



全日病 NEWS 12/15

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.769 2011/12/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

改定基本方針決まる。2改定ぶりに中医協の意見まとまる

2012年度診療報酬改定 「仕分け」評価に対する中医協の回答を意見に書き込む

社会保障審議会の医療部会と医療保険部会で審議されてきた「2012年度診療報酬改定の基本方針」がまとまり、12月2日の中医協に報告された。

「基本方針」は「社会保障・税一体改革成案」が示した2025年の提供体制に向けた計画的対応の段階的な実施を求め、12年度改定を「今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべきである」と位置づけた上で、2つの重点課題と4つの視点からなる今改定の指針を提示した(3面に「基本方針」)。

「基本方針」提示に前後して、支払側と診療側は12年度改定に対する認識と姿勢をそれぞれに表明。「診療報酬全体の引き上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られない」とする支払側に、診療側は「2012年度改定に当たっては診療報酬の引き上げによる医療費全体の底上げを強く求める」と反論、診療報酬全体の引き上げを求めた。

両側の意見を踏まえ、公益側委員は12月7日の総会に厚生労働大臣に提出する中医協意見の案を提示、両側はこれに同意した。

改定率に対して中医協は意見を述べる事が認められている。その意見案

には、支払側と診療側とで今改定に対する基本認識は異なるとした上で、「厚生労働大臣におかれては、本協議会が提起する改定項目が実現されるよう、2012年度予算編成に当たって改定率の設定に関し十分な配慮を求める」(傍点は編集部)と書きこまれていた。

これに対して、支払側は「十分な配慮」を「適切な対応」に修正するよう求めた。

中医協の意見は全会一致を旨としているが、前改定では、両側の主張に隔たりが大きく意見採択ができなかったことから、今回は見送りを避けるために診療側が修正要求に応じたため、中医協意見がまとめられた。

今回の中医協意見で注目されるのは、12年改定の本体報酬引き上げを否定した「政策提言型仕分け」の評価に、「法定の審議会である中医協として、今後とも与えられた責任を果たすため、委員がそれぞれの立場から我が国の医療を議論し、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられる環境を整備していく」と回答したことだ。

支払・診療各側は、限られた財源の下ながら、多くの時間をかけて医療費



▲診療側(上)と支払側(下)は2012年度改定に関する中医協意見で合意に達した

の最適配分を実現するために、意見の違いを乗り越えて答申をまとめた。

「財政的観点から、診療報酬本体について据え置きや抑制を求める意見があることも承知している」とした中医協意見は、「本協議会は、これまで医療保険制度を構成する支払側委員、診療側委員、公益委員が、医療の実態や保険財政等の状況を十分考慮しつつ、国

民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられる環境を整えるために真摯な議論を積み重ね、診療報酬改定の責任を果たしてきた」と記した。

医療費配分を通して国民が質の高い医療を受けられる環境整備を担っているという矜持と自覚を表明、もって、もっぱら財政的観点から診療報酬を論じる人々への回答としたものである。

外来縮小、後方病床、退院調整、負担軽減策が柱

2012年度診療報酬改定 医療提供体制の改定項目案提示が一巡。亜急性期病床、13対1・15対1、療養病棟の機能拡充へ

中医協は11月30日から12月14日までに4回総会を開き、事務局(厚労省保険局医療課)による医療提供体制にかかわる改定項目案の提示を終えた。

改定項目案は多岐にわたっている。そのため、ほとんどが事務局の説明と中医協委員による質問に終始、議論にはいたっていない。

厚労省は年末の改定率を踏まえて提案項目の整理調整を行なう。したがって、年明けに、引き上げや引き下げを明確にした個別案提示の運びとなるため、提案項目の全貌がみえるのは1月半ばになるとみられる(提案項目は2面に掲載)。

