



全日病 NEWS 10/15

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.765 2011/10/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「地域密着病床」に対する診療報酬の考え方を示す

2012年度診療報酬改定 「12年度改定は2025年にいたる改革の第一歩」。改定議論第2局面へ



▲中医協総会に臨む診療側医科委員。円内は鈴木医療課長。

厚生労働省は10月5日の中医協総会に、2012年度診療報酬改定における「入院、外来、在宅医療」にかかわる基本認識と課題の提起を行なった。

保険局の鈴木康裕医療課長は、「入院、外来、在宅医療について(総論)」と題した資料を使って40分にわたって説明。12年度改定は、民主党政権が成案にまとめた「社会保障・税一体改革案」を構成する「医療・介護に係る長期推計」にもとづく、2025年にいたる改革の第一歩であると宣した。

そして、「入院、外来、在宅医療」検討の方向性として、(1)急性期への医療資源の集中投入を含めた入院医療の機能分化を進める、(2)病床数を含め、高度急性期、一般急性期、亜急性期等の診療報酬体系について検討する、(3)慢性期の患者の診療報酬体系について整理する、(4)「地域に密着した病床」の範囲や診療報酬上の評価について検討する、(5)外来医療の役割分担を進める、(6)在宅医療を担う病院・診療所などの機能強化を行なう、(7)訪問看護など必要な在宅医療が適切に提供される仕組みを検討する、などを基本課題にあげた。

その上で、2025年にいたる社会保障改革の実現に向けた診療報酬上のスケジュールを示し、「つごう7回の改定がある。今回の同時改定を第一歩とし、最終的な着地に向けてロードマップを進んでいく」と結んだ。

診療報酬としては異例の14年先を展望した課題提示に対して、支払・診療各側とも概ね賛意を示した。診療側委員からは「(方向性を示した)この資料を中医協の「申し送り文書」にまとめて診療報酬体系見直し作業の継続性を確保すべきである」と、改定方針が継承されていくことを期待する声があがった。

2012年度改定の審議は、概括的議論から個別領域の課題提示へと、第2局面に入った。(2面に資料を掲載)

「入院、外来、在宅医療について(総論)」の説明で、鈴木医療課長は、急性期病床については、①高度急性期、一般急性期、亜急性期等の必要病床数や診療報酬の評価、②亜急性期病床のあり方と評価、を重要な検討テーマとして提起した。

とくに、亜急性期入院医療管理料については、回復期リハ病床との機能の違いを明確化するために、リハ提供や患者病態への対応のあり方を検討し、その拡充を図る方向を提示している。

慢性期に関しては、一般病棟13対1・15対1を含めた診療報酬の整理を提起。90日超の特定除外患者にメスを入れる

ことを示唆する一方で、長期入院患者と急性期医療が混在している地方のそれら病床には別な対応をはかる必要を認めた。

外来に関しては、大学病院や大病院への患者集中を分散させるために、専門外来やセカンド・オピニオン、あるいは、診療所等と拠点病院の連携による外来受診の各評価を提起。

また、看取りを含む在宅医療については、複数の医師や看護師等を配置するなどシステム的に在宅医療を進める特化型とともに、診療所同士や病院との間でグループを組んで在宅医療を支援する連携型の評価を検討課題にの

らせた。同時に、医療の必要性が高い要介護認定者に対する訪問看護など、

医療保険適用のルール緩和を組上にあげる考えを示した。

「医療提供困難地域」への専従要件の適用可否も組上に

病期にもとづいた病床機能のより一層の明確化と連携促進を図る方向性を示す一方で、鈴木医療課長は、一体改革成案で示された「地域に密着した病床」に関して、一歩進めた考え方を明らかにした。

すなわち、同病床を「医療提供が困難な地域等において、地域に密着した病床での対応を行うために、地域の医療機関が、高度急性期医療、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供する」と定義。その病床範囲(地域範囲)と診療報酬上の評価について検討が必要であるとされた。

とくに、一体改革成案の試算で一般病床の枠内に位置づけられ、2025年で24万床とされた「地域一般病床」に関して、診療報酬上の必要数を明確にすることを課題にあげている。

「医療提供が困難な地域」については、前回改定で、地域格差の問題として配慮が必要なが提起されたが、エビデンスの不足等から先送りされた。

しかし、今回の方向性提示では、専従・専任要件のある加算は「人口密度の

薄い所」では難しいとして、全国一律要件のあり方を問う提起がなされるなど、「地域に密着した病床」ともども地域格差の解消に取り組む姿勢を打ち出している。

今回取り上げられた医療・介護の将来病床数はいずれも「パターン1」にもとづくもの。しかし、一体改革成案では、より進んだ改革案として「パターン2」も試算されている。その点、診療側西澤委員(全日病会長)は「パターン2を踏まえた議論も必要。資料に加えてほしい」と注文、一体改革成案の試算と診療報酬の評価をより緊密に照合させる必要を提起した。

一体改革成案における医療・介護改革案は、まず、診療報酬の組上にのぼった。しかし、医療法にかかわる議論は始まっていない。

医療課の担当官は「医政局と協議を重ねている」ことを明らかにしたが、一般病床の定義変更など議論すべきテーマが山積しているにもかかわらず、現在のところ、社審医療部会は具体的議論に踏み込んでいない。

