



全日病 NEWS 7/15

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.736 2010/7/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

安藤候補 7万1,346票を獲得。健闘するも落選

第22回参議院選挙 病院団体間の連携に貴重な経験と教訓

7月11日に投開票された第22回参議院選挙で、全日病ほか主要病院団体と日本医師会がこぞって推した民主党比例代表区候補の安藤たかお氏(全日病副会長)は惜しくも落選、「病院現場の声を国政に反映させたい」という関係者の期待は実現しなかった。

安藤副会長の個人得票は7万1,346票。民主党が比例区で獲得した当選枠16名にわずかに及ばない18位と、初挑戦としては大健闘であった。

当選がならなかったとはいえ、病院団体が初めて自力で推した安藤候補は、医療再建、地域医療再生への願いをこめ、最後まで奮闘した。選挙運動で垣根を越えて相乗りした実績は、今後の病院団体間の連携に貴重な経験を残すものとなった。



▲投票日前日にJR八王子の駅前で演説する安藤候補

第22回参議院選挙の投票率は57.92%(選挙区)。全国的に天気が崩れる中、民主党が躍進した前回2007年(58.64%)とほぼ同率を記録、国民の政治に対する関心が依然高いことを示した。

政権交代を実現した後の初の国政選挙、しかも、政治と金をめぐって引責辞任した鳩山前首相と小沢前幹事長を受けた民主党政権に対する国民の評価は、菅内閣組閣の直後は好意的なものがあった。

しかし、「10%を参考に消費税引き上げの検討に着手する」とした突然の発言とその後の不用意な発言がマスコミ

の恰好の餌食となり、菅内閣と民主党に対する支持は告示前後から急速に冷え、民主党候補者にはきわめて厳しい選挙となった。

その結果、民主党は44議席(選挙区28、比例区16)と、改選数54を10も失なう惨敗を喫した。これに対して、自民党は51(選挙区39、比例12)と改選前の38から13も議席を増やし、初めての選挙となったみんなの党は10議席を得る躍進を遂げた。

こうして、非改選を含む議席数は、与党系が110(公示前は123)、非与党系が132(同118)と逆転、民主党は単独過

半数どころか国民新党と維持していた過半数も割り込んだ。

6月から7月にかけてようやく支援体制がフル回転をみせ、勢いを増した安藤陣営であったが、こうした逆風の下、票の最後の上積みができなかった点が惜まれる。

民主党が比例区で得た得票は、政党名による約1,443万票と個々の候補者名による約402万票を合わせた1,845万票。これは全得票の31.56%を占め、比例区では第1党を守った。しかし、約2,400万票(40.45%)を得て20名が当選した07年参院選からは大きく後退、当選者も16名に減らした。

その中で、安藤候補はかなり善戦したといえよう。それは「推薦」を出した日本医師連盟傘下の地方医師会が「支援」候補を含む3候補に分裂、組織をあげた応援ができにくい状況におかれただけでなく、率先して推薦を決めた主要病院団体の政治連盟も初の選挙運動

とあって、団体間の意思統一や傘下への方針浸透に手間取り、歯車がかみ合ったのは直前の1~2ヶ月というのが実態だったからだ。

開票が進むにつれ、安藤候補は徐々に票を伸ばし、あと2つ順位を上げれば当確というところまで迫った。安藤陣営が事前に読んでいた票は10万強。比例での順位は20番前後と予想していた。実際の得票数は7万1,346だから読みの7割にとどまったが、それでも18位に食い込み、直前はかなり追いつけたことをうかがわせる結果であった。

東京千代田区の選挙事務所で12日未明に落選を知った安藤氏は、さばさばした表情で取材陣の質問に応じ、「残念な結果ですが、この選挙で、病院団体が一つの目標に向かって歩んだことは確かです。このことを将来に生かしていくことが必要ではないかと思っています」と、病院団体の今後に思いをはせた。(3面に関連記事)

●安藤たかお氏(全日病副会長)の談話

多くの方々に応援していただいたのに結果が出せませんでした。これは私の不徳のいたすところであり、誠に申し訳なく思っています。

全日病を初めとする病院協会の皆さまには一生懸命の取り組みをしていただき、まさに、団結力を示していただきました。これが、病院団体の未来につながっていくことができれば大変素晴らしいと思っています。

正直言って負けた気がしません。それは、7月に入ってから、支援の輪が日を追って広がりを見せ、運動がグングン浸透していることが分かったからです。本音を言うと、もう少し時間があれば当選できたのではないかと思います。それだけに残念です。

どの病院協会も選挙は初めてのことでした。したがって今回の経験をよく分析し、改善課題を見出し、今後のためのよき経験として受け継いでいくことを願っています。

私自身は全力を尽くしました。後悔はしていません。

中医協が新薬加算口実の値上げに警告!

遠藤会長「加算は試行中。主旨に反する動きがあれば見直しもある」

7月14日の中医協総会で事務局(厚労省保険局医療課)の磯部薬剤管理官は、新薬創出加算を「根拠」としたメーカー、卸による値上げ要求の動きに関して、「厚生労働省として、誤解を招くことがないように日本製薬工業協会に改善を求めたところ、そのようなご指摘を受けることのないよう、新薬創出加算について医療機関に周知を図る活動は自粛するよう会員企業に求めたとの回答があった」と報告した。

前回6月23日の中医協総会で西澤寛俊委員(全日病会長)が、新薬創出加算を口実とした医薬品業界の動きを取り

上げて見解を求めたことに、厚労省として改めて回答したもの(本紙7月1日号1面記事を参照)。

これに対して西澤委員は、「いまだに値上げを求める動きがあると聞く。新薬創出加算と流通価格は関係ないことを(業界に)徹底させてほしい。中医協におけるこうした議論を知らずに、(卸の一方的な話を聞かされて)“仕方ないか”と受け止める病院や薬局もあるようだ。我々も通知等を出して周知徹底に務めることを考えている」と発言、厚労省に強い指導を求めた。

診療側の鈴木邦彦委員(日医常任理

事)は「日薬協から通知が出たことは承知している」とした上で、「日医も会員に通知を出すような対応を図りたい」と述べ、製薬業界の行き過ぎた動きに医療機関がこぞって対抗する必要があるという認識を示した。遠藤久夫中医協会長も「新薬創出加算は試行的に実施されているもの。その主旨目的に反す

る動きがあれば、加算を見直すことも考えられる」と、“火事場泥棒”とも言える業界の動きに警告を発した。

「薬価が据え置かれたのに仕入れ値が上がるというケースはあるのか」との西澤委員の質問に、磯部薬剤管理官は「実際の取り引きでは色々な納入価があることだろう」と一般論で答えたが、「ただし、新薬加算ができたから値上げするということはあり得ないということは言える」とあわせて付け加え、業界の非常識な動きに所管官庁としての困惑を隠さなかった。



清話抄

天下分け目の参議院選を目前に菅総理のまさかの発言、そして、再び現実味を帯びてきた消費税の引上げ問題!

これまで、病院協会が幾度となく、消費税の増税や不公平税制に関しては是正を求めてきたが、政権交代が現実のものとなって以降、「現政権下においては、当分の間、消費税を上げること

はない、だから今、論じ合う必要はない」と楽観視されてきた。

しかし、ここに来て、正に唐突に噴出した、この消費税引上げ論である。引上げ後の率は、軽減税率の導入(2桁以上が必須)を視野に入れた上で、“社会保障費の財源に”を謳い文句に10%以上か。果たして医療や食品等は据え置きか。いずれにしても、今なお5%の増税を抱えている病院は、これを機会に、不公平税制を解消させるべきで

ある。

忘れもしない“コンクリートから人へ!”の素晴らしいフレーズ。人の命と健康を守る使命を担う病院が、この度の診療報酬改定で真に安定経営に転化できたのか?十分検証して戴きたい。

現在、民間中小病院の多くが、病院会計準則に則った決算ができていない(税務会計に則り退職金や引当金、リース会計等がなされていないため、実際より経営状況がよく見える)。にもか

かわらず、その収支や資産のバランスが必ずしも健全でない。因って、多少診療報酬が引き上げられたところで、本当の意味でのBS(資産)やPL(損益)の改善が図れるのか甚だ疑わしい。

そこに何の議論もなく消費税を上げるようなことになれば、息も絶え絶えの多くの病院が経営破綻を来すことは必定。ここは、十二分に我々病院側の意見を聞いて貰いたいものである。

(直)

主張

国際的孤立と閉鎖主義は、日本の未来を明るくするだろうか。医療界も然り。経済界と同様に、世界を相手に医療を提供しようではないか！

メディカルツーリズムについて考察してみたい。最近の日本の傾向として、いわゆるガラパゴス化に代表される国際的孤立化が徐々に進行していることはご承知のことと思う。世界に通用しない日本製携帯電話やデジタルテレビ、カーナビゲーションなどのIT機器だけでなく、海外に留学しようとしめない若い学生など、色々な分野で日本独自の閉鎖的文化が徐々に広まりつつあるという指摘がされている。