この間の事務局提案で柱となるのは、(1)大規模病院における外来縮小を促す、(2)医療連携の円滑化と対象医療機関(とくに後方病床)の拡大を図る、(3)退院調整の取り組みをより重視する、(4)医師と看護師の負担軽減に向けて実効性のある取り組みを強化する、という点だ。

その中から、一般病棟については亜急性期病床と13対1・15対1の活用、さらに、療養病棟や精神科病棟の医療機能拡充を図るといった視点が浮き彫りとなった。

例えば、外来縮小というテーマでは、①紹介率の低い500床超の病院を対象に初再診選定療養対象患者の初再診料を適正化する(選定療養費と併せた評価を行なう)、②病院勤務医の負担軽減の取り組みに関連して、新たな取り組みに対する評価を新設する際は「外来縮小」を要件に組み込む、という提案が示された。

医療連携の円滑化と後方病床の拡大という面では、①救急搬送患者地域連携紹介・受入加算の要件を見直して病院連携(一般病棟)における一方方向を改善する、また、療養病棟、精神科病棟への受け入れを進める、②救急・在宅等支援療養病床初期加算を「救急・在宅等支援初期加算」として一般13対1・15対1に拡げる、③「重症児(者)受入連携加算」を一般13対1・15対1や療養病棟、

有床診に適用する、④身体合併を有する精神科患者の救急後の受入拡充のために、精神科病棟から一般病棟へ、また、一般病棟から精神科病棟への移行を評価するなど、急性期病棟以外の医療

複数科受診、他科受診、外来リハ等日病協要望項目も検討

医師と看護師の負担軽減の取り組みは具体性と実効性を踏まえて提起されている。まず、勤務医負担軽減を要件とする加算については、あらかじめ業務分担の取り決めを医療機関全体で行なうことを要件とすることを提案。

つづいて、勤務医の負担軽減・処遇改善を要件としている医師事務作業補助体制加算等の8項目に小児・産科・チーム医療にかかわる項目を追加するとし、それらには、さらに外来縮小の検討を条件に追加する(前出)と、要件を

機能を強化拡充する方向が次々と打ち出された。

さらに、一般13対1・15対1と療養病棟にはNSTの算定を認める方向だ。

退院調整については、①退院調整加算を急性期・慢性期とも共通の枠組みにした上で、入院早期から対象者(基準を明確化)を抽出して計画を立てるといったプロセスを厳密化する、②退院支援や退院時共同指導で一定基準を満たした地域連携パス(大腿骨頸部骨折と脳卒中以外)の活用を評価する、ことなどを提案した。

厳格化する考え方を提起した。

さらに、一定以上の医師が配置される特定入院料や入院基本料等加算は負担軽減・処遇改善を要件の1つに加え、しかも、負担軽減策の1つに交代勤務制を加えること、とくに、医師を常時配置する救命救急入院料等には交代勤務制の評価を加えること、また、当直後の手術に一定配慮を行うことを勤務医負担軽減策の1つに追加するという案も示した。

看護職員に関しては、①一定条件の

急性期病院に25対1を評価する急性期看護補助体制加算を設ける、②勤務医と同じく負担軽減策の届出を看護職員にも導入することを提案。さらに、夜間勤務の3人目に看護補助者を認める考えも示した。

このほか、①複数科受診については2科目に限り再診を一定評価する、②入院患者の他医療機関受診について、一定条件のケースは減算率を見直す、③外来リハの管理料を認める(選択性)、④薬剤師の病棟業務を評価する、等の考え方を提示した。いずれも日病協が要望している項目である。

また、療養病棟入院基本料において、褥瘡患者は医療区分2となるが、褥瘡が治ると医療区分1となって報酬が減額する現状の見直しを提起した。

リハに関しては、①維持期リハとして、心大血管疾患・呼吸器リハは引き続き評価するが脳血管疾患等・運動器リハは評価を引き下げて縮小を検討していく、②回復期リハ病棟における医学的処置の必要のある者やより重症な者の受け入れの評価を検討する、③発症からより早期のリハを重点的に評価することなどが検討課題にあげられた。

