



全日病 NEWS 7/1

21世紀の医療を考える全日病 2010

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.735 2010/7/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

看護業務調査と並行して養成試行

特定看護師 学会など修士課程以外の養成機関も試行に参加できる



厚生労働省「チーム医療推進会議」に付設された「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」は、6月14日の第2回会合で、看護師が実施している医行為の実態を全国的に調べる実態調査の内容および特定看護師の養成プログラムを試行・検証する調査事業の実施要項を了承、それぞれ実施を厚生労働省に委ねた。

「特定看護師養成調査試行事業」は、当面、この9月から来年3月までが実施期間となるが、来年4月以降も継続する見込みだ。専門看護師等の養成カリキュラムを有する大学院(修士課程)のほか、学会や研修センターなど一定条件を満たす機関が実施する養成プログラム(研修課程)も試行事業の対象に加えた。

厚生労働省医政局看護課は、6月17日に「特定看護師養成調査試行事業」の実施要綱を公表、8月末締め切りで応募機関の受付を開始した。申請書類等に問題がなければ厚生労働省の一存で実施機関は指定される。

また、包括的指示下で特定看護師に認める「特定医行為」の範囲を定めるとともに一般看護師が実施できる医行為の範囲を拡大・明確化する目的で実施する看護業務実態調査は、約3,000施設8万~9万人を対象に6月末から開始、8月中旬に結果を取りまとめる。

厚労省は、6月14日のWGに、看護業務実態調査で看護現場における実施の有無をたずねるために抽出した医行為を提示した。実態調査の設計担当者はリストアップされた168項目に「絶対的医行為も含まれている」ことを認めており、実態調査の結果によっては反響を呼ぶ恐れもある。

実態調査は、医師の包括的指示を前提として医行為の有無と可否をたずねているが、包括的指示の解釈は現場で異なる面もあり、解釈の仕方によっては調査結果が恣意的に使われる可能性があるだけでなく、独り歩きすることが懸念される。(3面に実態調査と試行事業の概要を掲載)

実態調査用に168の医行為をリストアップ

「チーム医療の推進に関する検討会報告書」(3月19日)は、看護師の業務範囲拡大や特定看護師が実施する「特定の医行為」の範囲を決めるに当たっては、看護業務の実態調査を実施、その結果を踏まえて検討する必要があると、さらに、特定看護師の資格要件と養成課程認定基準については、実証的な調査・検討を行なった上で決定すべき、と提言した。

このため厚労省はチーム医療推進会議を設け、その第1回会合(5月12日)で、看護業務の全国的実態調査と特定看護師養成の試行事業を具体的に検討する看護業務検討WGの設置を決めたが、同WGはわずか2回の会合で、特定看護師創出に向けた条件整備を検討する議論を強引に収束させた。

看護業務検討WGの第1回会合(5月26日)では、類似看護師の養成に取り組む大学院修士課程を対象に特定看護師養成のモデル事業を実施するという厚労省案に、「教育の実態調査が本来の目

的ではないか」「修士課程に限らず幅広い養成機関に門戸を開いて実証データを集めるべきだ」など異論が続出。①モデル事業という呼称は使用しない、②一定条件を満たす研修機関も対象とするなど、厚労省案に修正を加えることが確認された。

6月14日の第2回会合に示された看護業務実態調査は、リストアップした医行為について「現在看護師が実施しているか否か」をたずねた上で、各行為ごとに、①一般の看護師が実施することが可能か、②特定看護師が実施することが可能か、③看護師は実施すべきでないか、の3点について回答者の見解をたずねる方法を採用している。

第1回会合に提示された案にはなかった、「看護師が現在行っている業務の中で、他職種による実施が適当と考えられる業務」について、別枠で調査する考えも示された。

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「他職

種に引き継ぐべきである」という質問を評価、看護師業務を他職種へ移譲するという視点も加味して現場の意見を調べるべきであると主張した。

神野委員は、また、「実態調査はするにこしたことはないが、問題は、その結果をどう解釈するかである。必要があれば、さらに追加調査を行なうという方針で臨んでどうか」とも提案した。

だが、同日のWGに、こうした具体的な提案の是非を掘り下げる議論は期待できなかった。それは、「6月中に看護業務実態調査に着手、かつ、モデル事業の指定を開始」したいと第1回会合でスケジュールを示した厚労省にとって、議論を深める時間的余裕がないからである。

第2回会合で、星委員(財団法人星総合病院理事長)は、リストアップされた医行為に厚労省がこれまで通知で禁じてきた項目が入っていないか、何を基準に「実施の有無」と「実施可能」をたずねるのか等を明確にする必要を示し、調査手法と調査項目をより慎重に掘り下げる議論を求め、拙速を戒めた。

他の委員からも、「包括的指示の定義があいまいのまま医行為の有無をたずねてよいのか」「リストアップされた行為には処方権にかかわるものもある。回答者や集計担当者によって多様な解釈ができる質問は排除すべきではないか」など、短兵急にまとめた調査案に対する不安が相次いだ。

実態調査の設計を担当した前原防衛医大外科学講座教授(同WG委員)は「調査でたずねている医行為は医師不在を前提としている」ことを明らかにした。また、包括的指示の定義について