明治初期に多くの若い男女が海外

に雄飛したという歴史を持ちながら、最近の若年層は日々の満たされた生活に安住し、海外へ羽ばたくという気概のある人は少なくなっているようである。

もちろん、今でも日本文化や伝統は世界に冠たるものがあり、この良さを後世に伝えることだけでも意味のあることと考えられるが、日本は世界を相手にした貿易によって経済的地位を築いてきたという事実を考えると、この傾向は楽観視できない。また、一方で、我々の対象となる

患者が日本人ばかりでは、将来の人口減少を考慮すると憂慮すべき事態を招く可能性がある。

そこで、経済界にならって、我々医療界も日本だけを対象とせず、広く外国人も対象とした医療提供体制へと拡大させることを提案したい。

日本医師会は、現在のメディカルツーリズムは自由診療であることや、混合診療解禁の突破口になることを懸念し、この件に関して反対意見を主張している。また、国外での臓器移植は臓器売買が関与する可能性もあ

ることも反対理由として挙げている。

しかし、国をまたいだ臓器移植はWHOも禁止しており、混合診療解禁との関連も論理の飛躍とも考えられる。それよりも、日本が医療も含めたあらゆる分野で国際交流を進めることのほうが有意義と思われる。

私は、江戸時代のような鎖国主義に戻るべきではないと認識している。医療の分野でも、広く世界に門戸を開放することを提言し、主張したい。(K)

三六協定なき時間外労働で書類送検。労基署が異例の対応！

当直の労基法違反 奈良県立の2病院。1病院は割増賃金をめぐり民事で係争中

奈良県の奈良労働基準監督署は、今年5月13日付で、奈良県立奈良病院（奈良市）が労使協定を結ばずに医師等に時間外労働をさせていたとして、労働基準法違反の疑いで奈良地検に書類送検していたことが分かった。同県の大淀労働基準監督署も5月19日付で奈良県立五條病院（五條市）を労働基準法違反の疑いで書類送検していた。

労基法違反は刑事告発の対象であるが、医師不足の下、労基法違反を刑事で争うことに労基署は謙抑的とみられていただけに、今回の告発受理と地検への送検はきわめて異例と捉えられており、病院界に強い衝撃を与えている。

労基法は、1週間に40時間、1日8時間の法定労働時間を超えて勤務する場合には労使協定（いわゆる三六協定）を結ぶことを義務づけている。しかし、両院は開業以来30年以上にわたって協定を結んでいなかった。

奈良県の医療政策部によると、両院は2002年～05年の間に、各労基署から協定未締結については是正勧告を受け、労組側と協議を続けてきた。しかし、手当等をめぐって折り合いがつかないことから、協定を結ばないまま医師や看護師ら計710人に時間外労働をさせていた。

奈良病院については、産科の医師2人が当直勤務に対する割増賃金の支給を求めて同病院を相手に06年に民事訴訟

を起こしており、昨年4月22日に奈良地裁は、「当直の約4分の1の時間は分娩や緊急手術など通常業務を行っている」などを根拠に医師の当直勤務を時間外労働と初めて認め、計1,540万円の支払いを命じる判決を下した。宅直に対する割増賃金の支給については原告の訴えを退けた（本紙09年5月1日号既報）。

この判決を不服として県と勤務医の双方が控訴したため、現在も裁判は続いているが、判決後の昨年9月に県外の医師が奈良県を労基法違反の容疑で告発、奈良労基署等が慎重に調査した結果、今回の送検となったもの。

訴えられた奈良県は、06年の提訴後

に、奈良病院において当直手当と割増賃金の支給、産科医の増員などの措置を取っている。奈良県の医療政策部は「書類送検されたことを重く受け止めており、協定をできるだけ早いうちに結びたい」とする一方で、控訴審で争われている割増賃金については「引き続き県の主張を説明する」としている。

起訴されるかどうかは奈良地検の判断次第であるが、起訴された場合でも略式起訴による罰金刑で終る可能性がある。しかし、根が同じ事案を民事で争っている奈良県が刑事責任を認めると控訴審に持ち込んだ民事訴訟に影響を与えることは確実だけに、同県は刑事訴追を求め、公判で争う方を選ぶことも考えられる。

一方、奈良病院の民事控訴審では、(1)宿日直勤務が時間外勤務にあたるか、(2)宅直勤務が時間外に当たるか、の2点が争われている。

奈良県は、宿日直勤務時間中24%の時間を通常業務に従事していたことを根拠に宿日直勤務時間のすべてを割増

賃金の対象とした一審判決に対して、「通常業務に従事していた時間と仮眠を含む非診療時間とを切り分け、それぞれを割増賃金、宿日直手当の対象とすべきである」ことを控訴理由にあげた。

同時に、「医療法には『宿日直をしないといけない』とあるが、宿日直の考え方は、労基法の通達では『断続的勤務かどうか』が判断基準となる。『断続的勤務かどうか』というのと医療法における義務づけとの整合性がとれていない中での現実の対応を、公立のみならず各病院が対応を迫られている」(09年5月1日の定例記者会見における荒井正吾奈良県知事)と指摘、「厚労省の出番である」と訴えた。

医師、とくに当直医が決定的に足りない中、しかも、夜間救急の多い診療科を擁する病院は、医療法と労基法の狭間で以前にもまして葛藤を強めているが、勤務医による民事訴訟に加え、刑事訴追が生じることになると、急性期の現場と病院管理者は逃げ場を失うと懸念する声強い。

自律成長へ保険外サービスの育成を提起

経産省「医療産業研究会」報告書 疾病前後を支える「医療生活産業」と医療の国際化

経済産業省は6月30日、「中長期的な財政の持続可能性を脅かすことなく医療分野の基盤強化と市場拡大を実現する」考え方をまとめた「医療産業研究会報告書」を公表した。同省は、「報告書の内容は、先に発表された、政府の新成長戦略や経産省・産業構造ビジョンにおける医療部分の中核を構成する」としている。

報告書は、医療・介護およびその関連サービスが、公的保険の枠外で自律的に成長できる領域の産業化とともに公的保険の枠内に可能なかぎり自律的分野を設けるという視点から、公的給付の必要がない需要を対象に公的保険制度と組み合わせた市場を創出するという理念を打ち出している。

そうした「医療や介護とシームレスに連携しつつ、自由な価格の下で多様な選択肢で提供される」領域として、①疾病予防、②疾病管理、③リハビリ、④介護予防、⑤慢性期の生活支援などのサービスをあげ、これらを「医療生

活産業」に位置づける一方、医療の国際化として国外ニーズに対応したシステムの創出をあげ、それらの産業化を図ることが重要であると提言。

その中で、「多くの分院や福祉施設を併設することにより、人の一生にわたってサービスを提供するというコンセプトを具体化」させるとともに「医療法人でない事業法人を持つことで、給食業、院内のコンビニエンスストア、コールセンターなど様々な関連サービスを行っている

病院グループは少数ではあるが既に存在している」として、「こうしたサービスを医療生活産業の視点から育成していくことが必要である」と強調した。

また、医療国際化に関しては、「外国人患者の国内医療機関への受け入れ（インバウンド）と並行し、日本の医療サービスを国外に輸出する（アウトバウンド）試みも重要である」と提起、医療機関、医療関係者、医療関連業者などからなるネットワークや組織を構築し「国

による支援の拠点とする」必要に触れている。

さらに、日本の医療技術と情報技術の標準化・高度化を医療生活産業と医療国際化の重要課題にあげ、「研究開発から実用化までの一貫した医工連携」が不可欠と提起した。

「医療産業研究会報告書」は、こうした保険外収入の増加を介した資本蓄積が医療機関等の経営安定化と医療等サービスの充実にも寄与するだけでなく、「財政や社会保障の充実と経済の成長をもに実現できる好循環」に繋がる可能性を指摘。そのために必要な制度改革を実現すべきであると論じている。

看護師国家試験の難解用語へ対応を検討

厚生労働省は6月23日に「看護師国家試験における用語に関する有識者検討チーム」を設置、外国人が受験する場合に障害となっている国家試験の専門用語への対応策について検討を開始した。

日本の看護師資格を取るために来日しているインドネシア、フィリピン両

国の看護師は、自国では資格と十分な業務経験を有しているものの、日本語の習得に加え、一般の日本人にも難解な医学・看護用語とくに漢字の習得に苦しんでいる。

しかも、3年の間に国家試験をパスできないと本国に帰されるため、そのプレッシャーはかなり強いものがある

が、その結果、未来の看護労働力を失う就労・研修受け入れ施設の失望と損失も小さくない。

こうした事態に、政府は6月18日に、試験に使用されている難解用語について「今年度中に措置を講じる」とする方針を閣議決定しており、今回の検討作業につながったもの。

厚労省は8月上旬までになんらかの結論をまとめ、来年2月の国家試験に反映させる方針だ。

5年後の見直しに向けて制度の評価方法を確立

医師臨床研修部会 地域医療に与えた影響面からも評価。WGで詳細な作業

7月7日に開催された医道審議会医師分科会の医師臨床研修部会は、今回の見直しに向けた検討作業の進捗について検討。臨床研修制度の実態調査と論点把握などを行なうワーキンググループを設置することを了承した。

2004年度から始まった医師臨床研修制度は、概ね5年ごとに制度の見直しを図ると省令で規定されている。その最初の見直しは、「臨床研修制度が医師不足に拍車をかけた」と主張する大学病院の

