募集・選考し

た就労希望者(同国の資格取得者かつ就業経験2年以上などの条件を満たした者)とのマッチングを経て両者間に雇用契約を締結させる、②就労希望者は、わが国入国後に日本語研修(6ヶ月間)と看護・介護導入研修(1週間)を受ける、③雇用契約を交わした受け入れ施設等で就労しつつ、看護師・介護福祉士試験の勉強を行なう、④滞在期間は看護師資格取得希望者は3年間、介護福祉士資格取得希望者は4年間とし、各資格取得者は引き続きの就労・滞在が認められる、⑤受け入れの枠は、当初2年間は看護師希望者が400名、介護福祉士希望者は600名とする、というもの。

インドネシアからは8月に入国する日程が決まっている。そのため厚生労働省は、国会の承認を待って、受け入れ施設等の募集を5月19日から開始した。しか

し、6月1日には募集を締め切る上、説明会も5月22日(東京)と5月23日(大阪)に開催するという急な日程が組まれた。

受け入れ施設には原則として1施設ごとに2名の雇用が求められ、また、日本人同職者(資格取得までは看護補

助者)と同等賃金の適用が課せられる。厚生労働省によると、日本語研修修了までに受け入れ施設が負担する費用は1人あたり約60万円。

回教徒が圧倒的なインドネシア国民とあって、礼拝や断食など習慣の違いが大きいのが、施設側には詳しく説明したパンフ等が支給されるという。

なにかと難問はあるものの、関心は高く、説明会には両会場で500病院が参加した。

NPO法人「医療と法律研究協会」主催シンポジウム

日本の医療をよりよくするために～医療の責任・患者の責任・国の責任～

日時●7月5日(土) 13:00～18:00
場所●日本大学会館 東京都千代田区九段南4-8-24
会費● 500円

プログラム 基調講演Ⅰ 日本心臓血管研究振興会理事長 細田達一
基調講演Ⅱ 東京医科歯科大学名誉教授 岡嶋道夫
基調講演Ⅲ 平沼高明法律事務所弁護士・法学博士 平沼高明
対談「医療の責任・患者の責任・国の責任」
元東京地検特捜部長 弁護士河上和雄(司会)
参議院議員 西島英利 日本病院会副会長 大井利夫
日本医師会常任理事 今村定臣 全日本病院協会常任理事 飯田修平
COML理事長 辻本好子 名古屋学芸大学学長 井形昭弘 ほか

■4月28日付事務連絡「後期高齢者終末期相談支援料の取扱いについて」

標記については、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について(通知)」(平成20年3月5日保医発第0305001号)により本年四月の診療報酬改正に伴う留意事項を定めたところであるが、当該項目についてとりまとめる文書等の取扱い等は下記のとおりであるので、遺憾のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

後期高齢者終末期相談支援料の算定にあたっては、病状が急変した場合の治療等について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに話し合い、その内容を文書等にとりまとめるこ

ととしているが、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について(通知)」(平成20年3月5日保医発第0305001号)にあるように、後期高齢者終末期相談支援料は、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で診療が進められることを目的としたものであるため、患者の自発的な意思を尊重し、患者に意思の決定を迫ってはならず、病状が急変した場合の治療方針や急変時の搬送の希望等について、患者の希望が確認できない場合等には、「不明」、「未定」等とする事で差し支えないものである。(1面記事を参照)

厚生労働省が「ねんきん特別便」に協力を呼びかける

厚生労働省は年金受給者に発送している「ねんきん特別便」について、医療機関に、その周知活動に対する支援を訴えている。

年金記録を確認してもらう「ねんきん特別便」は、3月末までに1,030万人への送付を完了。4月からは送付済以外の全受給者に5月までに、また、すべての現役加入者には10月までにというかたちで、合計9,500万人に「ねんきん特別便」を送る取り組みを進めている。

厚生労働省は、「年金記録問題の解決のためには、1人1人がねんきん特別便に必ず回答してもらうことが何より重要」としている。

医療関係者については、複数の医

療機関にわたって勤務するなど様々な履歴がみられ、複数の年金記録を有する者が多くとみられることから、特に自分の年金記録に漏れや間違いがないかどうか確認する必要性が高いと指摘している。