「100円は増額しない。以降の医療費問題は別手段で対応」

厚労省「受診時定額は高額療養費見直しにのみ対応する策だ」

厚生労働省は、10月12日の社会保障審議会医療保険部会に高額療養費見直しの考え方と受診時定額負担の仕組みに関する案を提示した。しかし、保険者代表の委員を除く委員のほとんどが受診時定額負担の導入に否定的な態度を表明、厚労省案にもとづく意見集約は難しい情勢となった。

事務局(厚労省保険局総務課)が示した高額療養費見直しのイメージ案は、(1)現行月単位の高額療養費に自己負担の年間上限を設ける、(2)負担感の強かった70歳未満の一般所得者を3区分に細分化し、新設2区分は現行よりも低い額とする、(3)「当初3ヵ月」と「4ヵ月以降」の高額療養費も、既存3区分とも概ね現行よりも低額にする、というもの。

70歳以上についても、所得ランクごとに年間上限を設けた上で、「一般所得者」と「低所得者」に、現在はない「4ヵ月以降」の高額療養費を設けるなど、外来を含め、概ね現行よりも低額にする。

この見直しによる財政影響(2015年度ベース)は給付費で約3,600億円のプラス。それを保険者が保険料で約2,500億円負担し、公費からは約1,200億円捻出

する計算になる。この負担をなくして財政中立とするために導入しようとするものが、初診・再診時に、患者が定額に加えて一律定額を追加負担するという制度だ。この定額は高額療養費の対象となる上、低所得者には軽減措置を講じることも検討されている。

1年間に外来(医科)を受診した率は被保険者の72.7%。後期高齢者では94.3%にもほる。その結果、1回100円とした場合の財政影響(11年度予算ベース)は、給付費で約4,100億円のマイナス。保険料2,900億円、公費1,300億円の軽減が見込まれ、高額療養費見直しによる影響が相殺されることになる。

医療部会に報告された受診時定額負担の財政影響は「粗い試算」とどまるが、ここには、定率負担など給付率の変化は、受診行動に影響する結果、医療費に増減効果をもたらすという経験則の「長瀬効果」が盛り込まれている。

この長瀬効果について、事務局は「通常は1年程度の効果である」と説明。受診時定額負担を導入しても、2年目以降は高額療養費の増加や外来受診の回

復等によって給付が再び膨らみ、財政中立の効果はなくなるという認識を表明した。

委員からの「それでは100円をさらに引き上げるのか」との質問に、保険局の木下総務課長は、「それはしない。受診時定額負担の導入は、2015年度ベースで公費1,300億円の影響となる高額療養費の見直しを行ない、それを財政中立とするために案出された。給付費増加によるさらなる財政負担に対しては保険料など保険者によって対応していただくことになる」と説明した。

つまり、受診時定額負担は、公費負担や保険料とも引き上げができない中、今回的高額療養費見直しを行なうために導入するもので、以降の財政悪化にはリンクさせない、その後の医療費問題には別に対応するという見解である。

しかし、消費税制度にも似た受診時定額負担の枠組みは残る。それでも、



定率以外に定額を負担させるという自己負担引き上げ策は、高額療養費の見直しという制度改正に一時的に対応する措置として創設されると、事務局は強弁した。

この不可解な説明に医療系委員などから強い反発が示され、医療保険部会には、保険者代表以外、ほぼ、高額療養費の見直しには賛成だが受診時定額負担の導入には否定的な雰囲気包まれた。

同日の医療保険部会は受診時定額負担の議論に多くが費やされ、12年度改定基本方針の検討は行なわれなかった。

「地域密着病床」は人口密度の薄い地方を想定

複雑になっている病床・病棟と支払いの関係を整理していく必要

鈴木康裕医療課長による「入院、外来、在宅医療について(総論)」の説明(要約) 10月5日の中医協総会 *下線は編集部による。1面記事を参照。

2025年の将来に向けて、今回の同時改定は第一歩であると捉えている。様々な議論を頂いた上で、一定のロードマップを考えさせていただきたい。

「社会保障・税一体改革」の全体像を絵にしたのが「将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ」である。病期のペースに応じた一定の病床分化をしながら連携をしてはどうかということである。

その絵に「地域に密着した病床での対応」とある。大都会であればいろいろな病床分化は可能であるが、人口密度の薄い地域に行くと、必ずしも分化できない部分もあり、一定の配慮が必要かと思う。

「医療・介護の提供体制の将来像の例」は、地域包括ケアということで、「小・中学校区レベル」「市町村レベル」「人口20～30万レベル」「都道府県レベル」に

応じて、それぞれに必要な医療・介護の拠点というのがあり得るということを示している。

「改革シナリオ」には、「各ニーズの単純な病床換算」と「地域一般病床を創設した場合」というのがある。「地域一般病床」というのは先ほどの「地域に密着した病床での対応」(であるが)、これをするとなると24万床ぐらい必要になる。(地域一般病床を創設した場合は)、高

度急性期が18万床、一般急性期が35万床、亜急性期等が26万床とあるが、後で申し上げる数字とこの数字との関連を今後どのように考えるかということがある。

「医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素」では、例えば急性期については、高度急性期は職員を2倍にする、一般急性期は6割増強増やす、亜急性期・回復期リハ等はコメディカル中心に3割程度増やす、としている。