考えを色濃く反映するかたちで09年4月に施行、10年度の研修から適用された。

同日の部会は、次回、2回目の見直しにあたり、現行制度を評価する方法を確立する必要があるという認識から、初期臨床研修制度の評価のあり方を研究している厚労省研究班から、09年度の研究内容に関する報告を受けた。

研究班は国立国際医療センターの桐野高明総長を主任研究者とし、西澤寛俊委員(全日病会長)を含む7人の医学

部教授と病院管理者からなる。

同報告は、「医師臨床研修制度の持続的改善を目的とした評価指標と評価のための方法論を確立することが喫緊の課題」とし、制度評価の方向性について検討するとともに一定の試行調査を実施し、その結果から評価項目と詳細な実態調査の各案を提起している。

また、多岐にわたる検討項目から、(1)初期臨床研修を修了した医師へのアンケート調査、(2)基幹型病院の指定基

「臨床研修制度に対する評価の進め方について」 7月7日 医師臨床研修部会

1. 基本方針

・今回の見直しに向けて、医師臨床研修部会で臨床研修制度の総合的な評価を行なう。

・評価を行なうに当たっては、研修部会と別にWGを開催して、臨床研修の実施状況や地域医療への影響などに関する実態を把握し、論点を整理する。

2. 評価項目(主なもの)

(1) 制度の運用状況に関する評価

- ①研修医の基本的な診療能力
例) 到達目標の達成度、経験症例数、修得能力
- ②受入病院の指導・管理体制
例) 指導医、プログラム責任者、研修管理委員会、研修医の評価
- ③受入病院の研修プログラム
例) 研修科目(必修、選択必修、選択)、研修期間、病院群の形成
- ④受入病院における研修医の処遇
例) 給与、社会保険、勤務時間

⑤臨床研修の修了状況

例) 研修の修了・未修了、研修の中断・再開

⑥募集定員及び研修医の分布

例) 地域別の分布、病院の規模・種類別の分布、マッチング

(2) 制度の導入による影響に関する評価

①研修医のキャリア形成に与えた影響
医師の進路(診療科、地域、大学病院・市中病院、基礎医学)

②地域医療に与えた影響

例) 大学病院の医師派遣機能、医師の臨床科偏在・地域偏在

(3) 関連する医学教育の実施状況の把握

①卒前教育の状況

例) 共用試験(CBT、OSCE)、臨床実習

②生涯教育の状況

例) 学会認定の専門医研修

(4) 制度そのものに対する評価

(1)～(3)を踏まえた総合的な評価

例) 基本理念、到達目標、研修期間、臨床研修病院の指定基準、研修プログラムの基準、募集定日の設定方法

3. 実態把握の方法(主なもの)

(1) 臨床研修、地域医療に関する統計データの活用

例) 研修医の受入実績、医師・歯科医師・薬剤師調査

(2) ヒアリング、アンケート調査

○対象者: 研修医、臨床研修修了者、指導医、プログラム責任者

○調査項目: 修了者の進路、指導を受けた研修・内容に対する評価、研修医の意識、研修医に対する評価

(3) 臨床研修病院への訪問調査

○対象病院: 主として小規模の基幹型臨床研修病院(関連する協力型病院を含む)

○調査項目: 臨床研修の実施体制、到達目標の達成状況 等

準強化に関連した調査、(3)医師人材養成と地域医療に関する地理情報システム(GIS)のデータ整備などの作業を、10年度内に優先的に行なうとしている。

事務局(厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室)は、同報告を下敷きにした「臨床研修制度に対する評価の進め方」を提案、了承を得た。「評価の進め方」には、主たる評価項目の考え方が整理されている。

WGは2012年中をめどに検討結果を研修部会に報告し、これを踏まえて同部会は検討に着手、15年度の研修医募集が始まる14年春までに制度見直しについて結論をまとめる。

(4) 関係団体が実施する調査

4. WGの開催

WGは有識者10名程度で構成し、年数回開催。必要な評価項目を適宜追加し、実態把握や論点整理を行った結果について、研修部会に報告する。

5. 次回の制度見直しに向けたスケジュール

2010年10月頃

WGを開催

2012年中

WGでの検討結果を研修部会に報告

2013年中

研修部会において、臨床研修制度に対する総合的な評価を複合的に行ない、制度全般の見直しを検討

2014年4月以降

見直し後の制度に基づいて15年後から臨床研修を受ける研修医を募集

「基本診療料費用明確化」「地域性踏まえた診療報酬」に慎重

中医協総会 2012年度改定に向けた検討課題、支払側が考え方を示す

6月23日に開かれた中医協総会に、支払側は2012年度診療報酬改定に向けて議論すべき検討課題の案を提案した。これは、5月26日の中医協総会で診療側が提案した「次期診療報酬改定に向けた今後の検討課題」に対する支払側の回答である。

その中で、支払側は、「キャピタル・コストや人件費等の積算根拠の明確化」を踏まえて検討するという診療側の提案に、「様々な検討課題が考えられる

ため、検討の対象を絞り込むなど慎重に検討すべき」と抑制的に対応する姿勢をのぞかせた。

また、「地域特性を踏まえた診療報酬の在り方」も、議論の展開には消極的に対応する気配をうかがわせている。

12年度改定に向けた検討課題の提案が支払・診療両側とも出揃ったことから、事務局(厚労省保険局医療課)は、今後の中医協総会に、議論テーマと日程を含む事務局案を諮る予定だ。

□「慢性期入院医療の在り方の総合的検討」
一般病床における長期入院患者への医療区分・ADL区分に基づく包括評価の導入及び特定患者の定義および特定入院基本料のあり方を検討すべき。

□「厳しい勤務実態にある病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る措置」

改定の効果や影響の検証結果、国の政策や予算上の措置等の関連情報の提供を受け、負担軽減に向けたさらなる見直しを検討すべき。

□「看護職員の厳しい勤務実態等を十分把握」
看護職員の確保・定着、医療安全の確保等に向けた検討をすべき。

□「DPCの調整係数の廃止・新たな機能評価係数の導入」

調整係数から新たな機能評価係数への円滑な置換えを検討するとともに、今回導入が見送られた項目の継続的検討を進める。

□「診療報酬と介護報酬の同時改定に向

けた必要な医療・介護サービスの検討」

●診療側の提案に対する意見

診療側の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の中には、中医協以外で議論すべきものや、実態や問題がまだ明らかになっていない項目も含まれている。以下の項目については特に慎重な検討が必要である。

・診療側の提案では、基本診療料の中で「技術」と「モノ」の評価の分離、キャピタルコストや人件費等の積算根拠の明確化まで含めて具体的に検討すべきとされている。しかし、これらの項目は、技術料設定の考え方や基本診療料についての考え方など、様々な検討課題が考えられるため、検討の対象を絞り込むなど、慎重に検討すべき。

・ドクターフィーの導入については、診療報酬のあり方に大きな影響を及ぼすため、十分に慎重な検討を図るべき。

・地域特性を踏まえた診療報酬の在り方については、現行の地域加算との整合性、見直しを含めて、指標とすべきデータの検討、地域の実態等を精査した上で、地域特性を考慮した診療報酬の在り方について慎重に検討すべき。

「中医協における今後の検討課題に関する支払側の意見」から 6月23日

22年度改定答申・附帯意見のうち、支払側として特に優先的な調査・検証が必要と考える項目を以下に示す。

●附帯意見に盛り込まれた項目について

□「再診料や外来管理加算、入院基本料等の基本診療料について」

・外来に関わる初再診料、外来診療料、各種加算(外来管理加算、地域医療貢

献加算等)の意義や位置づけを検討すべき。

・急性期医療の充実強化や病床の機能分化の推進に資する入院基本料等のあり方ならびに医療機関の特性に応じた加算や特定入院料によるメリハリのつけ方、それらの整理・合理化について検討すべき。

病院代表の候補者は軒並み落選

日医推薦・支援は結果出ず。歯科・看護・介護出身は高位当選

政権交代から11ヵ月。第22回参議院選挙は、政治との距離の取り方をどうすべきか各医療団体に葛藤を与える中で実施された。その結果、安藤候補に対する日医と病院団体の対応は分かれた。

全日病の政治連盟は副会長である安藤候補を単独推薦、他候補の推薦・支援は見送った。これに対して、日医は安藤候補を推薦する一方で西島、清水両候補の支援を決めたため、地方医師会は両候補の推薦・支援に走り、安藤候補を単独で推薦したのは4県にとどまった。全日病以外の主要病院団体も

複数候補を推薦・支援するというかたちをとった。

しかし、自民党から比例区に立候補した西島英利氏(現職、医療法人財団小倉蒲生病院理事長)とみんなの党から比例区に出た清水鴻一郎氏(前衆議院議員、医療法人清水会理事長)は、いずれも落選。西島氏は7万6,131票と比例名簿35名中21位(12名当選)、清水氏は2万2,711票で同23名中13位(7名当選)であった。