2012年度税制改正大綱

診療報酬の非課税は存続。診療報酬外の事業税軽減は13年度に再度検討

政府は2012年度の税制改正大綱をとりまとめ、12月10日に閣議決定した。それによると、医療関係では、社会保険診療報酬に対する事業税非課税措置の存続が認められた。

医療法人の社会保険診療以外の収入に対する事業税の軽減措置および社会保険診療報酬の所得計算特例(4段階税

制)は、ともに、13年度税制改正であらためて検討に付すことを条件に、12年度の存続が決まった。

とくに、所得計算特例を認めている租税特別措置については、国税庁だけでなく会計検査院からも適用対象となる基準などを見直すべしとの意見が示されており、厚労省も何らかの対応が

避けられなくなっている。

一方、厚労省が税制改正要望として取り上げた「医業継続にかかわる相続税・贈与税の納税猶予等特例措置の創設(相続税・贈与税)」と「社会医療法人に対する寄附の控除等の創設(所得税、法人税、相続税)」は税制改正大綱に盛り込まれなかった。

2012年度診療報酬改定議論

中協

同一日の複数科受診、2科目の再診も一定の評価

医療課が提案—夜勤看護に看護補助者配置を評価。看護職員にも負担軽減策の届出を導入

2012年度改定に向けた中協総会の検討はより具体的になった。以下に11月

30日、12月2日、7日、14日の論点を報告する。(1面記事を参照)



11月30日 医療提供体制(2) 外来医療の課題・論点

1. 特定機能病院等での専門特化外来
・紹介率の低い特定機能病院等(500床超)については、紹介なしに受診した患者の初診料・外来診療料を適正化し、導入済の初再診料にかかわる追加徴収と併せた評価を行ってはどうか。

は、外来縮小を原則とすることについて、どのように考えるか。
・がんや認知症に係る専門病院等のセカンド・オピニオン外来については、保険診療上の取扱いとしないという現行の取扱いの見直しを行ってはどうか

・専門的医療が必要な紹介患者を多く診察し、軽症例や安定した患者については地域の診療所等へ逆紹介を行う取組みについて、診療報酬上の評価を行ってはどうか。
・病院勤務医の負担軽減に資する新たな取り組みに対する評価新設の際に

2. 複数科受診について
同一日の複数科受診については、2006年度改定における初診料に関する評価(2科目の初診料について半額の評価を行う)を踏まえて、同一日2科目の再診も一定の評価を行うことについて、どう考えるか。

■複数科受診再診料の対応案

A診療科	B診療科	C診療科	算定(現行)
初診	初診	初診	初診(270点)+初診(135点)
初診	再診	再診	初診(135点)+再診(69点)
再診	再診	再診	再診(69点)+再診(?点)

3. 他医療機関受診について
出来高病棟については、
①共同利用が評価されている検査で他医療機関を受診した場合には現行の入院基本料30%減額を軽減する
②精神病床、結核病棟、有床診の入院患者で透析を他科受診した場合には現行の入院基本料30%減額を軽減、加えて、受診先医療機関に「慢性維持透析患者外来医学管理料」の算定を可能とする

包括病棟については、
③包括範囲の受診に関しては、共同利用の検査または精神病床・有床診各入院患者の透析治療の場合には現行の入院料70%減算を軽減、加えて受診先医療機関に「慢性維持透析患者外来医学管理料」の算定を可能とする
④包括外である診療のみを受けた場合には現行の入院料30%減算を軽減することをそれぞれどう考えるか。