また、寝たきり、認知症、障害のある者など入院・通院・在宅等の患者層についても支援していくことが必要で、元気な高齢者についても、各地域で回答に応じるよう呼びかける運動を進める必要があると説明している。

厚生労働省は、こうした主旨の医療機関に対する周知徹底を期待しており、各施設などが連携した取り組みに参加するよう協力を呼びかけている。

「医療確保ビジョン」は医師問題に終始

「安心と希望の医療確保ビジョン」骨子案 医師は増員方向。ネックは財源。数値目標を外し政治的に解決か

5月14日に開催された「安心と希望の医療確保ビジョン」会議に、厚労省は、同会議としてまとめるビジョンの骨子案を提示した。

骨子案には、医師数の見直しや地域・診療科間の配分バランスの改善、医師と他職種間の分担・協働のあり方見直しなどの5項目が挙げられ、医師問題に終始した「医療崩壊緊急対策」となる公算が強い。

会議で、舛添厚生労働大臣は医師数を増やす方向で臨む姿勢をのぞかせた。また、医師の勤務環境改善や看護師、助産師、薬剤師などのスキルミックスにも取り組む考えを強調した。次の会議

でまとまる可能性が高い。

ただし、ビジョン案には具体的な数値目標が盛り込まれず、大まかな方向性を示すものにとどまるとみられる。舛添大臣は「財源の確保など、高度な政治判断が必要な問題もある」と釈明。「具体的な政策は福田首相とも話し合った上で、政

府全体として固める」意向を示した。

会議で、矢崎委員(国立病院機構理事長)は、大学医学部の定員増を図る場合は定員削減方針を打ち出した1982年の閣議決定を見直す必要があると提起した。これに対し、舛添大臣は明確な回答を避けた。

「安心と希望の医療確保ビジョン」骨子案(全文) 5月14日

I. はじめに

II. 具体的な政策

1) 医師数について

- ① 医師養成数
- ② 女性医師の離職防止・復職支援
- ③ 医師の勤務環境の改善

2) 医師の配分バランスの改善

- ① 地域バランスについて
- ② 診療科バランスについて
- ③ 総合的な診療能力の育成

3) 医療関係職種間の業務の分担と協働・チーム医療の推進

- ① 医師と看護師との役割分担と協働について
- ② 医師と助産師との役割分担と協働について
- ③ 医師と薬剤師との役割分担と協働について
- ④ 医師とコメディカルとの役割分担と協働について
- ⑤ 医師・看護職と介護職・メディカルクラークとの役割分担と協働について

4) 医療機関の分担・ネットワークの推進

- ① 地域で支える医療の推進
- ② 在宅医療の推進
- ③ 地域医療従事者の推進
- ④ 救急医療の充実と遠隔医療の推進

5) 医療者と患者・家族の協働の推進

- ① 夜間・救急利用の適正化
- ② 医療者と患者・家族の協働の推進

III. 医療のこれからの方向性

社会医療法人の税制が施行。通知を改正

厚生労働省は5月13日付で医政局長名の通知(医政発第0513016号)を发出、社会医療法人の認定に関する3月31日付の通知(政発第0331008号)に税制項目を追加する改正を行なった。

追加は、今国会で成立し4月30日付で公布された、所得税法等の一部改正法と法人税法施行令一部改正政令にもとづくもの。

社会医療法人の税制は、与党の税制

調査会が2008年度税制改正大綱に盛り込んだ昨年12月時点で、その概要が明らかにされている(本紙12月15日号既報)。今回の通知改正は、法案成立を受けた正式な制度改正を意味するもの。

これに伴い、社会医療法人に移行した特定医療法人に関する租税特別措置の取り扱いも改正され、3月31日付通知を改正する通知が同日发出された。

14条第22号の規定により、当該医療法人の会計年度開始の日から社会医療法人の認定を受けた日の前日までの期間及び社会医療法人の認定を受けた日からその会計年度終了の日までの期間を事業年度とみなして、同法の規定を適用すること。また、社会医療法人の認定を取り消された医療法人の会計年度開始の日から社会医療法人の認定が取り消された日の前日までの期間及び社会医療法人の認定が取り消された日からその会計年度終了の日までの期間についても同様とすること。