入院医療の機能分化について

I. 高度急性期・一般急性期医療について

「高度急性期・一般急性期(医療)」であるが、勤務医の滞在時間は大学病院が非常に長い。直接診療の時間に加えて研究とかを含むためだが、負担が大きいということだろう。

日本は世界と比べて平均在院日数が長く、また、急性期病床が多いがゆえに医師、看護師の配置が非常に薄くなっている。医師、看護師の配置と平均在院日数の関係を見ると、人を厚く配置すれば平均在院日数を短くすることができるということが分かる。

「病院の機能に応じた分類」にあるように、今、様々な病床・病棟制度とそれに対する支払い制度が非常に複雑になっている。これを交通整理していく必要がある。試みに、これを、先ほどの病期のペースに応じたものに整理し、(それを)先ほどの25年の絵姿と比べると、例えば、(25年には高度)急性期病床が18万床であるなど、(現在は)急性期病床と考えている所が少し多い。

は病棟全体として算定するもので、病床は一般病棟でも療養病棟でも構わない。

支払いの相違点で比べると、包括範囲と加算は若干回復期リハの方が多くと我々は考えているが、別に算定する出来高部分は亜急性期の管理料の方が取れる。亜急性期入院医療管理料は、1と2で、(算定している入院基本料の)看護基準にあまり違いがない。

亜急性期の中で具体的に何をしているのか。入室した背景の多くは「急性期を経過して病状が安定したため」「リハビリを行うため」の2つである。

では、(回復期)リハとどう違うのか。現在、検証部会で亜急性期入院医療管理料の影響調査をしており、どういうリハをしているのか、患者属性としての合併症、退院後の居場所、ADL等の状態といったことを評価をする。これはまた報告したい。

最終的には、この2つを含めた亜急性期のとらえ方、評価の仕方をご議論いただく。

外」という制度がある。90日を超えると包括点数になってしまうところ、12項目のいずれかに当たると「特定除外」となって出来高算定を続け、平均在院日数の算定から外れる。この「特定除外」が90日超の患者に占める割合が96%、94%である。

13対1だと月75万円程度、90日超の患者でもほぼ65万円程度であるが、90日を超えると原則として33万になる。しかし、これに該当する患者は、実は、非常に少ない。さらに、12項目のどれに当たるとかをレセプトに記載することになっているが、「記載されていない」のが13対1で68%、15対1で59%ある。

ここの部分、一般病床13対1、15対1に長期入院している患者の支払いを、特に、療養病床の支払いとの関係でどう考えるかということになる。

8医療機関である。その看護配置の割合をみると、13対1、15対1が多い。

総務省(地方公営企業年鑑)による不採算地区と不採算以外という分け方を見ると、不採算地区はどうしても13対1、15対1の方が多い。これは、医師・看護職が集まらないということも1つあるかと思う。

しかし、例えば、「不採算地区のDPC以外」と「不採算地区以外のDPC以外」の15対1を比べると、24日以内で退院する比率は前者が後者の倍以上ある。不採算地区は13対1、15対1にならざるを得ないが、入院期間が短い病院が多い。そういう所では、(急性期とともに)急性期以外の役割も果たしている部分があると思う。

加算には、例えば、常勤の医師、専任の常勤医師などの要件が付いている。しかし、そういうケアはやっているのに、医師・看護師が確保できないので加算が算定できないというような所がある。そこで、人口密度が平方km当たり300人未満の所と1,000人以上の所を比較した。緩和ケア、栄養サポートチームの病院の届出割合をみると、人口密度が厚いほうが、人口密度の薄いほうよりも多く届け出ている。この、加算要件と支払いレベルとの関係を人口密度の薄い所でどのように考えるかという問題がある。

試みに、そうした地域に密着した病床が必要と考えられるような地域はどういうものであるか。先ほどの不採算地域もしくは医療資源の問題、さらには離島加算の地域、そういうような地域、様々な切り方があるだろう。

IV. 地域に密着した病床について

2次医療圏は348あるが、医療圏からの患者の流出が少ない(20%未満)ところが3割ある。この流出が少ない医療圏には、医療資源が充実しているの「他に行く必要がない」と、医療資源が乏しいけれども交通機関等々の理由で「他に行けない」、そこで医療を受けざるを得ないものが混在しているように思われる。

流出はしていないが、医療資源が非常に乏しいという医療圏自体は、多くは「医療過疎」と言われるような状況にある。その状況をみたのが「地域一般病院の看護基準と患者層について」である。流出割合が20%未満で、かつ、病床数が1,000未満の2次医療圏は3つ、

その「検討の視点」であるが、今は、基本的には1つの医療機関がある患者を支援するというものになっているが、1人では対応できないこともある。ここを、複数の医師を置いて在宅療養もしくは訪問診療に特化する。その場合に、病院は、基本的には診療所が近くにないというのがこれまでの考え方であるが、それをどう考えるか。

もう1つは現在ないかたちで、診療所の中もしくは診療所と病院の間でグループを組んで患者の在宅医療を支援する、ということではないか。

次は在宅患者の訪問診療の問題で、マンションなり居室系の施設で、どのように医療サービスを支援していくかということになる。

また、要介護認定を受けた高齢者は、基本的には介護優先ということで、訪問看護等は介護になる。ただし、

II. 亜急性期等医療について

急性期後の受け入れ、合併症管理、リハビリテーション、在宅復帰支援、介護施設等からの緊急入院というのが「亜急性期等病床に求められる機能」で、亜急性期の入院医療管理料と回復期リハの病棟入院料と、2つある。