12月2日 医療提供体制(3) 医療連携の課題・論点

①退院調整の論点
●一定の基準を満たした院内クリニカルパスを活用している医療機関は、項目が網羅されていれば、入院診療計画の代替ができることを明確化してはどうか。
●退院調整の見直し
・退院調整加算は急性期、慢性期を問わず共通としてはどうか。
・退院支援計画(退院調整加算)の見直し
①退院支援が必要な者を抽出するための項目の明確化
②-1 早期(入院7日以内)にスクリーニングし、計画を立てる
②-2 退院に向けた目標設定、支援機関、支援概要についてより詳細に説明する
・退院調整や退院時共同指導における連携パスの評価

宅等支援療養病棟初期加算」を「救急・在宅等支援初期加算」として、一般病棟13対1・15対1病棟にも拡げてはどうか。
③周産期・小児医療
・後方受入機能強化のため、「重症児(者)受入連携加算」を一般病棟13対1、15対1および療養病棟、有床診にも適用してはどうか。
・長期NICU入院児の在宅移行を促すために、小児入院医療管理料等に急変時等の受入評価を認めてはどうか。
④精神科医療
身体合併を有する精神科疾患患者を含む救急後の受入強化のため、後方病棟への移行を評価してはどうか。
⑤がん診療(がん診療連携の課題)
がん診療連携拠点病院加算は未診断や外来診療を行う紹介患者等については算定できない。がん治療連携計画策定料は退院時に算定できるが、当該病院で外来フォローアップを行った後に連携医療機関に紹介した等の場合には算定できない。
⑥認知症診療
認知症治療病棟については1ヶ月程度を目指した在院日数の短縮が必要ではないか。また、退院支援部署の設置等の要件化など、退院調整の更なる充実が必要ではないか。
⑦慢性期医療
療養病棟入院基本料では褥瘡の治療を行っている状態は医療区分2となるが、褥瘡が治ると医療区分1となり、報酬が減額する。一定期間に限り褥瘡治療の評価を検討してはどうか。

退院支援や退院時共同指導時に、(学会の作成など)一定基準を満たした、大腿骨頸部骨折と脳卒中以外の地域連携パスを活用している場合の評価を行ってはどうか。
②救急医療
・「入院日から5日以内に転院」に限られる、あるいはA病院→B病院とB病院→A病院という異なる入院料算定病棟間の併行算定ができないため重急性病棟への受入が進まないなど、救急搬送患者地域連携紹介・受入加算の現行要件をどのように考えるか。また、受入加算の対象に療養病棟や精神科病棟を加えることをどう考えるか。
・後方受入機能強化のため、「救急・在

を要件とする8項目に、新たに小児・産科・チーム医療に係る項目を追加、それらは、さらに外来縮小の検討を条件に追加してはどうか。

ii. 交代勤務制について
・一定以上の医師が配置されている産科、小児科、救急の特定入院料や入院基本料等加算は勤務医の負担軽減と処遇改善を要件の1つとし、負担軽減策の1つに交代勤務制を加えることとしてはどうか。
・とくに医師の常時配置を必要とする入院料(救命救急入院料等)については、交代勤務制の計画または実施を評価してはどうか。
・「当直明けは予定手術に組み込まない」など当直後の手術に一定配慮を行うことを、勤務医負担軽減策の1つに追加してはどうか。

ていることや、地域・院内サーベイランスを評価してはどうか。

・相談窓口の設置など患者サポート体制を充実するとともに院内トラブルに対する対応策をあらかじめ準備し、患者の不安解消に取り組んでいる医療機関への評価をどう考えるか。

・高性能のCT、MRI、造影剤注入画像撮影の施設基準についてどう考えるか。

④入院基本料等加算の整理
・すでに多くの医療機関で算定されている入院基本料等加算は入院基本料、特定入院料の要件としてはどうか。

・療養病棟療養環境加算や診療所療養病床療養環境加算の一部のような、医療法上の施設基準を下回る加算は評価を行わないこととしてはどうか。

・算定率の低い入院基本料等加算は要件が必要以上に厳格でないか確認し、今回改定で一定の見直しを行ったうえで実態を調査、次回改定で役割を終えたものは廃止してはどうか。