は、「パスやGLの存在と関連づけて判断できるよう留意点を調査票に書き込みたい」と答えた。

それでも、星委員は、「特定看護師ありきでグレーゾーンの行為に線引きすることはパンドラの箱を開けることであり、現場は混乱するばかりだ」と、最後まで反対の論陣を張った。

一方、実態調査と並行して取り組む「特定看護師養成調査試行事業」に対しても、多くの委員から疑問が相次いだ。

神野委員は、「特定医行為が確定してもいないのに、なぜ、この事業を先行させるのかが分からない。調査結果を見なければ何を教えるかが分からないではないか」と基本的な疑問をぶつけたが、医政局杉野医事課長の回答は提出資料をなぞらうものに過ぎなかった。

試行事業には救急看護学会と救急学会が一体となって参加を検討しているが、大学院以外の手になる研修課程が事業対象に追加されたことに看護系大学の委員が強い懸念を示すなど、様々な思惑が行き交ったWGではあった。しかし、地に足ついた議論は最後まで展開されなかった。

座長を務めた昭和大学医学部救急医学講座の有賀教授が「とにかく先に進めたい」「まともは座長に任せてほしい」と議論の取りまとめに努めた結果、WGはなんとか「概ね合意」という決着にたどりついた。

看護業務検討WGは9月に再開され、実態調査の結果分析を行なう。特定医行為の範囲、特定看護師の要件、養成課程の認定基準等は12月中に一定のとりまとめが予定されている。

新薬創出加算口実の値上げ要求に「釘」

中医協総会 「加算と薬価交渉は無関係」。西澤委員が厚労省見解を引き出す

6月23日の中医協総会で西澤委員(全日病会長)は、「今日付の業界紙によると、製薬業界は病院との価格交渉で、2010年度改定で導入された新薬創出加算を理由に値上げを求めているという。この辺りの経緯を説明してほしい」と発言した。

医療課の磯部薬剤管理官は、「納入価の交渉で卸が値引きを渋る、価格引き上げを求める動きがあると聞く。新薬創出加算は薬価算定の方式に過ぎず、流通価格の問題とは別である。そこで、そういう実態があれば改善してほしいと製薬協に申し入れた。業界からは改善に努めるとの回答を得ている」と説明した。

西澤委員は、さらに、「厚労省は、加算導入によって流通価格の上昇が生じ

るといふ事態は想定していなかったのか」と質したところ、同管理官は「その通りである」と、想定外の事態であるという認識を示した。

この回答に、西澤委員は「承知した。私の方から、医療機関に厚労省の見解を伝えたい」と話を引き取ったところ、磯部薬剤管理官は「もしかしたら加算のルールに「乖離率を上回ることがないように」とあるので、そうした対応もあったのではないかと述べ、メーカー・卸が値上げ圧力を強めている背景事情に「理解」を示した。

こうした斟酌に、西澤委員は、「私としては、あくまでも、加算を理由に値上げに走る事態は想定していなかったというのが厚労省の回答であると承知している」と述べ、製薬業界の「ご都合

主義」に釘をさした。

10年度薬価制度改革で新設された新薬創出・適応外薬解消等促進加算を「根拠に」医薬品業界が当該医薬品の値上げに努めているのは、病院界でも周知の事実だ。大阪府私立病院協会(生野弘道会長)は「3~10%値上げしたいという動きが出ている」と指摘する。「年間1,000万円の値上げになる病院もある。診療報酬引き上げ分が相殺されかねない」として、事務長会が影響額を把握する作業を始めている。

新薬創出加算は未承認薬・適応外薬解消の取り組みと一体で導入された。当面2カ年の試行ではあるが、厚労省は新薬加算の担保として業界に開発要請を行なうとともに、その経過報告を受けるなど、成果を追求するとしている。

加算の内容は、薬価改定時に、市場実勢価格に基づく算定値に「加重平均乖離率-2%」×0.8を加算する(改定前薬価が上限)というもので、対象となる新薬は、①薬価収載後15年までの後発医薬品がない新薬、かつ、②市場実勢価格に対する乖離率が全既収載医薬品の加重平均乖離率を超えないもの、とされている。

したがって、条件を満たす新薬を擁するメーカーは、「実勢価格との乖離が平均値を超えないこと」というルールを盾に値引率の縮小に取り組んでいるわけだが、「加算が適用されない」ということを口実にいたずらな値上げを迫ったり、総価取引から外して個別価格を求めるといった思惑もみられる。

西澤委員の質問によって、医療課は「加算を価格交渉の口実に使うべきではない」という認識を示したことになるが、引き続きウオッチが求められる問題ではある。

調査項目を簡素化、対象病院を拡げて秋口に実施

医療機関部門別収支調査 回答500病院を想定。「代表性を得れば実調の補助資料になる」



6月28日に診療報酬調査専門組織「医療機関のコスト調査分科会」が1年ぶりに開かれ、2010年度医療機関部門別収支調査の実施案をまとめた。

10年度の部門別収支調査は、調査手法の精緻化を目的に実施した08年度調査の方法を踏襲した上で、調査項目を簡素化して実施される。より広範な急性期病院からデータを集めることによって、得られた原価データの代表制獲得を目指すことが今回調査の狙いだ。

厚労省保険局医療課は、「調査回答病院が増え、かつ、医師給与等原価把握を左右するデータの正確な収集ができれば、次期改定で、医療経済実態調査の補足資料となる可能性もある」(佐藤医療課長)とみており、部門別収支調査に協力する急性期病院の機能別・規模別分布や数などがどこまで広がるか、その動向に関心を寄せている。