ヘ 社会医療法人の認定が取り消された場合には、法人税法第64条の4第1項の規定により、当該社会医療法人の認定が取り消された日以前の法人税法上の収益事業以外の事業による所得の金額の累積額又は欠損金額の累積額は、当該社会医療法人の認定が取り消された日からその会計年度終了の日までの期間の所得の金額の計算上、益金の額又は損金の額に算入すること。

ト 社会医療法人は、所得税法別表第一(公共法人等の表)及び消費税法別表第三に掲げる法人となること。

②社会医療法人の認定を受けたときは、当該社会医療法人は、速やかに、国税庁長官が定める届出書に都道府県知事(厚生労働大臣)の認定書の写し及び定

款又は寄附行為の写し等を添付し、これを納税地の所轄税務署長に提出するものとする。なお、社会医療法人の認定の取消しを受けた場合についても同様とし、この場合においては、認定書の写しに代えて認定取消書の写しを添付するものとする。

③ 省略

(7) 特定医療法人が社会医療法人の認定を受けた場合の取扱い

租税特別措置法第67条の2第1項の承認を受けた医療法人(以下「特定医療法人」)が会計年度の中において新たに社会医療法人の認定を受けた場合にあっては、当該会計年度開始の日から当該認定を受けた日の前日までの期間について租税特別措置法施行令第39条の25第5項及び租税特別措置法施行規則第22条の15第2項の規定に基づく特定医療法人の承認要件を満たす旨を説明する書類を当該認定を受けた日から3月以内に、所轄税務署長を経由して、国税庁長官に提出しなければならないこと。

なお、当該認定を受けた日から租税特別措置法第67条の2第1項の規定による22%の法人税率の特例は適用されないことから、租税特別措置法施行令第39条の25第6項の規定に基づく特定医療法人の承認に係る税率の適用をやめるための届出書を当該認定を受けた日以後速やかに、納税地の所轄税務署長を経由して、国税庁長官に提出するものとする。

厚生労働省医政局長「社会医療法人の認定について(改正後全文)」(医政発第0513016号) 5月13日 *追加項目を抜粋

(6) 社会医療法人の税制上の取扱い

①社会医療法人については、次の税制上の措置が講ぜられたこと。

イ 社会医療法人が法人税法別表第二(公益法人等の表)に追加されたこと。併せて、社会医療法人の法人税は、法人税法第66条第3項の規定により22%の税率が適用されること。

ロ 社会医療法人が行う医療保健業(法第42条の規定に基づき同条各号に掲げる業務及び法第42条の2第1項の規定に基づき同項に規定する収益業務を除く)が法人税法施行令第5条に規定する収益事業の範囲から除外されたこと。これにより、当該医療保健業に係る法人税については、法人税法第7条の規定により非課税となること。

ハ 社会医療法人の法人税法上の収益事業に属する資産のうちから収益事業以外の事業のために支出した金額は、法人税法第37条第5項の規定により当該社会医療法人の収益事業に係る寄附金の額とみなし、その損金算入限度額は、所得の金額の100分の50に相当する金額(当該金額が年200万円に満たない場合は年200万円)であること。

ニ 医療法人が社会医療法人の認定を受けた場合には、法人税法第10条の3第1項及び第2項の規定により、認定を受けた日の前日に当該医療法人が解散し、認定を受けた日に当該社会医療法人が設立されたものとみなして、同条第1項及び第2項に規定する規定を適用すること。

ホ ニの場合については、法人税法第

中医協・改定結果検証部会 08年度改定結果の検証項目を了承

5月21日の中医協・改定結果検証部会は、2008年度診療報酬改定結果の検証項目を了承した。中医協総会の承認を得た後に、調査の具体的な方法に関する議論に入る。

■2008年度診療報酬改定結果検証特別調査項目案(歯科を除く)