II. リハビリテーションについて
・維持期のリハについて、心大血管疾患・呼吸器リハは引き続き評価を行いつつ、脳血管疾患等・運動器リハは維持期にふさわしい評価とし、縮小を検討していく。

・医療保険と介護保険の併給期間を毎月移行への計画を策定した場合には、現在の1ヵ月から2ヵ月に延長、円滑な移行を図ってはどうか。

・回復期リハ病棟について、医学的処置の必要のある者やより重症な者を受け入れて状態改善や在宅復帰を行っている場合の評価を検討してはどうか。

・発症からより早期のリハを重点的に評価してはどうか。
・外来リハについて、状態が安定している場合は計画に基づくリハを提供し、医師はカンファレンス等でリハの効果や進捗状況を確認することを可能としてはどうか。

III. 薬剤師の病棟業務について
病棟に一定程度以上従事する薬剤師が、勤務医等の負担軽減のほか、医療安全及び薬物療法の質の向上、薬剤費の節減等に資する業務を行った場合を評価してはどうか。

iii. 医師事務作業補助者について

医師事務作業補助体制加算について100対1および75対1の評価を適正化し、50対1と25対1の間に新たな評価区分を設けてはどうか。

iv. 看護職員の勤務負担軽減について
・急性期看護補助体制加算の算定病院には、必要数を超える看護職員を「みなし看護補助者」としているところがある。「みなし看護補助者」を適正化してはどうか。
・救急を一定以上受け入れ、勤務医負担軽減に取り組む急性期医療機関を対象に、急性期看護補助体制加算に、例えば25対1という手厚い区分を設けてはどうか。

・夜間における看護に(3人目として)看護補助者を配置することをどのように考えるか。
・勤務医と同様、負担軽減策の届出を看護職員にも導入してはどうか。

②チーム医療について
・栄養サポートチームは一般13対1・15対1や療養病棟でも算定可能としてはどうか。
・移植医療後の外来におけるフォローアップ体制を評価してはどうか。

③院内感染、院内安全の取り組みについて
・感染防止対策チームは医療安全対策と別に独立して評価し、併せて、医療機関間が連携して院内感染対策を行っ

12月14日 医療提供体制改定項目案に関する質疑応答

同日の総会で、鈴木医療課長は、医療提供体制改定項目案に対する中協委員の質問事項に、要旨以下のとおり答えた。

平均在院日数が平均よりも大きく上回る病院を対象に考えている。(11月25日提示)

①がん治療連携計画策定料の要件について、手術後に自院外来で診察した場合も算定可能とする案を示したが、その場合の外来は1回限りと考えている。(12月2日提示)

③一般13対1・15対1の患者に医療区分導入もしくは特定除外のまま平均在院日数の選定に計上するという2つから選択する方式を提案したが、それは、13対1・15対1病棟の全患者のことではなく、90日超の患者が対象である。ただし、90日超患者に関しては病棟単位でいずれかの方式を選択してもらう。(11月25日提示)

②金曜日入院や月曜日退院の患者の平均在院日数が長いことへの対応を提案したが、それは、当該全患者ではなく、

12月7日 医療提供体制(4) 院内体制・リハビリテーションの課題・論点

I. 院内体制について
①病院医療従事者の負担軽減策
i. 医師・看護師等の業務分担について
・あらかじめ業務分担を医療機関全体

で取り決めるを行うことを勤務医負担軽減を要件とする加算算定の前提としてはどうか。
・病院勤務医の負担軽減及び処遇改善

第2回「医療機関トップマネジメント研修 フォローアップコース」のご案内

プログラムは「病院新築移転」「BSCの設計と活用」「クライシスマネジメント」です。
日時 ● 2012年2月11日(土) 13:00~19:30 2月12日(日) 9:00~15:00
会場 ● 全日本病院協会6F大会議室
参加費 ● 70,000円(テキスト代・2日目昼食代を含む) 懇親会費 10,000円(希望者のみ)
募集数 ● 36名
申込締切 2012年1月13日
問合せ・申込先 全日本病院協会事務局(松村、藤岡) Tel.03-3234-5165