医療課は、調査標本数の1つのめどとして08年度調査の4倍にあたる500病院を想定。7月14日に予定されている診療報酬基本問題小委員会の承認を経て、9月～10月にかけて調査を実施、来年3月をめどに結果をまとめたいとしている。

コスト調査分科会は、2002年7月に成立した健康保険法等一部改正法の附則に盛り込まれた「診療報酬体系の見直し」等に取り組むために、03年3月28日に閣議決定された方針に「診療報酬体系に医療機関のコスト等を適切に反映させる」と明記されたことから、同年7月かけて中医協の下に設けられた診療報酬調査専門組織の1分科会として設置された。

そして、03年度以降、病院のコストを把握する調査手法の開発に取り組み、病院医療の収支構造を診療特性の違いを反映した診療科別収支の積み上げによって捕捉する部門別収支調査によって把握する方法として、診療科別の収支を求める「一般原価調査」と中央診療部門の費用を各科に配賦するための係数を導く「特殊原価調査」からなる調査手法を確立。08年度に部門別収支調査を

試行的に実施した結果、基本小委(09年7月29日)から「精度の高いものが確立した」という評価を得るにいたった。

しかし、08年度の試行調査は、「一般原価調査」に最後まで協力できた病院は127と標本数が少なく、しかも、すべてDPC対象病院および準備病院と、結果データが日本の病院全体を代表するものであるかが問われるものであった。実際、当初調査に協力を呼びかけたのは597病院だから、データ提出に応じることができた病院は2割強に過ぎない。

その主たる原因は、「職種別の人員数や給与・賞与」「(非常勤を含む)医師の給与や勤務時間」「診療科別、部署別の保険外収益」など、院内の既存データでは対応できない病院は別途データを収集する必要があるなど、調査客体病院の負担が大きいことにある。

勤務医個々の給与と勤務時間は引き続き捕捉

こうしたことから、医療課は、10年度の部門別収支調査の項目を以下のように簡素化する案を提示した。

- ①08年度調査で14区分とした職種分けを医療経済実態調査の10区分に合わせる。
- ②保険外収益は総額記載とし、診療科ごとの保険外収益については金額記入を止めて、科ごとの保険収益や延患者数といった振分基準を各病院に選択させる方式とする。
- ③部門毎の延床面積については、各部署に振り分けることが難しい共有部分や判断不能なスペースの合計面積を、「職員数比」などあらかじめ定めた一律の配賦基準で割り振る。

④診療科別への配賦に用いるための診療行為実施場所の調査は廃止する。

⑤医師個々の給与は調査せずに総額記入とする、また、勤務時間割合についても診療科医師全体について記入する。

⑤の医師給与調査の廃止案について、事務局は「勤務医一人一人の給与調べは(事務職には)難しい、とくに、(研修時間等の詳細など)勤務時間内訳の把握が困難という病院が少なくない」と説明した。

事務局の簡素化案に対しては、コスト調査分科会の委員から、主に、⑤の医師給与調査廃止に対する異論が続出した。

「(診療科別の)医師個々の給与は不可

欠。病院で掌握できないはずはない」と、猪口雄二委員(医療法人財団寿康会理事長・全日病副会長)は医師給与データの収集を強く求めた。

日本私立医科大学協会の小山委員(東邦大学医学部教授)も「病院が医師個々の給与を把握してないとは考えにくい」と猪口委員の意見に同調。さらに、「病院における勤務時間の把握は、この2、3年に進んできている。(私大病院の)医局では教育研究と診療を分けてコスト調査をしている」と説明した。

国公立については、「業務領域が複雑に絡み合っているので区分上難しい面はあるが、データはある筈だ」と指摘する声があがった。西岡委員(横浜市立みなと赤十字病院院長)も「医師給与データを出せない病院はおかしいというぐらいの姿勢で臨むべきではないか」と論難した。

こうした結果、事務局案のうち、勤務医の給与と勤務時間に関する調査項目は08年度調査を踏襲して一人一人の

部門別収支調査の普及を図ることが先決

議論の中で、佐藤医療課長は、詳細かつ精緻なデータを指向する「今の調査を続けると、先々、すべての病院がデータ提供に参加し、かつ、分析結果が当てはまるという状況は難しいようだ。例えば、職種別の給与すら出てこない病院がある。それどころか、医師のタイムカードすらない病院があるのが実態だ。まずは、病院が科学的論理的な経営をするという意識改革が必要ではないか」と、データ武装が遅れているわが国病院の現状を嘆いた。

同課長は、「本当に正確なコスト調査をするのであれば、各病院の中央機能に、あらゆる原価データが発生主義で集まるシステムが生まれ、それがASP(インターネット上に設けられたレンタル利用式のソフトウェア)で分析されていくようなインフラも1つの方法だ。あるいはモデル病院を選んで、そのデータをモデル値として採用する方法もある」という認識を披露。オンラインとオフラインあるいは紙媒体と電子媒体が交錯するわが国病院の情報システム整備が道半ばであることを理由に、医療機関のコスト把握に悲観的な意見もっていることをうかがわせた。