項目	検証の視点	具体的な調査方法
病院勤務医の負担軽減の実態調査	病院勤務医の負担が軽減されているか。	「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」等の届出医療機関に対してアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・ 具体的な軽減策(処遇改善計画の内容)及びその実施状況 ・ 医師の負担感に関するアンケート ・ 医師数の変化 ・ 救急、産科、小児科医師等の病院勤務医の勤務実態の変化(当直回数、平均勤務時間、休日取得状況等)等
明細書発行の一部義務化の実施状況調査	明細書発行状況はどうなっているのか。	医療機関を抽出し、医療機関及びその医療機関に受診した患者にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・ 明細書の発行数及び記載内容 ・ 明細書発行出来る旨の掲示の状況 ・ 実費徴収の有無・徴収額 ・ 明細書発行による患者の理解度及び満足度 ・ 明細書発行の周知方法 等
外来管理加算の見直しによる診療内容、算定状況はどうなったのか。	外来管理加算の見直しによって診療内容、算定状況はどうなったのか。	医療機関を抽出し、医療機関、また保険者を通じて医療機関を受診した経験のある患者にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・ 診療時間、診療内容の変化 ・ 患者の理解度及び満足度 等
医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査	医療機能の分化・連携が進んでいるか。又、医療機関の機能に応じて患者が移動しているか。	「亜急性期入院医療管理料」、「回復期リハビリテーション病棟入院料」、「7対1入院基本料」等の届出医療機関に対してアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・ 入院患者の調査(入院元、入院時の状況) ・ 退院患者の調査(退院先、在院日数、退院時の状況) ・ 医療機関の医療機能及び体制の変化 等

医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査	医療機能の分化・連携が進んでいるか。又、医療機関の機能に応じて患者が移動しているか。	「亜急性期入院医療管理料」、「回復期リハビリテーション病棟入院料」、「7対1入院基本料」等の届出医療機関に対してアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・ 入院患者の調査(入院元、入院時の状況) ・ 退院患者の調査(退院先、在院日数、退院時の状況) ・ 医療機関の医療機能及び体制の変化 等
回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査	試行的に導入された「質の評価」により、患者の状態の改善の状況はどうなっているのか。又、患者の選別が行われているか。	「回復期リハビリテーション病棟入院料」の届出医療機関等にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・ 患者の調査(入院時及び退院時の状態) 等
後発医薬品の使用状況調査	処方せん様式の変更により後発医薬品の使用促進が進んでいるか。	医療機関、保険薬局等に対しアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・ 処方せん受付枚数、処方せんに「変更不可」と記された割合及び後発医薬品への変更枚数 ・ 後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化 等
後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査	後期高齢者診療料により、治療の内容や患者の受診行動はどうなったか。	「後期高齢者診療料」の届出医療機関及びその医療機関に受診した患者にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・ 診療計画書の内容 ・ 担当医となることによる治療内容の変化(必要な検査・治療等が行われているか等) ・ 患者の理解度及び満足度 ・ 患者の受診行動の変化 等
ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査	禁煙成功率の状況はどうなっているのか。	医療機関を抽出し、医療機関及びその医療機関に受診した患者・家族にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・ 十分な説明、納得の上で算定されているか ・ 患者・家族の満足度 等
ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査	禁煙成功率の状況はどうなっているのか。	「ニコチン依存症管理料」の届出医療機関にアンケート調査を実施。 〈調査項目〉 ・ 指導終了一定期間経過後の禁煙継続の状況 等

四病協が医師法21条と第3次試案で報告書 「委員会には中立性・透明性を担保する運用が求められている」

四病院団体協議会・医療安全対策委員会報告書(全文) 5月28日 *1面記事を参照

はじめに

四病院団体協議会・医療安全対策委員会は、平成13年3月、医師法21条における死体検案の解釈を含む4項目について、統一見解をまとめ中間報告書として公表した。しかし、その後、東京都立広尾病院事件に関し最高裁判所の判決が出される等、医療事故を取り巻く環境が変わってきたこともあり、医師法第21条の解釈を含め、医療安全・医療事故対策につきさらに深く検討するために、改めて、平成19年11月30日に委員会を発足させた経緯である。

その後、当委員会においては、医師法第21条問題はもとより、自由民主党「医療紛争処理のあり方検討会」や死因究明に関する厚生労働省「医療の安全の確保に向け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—第三次試案—」から示された考え方等についても検討を重ねてきた。

今般、(1)医師法第21条、(2)医療安全調査委員会(仮称)について、四病院団体協議会・医療安全対策委員会とし

ての考え方を、後掲のごとく取り纏めたので報告する。

1. 医師法第21条について

「厚生労働省 医療の安全の確保に向け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—第三次試案—」(以下、第三次試案と略す)において、医療機関からの医療死亡事故の届出を制度化することにより、この届出を行った場合は、医師法第21条に基づく異状死の届出を不要と明確にしている点は、大きな前進であり評価できる。