地域区分見直しは3年かけて実施。市町村の反対に対応

2012年度介護報酬改定審議報告 介護療養型は「適切に評価」。在宅認知症患者の増悪受け入れは評価

介護給付費分科会は12月5日に「2012年度介護報酬改定に関する審議報告」をとりまとめた。若干の修正が加えられ、12月7日に公表された。

審議報告は前回合会(11月24日)に示された原案(本紙12月1日号に要旨を掲載)と大筋で変わっていないが、原案でまったく言及されてなかった介護療養型医療施設に関して、「介護療養型医療施設については適切に評価を行う。また、認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難になった場合の受け入れについて評価を行う」という一文が挿入された。

審議報告は、12年度介護報酬改定の視点として、(1)地域包括ケアシステムの基盤強化、(2)医療と介護の役割分担・連携強化、(3)認知症にふさわしいサ-

ビスの提供、(4)質の高い介護サービスの確保の4点をあげた。

このうち、認知症への対応については、対象者に対するアセスメントを実施、その結果を踏まえ、医療・介護従事者、行政機関、支援者、対象者が一堂に会する「地域ケア会議」でケア方針を決める「基本的な枠組み」の構築が必要であり、「次期改定に向けて結論が得られるよう議論を行う」ことを提唱している。

審議報告は、また、介護職員の処遇改善交付金を介護報酬に組み込む方針を打ち出している。ただし、事業者における処遇改善を評価する仕組みを設け、当該要件を満たした事業所に加算を認めるといふもの。

労使間の問題に国が介入することに委員からの反発は強かった。そのため「これは例外的かつ経過的な取扱い」と明記、さらに、処遇改善交付金を介護報酬に移し変えるためには処遇改善の確実な担保が必要であるとして、「当面、必要な対応を講ずることはやむを得ない」という釈明を追記することで決着がついた。

「現在の特甲地を3分割し、地域割りを7区分にする」地域区分の見直しについては、財源中立で臨むかぎり、単価が大幅に引き下げられる地域が生じる。したがって、「各自治体の意見を踏まえ、2014年度までの経過措置等を設定する」方針を表明した。

これは、「併合されたり広域連合に

参加している市町村が多く、機械的に適用されると大混乱が起きる」と地域区分の見直しに市長会、町村会から強い反対が出たことに配慮した。単価の引き下げは3年かけて実施することになる。

これに関連して、12月5日の分科会で齋藤委員(日看協)は、訪問看護を念頭に「人件費率も見直すべきである」と主張。宇都宮老健課長は「改定率が出てから再度検討する」ことを約した。

今改定の議論ではケアマネに対する批判が続出したが、審議報告は「施設におけるケアマネの役割と評価等のあり方について次期改定までに結論を得る」と明記するにとどまった。

受診時定額負担、70~74歳窓口負担等の行方不透明

一体改革案とりまとめで政府・与党に意見の違い。改定率も意見別れる

小宮山厚生労働大臣は12月7日に開かれた社会保障改革の「関係5大臣合会」に、同省社会保障改革推進本部がまとめた審議会等における検討状況の中間報告を行ない、医療・介護、子育て、年金など、検討が進められている課題と検討の方向性を示した。

医療・介護については、「診療報酬改定及び介護報酬改定、都道府県医療計画に基づく地域医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法の法律改正を順次行う。そのため、来年の通常国会以降速やかな法案提出に向けて引き続き検討する」と概括した。