数字を捕捉することで合意した。

一方、病院に対する補助金等について、医業収益もしくは医業外収益いずれに計上すべきかで意見のやりとりが行なわれた。

事務局の回答は「補助金等の収入は医業外収益に計上する」というもの。しかし、複数の委員から「補助金等の性格に応じて計上すべきではないか」という疑問が示された。

猪口委員は「インフルエンザにかかわる補助金、救急に対する補助金、治験など保険外の収入は色々あり、各病院ともどう取り扱うべきか迷っている。何らかの指針を示さないと難しいのではないかと提起した。

また、石井委員(公認会計士)は、部門別収支結果のデータから「控除対象外消費税等負担額」が算出できるように費目区分を整え、今後の損税対策に活かすことも検討すべきであると提起した。

部門別原価調査を中長期的な視点から評価する医療課は、10年度調査結果を、よくて「医療経済実態調査の補足資料」と位置づけている。

優良経営医療機関のデータから収支傾向の推移をみる実調からは、収入に合わせた原価削減努力の跡はうかがえるが、安全と質を担保した医療を実践するコストは読めない。しかし、実調結果を基礎資料に改定を査定するアナクロニズムが半世紀も続いている。

猪口委員は、「今言えることは、ほとんどの病院が自院コストを理解していないということだ。各病院は、単に公定価格にもとづく収入に合わせて身の丈を整えているにすぎない」と、わが国医業経営の欠陥を簡潔に言い表わした。

その上で、「いたずらに精緻化を図ろうとすると対象病院は少なくなる。ある程度ザックリしたものでもよいから、多様な病院のコストデータを知ることから、つまり、バイアスをかけずに調べる中からコストと診療報酬に関する検討を始め、先に進めるべきではないか」と論じ、理想追求はともかく、まずは部門別収支調査の普及を図ることが先決であると訴えた。

根拠ある入院基本料へ調査・検証を要望

日病協 医療課は部門別原価調査の本格的実施を検討

日本病院団体協議会(日病協)は6月22日、「根拠にもとづいた点数設定に向けた調査・検証を早急に開始する」ことを求める厚生労働省保険局長宛の要望書を医療課に提出した。診療報酬実務者会議の猪口雄二委員長(全日病副会長)および日病協議長を務める遠見公雄全国自治体病院協議会会長(中医協委員)が、佐藤敏信医療課長および渡辺由美子保険医療企画調査室長に手渡した。

要望書は次期改定に向けた議論を開始している日病協・診療報酬実務者会議がまとめたもの。「現行の診療報酬とくに入院基本料は根拠に基づいた点数設定とはなっていない」ことから、「人件費・施設整備費等の横断的調査、検証による“根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設”が必須である」として、中医協傘下の「診療報酬調査専門

組織・医療機関のコスト調査分科会等、専門的な組織での調査、検証を早

急に開始すること」を求めている。

佐藤医療課長は要望書の主旨に理解

4疾病・5事業への会員病院参加状況を調査

医療制度・税制委員会 医療連携体制の問題点を把握、第6次医療法改正に備える

全日病の医療制度・税制委員会(小松寛治委員長)は、2006年度の第5次医療法改正で都道府県医療計画に記載が義務づけられた4疾病・5事業を対象とした医療連携体制について、会員病院における実情を把握する調査を実施する。すでに調査票は6月末までに全会員病院に送付を終えている。

08年度を期して施行された新医療計画には4疾病・5事業に関する目標値や連携体制をとる医療機関名が記載されているが、その内容は都道府県によ

てまちまちなどから、有名無実という評価も出ているのが実状。

しかし、08年度、10年度と2度にわたる診療報酬改定で医療計画に記載された連携体制の有無を要件とした項目が導入されたほか、10年度改定では、DPC対象病院に大きな影響を及ぼす「地域医療指数」加算が部分的に導入されるにいたっている。

こうしたことから、医療制度・税制委員会は、各地で会員病院がどの程度医療連携体制に参加できているか、また、

を示し、「コスト調査分科会が昨年その方法論をまとめた部門別原価調査の次の調査を予定している。調査対象の病院数をどう拡大できるか、色々工夫を考えている」と述べ、今年度に部門別原価調査の実施をする方針を明らかにした。

医療計画に記載されているか、その実態を探ることにした。同時に、医療連携体制に参加する上のハードルの現状と参加するための各病院の課題についてもたずねる。

同委員会では、すでに全都道府県が策定した医療計画の収集を終えており、この調査結果を含めて、今後、次期医療法改正に向けた要望事項の参考資料に付すとともに、提言づくりの基礎資料とする方針だ。

複数科受診について実態調査を実施

日病協 2012年度診療報酬改定に向けたデータ収集の一環

「同一日の複数科受診における初再診料の算定」を次期改定重要課題の1つに掲げる日本病院団体協議会(日病協)は、各病院で複数科の受診がどのくらいの数になっているか、その実態調査を実施する。6月24日の日病協代表者会議で決定した。

「同一病院同一日の複数科受診」における初再診料は、長い間、2つ目以降の科の算定がまったく認められてこなかった。そのため、2005年、結成まもない日病協に設置された診療報酬実務者会議は初再診料の算定を強く求めるこ

とで一致、06年度改定の要望課題の1つに取り上げた。

これに対して、厚労省の医療課は複数科受診に関する実態データの提出を求めたため、日病協は05年11月に急遽「複数科受診状況調査」を実施。その結果、06年度改定において、2つ目の受診科について初診料に限り50%の算定が認められたという経緯がある。