亜急性期入院医療管理料は一般病棟の一部であり、病棟の一部を包括払いにしている。一方、回復期リハ病棟入院料

III. 長期療養について

医療療養病棟の方が(一般病棟の)13対1・15対1より「医療区分3」が多いが、これは当然なことである。在院日数をみて明らかに違うのは、90日未満が(13対1は)8割以上、(15対1は)7割以上である。当然ながら医療療養病棟は長い方が圧倒的に多いが、一般病棟の一部は、90日超の患者が50%を超えている。13対1・15対1の90日超には「特定除

外来医療の役割分担に向けて

年代別に、病院と診療所の(常勤医の)平均勤務時間をみると、若い方が長い。病院の方が(診療所よりも)長いだけでなく、病院規模が大きくなるほど勤務時間は長い。ただし、考慮すべき点はいくつかある。

診療所の医師と勤務医を比較するには年齢差の補正が必要である。また、診療所の医師は、学校医とか様々な地域医療の活動にも関与している。それでも、病院勤務医の外来の負担というのは高いと思う。

1日当たりの外来医療費は診療所の方がより高くなっている。病院の方は単価が低いものも、高いものもあり、幅が広い。500床ぐらいの(民間)病院について、単価2,000円未満の診療行為内訳をみると、(算定回数のトップは)外来診療料と処方せん料となっている。

200～499床と500床以上の外来単価別の受診回数・金額割合をみると、200

～499床は、件数で29%の診療行為が売上4%になっている。500床以上でも、件数は24%であるが、売上は2%となっている。

外来できた患者グループの入院確率とそれぞれの単価を掛け合わせ、1件当たりいくらぐらい売り上げるかを分析すると、救急患者の1人分が紹介患者3人分、初診患者の7人分、再診患者の40人分であった。

大病院の外来というのを整理したイメージが社会保障国民会議の資料にあるが、やはり、大病院の外来というのは基本的に専門化して紹介外来等にして、それ以外は中小病院なり診療所に行ってもらって、そこで主治医に協力していただいで在宅に戻っていただくという方向性だと思ふ。

その中で、大病院、大学病院の外来をどう評価するかということを議論していきたいと思う。

カニューレを入れているとか、真皮を超える褥瘡の患者さんは「特別訪問看護指示書」によって医療保険が使える。この部分、どういう所に医療保険が適用されるのかという問題がある。

来年の同時改定を含めて2025年を着地点とすると、それまで同時改定が3回、診療報酬改定が4回、つごう7回の改定がある。我々としては、今回の同時改定を第一歩とし、最終的な着地に向けて一定のロードマップを進んでいくということである。(3面下段に関連資料)

□将来に向けた医療・介護サービス提供体制の構築

[2025(H37)年]

課題

- 増大する医療ニーズに対応するために
 - 「必要とする高いレベルの医療が必要なのに受けられない」「入院が必要なのに入院する施設がない」といったことが起きないように、高機能、かつ効率的な医療提供体制を構築する。
 - <具体的におこなうこと>
 - 医療機関の機能の明確化と連携の強化
 - (医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築も含む)
 - 質の高い医療のための安心・安全の医療機関内環境の整備
 - がん、認知症など、充実が求められる分野や新しい医療技術の適切な評価
- 安心した在宅・介護施設生活を保障するために
 - 在宅・介護施設で生活していても、緊急時も含め、必要なときに必要な医療サービスを受けることができるよう、裾野の広い医療提供体制を構築する。
 - <具体的に行なうこと>
 - 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
 - 在宅/介護施設における医療サービスの充実

在宅医療の充実に向けて

日本では、医療療養病床の多くや老人ホームの全高齢者に占める定員割合は1.5%ぐらいだが、今度の高齢者シナリオでは、これを5%程度にするとしている。

課題は、こういう施設に医療・介護のサービスをどう提供していくかということになる。その柱になるのが在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院である。



第53回全日本病院学会 in 沖縄 「誇れる医療人の集い」～沖縄より元気を発信～

10月29日(土) 30日(日)
会場 沖縄コンベンションセンター
〒901-2224 沖縄県宜野湾市真志喜 4-3-1
TEL: 098-898-3000
カルチャーリゾート フェストーネ
〒901-2224 沖縄県宜野湾市真志喜 3-28-1
TEL: 098-898-1212

主催：社団法人 全日本病院協会・沖縄県支部 後援：(社)日本医師会、(社)日本病院会、(社)日本医療法人協会、(社)日本精神科病院協会、沖縄県医師会

1日目スケジュール / 10月29日(土)

Table with 7 columns for sessions (第1会場 to 第7会場) and 7 rows for time slots (9:30 to 18:00). Includes events like 開会式, 特別講演 I, ランチョンセミナー, 特別講演 II, 特別企画, 一般演題.

2日目スケジュール / 10月30日(日)

Table with 5 columns for sessions (第1会場 to 第5~10会場) and 7 rows for time slots (9:00 to 16:00). Includes events like 特別企画, 東日本大震災について(仮) 第二部, ランチョンセミナー, 市民公開講座.