検討項目には、「看護師の能力を認証する仕組み」「受診時定額負担」「70

歳以上75歳未満の患者負担を2割負担に戻す」などがあげられている。

野田首相は、12月5日に開いた政府・与党社会保障改革本部の合会で、①6月の「成案」を具体化した「素案」を年内目途にまとめる、②政府・与党間で十分な調整を図る(政府部内は関係5大臣を中心にまとめる)、③社会保障機能強化の内容等を国民にわかりやすく説明する、という3つの本部長(総理大臣)指示を出した。

しかし、「政府・与党間で十分な調整を図る」点で、政府(各省)と民主党間の考え方の違いが、次々と表面化している。

小宮山大臣は12月9日の会見で、「党側から受診時定額負担はしないように

という要請をいただいている」ことを認める一方で「選択肢としてまだ残してある」とも述べたが、党内には高額療養費制度の対象を限定して財源規模を圧縮する案が浮上している。

食い違いは70~74歳の自己負担率についても生じているなど、一体改革は、各論に入った段階で政府・与党間の足並みが大きく乱れている。

一方、診療報酬改定率に関しては、12月9日から厚生労働、財務両省の折衝が始まった。

12月13日の会見で、安住財務大臣は「マイナスもやむを得ない」との認識を示したが、財務省はマイナス改定を声



▲小宮山大臣は社会保障改革推進本部の中間報告を発表した(12月5日)

高に主張している。これに対して、厚生労働部門会議を中心に民主党内にはプラス改定を訴える向きが強い。

12月19日から大臣折衝が始まるが、12月21日もしくは22日の再度の折衝で決まる可能性が強い。

現在、薬価専門部会には長期取崩品追加引き下げの話が出ているが、関係者の間では、この引き下げ分を改定率と別枠で計上、建前の改定率と帳尻合わせを行なうという前改定と同様の対応が図られると見る向きもある。

社会保障審議会医療保険部会・医療部会「2012年度診療報酬改定の基本方針」(要旨) 12月1日 ※1面記事を参照

I. 基本的考え方

1. 基本認識

「社会保障・税一体改革成案」が示す2025年のイメージを見据え、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実と重点化・効率化等を実現するために計画的な対応を段階的に実施していくべく、今回改定のあるべき医療の実現に向けた第一歩とする。

2. 重点課題

- ・(急性期医療を適切に提供していく観点から)病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
- ・医療と介護の役割分担の明確化と地域連携体制の推進及び在宅医療等の充実

II. 2012年度診療報酬改定の基本方針

1. 重点課題

- (1)病院勤務医等の負担の大きな医療

従事者の負担軽減

勤務体制の改善等の取組、救急や外来の機能分化、病棟薬剤師を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討する。

- (2)医療と介護の役割分担の明確化と地域連携体制の強化及び在宅医療等の充実

2. 四つの視点

- (1)充実が求められる分野を評価していく視点

緩和ケアを含むがん医療の充実、生活習慣病対策の推進、精神疾患に対する医療の充実、認知症対策の促進、感染症対策の推進、リハビリテーションの充実、歯科医療の推進などに関する適切な評価について検討する。

- (2)分かりやすく納得でき、安心・安全

な医療を実現する視点

医療安全対策等の推進、退院支援の充実等患者に対する相談支援体制に対する適切な評価、明細書無料発行の促進、診療報酬点数表の簡素化などについて検討する。

- (3)質が高く効率的な医療を実現する視点

急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた入院医療の評価、慢性期入院医療の適正評価、医療提供が困難な地域の提供体制評価、診療所機能に着目した評価、連携に対する評価などについて検討する。

- (4)効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

後発医薬品の使用促進、平均在院日数減少や社会的入院の是正などについて

検討する。

III. 将来を見据えた課題

病院・病床機能の分化と強化、地域密着病床における急性期・亜急性期・慢性期医療等の一体的対応、外来の役割分担、在宅医療の充実などの評価に取り組む。

その際に、医療計画、補助金等の予算措置、保険者の取組等様々な手段との役割分担、これら施策や医療法等の法令と補い合う診療報酬のあり方について引き続き検討する。

また、効率的かつ効果的な医療資源配分のため、より良い評価手法の検討を行う。

さらに、将来的には費用と効果を勘案した評価方法の導入について検討を行っていく必要がある。

病院基金があってよかった 優秀な人材確保のチャンス!! ぜひご加入を

病院厚生年金基金は、都道府県内の病医院が協力して運営しているため、省コストで充実した企業年金を支給できる制度です。事業主と従業員、双方にメリットがあり、職場への信頼と将来の安心をお手伝いいたします。