かくて、日本医師政治連盟が推薦・支援を決めた参院選候補は、病院団体が推薦した安藤氏を含めて全員当選を

果たせないと結果となった。

政党が異なるとはいえ、医師3名(安藤氏、西島氏、清水氏)の得票合計は17万188。3年前に自民党比例区から出て18万6,616票を獲得しながら落選した武見敬三氏の得票数を下回った。

一方、日本医師会等の推薦は得ずに独自の選挙を進めていた民主党公認比例候補の土田博和氏(現職、医療法人社団青虎会理事長)も5万2,439票(比例名簿29位)に終わり、議席を失った。

これに対して、自公の公認を見送って民主党公認西村正美候補(新人)で一

本化した歯科医師会は、3年前の得票を半減させたものの10万票強を獲得、比例区名簿16番目とギリギリながら当選を果たした。

また、自民党から比例区に出た高階恵美子氏(前日本看護協会常任理事)は21万強を獲得、比例名簿4位と高位で初当選を決めた。同じく自民党比例区の中村博彦氏(現職、前全国老人福祉施設協議会会長)も15万6,467票を得て6位で再選を果たした。

このように、今回の参院選は、医療再建、地域医療を願う病院界にとっては禍根を残すものとなった。政権交代が可能な時代、多党存立と連立が当然の時代を迎え、政治との距離の取り方をどうすべきか、これからも自問自答は続くことだろう。(1面に関連記事)

12年度改定に向け新係数検討の方向性で合意

新たな機能評価係数 「地域で求められている機能」を「地域医療資源配分の最適化」の視点で指標化

6月30日に開かれた診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会は、2012年度改定に向けて、「新たな機能評価係数(機能評価係数Ⅱ)」に関する検討を再開した。事務局(厚労省保険局医療課)は「新たな機能評価係数に関する基本的考え方」というペーパーを提示、調整係数の一部を「新たな機能評価係数」へ置き換えていくための議論の手順を提案した。

それによると、(1)医療全体の質の向上(透明化・効率化・標準化・質の向上)、(2)社会的に(地域で)求められている機能の評価、(3)包括支払額と投入資源量の乖離の補正、の3点が新たな係数を導く大きな視点となる。

事務局は、透明化、効率化、標準化等からなる「医療全体の質の向上」という視点を「全てのDPC対象病院が基本的に対応すべき(目指すべき望ましい)方向性」と位置づけ、「診療内容の透明化に資するデータ提供の努力」「主体的なベンチマーキング及び目標設定による医療の質的改善努力」「ガイドライン等を参考とした標準化への努力」を軸に指標の抽出を進める方向性を提起した。

事務局は、2つ目の柱である「地域で求められている機能(地域で実現が求められる医療の方向性)」について、「地域における医療資源配分の最適化」という方向性でもありと指摘した。

地域特性を踏まえた病院機能の評価という視点は、10年度改定を通して、総合病院の多機能性を評価する軸となる一方で、地域医療の最前線を支える専門病院、病床規模の小さな病院、あるいはケアミックス型病院をも評価する視点として重要度を増した。

具体的には、「地域で各急性期病院が担うべき機能」と「4疾病・5事業等にお

ける病院の実績」が評価対象となるとともに、「地域単位での医療資源配分最適化」にかなう指標を採用する考えだ。

同日の分科会では、「内科系医師の技術料を反映させた指標」とともに、「これまで以上に専門病院や中小病院に有利な評価指標を採用すべきではないか」という意見も示された。

こうした視点のうち、2010年度改定で、医療全体の質の向上という領域では「データ提出係数」「効率性係数」が、地域で求められている機能の分野では「複雑性係数」「カバー率係数」「地域医療係数」が導かれ、調整係数の一部と置きかえられた。

また、3つ目の柱である「包括支払額と投入資源量の乖離の補正」は、DPCによる経営が実際の医療費と乖離する結果、地域の急性期医療を支える病院が疲弊することがないようにするという視点から採用される「補正指数」であり、10年度改定では「救急医療係数」として実現、新たな係数に位置づけられた。

ただし、委員から「包括支払額と投入資源量の乖離の補正」は意味は分かるが、表現に違和感がある」という意見が示されたため、事務局に表現の修正を求めることになった。

DPC評価分科会は、事務局の考えを基本的に受け入れ、今後、10年度改定の検証を踏まえながら、12年度改定に向けて、考え方の深化と具体的な項目設定の議論および根拠となるデータの発掘を進めることで合意した。

また、懸案となっていた、出来高評価と機能評価係数Ⅱとの整合性をめぐる問題で、委員からは診療報酬基本問題小委員会との役割分担を明確にすべ

きという意見が出た。事務局は、早ければ次回7月16日の分科会に、役割分

担を含めた検討作業の工程表を示す方針だ。

機能評価係数に関する今後の検討の方向性

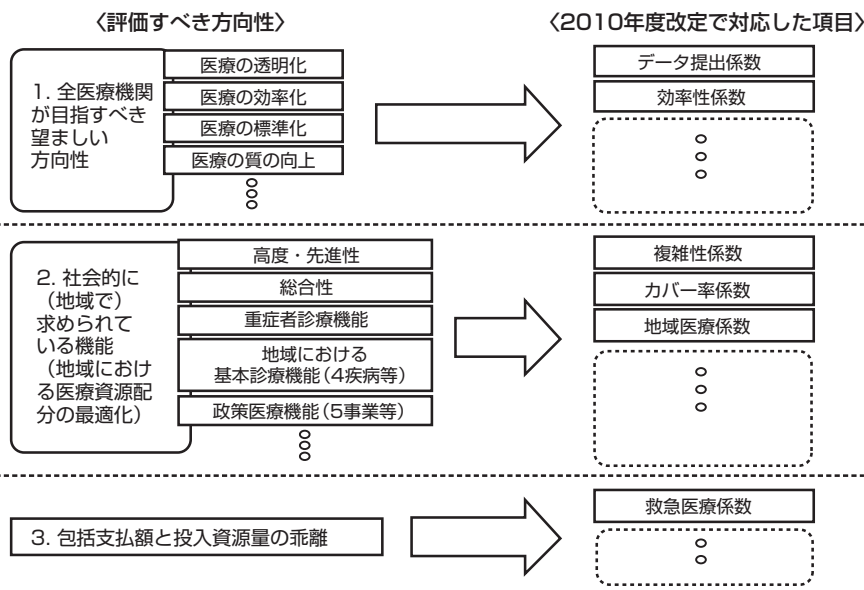
1. 医療全体の質の向上(透明化・効率化・標準化・質の向上)
 - 全てのDPC対象病院が基本的に対応すべき方向性
 - ・診療内容の透明化に資するようなデータ提供の努力を評価
 - ・主体的なベンチマーキング及び目標設定による医療の質的改善努力を評価
 - ・ガイドライン等を参考とした標準化への努力を評価
2. 社会的に(地域で)求められている機能の評価
 - それぞれの地域において実現が求められる医療の方向性
 - ・それぞれの地域において各急性期病院が担うべき機能を評価
 - ・地域単位での医療資源配分最適化
 - ・4疾病・5事業等における病院の実績を評価
3. 包括支払額と投入資源量の乖離の補正

【論点】

<基本的な考え方の整理>

2010年改定での対応(検討経過と具体的な改定項目)を踏まえ、12年度改定に向けて、機能評価係数の考え方と具体的な項目設定のあり方をどう考えるか。

機能評価係数Ⅱの考え方の整理



DPC対象病院が1,391(約45.9万床)に。一般病床の半数を超える

DPC対象病院はこの7月1日で1,391病院(45万8,707床)に達し、一般病床90万9,437床の50.4%を占めるにいたった。2003年度から始まったDPCは7年目にして一般病床の半数を超えた。6月30日のDPC評価分科会に厚労省が報告した。それによると、2010年度に新たに対象

病院に参加したのは110病院(4月開始53病院、7月開始57病院)。また、DPC準備病院には新たに64病院が加わり、その合計は279病院(4万2,865床)となる。準備病院を含むと、DPCにもとづく入院医療のデータを収集している病院は一般病床の55%を占めることになる。

ただし、健康保険岡谷塩嶺病院が、この4月の市立病院との統合で緩和ケア病棟主体となったために、8月1日にDPC対象病院から退出するため、10年度の対象病院は1,390病院となる。

一方、DPC準備病院として2年以上データを出しながら、この4月に対象

病院に参加することを見送った病院が151ある。その中には、06年度、07年度にDPC準備病院に加わった病院もあるが、いずれも準備病院として10年度もデータ提供には参加している。これら08年度までに準備病院となった病院は、改定のない年として来年4月に限り、DPC対象病院に参加する資格が残っている。

簡素化した部門別収支調査を承認

中医協総会 原価データへの一歩。協力病院の数に注目と期待

7月14日に開催された中医協総会に、コスト調査分科会の田中滋分科会長(慶大教授)は「2010年度医療機関の部門別収支調査の実施案」を提示、承認を得た。

実施案は、09年度部門別調査の手法にもとづきながら、簡素化をはたした調査項目によって病院側の負担を軽減し、調査対象をDPC対象病院・準備病院以外にも広げること、得られた結果の代表性を確保しようとするもの。