一般演題プログラム

第1日目・10月29日(土)

Main program table with columns: 会場, テーマ, 日時, 座長, 演題番号, 参加者氏名, 病院, 演題名. Contains detailed information for all sessions from 10:00 to 18:00 on both days.

Table with 6 columns: 会場, テーマ 日時, 座長, 演題番号, 参加者氏名 病院, 演題名. The table is organized into vertical sections for different venues: コンベンションセンター1F会議場B2, コンベンションセンター1F会議場B3・B4, コンベンションセンター2F会議場B5・B6・B7, and フェスティボーム多目的ホール.

Table with 7 columns: 会場, テーマ 日時, 座長, 演題番号, 参加者氏名 病院, 演題名. Contains multiple rows of event details for the first day.

第2日目・10月30日(日)

Table with 7 columns: 会場, テーマ 日時, 座長, 演題番号, 参加者氏名 病院, 演題名. Contains multiple rows of event details for the second day.

Table with columns: 会場, テーマ 日時, 座長, 演題番号, 参加者氏名, 病院, 演題名. The table is organized into vertical sections: コンベンションセンター1F会議場B3・B4, コンベンションセンター1F会議場B5・B6・B7, フェスストーネ 多目的ホール, フェスストーネ 研修室B+C, and フェスストーネ 1F会議室. Each section contains multiple rows of event details.

特定看護師の業務範囲と実施要件案に賛否半ば

看護業務検討WG 一般看護師の特定行為実施要件案が提示。現場に大きな影響か

今年度より特定看護師業務試行事業が始まっているが、7月末までに実施施設として指定された12施設による8月までの実施報告書が提出され、10月3日の「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」に報告された。

これを受け、同WGの委員は9月半ばにかけて当該11施設を視察、その後、意見交換をした。

同日のWGで、有賀徹座長(昭和大学医学部教授)は意見交換の結果を、「チーム医療における包括指示という概念の捉え方に問題はあるかもしれない等といったまとめ方をした」と述べた。

さらに、「(試行事業は各現場で)相当なばらつきがあった。視察した我々自身、評価軸の違いがあった。超バラエティな実態といえよう」と率直な感想を表わし、試行事業に一抹の危惧を示した。

試行事業については肯定的な感想と評価もあったが、総じて、手探り感をかくせない現場の状況に接し、検討すべき課題が多く残されていることを感じたようだ。

こうした中、事務局(厚労省医政局看護課)は、特定看護師の業務範囲とその実施要件の検討を提起。おおまかな業務範囲は、①養成期間の2年課程履修者は広範な領域で専門的な臨床実践を行なう、②8ヵ月課程履修者は養成課程で習得した特定領域の臨床実践を行なう、という考え方を示した。

その上で、2年課程または8ヵ月課程を履修した看護師は「能力認証」を受けられることができるとして、「能力認証」を受けらるのに必要なカリキュラムのイメ

ージ案を提示。さらに、特定行為の実施にいたる過程をチャートで示した。そのプロセスは次のとおり。

- ①事前に院内でプロトコルを作成する
- ②院内の安全管理組織で特定行為の実施に係る取決めを行なう
- ③医師による包括的指示を示す(例/看護師が患者の症状や病態に合わせて処置やケア実施の判断ができるように、医師が事前にプロトコルやクリカテイルパスとして、患者に適した指示を示す)
- ④患者の状態変化の把握(問診・視診・聴診・触診・打診)を行なう
- ⑤特定行為を実施する

④の段階で、「能力認証」を得た看護師(特定看護師)は自らの力で「判断・一次的評価」ができることとされた。

これに対して、「能力認証」を得ていない一般の看護師にその行為は認められず、④と⑤の間に次の手順が挟み込まれる。

④`医師に対する患者の状態報告及び確認

④`医師による具体的指示(例/実施の適切性の判断・時期・内容・方法等)

かくて、「能力認証」を得た特定看護師は「事前に作成されたプロトコルに基づいて、患者の状況を把握しながら、適時、一連の業務を実施(必要時に医師や他の職種に相談)」できる。

しかし、「能力認証」を得ていない一般の看護師は、「事前に作成されたプロトコルに基づいて、患者の状況を把握しながら、適時、一連の業務を実施(必要時に医師や他の職種に相談)。特定行為を実施する際には、その時点の患者の状態を医師に報告。医師は、報

告を踏まえ、看護師個別の能力を勘案しつつ、できる限り詳細に指示(実施の可否、方法等)する」ことになる。

事務局は、一般の看護師が特定行為を実施する際の「できる限り詳細に指示する」ことを、「法律上の『具体的な指示』に相当する」としている。

さらに、事務局は、一般の看護師が特定行為を実施するにあたっては、「看護師一般の能力における院内の安全管理組織における特定行為の実施に係る取決め」が必要であるとして、別掲の「取り決め事項の例」を提示した。

一般看護師が特定行為を実施する際のこうした要件は、現場に大きな影響を与える可能性がある。

事務局案に対して、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、「特定行為が明確になっていない中で、こうした案が示された。これによって、一般の看護師も