日病協は、その後も改定要望で、複数科受診における、とくに再診料の算定を求めてきたが、再診料の病診格差は正や外来管理加算の議論が先行する

中で省みられずにきたのが実態だ。

次期改定に向けた検討を開始している日病協の診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は、2012年度改定の重要課題の1つに複数科受診の問題を位置づけており、このほど、その実態を捕捉するために傘下病院を対象とした調査の実施を決めたもの。

複数科受診の問題は、10年度改定答申書の付帯意見に書き込まれた次期改定への検討事項の1つに「再診料等基本診療料のあり方」というかたちで盛り込まれているが、診療側委員は5月

26日の中医協総会に提出した「次期診療報酬改定に向けた今後の検討課題に関する提案」で、前出付帯意見の「基本診療料のあり方」を構成する具体的検討項目の冒頭に取り上げている。

「複数科受診」に関する調査項目は、①初再診料の患者数と算定内容、②同一日複数科受診の患者数、からなる。日病協は、複数科受診患者数等から算定できていない診療報酬額を推定、病院経営に与えている影響度合いを探る考えでいる。

調査は各病院団体の判断で標本数を定めて個別に実施するが、全日病は200病院を抽出して調査票を送る方針。7月早々に調査票を発送、8月末を期限に回答を求める。

「看護業務実態調査」の概要

※1面記事を参照

●「特定の医行為として想定される行為例」等(下掲)について以下の項目を調査する。

・現在、看護師(認定看護師・専門看護師)が実施しているか否か

・今後、一般の看護師が実施することが可能と考えられるか否か

・今後、特定看護師制度の創設に伴い、特定看護師が実施することが可能と考えられるか否か

看護師が現在行っている業務の中で、他職種による実施が適当と考えられる業務についても調査。

●調査対象・方法

(1)医療機関等に勤務する医師・看護師

①特定機能病院 83施設(100%)

②病院(規模別) 1,800施設(20%抽出)

①②とも、急性期・慢性期の領域別に、医師は診療責任者及び担当医長が回答。看護師は看護師長及び主任・副院長が回答。

③診療所 600施設(診療所の5%抽出) 有床診および在宅療養支援診療所が対象。医師及び看護師が回答

④訪問看護ステーション 500か所(10%抽出) 看護師の代表者が回答

⑤専門看護師・認定看護師 専門看護師は全数、認定看護師は20%抽出。本人が回答

(2)各種団体、関係学会の代表者(聞き取り調査)