病院の部門別収支調査は、10年度調査の結果いかんでは、医療経済実態調査を補完もしくはそれにとって代わる改定の基礎資料となる可能性がある。

西澤委員(全日病会長)は、医療機関部門別収支調査の2010年度実施案の内容を高く評価するとともに、その意義について、中医協で、感慨を込めて語った。

「現在の診療報酬は、こうした部門別原価にもとづいて決められているかという、決してそうではない。今まで、我々は、仕方なしに、病院全体の収入の枠内でやりくりしてきた。それだけ、現在の診療報酬は、インセンティブに欠

けた点数になっている。そこには、そうした(欠陥をもった)診療報酬がまかり通ってきたという背景がある。我々はそのことを反省しなければならない。

DPC対象病院等はデータ作成の訓練を受けている。それに対して、DPCを採用していない病院はそうした訓練ができていない。しかし、それだからとい

って、データが出せる大規模病院だけを対象に調査をしていたら、いつまでも正確な原価が得られない。今までの歴史で無視されてきたものが、(部門別収支調査を開始して)わずか5年で、よくここまで精緻化されたと思う。こうしたデータをきちんと把握することによって、それに見合った診療報酬に変えていくべきと考える」

「DPCデータで医療分析ができる」

中医協総会 DPC調査をどう活用、厚労省が問題提起

7月14日の中医協総会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、次期2012年度診療報酬改定に向けたDPC制度に関する検討課題(5面)を提示、了承を得た。

事務局は、6月30日のDPC評価分科会に示した、調整係数を新たな係数に置き換えていく検討作業の方向性を示したイメージ図(「機能評価係数Ⅱの考え方の整理」=6月30日開催DPC評価分科会に関する別掲記事に貼付)を示した上で、「これは考え方を整理したたたき台に過ぎないが、機能評価係数Ⅱを検討していく上で、10年度改定で新係数として導入した6項目を含め、元々ある基本方針を整理していきたい」と説明した。

中医協総会の了承を得たことで、DPC評価分科会は、機能評価係数Ⅱをめぐる具体的な議論に入っていくことになる。

DPC評価分科会の西岡清分科会長(横浜市立みなと赤十字病院院長)は、同日の中医協総会に、「09年度DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」の最終報告(概要)と「09年度特別調査 再入院(再転棟)に係る調査」結果について報告した。

この報告をめぐる質疑応答の中で、支払側の委員から、「影響調査の結果から、DPC病棟を退院後に医療療養病床や介護施設に転じた患者の流れをつかむことはできないのか」という質問が出た。

5月19日のDPC評価分科会がまとめた「様式1」の見直しによって、患者の退院先経路はより詳しく記載されることになった。しかし、担当官は、「その点は、今後、中医協でご議論いただく必要がある」と含みをもった回答を行なった。

その理由を、担当官は、こう説明した。「この調査はDPC導入による影響の評価が基本である。一方で、DPCのデータを使って様々な医療分析を試みることも可能である。この調査をどこまで広げ、分析手法として活用していくかという方針は、中医協に決めていただきたい」

(5面下段へ続く)

6団体が介護保険のリハビリ提供体制不足を指摘

リハビリの診療報酬で聞き取り調査

リハビリ学会は疾患別リハビリ反対を表明。回復期リハビリの要件緩和も提起

厚生労働省保険局医療課は、疾患別リハビリごとに定められている診療報酬の標準算定日数等に関して、関係団体を対象に実施した聞き取り調査の結果をまとめ、6月23日に公表した。ヒアリングを行なったのは日本理学療法士協会、日本臨床整形外科学会、全国回復期リハビリ病棟連絡協議会、日本リハビリテーション医学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会の7団体。

疾患別リハビリについては、標準的算定日数(心大血管疾患150日、脳血管疾患等180日、運動器150日、呼吸器90日)の期間内は1日6単位の算定が認められていたが、この4月改定で、医学的に状

態改善が見込まれる場合は、これらの日数を超えても1日6単位を算定できることになった。また、改善が見込まれずに状態維持を目的とする場合でも、維持期のリハビリとして1月13単位まで算定できると、制限が大幅に緩和されている。

ヒアリングでは、日数制限、疾患別リハビリ、維持期リハビリ(1月13単位)に分けて評価・意見を求めたほか、リハビリ報酬の全体に対する意見と今後の評価に対する要望もたずねた。

全国回復期リハビリ病棟連絡協議会と日本心臓リハビリ学会は、10年度改定で高い評価を受けたこともあり、概ね現行診療報酬に肯定的な評価を下したが、そ

他の団体では、領域によって肯定的意見と否定的意見が混在。その中で、日本リハビリ学会は、疾患別リハビリに対して、「本来、リハビリは疾患よりもむしろ疾患から派生する障害を対象にしているため、疾患別リハビリの診療報酬体系には無理が多いように思われる。また、現行の疾患別リハビリ間の点数格差については疑問を感じている会員は少なくない」と指摘、今回の聞き取りで唯一、反対の意見を表明した。さらに、総合リハビリ(施設)復活の検討を提起した。

ただし、他の6団体は「賛成」4、賛否両論2と分かれたが、概ね肯定的であった。

また、日本リハビリ学会は、回復期リ

ハビリについても、疾患や病態によっては、①入院の日数要件を3ヵ月まで延長すべき、②入院期間を180日以上まで延長を認めるべき、という意見を具申している。

そのほか、介護保険との連携を含めたりハビリ評価検証の必要を指摘する声、介護保険下のリハビリテーション提供不足を指摘する意見が6団体から示されたが、その中には、医療と介護の併用さらには医療保険による維持期リハビリの継続などを求める意見も少なくなかった。

これらは、医療・介護のダブル改定となる次期改定に向けた検討資料に織り込まれる。

■リハビリの標準的算定日数に関する聞き取り調査の結果

総合評価：○基本的に賛成、△賛成と反対が混在、×基本的に反対

団体名	標準算定日数について	疾患別リハビリについて ※総合リハビリ(施設)について	機能維持の13単位 /月のリハビリについて	今後のリハビリへの要望	総合的な意見
日本理学療法士協会	△	△	△	理学療法士1人当たりの上限単位数を廃止又は変更してほしい	標準的算定日数の導入により、リハビリの質の向上に繋がった
日本臨床整形外科学会	△	○	△	・脳血管リハビリと運動期リハビリの点数差を是正してほしい ・運動期リハビリには多彩な病態があることを配慮してほしい。 ・FIM、BIは運動器の評価としては適切ではない。 ・スムーズな連携のために、医療機関スタッフによるリハビリを介護保険で認めたり、介護施設のリハビリを医療保険で認めたりできないか。	・疾患別にすることは問題ないが、報酬上の評価は検討すべし。 ・標準的算定日数や13単位/月のリハビリは単独で議論するのではなく、介護保険との連携も含めたリハビリのあり方を総合的に検証するべき。
全国回復期リハビリ病棟連絡協議会	○	○	○	今後は、予防的リハビリ、急性期リハビリと、維持期リハビリの充実が重要。 ・介護保険のリハビリは十分でないため医療保険ですべて行うこと、もしくは介護保険のリハビリを支給限度額の枠外の出来高で行う等充実させることを考えてはどうか。	標準的算定日数や13単位/月のリハビリは単独で議論するのではなく、介護保険との連携も含めたリハビリのあり方を総合的に検証するべき。
日本リハビリ学会	△	×	△	・典型例でない重症疾患等リハビリのあり方について検証すべき。 ・介護保険の維持期リハビリは受け皿として小さく、この部分も検証が必要。 ・急性期の治療に時間を要する患者は、回復期リハビリ病棟入院までの日数要件を3ヵ月までに延長すべき。 ・同様に医学的リハビリに時間を要する患者は、回復期リハビリ病棟入院料の算定可能期間を180日ではなく、症状詳細の上で延長を認めるべき。	・算定日数の上限を超えてもリハビリ医療が必要な状態は多々あり、一律の日数制限だけではなく、個性が尊重されるシステムが必要。 ・回復期リハビリ病棟の要件について、典型例だけでなく、現行では利用困難な患者に要件緩和の検討を行うべき。 ・標準的算定日数の設定、機能維持の13単位/月のリハビリについては、それぞれ単独で議論するのではなく、介護保険との連携なども含め、リハビリのあり方を総合的に検証するべき。
日本心臓リハビリ学会	△	○	○	・機能の評価方法が、脳血管疾患に即したものになっているので、心機能を評価する基準にしてほしい。 ・心臓リハビリに必要なのはPT、看護師に加えて臨床検査技師である。 ・心臓リハビリは心臓関係の機能検査が非常に重要、運動負荷試験の点数改訂と運動処方新設をしてほしい。 ・介護保険の枠組みで心臓リハビリは難しい。医療保険で考えてほしい。 ・急性期から回復までの地域における治療体系にリハビリも位置づけていきたい。この場合、施設Ⅱの点が低すぎるため認定施設が極端に少ない実態を改善する必要がある。	・疾患別リハビリは絶対必要。 ・典型例だけではなく、リハビリが標準的算定日数内で困難なケースについても検討してほしい。 ・心臓リハビリの特殊性を踏まえた、基準、要件を考えてほしい。
日本作業療法士協会	△	△	△	・算定上限日数を過ぎた際に、医療によるリハビリを行う時間が極端に減らない仕組みにしてほしい。 ・13単位リハビリや算定除外リハビリ等が浸透できる工夫をしてほしい。 ・医療保険と介護保険を併用できる仕組みにしてほしい。	・病棟作業療法士等、作業療法士の更なる活用。 ・標準的算定日数後にもかかわらず、リハビリが必要な人への対応を検討していただきたい。 ・介護との連携方法を、工夫していただきたい。
日本言語聴覚士協会	△	○	△	・言語聴覚療法においては医療と介護の併用が望ましい。 ・外来で言語聴覚療法を行える環境を作してほしい。	・標準的算定日数では足りないケースもあるが、除外規定が設けられており、制度上は障害者が受ける不利益は少ない。しかし、運用面では標準的算定日数内で終了となるケースが多い。 ・言語聴覚療法を実施できる医療機関及び介護保険事業所が少ないことから、医療と介護の併用が望ましい。