これまでできなかった行為ができるという方向なのだろうが、特定行為がはっきりしていないのでは評価のしようがない」と、首をかきげた。

委員からは、「業務独占や名称独占がない中でこうしたこと(取り扱いの違い)ができるのか」といった反発が示されたほか、専門看護師の存在を無視していることへの疑問など、事務局案に対する委員の意見は賛否が半ばした。

こうした議論を受け、大谷医政局長は「特定看護師のゴールが近づいている。そのために乗り越えないとならないポイントを本日示した。能力認証を得ることで(特定行為を実施するために必要な)合法の推定が得られる。(特定看護師と専門看護師との違い等は)合法の推定がどこまで可能となるかというところで考えていただきたい」という所見を表わした。

一般の看護師が特定行為を実施する際の「取り決め事項」の例

- 行為の手順書を整備する(例)
 - ・行為を実施できる患者や症例の選定
 - ・行為に対する具体的手順(物品・注意事項等)
 - ・行為を実施する際の患者への説明と同意(内容・方法)
- 特定行為それぞれに対する講習、技術トレーニング等を受ける(例)
 - ・【見学→演習→医師と共に患者への実施】というように、一定の段階を経た看護師一般が医師に認められている場合に限り、具体的指示の下で実施できる
- 直ぐに、医師が対応できる体制を構築する(例)
 - ・平常時の役割分担や緊急時対応の手順・責任者を明確化する
 - ・患者情報の共有や日常的なコミュニケーションを推進する
- 能力を評価する院内ルールを作成する(例)
 - ・看護師に対して、院内限定の臨床能力評価基準を作成する
 - ・能力評価した経緯や結果について、記録に残す

(2面記事の関連資料)

「入院、外来、在宅医療について(総論)」における課題の提起から

□入院医療の機能分化の方向性(イメージ)

○入院医療の機能分化

- ・急性期への医療資源の集中的な投入と専門分化
- ・急性期以外の患者を受け入れる病床の確保・地域のニーズを支える長期療養(医療療養)の構築

□地域に密着した病床について

【期待される役割】

医療提供が困難な地域等において、地域に密着した病床での対応を行うために、地域の医療機関が、高度急性期医療、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供する

○医療提供が困難な地域等における地域に密着した病床について、医療提供

が困難な地域等の範囲を明確にする必要がある。

○その上で、地域に密着した病床が、高度急性期医療、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供することの診療報酬上の評価について、検討する必要がある。

□病院の機能分化について

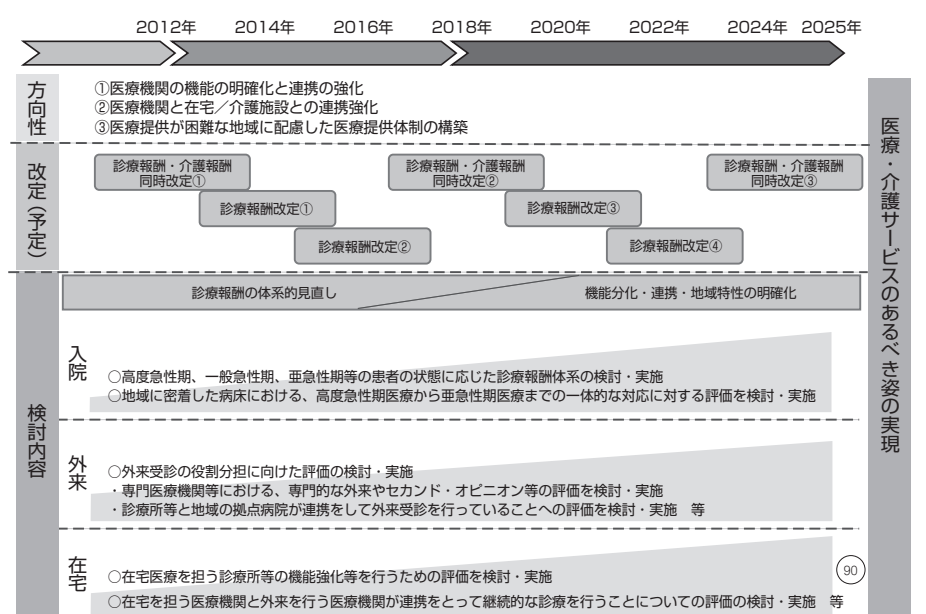
○入院基本料においては、看護配置に応じた評価のベースに加えて出来高評価により医療提供に応じた評価を行い、特定入院料においては病棟の機能に応じた包括評価を行っているが、必ずしも高度急性期から亜急性期等の患者の状態に応じた評価体系にはなっていない。

○「社会保障改革に関する集中検討会議」では、2025年の病床数の推計として、高度急性期18万床、一般急性期35

万床、亜急性期等26万床、地域一般病床24万床としているが、診療報酬上の

評価として、それぞれの程度の病床数が必要か明確にする必要がある。

□診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)



□入院、外来、在宅医療の今後の方向性(厚労省資料から抜粋)

【入院医療】

○病院医療従事者の負担を軽減させつつ、患者の状態に応じた診療を行い、かつ平均在院日数を減少させるために、急性期への医療資源の集中投入を含めた入院医療の機能分化を進めていくべきではないか。