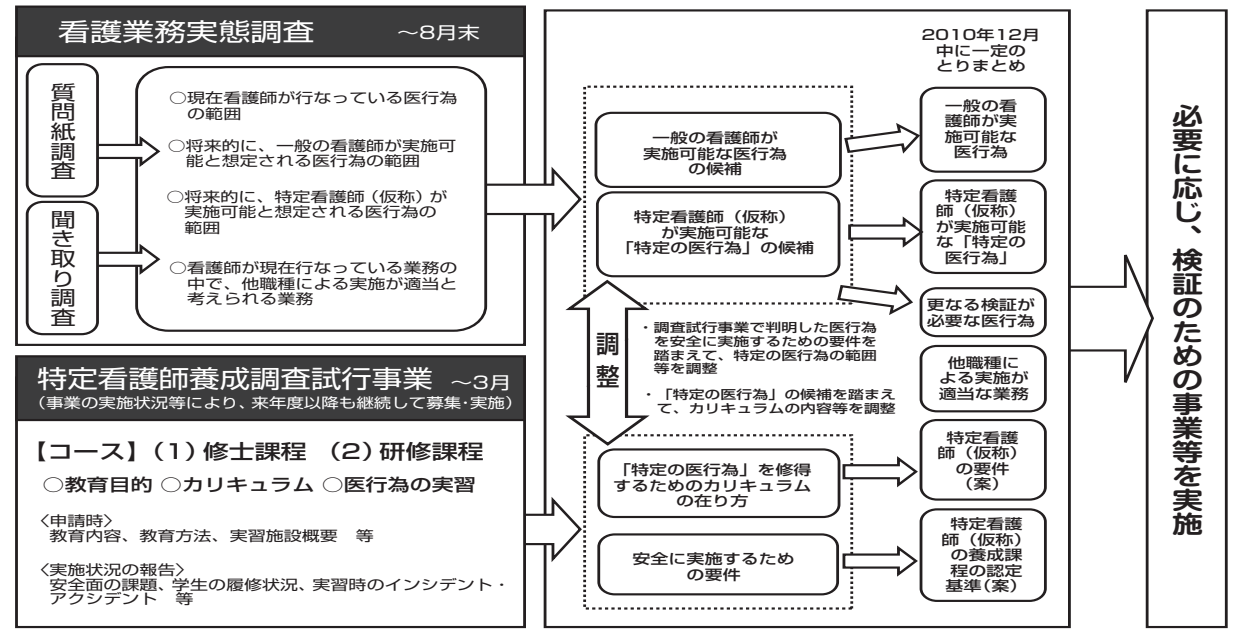
■調査の対象となる医行為の項目

1 検査	重症度評価や治療効果判定のための採血の実施の決定、実施、判断 動脈ラインからの採血 直接動脈穿刺による採血 動脈ラインの抜き・圧迫止血 動脈血血液ガス検査の実施の決定、実施、判断 トリアージのための検体検査の実施の決定、実施、判断 治療効果判定のための検体検査の実施の決定、実施、判断 手術前検査の実施の決定、実施、判断 単純X線撮影の実施の決定、画像判断 CT、MRI検査の実施の決定、画像判断 術後消化管透視検査の実施の決定 造影剤使用検査時の造影剤の投与 IVR時の造影剤の投与 IVR時の動脈穿刺、カテーテル挿入・抜きの一部実施 経腹部膀胱超音波検査(残尿測定目的)の実施の決定、実施、判断 腹部超音波検査の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 心臓超音波検査の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 頸動脈超音波検査の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 表在超音波検査の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 下肢血管超音波の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 術後下肢動脈ドップラー検査の実施の決定、実施、判断 12誘導心電図検査の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施の決定、実施、判断 薬剤感受性検査実施の判断、決定 真菌検査の実施の判断、決定 微生物学検査実施の判断、決定 微生物学検査の実施：スワブ法 スパイロメトリーの実施の決定、実施及び所見の記述、判断 直腸内圧測定・肛門内圧測定実施の決定、直腸内圧測定・肛門内圧測定の実施 膀胱内圧測定実施時期の判断、実施 動脈脈波伝播速度検査(PWV)の実施の判断・決定 脈波(ABI/PWV)検査の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 定病変の検査(ABI/PWV)の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 血流評価検査(SPP、ABI)の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 骨密度検査(超音波検査)の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 嚥下造影の実施の決定、判断 嚥下内視鏡検査の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 腰椎穿刺 骨髄穿刺 眼底検査の実施の決定、実施及び所見の記述、判断 神経検査の実施の決定、実施及び所見の記述、判断
	2 呼吸器

3 処置・創傷処置	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更 心臓ドレーン抜き PTCDチューブ等の留置チューブの洗浄 創部ドレーン抜き 一時的ペースメーカーの操作・管理 一時的ペースメーカーの抜き PCPS等補助循環の管理・操作 大動脈バルーンパンピングチューブの抜き 小児のCT・MRI検査時の鎮静 小児の膈力：臍動脈の輸液路確保 救急時の輸液路確保目的の骨髄穿刺(小児) 幹細胞移植：接続と滴数調整 関節穿刺
	4 日常生活関係

5 手術	全身麻酔の導入 術中の麻酔・呼吸・循環管理(麻酔深度の調節、薬剤・酸素投与濃度、輸液量等の調整) 麻酔の覚醒 局所麻酔(硬膜外・腰椎) 麻酔の補正説明：“麻酔医による患者とのリスク共有も含む説明”を補正する時間をかけた説明 硬膜外チューブの抜き 皮膚表面の麻酔(注射) 手術執刀までの準備(体位、消毒) 手術の第一助手(手術時の臓器や手術器械の把持及び保持) 手術の第二助手(手術時の臓器や手術器械の把持及び保持) 気管切開等の小手術助手(手術時の臓器や手術器械の把持及び保持) 手術の補正説明：“術者による患者とのリスク共有も含む説明”を補正する時間をかけた説明 術前サマリーの作成 手術サマリーの作成
	6 緊急時対応
7 予防医療	予防接種の実施判断と実施 特定健診などの健康診査の実施 子宮頸がん検診：細胞診のオーダー(一次スクリーニング)、検体採取

7 予防医療	前立腺がん検診：触診・PSAオーダ(一次スクリーニング) 大腸がん検診：便潜血オーダ 乳がん検診：視診・触診(一次スクリーニング)
8 包括的指示に基づく薬剤の選択・使用(オーダー力含む)	化学療法副作用出現時の症状緩和の薬剤選択、処置 抗癌剤等の皮下漏出時のステロイド薬の選択、局所注射の実施 放射線治療による副作用出現時の外用薬の選択 副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定 指示された期間内に薬がなくなった場合の継続薬剤(全般)の投薬指示 創傷の皮膚保護剤(抗白癬薬、角質治療薬等の外用薬)の選択・使用の決定 薬物血中濃度(TDM)のオーダ 創傷被覆材(ドレッシング材)の選択、使用 ネブライザーの開始、使用薬液の選択 創傷治療のための外用剤の選択 感染徴候時の薬物(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等) 以下の薬剤の選択 下剤(坐薬も含む) 胃薬 整腸剤 止痛剤 鎮痛剤 解熱剤 去痰剤(小児) 抗けいれん薬(小児) インフルエンザ薬 外用薬の選択・使用 排尿障害治療薬 糖尿病治療継続薬の患者状態に応じた服薬可否の判断 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与(投与量の調整) 自己血糖測定開始の決定 抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定 基本的な輸液：糖質輸液、電解質輸液、高カリー輸液の実施 痛みの強さや副作用症状に応じたオピオイドの投与量・用法調整、想定されたオピオイドローテーションの実施時期決定：WHO方式がん疼痛治療法等 痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量・用法調整：WHO方式がん疼痛治療法等 がんの転移、浸潤に伴う苦痛症状のための薬剤の選択と評価
9 その他	四肢の創傷に伴う骨折、筋損傷、神経損傷に関する判断 訪問看護の必要性の判断、依頼 日々の経過の補正説明(時間をかけた説明) リハビリテーション(嚥下、呼吸、運動機能アップ等)の必要性の判断、依頼 理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼 整形外科領域の補助具の決定、注文 他科への診療依頼 他科・他院への診療情報提供書作成(紹介および返信) 在宅で終末期ケアを実施してきた患者の死亡確認 退院サマリーの作成 患者・家族・医療従事者教育 栄養士への食事指導依頼(既存の指示内容で)