(4面下段から続く)

現在、DPCのデータは、病院の機能や質の評価手法や医療資源配分の指標開発などの研究に活用されつつあり、旧松田班(現伏見班)など厚労省科研費による研究班が様々に試みている。

その成果の一端や中間報告は、節目節目にDPC評価分科会に示されているが、診療報酬という経済誘導を活用した措置をとることができる中医協に、その成果が報告されることはなく、他方、医療提供体制を整える施策を打ち

出す医政局に、それらの成果物が提供されているわけではない。

担当官の意見は、的確な方針を得ればDPCから産出されるデータはすぐれた医療分析ツールに転じることを示唆、中医協の差配に期待を寄せたものと考えられる。

遠藤中医協会長は支払側の意見に前向きに反応し、「DPCと療養病床、介護施設との関係を調査すべしとの意見が出た。一度、基本小委で議論したい」と受け止めた。

□2009年度DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価(最終報告概要の「まとめ」)

全ての病院類型において、平成20年度までと同様に、平均在院日数は減少傾向であったが、その要因は、患者構成の変化によるものではなく、診断群分類毎の平均在院日数の減少によるものであった。救急搬送患者数、緊急入院及び他院からの紹介の患者数についても、少なくとも減少傾向は見られていない。

また、退院時転帰の状況においては、治癒及び軽快を合計した割合に大きな変動は見受けられず、これは急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられる。

在院日数及び受け入れ患者の動向から、医療の効率化は進んでいるものと考えられる。また、医療資源をより多く必要とする患者を避けるような患者選別や、病態が安定しない状態での退院といった粗診粗療を伺わせる傾向は見られず、DPC導入による診療内容への悪影響は認められないものと考えられる。

なお、これまで増加傾向のあった再入院率については、平成21年度も引き続き増加傾向がみられる。平成20年改定以降、同一疾患での3日以内の再入院(病棟間の転棟に伴う再転棟も含む)について、1入院として扱うこととしており、この影響について、引き続き注視していくことが必要である。

□2009年度特別調査(DPC) 再入院(再転棟)に係る調査の結果(結論部分)

平成21年度においても、再入院率が増加する傾向は続いていた。主たる再入院の原因が計画的再入院であること、また、その大半は「化学療法・放射線療法のため」であることも変化は無かった。

なお、予期せぬ再入院のうち、「予期せぬ疾患の悪化、再発のため」及び「予期せぬ合併症発症のため」の理由が全病院類型において減少傾向であった。粗診粗療の影響による再入院増加を示唆する結果は認められなかった。

また、3日以内の再入院比率については、平成20年度と大きな変化はみられず、15日以上再入院比率が全病院類型で増加傾向にある。平成20年度以降、同一疾患で3日以内に再入院した場合は一連の入院として扱われることとなっていることから、3日以内及び4日～7日以内の再入院については、今後も注視していくことが必要である。

今回、全医療機関(1,607病院)に対して新たに再転棟調査として再入院と同様に理由を調査したが、再転棟があったのは611病院、そのうち再転棟率が1.0%以上の病院は66病院のみと少数であり、昨年より減少していた。

□中医協総会「(DPC) 今後の検討課題の整理」7月14日

- (1) 2010年度特別調査の内容の整理
- (2) 調整係数から新たな機能評価係数への置換えについて
 - ・2010年改定導入項目の評価
 - ・新たな機能評価係数も含めた医療機関別係数の全体像
 - ・円滑な置換えのためのスケジュールのあり方
 - ・次回改定で導入する項目の検討
- (3) 包括評価のあり方について
 - ・抗がん剤をはじめとした高額薬剤の取り扱い
 - ・包括評価の特性を踏まえた包括範囲の整理
 - ・DPC精緻化との関係整理
- (4) その他

茨城県医師会が医療ADRを軌道に乗せる

ADR機関連絡会議 県弁護士会と一体運営。申立費用不要。予算は県医師会が負担

医療裁判外紛争解決(ADR)機関連絡会議は7月7日に第2回目の会合を開き、第1回目に引き続いて、ADRに取り組み各機関の事例報告を受けた。

医療裁判外紛争解決(ADR)機関連絡会議は、近年、主として高等裁判所が存在する地域の弁護士会を中心に開設されている裁判外紛争解決機関の活用を推進するため、医療裁判外紛争解決に関する情報共有と意見交換を行なうことを目的に、厚生労働省医政局長の主催によって設けられた。

メンバーは主だったADR機関、医療界、患者団体の各代表と法曹関係者からなる。医療界からは、茨城県医師会(小松満茨城県医療問題中立処理委員会代表)、日本病院団体協議会(小山信彌東邦大学医療センター大森病院院長)、全国有床診療所連絡協議会(前田津紀夫代表)が参加、オブザーバーとして最高裁判所(事務総局民事局の課長)も同席している。

1回目の3月26日には、東京三弁護士会の医療ADR、愛知県弁護士会の紛争解決センターから、それぞれの取り組み実績などが報告された。

7月7日の会合では、札幌弁護士会の法律相談センターに設置された医療版ADRセンター、広島弁護士会仲裁センター、茨城県医療問題中立処理委員会が報告した。

このうち、茨城県医療問題中立処理委員会は、県医師会が県弁護士会の協力を得て設けられるという、めずらしい経緯をもつ。

報告した茨城県医師会小松副会長によると、県医師会に設けられた未来ビジョン委員会のメンバーが「中立の立場で問題処理への支援を行なう委員会」の設置を提言、日本医師会に提案した。しかし、「すでに医事紛争処理委員会がある」という理由で却下され、構想はいったん消えた。それが、原中氏(現

日医会長)が県医師会長に就任後に日の目を見た。

設立準備の活動を始めた当初、各方面から「日医が患者の立場に立つとは考えられない」と言われ、関係者は一様にショックを受けている。それでも弁護士会などを説得、ようやく立ち上げが見込めた段階で、今度は身内(県医師会)の説得に入ったが、そこでも「弁護士が入り込んで医師に不利な結論を押し付けるだけではないか」と、冷ややかな視線にさらされたという。

それが、弁護士会等の協力を得てスタートしてから現在までの4年間で、49件(患者側が47件、医療機関側が2件)の事案を扱い、うち45件について話し合いを実施、17件(37.8%)が合意に達するという成果を得るにいたった。申し立てに対する応諾率もほぼ100%を達成している。解決金(見舞金)は10万円台から400万円台までまちまち。「金銭なし」というケースも3件あった。

「医療問題中立処理委員会」が設立したのは2006年3月。弁護士、学識経験者・市民代表、医師の3者で構成される委員(県医師会長が選任)は15名以内と定めてスタートした。現在の委員は10名、近々13名に増やす予定だ。

委員会の流れは次のとおりだ。

- ①電話・来訪による申し立て(委員会事務局が事案の主旨を聞くとともに委員会の性格・役割などを説明する)。申し立ては患者、医療機関のどちらでもよい。
- ②申立書の送付(案内所に委員会規約、要項、委員名簿などを添える)
- ③申立書の受付と相手医療機関への申立書送付(院長・理事長に送付し、諾否確認を依頼するとともに受け入れ承諾の場合は同意書を受け取る)
- ④斡旋・調停会議

斡旋・調停会議にあたっては、委員から、弁護士、学識経験者・市民代表、医



▲7月7日に開かれた医療裁判外紛争解決(ADR)機関連絡会議

師の計3人を調停委員として選出。日程調整後、県医師会に3室(双方の控室と会議室)を確保した上で、双方に、正式受理通知、担当委員名、日程等を通知する。

申立人本人の出席が原則とし、やむを得ない場合を除いて代理人のみの出席というのは控えてもらう。医療機関側も当事者もしくは院長・上司に出席してもらう。ただし、弁護士や法定代理人の同席が認められる。まれに、医療機関が弁護士を立てて、医師の出席を固辞するケースがあるが、医療過誤に関する説明能力に欠けるために断っている。

第1回会議の冒頭に、「当委員会は白黒をつける場ではなく、あくまでも話し合う場の提供であること」「問題解決に向けた話し合いがスムーズになされるようお互いの協力が必要であること」など、委員会の性格と役割をあらためて説明する。