また、届出範囲に該当するか否かの判断及びその届出を、院内で十分に検討されていることを前提に、当該医療機関で決定できることも評価できる。

以上のことから、医師法第21条の見解については次のように取り纏める。

立法の趣旨に基づいて、診療関連死は、医師法第21条の異状死には含めるべきではなく、医師法第21条における異状死および検案の定義を明確にすべきである。

2. 医療安全調査委員会(仮称)(以下、委員会と略す)について

原因究明・再発防止を目的とした委員会の設置については賛成である。また、第三次試案において、医療関係者の責任追及を目的にしていないことを明確にしている点も評価できる。

委員会の設置場所については、行政処分を行う組織に設置すべきではなく、調査権限と処分権限の分離を明記し、それぞれ別の組織において所轄することが必要である。

中央と地方の委員会はそれぞれの役割に適した委員で構成されるべきである。しかし、事例毎に医学的・科学的観点から原因究明を行う調査チームに、有識者や法曹界が加わっていることには強く疑問を感じる。

地方委員会は調査チームからの報告書案を審議し、中央委員会と所轄大臣に提出することになっている。また、当該医療機関での院内調査結果等は地方委員会での審議材料となり、故意や重大な過失が認められた場合は捜査機

関への通知の権限もある。これらは地方委員会に刑事告発と同様の重大な役割を付与することになり、責任追及を目的としないことと矛盾する。

以上のことから、委員会構成メンバーについては、医学的・科学的に原因究明を行うという観点から考えると、調査チームに専門家以外が参画することはふさわしくないと考える。

中央に設置する委員会、地方委員会には中立性・透明性を担保する運用が求められている。従って、原因分析・究明に関して、必要に応じて原因究明の専門家等を構成メンバーとすることは妨げない。しかし、責任追及を目的としない以上、法曹界を加えることは適切ではない。

将来的には、医療提供者自らかかる課題・問題を処理できるよう努めるとともに、医療提供者の自律性を高め、自浄する制度を築き、患者・国民と医療提供者との信頼関係をより確固たるものになるよう、医療界をあげて取り組むことを期待したい。

日病協・診療報酬実務者会議 「シームレスな提供体制」等がテーマ。今秋まとめ

日本病院団体協議会の診療報酬実務者会議は5月21日の会合で2008年度のテーマについて話し合った結果、①医療機能係数を含むDPCのあり方、②回復期リハ病棟、③療養病床および転換型老健、④診療報酬の構造、⑤病院外来を取り上げ、それぞれのあり方について検討を行なう方向で概ね合意した。

猪口雄二委員長(全日病副会長)は、回復期リハ病棟入院料に新設された「1」を例にあげ、「6ヶ月間の実績が必要とされたが急には対応できないため、一定期間減点を強いられる。これは経

営に与える影響が大きい」ことを指摘。②については、主に、「施設基準や人員基準といった急激な制度変更の是非」という視点から取り上げる必要を強調した。

また、療養病床のあり方については、「単なる療養病床の問題ではすまない。急性期医療からのシームレスな流れをきちんと整理して示す必要がある」として、シームレスな医療提供体制を追求する中でこそ、入院基本料のあり方や救急医療についても踏み込むことが可能という認識を表明した。

シームレスな提供体制については、介

護療養型老健施設といった医療と介護の連携も視野に取める方向だ。

今回の会合に、猪口委員長自らが検討テーマ案を整理して提示する。各テーマとも「今秋には一定の結論をまとめたい」と、猪口委員長は意欲的に取り組む考えを明らかにした。猪口委員長は、5月23日の代表者会議に実務者会議の方針を報告、概要了承を得た。

特定健診、集合契約が一段落

本会と保険者との特定健診・特定保健指導の集合契約が一段落した。

健康保険組合連合会、地方公務員共済組合協議会、国家公務員共済組合、日本私立学校振興・共済事業団との間はすでに契約を締結、受託会員病院のリスト提出を終えている。

全国建設工事業業国民健康保険組合、全国土木建築国民健康保険組合、中央建設国民健康保険組合、船員組合とは5月初めまでに契約を締結、それぞれ5月内に受託会員病院の名簿提出を終えた。

引き続き、他保険者との交渉が予定されている。

第3次試案のパブコメ 中間まとめを公表 意見募集受付は続行

厚生労働省は5月21日、「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第3次試案」に関するパブリックコメントの中間まとめを公表した。