ほとんどの政党が診療報酬・医療費増額を公約

第22回参議院選挙 医師数増加もほぼ各党共通。民主・自民で介護報酬に微妙な違い

6月24日に第22回参議院選挙が公示され、7月11日の投開票に向けた選挙運動が始まった。政権与党の民主党は改選数54議席の確保を目標に掲げているが、仮に目標をクリアしても非改選62議席と合わせて116議席にとどまり、過半数122議席には届かない。したがって、単独過半数となる60議席を獲得するか、連立を組む国民新党が改選数3を積み増した議席を確保できなければ、引き続きねじれ国会が続いて、重要法案の成立に大きな影響が生じる。

主要各党の公約をみると、「新党改革」「たちあがれ日本」を除く各党が、診療報酬の引き上げもしくは充実あるいは医療費の増加に触れている。医師数に関しては、公明党と「たちあがれ日本」を除いた各党とも、その増加の必要を認めている。

介護分野については、民主党は「ヘルパーなどの給与引き上げ」に取り組むとして、介護報酬引き上げの方向を示唆するとどまったが、自民党は「次期改定で介護報酬を大幅に引き上げる」と明言している。ただし、他党



▲マニフェストを発表する民主党執行部

の力の入れようは、診療報酬・医療費ほどではない。

政権与党として初めてのマニフェストをまとめた民主党は、2009年夏の衆院選で公約したマニフェスト諸項目の進捗状況を発表している。

それによると、実現をうたった政策179件のうち、「実施」が35件、「一部実施」が59件、「着手済み」が70件となっており、「未着手」は15件としている。

「実施」の中には「10年ぶりの診療報酬の増額」などによって「社会保障予算を9.8%増額した」ことが記載されている。さらに、「社会保障費2200億円削減の撤廃」を実施政策の実績としてあげている。

7月11日投票の参議院選挙が公示、安藤たかお候補は銀座で第一声。「現場の声が医療再建を可能とする」100名の支援者・市民が耳を傾ける!



7月11日に投票が行なわれる第22回参議院選挙に民主党公認で比例代表区に立候補した安藤たかお氏(医療法人社団永生会理事長、全日病副会長)は、6月24日の昼に、東京を代表する繁華街の銀座・数寄屋橋で第一声をあげた。

近くで他党立候補者の選挙演説が聞かれる中、安藤たかお陣営の選挙カーは100名を超える支援者と一般市民に囲まれ、その外側を、イメージカラーであるオレンジ色に染められたTシャツとタオルをまとい歩行者にピラを

医療に関する各党の公約(要旨)

民主党	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬の引き上げに引き続き取り組む。 医師不足解消に向けて、医師を1.5倍に増やすことを目標に医学部学生を増やす。看護師など医療従事者の増員に引き続き取り組む。 新型インフルエンザ対策としてのワクチン接種体制の強化、がんの予防・検診体制の強化、肝炎治療に対する支援などに集中的に取り組む。 ヘルパーなどの給与引き上げに引き続き取り組み、介護の人材を確保する。 在宅医療、訪問看護、在宅介護、在宅リハなどを推進、地域で安心して生活できる環境を整備、家族など実際に介護にあっている人を支援する。
自由民主党	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬の大幅引き上げによる、医学部定員増員、臨床研修医制度見直し、勤務医の処遇改善、診療所の役割強化、医師偏在是正等を実施する。 1000人の「県境なき医師団」を結成、医師不足地域に派遣する。 公立病院に対する地方交付税による支援措置を増額する。 子供の医療費無料化と出産一時金を60万円へ拡充する。 医療安全調査会(仮称)の設置を検討する。 介護報酬を大幅に引き上げる。
公明党	<ul style="list-style-type: none"> 高額療養費制度について、負担上限額の引き下げや世帯合算などの見直しを進める。 救命救急で医師が現場に駆けつけて治療する「15分ルール」を確立する。 開業医との連携強化や勤務医の負担軽減を進め、地域拠点病院の医師不足の解消に取り組む。医師が不足している救急・産科・小児科・麻酔科などの診療報酬を大幅増額する。
共産党	<ul style="list-style-type: none"> 病床削減、廃止計画を中止・撤回させ、必要なベッドをまもる。 自治体を給付費削減競争に動員する仕組みを撤廃させる。 OECD加盟国平均並みの医師数にする。 医療の安全・質の向上、医療従事者の労働条件改善、産科・小児科・救急医療の充実などにかかわる診療報酬を引き上げる。
国民新党	<ul style="list-style-type: none"> 医療保険制度の一元化とOECD並み医療費の確保を行なう。 患者の窓口負担を上限20%に軽減する。 公的な医療事故調査機関を創設、無過失補償制度を確立する。 医師不足地域や診療科の報酬体系や補助制度の充実を図る。介護職員の待遇改善を図る。
新党改革	<ul style="list-style-type: none"> 「安心と希望の医療確保ビジョン(2008年6月)」の実現を加速させ、医師数の増加、医師の勤務環境の改善など医療の改善を実現する。 医療・介護関連のデータベースの公開・連結を行なう。
社民党	<ul style="list-style-type: none"> 特養や介護療養型医療施設等を倍に増やす。介護報酬を引き上げる。 公的病院の統廃合に歯止めをかけ地域の病院を守る。 OECD平均並みに医師を増やし、人的配置や技術等の診療報酬を上げる。
たちあがれ日本	<ul style="list-style-type: none"> 医療、介護、保育分野で300万人以上の新規雇用を創出する。 医療保険や介護保険の自己負担額を軽減する。
みんなの党	<ul style="list-style-type: none"> 医療費を対GDP比10%を超える程度まで引き上げる。医師数をOECD平均並みの人口千人あたり3人に増やす。