会議は、初回は、まず申立人側から意見を伺う。以後、双方の話を各室でうかがい、その情報を相互伝達するというやり方を繰り返し、必要に応じて同席させる方法で進める。

委員会の目的は「両者の行き違いを正す」ことにあり、正邪を判定するものではないということが基本。両者の

話をすり合わせながら、歩み寄りが見られたら双方の当事者をあわせる方法をとっている。

会議は毎回2時間以内とし、概ね6ヵ月・3回をめどとする。ただし、双方の言い分が激しく対立し、歩み寄りの可能性がまったくみられない場合は1回で打ち切ることもある。

合意にいたった場合は、その場で合意書(和解契約書)を作成、双方に署名押印してもらう。担当した委員も立会人として署名捺捺する。

申し立てにかかわる費用は一切とっていない。県医師会が年間400万円を負担しており、委員である弁護士も自発的に謝礼と成功報酬は不要とし、今日に至っている。実績を積み重ねれば寄付も増えると考え、当面は医師会が経費を捻出する予定だ。

茨城県医師会の小松副会長は、「この場の話し合いが例え実らなくとも、医療機関に対する苦情が減るなど、後で寄与するものが出てくる」と、患者から信頼を獲得することが地域医療でもっとも重要なことであると強調した。

茨城県医療問題中立処理委員会の将来構想については、「県医師会からは切り離し、法務省認証を含め、NPO法人などの第三者機関への切り替えを目指したい」と語った。

2010年度 第3回常任理事会の詳細 6月19日

【主な協議事項】

●特定看護師の導入について

6月14日の「チーム医療推進のための看護業務検討WG」で決まった特定看護師導入に向けた作業プロセスにもとづいて意見交換した結果、西澤会長は「NPあるいはPAに関する議論を行ない、全日病の意見をまとめてはどうか」と提案、承認を得た。

●福祉医療機構に対する融資拡大の要望書

福祉医療機構に提出する、「医療機関に対する融資枠の拡大」を求める要望書が承認された。

●会費未納会員の取り扱いについて

会費未納の会員について、定款に定めた原則にしたがうことを原則とした上で、支

部長に、諾否の結論を委ねることを確認した。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の4名の入会が承認された。
福島県 常磐病院 院長 江尻友三
神奈川県 大倉山記念病院 院長 坂口 淳
神奈川県 済生会横浜市南部病院 院長 保坂洋夫

鹿児島県 松下病院 院長 吉牟田直孝
別途退会が7名あった結果、在籍会員数は2,302名となった。

【主な報告事項】

●総合評価加算に係る研修の開催について
8月14・15日に東京都内で「総合評価加

算に係る研修」を開催するとの報告があった。

●2010年度医療の質の評価・公表等推進事業について

厚労省の新規補助事業「2010年度医療の質の評価・公表等推進事業」に本会が応募したとの報告があった。

●2010年度医療安全管理者継続講習(演習)会の開催

10月16日、17日に医法協との共催で「2010年度医療安全管理者継続講習(演習)会」を全日病本部で開催するとの報告があった。

●DPC分析事業の新価格(価格割引)サービス

本会が進めているDPC分析事業におい

て、2010年4月以降も、契約一時金(40万円)を20万円(50%割引)に、月額利用料の8万5,000円を4万3,500円(48%割引)という新価格(いずれも会員病院対象の価格)で提供しているとの報告があった。

●介護療養型医療施設の廃止問題について

猪口副会長は、厚労省の保険局と老健局が、長期入院(入所)患者の実態を捕捉するために一般病床から特養にいたる横断調査に着手、7月に集計、8月にも結果をまとめる見通しであると報告。「長妻大臣は、この調査結果を踏まえて介護療養型医療施設廃止問題の結論を出す」として、「この問題にどう対応すべきか、医療保険・診療報酬委員会と介護保険制度委員会の合同委員会で考え方をまとめる」と説明した。

医療事務技能審査試験

医療事務技能審査試験は、厚生労働省許可の(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 医療事務職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

- 試験日 (1) 1級 年3回(6月・10月・2月) (2) 2級 年12回(毎月)
- 試験科目 <実技Ⅰ> 患者接遇(1級には院内コミュニケーションも含む)
<学 科> 医療事務知識
<実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

【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。

- 合格者に付与する称号 ドクターズクラーク
- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。

- 受験料 8,000円
- 試験日 年6回(5月・7月・9月・11月・1月・3月)
- 試験科目 <学科> 医師事務作業補助知識 <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 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923
●03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

欧州私立病院連盟の第1回学会に参加

イタリア私立病院協会との交流 伊私立病院協会の招待。同協会の青年部会会議にも出席、講演

全日病の西澤寛俊会長は、この5月27日と28日にパリで開催されたヨーロッパ私立病院連盟(UEHP)の第1回学会に、日本の民間病院を代表して出席した。また、同日に同じくパリで開かれたイタリア私立病院協会(AIOP)青年部会会議にも参加、全日病を代表して挨拶するとともに、全日病の組織と活動について紹介した。

いずれもイタリア私立病院協会の招きを受けたことによるもの。

AIOPでの挨拶で、西澤会長は、全日病と友好関係を築いているAIOPからの招待に謝辞を述べるとともに、50周

年を迎えた民間病院主体の組織として、今後も、各国の私立病院協会、とりわけAIOPとの交流活動や情報・意見交換を積極的に進めていく意向を表明、歓迎の拍手をあげた。

両会議には、全日病主要委員会の外部委員を務める長谷川友紀東邦大学医学部教授が同行、AIOP青年部会会議で、2009年に起きた新型インフルエンザパニックを題材に取り上げ、日本の医療事情に関する講演を行なった。

両会議の訪問結果は6月19日の第3回常任理事会に報告された。以下に、訪欧報告の概要を掲載する。



▲AIOP青年部会会議で演者席に並ぶ西澤会長と長谷川教授(左から)

る保険制度改革について講演した。
—— 米国の今回の保険制度改革で94%の米国国民が何らかの医療保険に加入することになる。加入しない国民には罰則を伴うこともある。オバマ大統領の保険制度改革は、疑いもなく「福祉国家を理念とする西欧の保健医療制度へ一歩近づける」ものであり、保守的な米国民は違憲と捉えているが、政府関係者は発展的ではあるが革命的ではないと考えている。

今後は、ケアプロセスの標準化と“evidence based information”が重要になる。また、「高い品質と低い医療費」が求められるが、これは、「高い品質」または「低い医療費」のどちらかではなく、双方とも満たされる必要がある。

医療保険を有する患者が増加するので、米国の病院には、今後4、5年間良い時代になるだろう。新しい技術、医療機器、医薬品も産み出されるので、今後4、5年間医療費は高騰するが、その後は何らかの修正を余儀なくされよう。

●演者Ⅱ. 西澤会長および長谷川教授

全日病の西澤会長は、招待に対する謝辞と08年からのAIOPとの交流について述べた。また、50周年を迎えた全日病の概要を紹介した上で、今後、国際的な活動や情報・意見交換に邁進していきたいという意向を表明した。

引き続き東邦大学医学部社会医学講座の長谷川教授が、09年に起きた新型インフルエンザパニックを通じた個人の権利と集団の利益の考察について講演した。(略)

●演者Ⅲ. Anthony Hill (ニュージーランド)

ニュージーランド保健省副長官であるAnthony Hill氏が、同国の保健医療制度について講演した。

—— 人口約400万人のニュージーランドは高齢化率が13%である。国内には71の私的病院と80の公的病院があり、前者は民間保険、後者は公的保険に支えられている。医療費は税方式を採用し、約85%は税金で賄われている。

病院は多くの雇用を生み出す産業であり、08年に発足した新政府は、医療政策の理念に「より良く、より早く、より便利に」を掲げ、地方分権の促進、民間部門への投資の増大、プライマリーヘルスケアの充実を目標としている。

ニュージーランドの医療の特徴は、①

費用対効果が高く、②必要とされる医療を必要な時に提供している、③私的・公的保険で賄われている、④高齢化・肥満・人種間の不平等を抱えている点等である。

4. ヨーロッパ私立病院連盟学会

第1回ヨーロッパ私立病院連盟学会は5月27日午後と28日終日に開催され、欧州各国から400名以上が参加した。

●5月27日

初めに同連盟会長のMax Ponceillé氏(仏)が挨拶。続いて、Galen Institute代表のGrace-Marie Turner氏が、「米国における保健医療制度の展開～ヨーロッパへの相似～」と題した基調講演を行なった。

同氏はオバマ大統領が展開している保険制度改革を概観した上で、本制度に対する反対意見を紹介した。本制度の実施に伴い、ほぼ全国民が何らかの医療保険に加入することになるが、多くの国民は医療の質の低下とコストの高騰を恐れており、保険制度の確立は政府の仕事ではないと考えている、と述べた。

次に「ヨーロッパ保健医療モデル」に関する報告があった。ここでは各国の保健医療制度における民間病院の役割の違いが報告された。この報告によって、欧州では、民間保険に基づいて経営されている病院という意味で「民間病院」と表現することがあり、必ずしも日本の民間病院と同義ではないことを知ることができた。