○その際、病棟機能毎に必要なとされる病床数の検討も含め、高度急性期、一般急性期、亜急性期等の患者の状態に応じた診療報酬体系について、今後検討が必要ではないか。

○一般病棟で在院日数90日を超えるような長期入院患者の大部分は特定除外患者(出来高払い)であり、医療療養病棟の長期入院患者(包括払い)と診療報酬上の評価が異なっている

ため、様々な状態の患者が混在せざるをえない地方の病院の特性に配慮しつつ、慢性期の患者の診療報酬体系について整理すべきではないか。

○地域に密着した病床における、高度急性期医療から亜急性期医療までの一体的な対応について、地域に密着した病床の範囲や診療報酬上の評価について、今後検討が必要ではないか。

【外来】

○病院において専門外来やセカンド・オピニオン等の役割を担い、診療所において一般外来の受け入れを拡大するために、外来医療の役割分担を進めていくべきではないか。

○外来受診の役割分担に向けた対応として、医療機関などの連携を強化すること等により、必要な時に迅速にサービスを受けられるような医療体制の構築が望まれるが、専門医療機関等において、専門的な外来やセカンド・オピニオンをより積極的に行うことや、地域における取組により、診療所等と地域の拠点病院が連携をして外来受診を行っていることへの評価をどのように考えるか。

【在宅医療】

○在宅医療を担う診療所等の機能強化等を行うために、①自院に複数の医師や24時間連絡対応を行う看護職員等を配置するなど、体系的な緊

急時対応を行っている在支診、②在支病等と連携し、自院で在宅医療、看取りを行っている診療所、③周辺に診療所がない場合に、訪問診療、往診を行う在支病の評価についてどのように考えるか。

○他の在宅療養支援医療機関と連携し、自院で在宅医療、看取りを行っている診療所の評価について、どのように考えるか。

○医療の必要性が高い要介護認定者に対する訪問看護等、患者の状態に応じて必要な医療が適切に提供されるような仕組みが必要ではないか。同時に、このような仕組みが適正に運用されるような検討が必要ではないか。

医療・介護サービスのありか姿の実現

座長「刑事罰に問うことには否定的な意見が多い」

無過失補償制度等あり方検討会 全日病の見解を報告。原因究明・責任追及分離に加え、免責の声も高まる

厚生労働省の「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」は、9月30日に第2回会合をもち、検討会の構成員3人から、死因究明と無過失補償制度に関する意見表明を受けた。ヒアリングに応じたのは練馬総合病院の飯田修平院長(全日病常任理事)、加藤良夫弁護士、日本医師会の高杉敬久常任理事。

意見表明で飯田構成員は50頁近い資料を提出し、2008年に厚労省がまとめた「医療事故死の原因究明・再発防止等のあり方第3次試案」と「医療安全調査委員会設置法案(大綱案)」に対応した日本病院団体協議会における検討状況、そして、第3次試案と大綱案に反対する意見を打ち出した全日病の見解とりまとめ作業などを詳しく紹介。

医療事故への対応は、再発防止を目的としたものと有責判断と被害者補償を目的としたものとに大別されるが、両者を同一の仕組みで行なうことは不適切であり、別個の方法で行なう必要があるなど、無過失補償を含む医療事故調査・再発防止制度に対する全日病の基本的な考え方を、議論の状況と実践事例を含めて説明した。

高杉構成員は、日医の医療事故調査に関する検討委員会が6月にまとめた「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」について紹介した。

議論の中で医療事故に対する刑事罰の適用可否が取り上げられ、数名の構成員から刑事司法の対象としている現状への疑問が示され、それが、精緻な原因究明の妨げとなっている可能性が指摘された。

こうした意見を踏まえ、里見進座長(東北大学病院院長)は、「大綱案が出たときに、医療事故を罰に問うかどうかで医療界は二分された。本日話を聞かざり、刑事罰に問うということには否定的な意見が多いようだ」という認識を表わした。

「第1回検討会で医療従事者は緊張感が足りないという指摘がなされたが、医療安全と医療事故の原因究明に医療界がどう取り組んでいるか、我々の考え方と実践を認識していただきたい」と前置きして、飯田構成員は30分以上にわたる意見陳述を行なった。まず、日病協のWGにおける診療行為関連死因究明制度の検討状況を報告した。

日病協のWGは、日本航空機操縦士協会の池内理事を招いて航空事故調査制度の現状を聞いている。飯田構成員は同理事が著した『航空事故の過失理論』に言及し、医療事故調査にも有用な見識であるとして、同理事を無過失補償

制度あり方検討会に招聘し、ヒアリングを行なうことを提案した。

その上で医療安全システムのWHOガイドラインを取り上げ、その中に、「医療事故(診療関連死)の報告者は、報告をしたことにより刑罰から免責されなければならない」「報告システム(医療安全委員会)は、報告者や医療機関を罰する権限を持つ当局から独立していなければならない」などの見解があることを紹介し、日本における医療事故調査の仕組みも、こうした国際標準の考え方を踏襲すべきであると提起した。

飯田構成員は、また、厚労省の第3次試案と大綱案に反対する全日病の見

解とりまとめ作業の過程で積み上げられてきた見解・提言を文書で紹介した。

それらは、①システムへのアプローチをベースにした医療安全対策のあり方、②医療安全にかかわる患者の信頼回復に向けた取り組み、③総合的な医療安全対策における原因究明・再発防止目的と有責判断・被害者補償の分離、④原因究明・再発防止を目的とした組織のあり方、⑤有責判断・被害者補償の組織のあり方、⑥こうした活動(組織)における、免責、守秘、独立、自発という原則の確立、などからなる。