配る大勢の運動員が取り囲む光景が生まれました。その熱気は他党候補者を明らかに凌駕していた。

原中勝征日本医師会会長を皮切りに、初鹿明博衆議院議員ほか6名の民主党国会議員が次々と応援演説に立ち、「医療と介護を再生・強化するためにはその力が欠かせない」「現場の声を反映させることこそ医療再建を可能とする」など、安藤たかお候補をぜひ当選させてほしいと、街頭を行き交う人々に力強く訴えた。

そして、阿久津幸彦内閣総理大臣補佐官が民主党応援演説の最後を締め括り、日焼けした顔にスマイルを絶やさぬ安藤たかお氏にマイクを手渡した。

「私はオバマさんから推薦状をいただきました…。福井県小浜市の…」と、開口一番のジョークで聴衆を笑いの渦に巻き込んだ安藤たかお氏は、それまでの絶叫型弁士とは異なり、いつもの、よく通る、しかし力が入った、聞き取りやすい声で人々に語りかけた。

「医療から介護までの主要団体がまとめて私を推薦してくれました。国政選挙の長い歴史で初めてのことです。それだけ熱い期待、願いを感じています。40日で36の都道府県を回りました。各地とも深刻な人手不足に陥っていますが、その背景には様々な要因がありますが、その一つ一つにきちんと対応して事態の改善に努めなければなりません。しかし、基本的には、政権与党として、この全体状況を大きく変える政策を打ち出さなくてはなりません。その中で、一番大切なことは、現場の声をできるだけ政治に反映させることです。現場の風と匂いが届かずして、絶対、よい医療と介護は実現しません。現場の声を代表して届けるために、私を国政に送り出してください」

安藤たかお氏の落ち着いた声に立ち止まって耳を傾ける歩行者も出るなど、全国遊説の第一声は大いなる盛り上がりみせた。

上限12億円や借り換え融資への対応等を要望

四病協 福祉医療機構にさらなる融資支援を求める。被災時等の緊急融資も

四病院団体協議会(四病協)は福祉医療機構にさらなる融資拡大を求める要望書を提出する。6月23日の総合部会で決定した。

福祉医療機構に対して、四病協は、融資枠の大幅拡大、返済期間の長期化、担保条件の見直しなど、経営逼迫にあえぐ病院に対する新たな融資制度の創設を求め(2009年3月)、2009年度に「経営安定化資金」の改定というかたちで要望の骨子が実現されている。

今回の要望は、融資枠を1億円から7.2億円にまで広げた前回改定を「医療機関の存続に寄与した」と評価した上で、その後も安定しない病院経営に対するさらなるてこ入れとして、融資上限を12億円にまで拡大するなどの支援を求める内容になっている。

とくに、借り換え融資ができるよう「抵当権順位1位以下での融資」や「期限前返済時違約金の廃止」を要望事項に取り上げた。

- ・期限前返済時違約金の廃止
- 融資対象の拡大
- ・高額医療機器の現物担保による融資制度の確立
- ・建物整備資金に対する、償却期間を参考にした償還期間の延長

- ・土地取得資金の上限拡大(病床数確保に必要な土地面積について、土地取得費の実勢価格を重視した融資とする)
- 緊急時等、無担保・低金利融資の実行
- ・新型インフルエンザ等の発生による病院機能麻痺に対する緊急融資
- ・災害被災医療機関に対する緊急融資
- ・耐震化施設整備にかかわる優遇融資制度の拡大

四病協 2011年度税制改正要望をまとめる

四病院団体協議会は6月23日の総合部会で2011年度税制改正要望(重点事項)をとりまとめた。民主党、厚生労働省ほかに提出する。

11年度税制改正に対する要望事項は昨年度要望と基本的内容は変わっていないが、「消費税の原則課税」に代えて「事業税特例措置の存続」を要望事項の筆頭にあげている。ただし、事業

税特例措置の拡充を求める項目は削除した。

また、社会的医療法人に関しては、①法人税の非課税範囲を附帯業務にまで拡げること、②固定資産税の非課税範囲を拡大することを追加する一方、「寄付金の損金不算入」を求める部分を削除した。

四病協要望書「福祉医療機構による医療機関への融資拡大」 要旨

- 経営安定化資金融資制度の存続とさらなる上限の引き上げ(現行7.2億円より12億円程度へ)
- 融資手続きの簡素化と抵当権設定等の

- 弾力的運用
- ・審査期間の短縮化と必要書類の簡素化
- ・抵当権順位1位以下でも融資可能とすること