意見募集を始めた4月4日から5月16日までの間に647件の意見が寄せられた。内訳は個人から596件、団体から51件。個人からの意見は医療従事者が468件と圧倒的に多いが、医師(管理者を除く)からの意見が326件とほとんどを占めている。医療機関の管理者からも133件あった。

医師からの意見は多様であるが、委員会設置によって「謙抑的」になるとされる捜査機関の対応を担保するものがないことへの懸念や、調査報告が刑事告発などに用いられる可能性に不安を訴える声が多い。拙速に結論を求めることに反対を表明する声も目立つ。

意見募集は引き続き行なわれる。

トップ研修が開講。73歳～24歳までの経営幹部が受講

全日病主催の医療機関トップマネジメント研修(第3回)が5月24日、東京都内の会場で開講した。

今回の受講者は39名。理事長が9名、院長・副院長が21名(兼職を含む)、看護部長(副院長兼職)も1名参加したほか、経営企画関連職の受講が目立った。

最高齢は73歳、最若年は24歳。女性の受講は4名であった。



受講者は11月9日開講までの全12日間、ケース教材をベースにしたグループワーク主体の授業を受ける。

第7回事務長研修が開始

本会が主催する、2008年度病院事務長研修コース(第7回)が5月17日、東京都内で開講、予定を上回る申し込みから定員いっぱい40名が参加した。

受講者は、職歴1年以上の事務長もしくはこれに準じる職歴2年以上の事務職幹部。来年1月までの19日間で8単位を履修。修了後の評価試験合格者には、全日病から「病院管理士」の認定証が発行される。

全日病・医法協共催 2008年度医療安全管理者養成課程講習会 東京都内で開催

「医療安全対策加算」取得要件 申込日を6月13日まで延長しました!

開催日時●第1クール(講義) 7月4・5日 第2クール(講義) 7月18・19日
第3クール(演習) 8月2・3日、23・24日、9・10日、9月6日・7日(いつれか)
参加料●80,000円(受講料、テキスト代、昼食代を含む)
申込方法/全日病・医法協いづれかの事務局までお申し込みください ※詳細は全日病HP参照

医療事務技能審査試験のご案内

医療事務技能審査試験は、厚生労働大臣許可の(財)日本医療教育財団が実施する全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカルクラーク」の称号が付与されます。

- 合格者に付与する称号 (1)1級メディカルクラーク (2)2級メディカルクラーク
- 受験資格 1級・2級それぞれ受験資格があります。
- 試験会場 全都道府県の公共施設等で実施します。
- 試験料 6,500円(1級・2級とも同一)
- 試験日(平成20年度)

■試験科目と実施方法

- (1)1級医療事務技能審査試験
 - ・実技 I 接遇、院内コミュニケーション
 - ・学 科 医療事務専門知識
 - ・実技 II 診療報酬請求事務
- (2)2級医療事務技能審査試験
 - ・実技 I 患者接遇
 - ・学 科 医療事務一般知識
 - ・実技 II 診療報酬請求事務

20年	6月28日(土)	1級・2級
	7月26日(土)	2級
	8月23日(土)	2級
	9月27日(土)	2級
	10月25日(土)	1級・2級
	11月22日(土)	2級
21年	12月20日(土)	2級
	1月24日(土)	2級
	2月28日(土)	1級・2級
	3月28日(土)	2級

1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病医院事務部門で活躍されている方や、2級メディカルクラークで病医院事務部門に進出しようとする方を対象に、点数表解釈をはじめ公費負担、諸法など、保険請求事務の実務を中心とした、より高度な専門的知識と技能の養成をします。1級医療事務技能審査試験の受験準備講座としてお薦めします。

<募集要項>

- 受講資格 ①医療機関等において医療事務職として1年以上の実務経験があること
②2級メディカルクラーク(医科)もしくは2級医療事務職(医科)であること
※①②のいずれかに該当する方
- 受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)
- 受講受付 随時
- 受講料

一般	78,000円
賛助員	75,000円(入学金3,000円が免除)

*分納(2回)もできます。

●試験及び講座の詳しい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 東京都千代田区猿樂町2-2-10-1923
☎ 03(3294)6624 http://www.jme.or.jp