全日病における総合的な医療安全対策のあり方の検討は現在も続けられており、例えば、事故報告の対象となる事象(症例)の明確化や、原因究明から有責判断・責任追及への分岐のあり方など、医療安全対策システムの総合的な提言に向けた作業が続いている。

全日病における医療安全対策の取り組みは、こうした提言作業だけではない。飯田構成員は、医法協と共同で開催している医療安全管理者養成課程講習会を取り上げ、計4日にわたる講義と2日間の演習からなるプログラム内容を具体的に紹介した。

また、医療の総合的な質向上と安全対策の活動に一体的に取り組む事例を披露し、医療現場で日常不断に安全確保に向けた組織的管理が行なわれている現状を、その理念や考え方とともに明らかにした。

一方、高杉構成員は、10年12月から11年3月にかけて検討した結果をまとめた「基本的提言」を報告した。

- その骨子は以下のとおり。
- ①有事には全医療機関が医療事故調査委員会を設置して自ら調査を行なう。
 - ②事故を個人の責任に求めることは避ける。
 - ③医療関連死は警察に届け出ないが、故意の場合は届け出る。
 - ④院内事故調、遺族の依頼で医療行為関連死の調査を行なう第3者機関を設置する。
 - ⑤調査結果は当該医療機関、遺族へ通知、公表するが、警察には通知しない。
 - ⑥医療行為関連死は医師法21条の「異状」に含めないものとする。

同日の検討会では労災保険と自賠責保険に関する説明があったほか、仏ほか4ヶ国の無過失補償制度の報告が行なわれたが、制度と運用の詳細については厚労省も十分な情報を得ていないことが判明した。

他方で、構成員からは、死亡を含む医療事故発生件数、医賠責件数、機能評価機構への事故報告件数など、わが国の現状に関するデータの要求が相次いだ。

検討会は引き続き構成員等からのヒアリングを行なう予定だ。

2012年度厚労省税制改正要望

移行に伴う相続税・贈与税納税猶予を盛り込む

厚労省は「2012年度税制改正要望」をまとめ、9月30日に発表した。医療関係の主な項目は以下のとおり。

● 医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の創設(相続税、贈与税)

(要望内容) 持分なしへの移行を検討する持分あり医療法人について、最長3年の移行期間に生じる相続税を猶予するとともに、期間内に移行した場合に猶予税額を免除するなどの特例措置を創設する。併せて、持分なしへ移行中の出資額限度法人には残存出資者に対するみなし贈与課税の判定時期等について特例を認める。

● 社会保険診療報酬に係る非課税措置の存続(事業税)

● 医療法人の社会保険診療以外部分に係る軽減措置の存続(事業税)

● 社会保険診療等に係る消費税のあり方の検討(消費税)

● 社会医療法人に対する寄附に係る寄附金控除等の創設(所得税、法人税、相続税)

「人口20万人以上」を目安に2次医療圏を再設定

医療計画の見直し検討会 検討会が了承。13年度からの医療計画作成指針に盛り込む

「医療計画の見直し等に関する検討会」は10月6日の会合で、2013年度からの医療計画で「4疾病5事業」に追加される精神疾患について議論、専門家2人から意見を聴取した。

国立精神・神経医療研究センターの伊藤弘人部長は、精神疾患に関する医療機能の分化・連携として、初回等急性期、リハビリテーション、急性増悪期、維持期、重度慢性・合併症、専門医療など精神疾患の病期に着目した指標を例示し、検討を求めた。

神野正博委員(全日病副会長)は精神科病院が様々な機能をもっていることを指摘し、「医療計画における精神医療は機能ごとに記載されるべきである」と論じた。

事務局(厚労省医政局指導課)は、08

年度から始まった第5次医療計画の問題点の1つに「2次医療圏の設定に患者受療動向や人口・面積の格差がある」ことを指摘、医療圏の設定に関する課題として次の3点をあげた。

- (1) 医療提供体制に医療圏格差がある。
- (2) 現行の医療計画作成指針には、医療圏設定の数的目安が示されていない。
- (3) 医療計画作成指針の見直しでは、現行2次医療圏の人口や患者の受療状況を評価し、その特徴をとらえることが必要。

その上で、現行の圏域設定を見直すべきとして、「2次医療圏の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、医療圏の設定に際して人口規模を目安として示す」ことを論点に掲げた。

この提起に、神野正博委員は、「直径140kmに人口22万人」という能登北部と能登中部の各医療圏を例に上げて「医療機関が手薄な北部から中部へ患者が流れ出るなど、2次医療圏として機能していない」実態を説明、「医療圏の設定は人口動態と将来予測を踏まえてなされるべき」と求めた。

論点提示に際して、事務局は、指導課の担当官は、他圏で医療提供を受ける患者流出がみられるなど、人口20万人以下の2次医療圏では医療提供が完結していない可能性があるとの認識を表明。次期医療計画において、2次医療圏は「20万人以上」を目安に設定することを提案した。

検討会は事務局方針を了承した。

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

個人情報が漏えいした場合に病院が被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