●5月28日

「ヨーロッパの医療に向けて」に続いて「フリーアクセス、医療の質そして持続性」という演題が行なわれた。移動が自由なEU加盟国では、病院にかかる際の待機リストがある国では患者が別の国に流れていく特徴が強いことが紹介された。

ヨーロッパ私立病院連盟学会の最後は「民間病院化の将来」という演題であり、各国の演者が自国の民間病院の現状と将来について講演した。いずれの発表でも、結論では民間病院の重要性が強調された。

各演者からは“solidarity”という言葉が繰り返し聴かれ、「共生・連帯」という理念がヨーロッパの医療提供体制の中に存在している一面を垣間見ることができた。



▲UEHP学会のシンポジウム風景

訪欧報告「Report on AIOP Giovani Meeting & European Union of Private Hospitals in Paris」から

1. イタリア民間病院協会について

イタリア私立病院協会(AIOP)はイタリア全土に支部をもつ、約600病院(約5万3,000床)が加盟する民間病院の団体である。毎年発行している年次報告書は医療関連のデータを扱うだけでなく、国民へのインタビュー等も紹介。医療関係者だけでなく行政、報道にも幅広く利用されており、高い評価を得ている。対外的な活動として、毎年海外視察を実施している。

2. AIOPと全日病の交流の始まり

2008年5月にイタリアで行なわれたIQIP(International Quality Indicator Project)の会議に、IQIP日本窓口となっている全日病が出席したことがAIOPと親睦を深める契機となった。

同年9月に、AIOP青年部会長のAverardo Orta氏が全日病を訪問、09年に実施する海外視察ツアーを日本で行ないたいとして、協力を要請した。これを西澤会長が快諾、09年10月に来日した33名の視察団に、全日病が全面的な協力を行なった。

3. AIOP青年部会会議

10年5月27日の午前に、パリで、AIOPの第7回青年部会会議が開催され、「個人の権利対集団の利益」をテーマに、アメリカ、日本、ニュージーランドの3

カ国から招いた演者による報告が行なわれた。

会議にはイタリア人だけでなく、欧州各国から参加者が集った。翻訳ブースでは、各国の言語が英語・仏語・伊語・独語・西語の5カ国語に翻訳された。

ヨーロッパ民間病院学会会長のMax Ponceillé氏は挨拶で、世界で最高の医療を提供していると評価されたフランス医療を「中央集権的な制度下で高い質の医療を提供している」と概観。そのフランス医療では民間病院も重要な役割を果たしているが、公的病院との間に齟齬が生じていると述べた。

次に、AIOP青年部会の部会長であるAverardo Orta氏が挨拶。その中で、主要先進国はいずれも医療費の伸び率がGDPの成長率を上回っていることを問題視した。

また欧州全体の問題として、より高い質の医療サービスを求める国民が、より良い治療場所を求めて国境を超えている点に注意を喚起。その上で、今日の医療は、投下できる費用に限られている中で持続可能性が求められていると指摘した。

●演者Ⅰ. Gary L. Filerman (アメリカ)

アトラスリサーチ社上席副会長のGary L. Filerman氏は、米国が取り組んでい

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

http://welfare-ajha.jp/

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

人気の神戸(神戸国際会議場)で 第52回全日病学会。



10月10日・11日
「グローバル社会と医療」がテーマ。

第52回全日本病院学会(学会長・西昂兵庫県支部長)は、兵庫県支部の担当で、10月10日・11日に、神戸市で12年ぶりに開催される。

兵庫学会が掲げるテーマは「グローバル社会と医療～国際都市神戸より～」。

魅力も手伝って、過去最高の461題となった。

兵庫学会の会場は人口島ポートアイランドにたつむ「神戸国際会議場」。

まさに、先端国際都市神戸で、「未来」と「グローバル」という視座から医療を問うのが「第52回全日本病院学会 in 兵庫」だ。

学会の葉は8月に完成する。そこで、兵庫学会の速報をお届けする。

全日病学会の特色は、毎年密度の濃いプログラムを打ち出す主要委員会の企画だが、具体案は7月には出揃う見込みだ。

7月7日に締め切った演題登録は、開催地の

第52回全日本病院学会 in 兵庫

- テーマ ◆ グローバル社会と医療～国際都市神戸より～
- 主催 ◆ 全日本病院協会(西澤寛俊会長)、担当/兵庫県支部(西昂支部長)
- 学会長 ◆ 西 昂(兵庫県支部長、医療法人康雄会西病院理事長)
- 実行委員長 ◆ 古城資久(兵庫県支部副支部長、医療法人伯鳳会赤穂中央病院理事長)
- 会期 ◆ 2010年10月10日(日)、11日(月=祝日)
- 会場 ◆ 兵庫県神戸市 神戸国際会議場



アクセス

神戸国際会議場は海上文化都市「ポートアイランド」神戸コンベンションセンターの中核施設である。
神戸空港からは新交通システム「ポートライナー」で8分、新幹線・新神戸駅からは地下鉄とポートライナーで約20分とアクセスに恵まれている。

●参加費

	理事長・院長	左記以外の方	学 生
事前登録	30,000円	10,000円	—
当日登録	35,000円	12,000円	3,000円

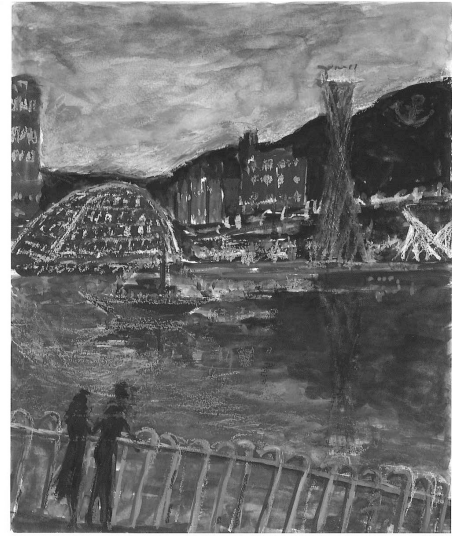
●懇親会参加費

事 前	当 日
3,000円	4,000円

※事前登録は、原則としてwebサイトでのオンライン登録のみの受付です。
<http://www.ajha52kobe.org/index.html>



第52回全日本病院学会 in 兵庫
グローバル社会と医療
～国際都市神戸より～
<http://www.ajha52kobe.org/>



◆会 期:平成22年10月10日(日)～11日(月・祝)
◆会 場:神戸国際会議場(神戸市)
◆学会長:西 昂(社団法人全日本病院協会 兵庫県支部長、医療法人康雄会 西病院 理事長)

〒651-0086 兵庫県神戸市中央区堀上通 6丁目1番11号 兵庫医療センター7階
TEL:078-230-1181 FAX:078-251-2777

事前参加登録/募集期間
平成22年4月1日(木)
平成22年8月20日(金)

演題募集期間
平成22年4月1日(木)
平成22年6月30日(水)

主なプログラム

- 特別講演Ⅰ 日本医師会会長 10月10日 10:00～11:00
- 特別講演Ⅱ 厚生労働省 10月10日 11:00～12:00
- 特別講演Ⅲ 「神戸の先端医療」 10月11日 09:00～10:00
- シンポジウムⅠ 「病院医療の再生」 10月10日 13:20～15:50
- シンポジウムⅡ 「外国人雇用問題」 10月10日 16:00～18:00
- シンポジウムⅢ 「メディカルツーリズム」 10月11日 10:00～11:30
- 委員会企画
 - 医療の質向上委員会 10月10日 13:20～15:50
 - 救急・防災委員会 10月10日 13:20～15:50
 - 医療のあり方委員会 10月10日 16:00～18:00
 - 人間ドック委員会 10月10日 16:00～18:00
 - 病院機能評価委員会 10月10日 16:00～18:00
 - 医療制度・税制委員会 10月11日 10:00～11:30
 - 広報委員会企画(ヤングフォーラム) 10月11日 13:00～15:30
 - 医療従事者委員会 10月11日 13:00～15:30
- 日本メディカル給食協会企画 10月10日 13:20～14:50
- 日本医業経営コンサルタント協会 10月11日 10:00～11:30
- ランチョンセミナー(計18セッション)
- 市民公開講座(講師アグネス・チャン) 10月11日 14:00～15:30

第52回全日本病院学会運営事務局(兵庫県支部内)
TEL:078-230-1181 FAX:078-251-2777
E-mail:gakkai52@hgminakanhp.or.jp

厚労省アウトカム補助事業に全日病が選ばれる

厚生労働省が公募した「2010年度医療の質の評価・公表等推進事業」の実施団体に全日本病院協会が選ばれた。6月30日に厚労省医政局が公表した。

「医療の質の評価・公表等推進事業」とは、病院の臨床データを収集・分析して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、評価や公

表に際しての問題点分析等を行なう体制を整備する団体に補助金を交付する、厚労省の10年度新規事業をいう。5月から6月にかけて公募したところ

10団体が応募、審査の結果、全日病、国立病院機構、日本病院会の3団体が選ばれた。

全日病は同事業に手上げた会員27病院の診療アウトカムデータを収集し、10項目の臨床指標について、その公表を行なう。補助対象期間は2010年7月1日から11年3月31日。

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました



個人情報漏えいした場合に病院がされる損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは… (株)全日病福祉センター TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588