基金加入のメリット

- 事業主掛金は経費算入できる優遇措置。
- 従業員の負担増なしで手厚い給付。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- 労働意欲の向上と優秀な人材確保に寄与。
- 基金の福祉事業の利用で福利厚生を充実。



お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道 ☎011-261-3172	兵庫県 ☎078-230-3838
秋田県 ☎018-824-5761	奈良県 ☎0742-35-6777
山形県 ☎023-634-8550	和歌山県 ☎073-433-5730
福島県 ☎024-522-1062	鳥取県 ☎0857-29-6266
茨城県 ☎029-227-8010	島根県 ☎0852-21-6003
栃木県 ☎028-610-7878	岡山県 ☎086-223-5945
群馬県 ☎027-232-7730	広島県 ☎082-211-0575
埼玉県 ☎048-833-5573	山口県 ☎083-972-3656
千葉県 ☎043-242-7492	徳島県 ☎088-622-1602
東京都 ☎03-3833-7451	香川県 ☎087-823-0788
神奈川県 ☎045-222-0450	愛媛県 ☎089-921-1088
新潟県 ☎025-222-3327	福岡県 ☎092-524-9160
富山県 ☎076-429-7796	長崎県 ☎095-801-5081
石川県 ☎076-262-5261	熊本県 ☎096-381-3111
長野県 ☎0263-36-4834	大分県 ☎097-532-5692
静岡県 ☎054-253-2831	宮崎県 ☎0985-26-6880
滋賀県 ☎077-527-4900	鹿児島県 ☎099-227-2288
京都府 ☎075-255-1312	沖縄県 ☎098-869-3521
大阪府 ☎06-6776-1600	

「急性期病床群」は別途検討の場を設けることで合意

医療部会 「医療提供体制改革に関する意見案」が提示。修正意見多く次回に再度議論



12月8日の社会保障審議会医療部会に、事務局(厚労省医政局総務課)は「医療提供体制の改革に関する意見案」を提示したが、委員からは多くの修正要求が示された。次回部会に修正案を提示、とりまとめの議論を続行する。

「意見案」には、特定機能病院の要件や医療計画の見直しなど、これまでの議論で概ね合意に達している事項が取り上げられる一方、一般病床の機能分化や医療法人の規制緩和など議論半ばの項目も、改革する上での論点や方向性があげられている。

それどころか、この日初めて、チー

ム医療に関する報告の1つとして提示された「特定看護師制度(看護師特定能力認証制度)の創設」が、「(看護師の)一定以上の能力を公的に認証する仕組みは重要である」というかたちで「意見案」に書き込まれ、齊藤部会長(名古屋医療センター名誉院長)は「どのように進めるか方向性を出していただきたい」と結論を求めた。

この「看護師特定能力認証制度」に対する委員の意見は賛否が分かれたが、西澤委員(全日病会長)は「原則としては看護師一般の底上げが大切であると考える。その議論をこそ先行させるべ

きである」と批判。

その上で、「反対意見の中には、この制度の導入によって、今までやってきたことができなくなるなど現場に混乱が起きる可能性がある」と重要な指摘がある。こうした不安が払拭できるまで議論を深めるべきではないかと拙速を戒めた。

さらに、「他職種の業務範囲への影響についても議論してほしい。看護師以外のチーム医療の議論がついでになされているようにみえるのもおかしい」と、チーム医療議論の現状に強い疑問をな

げかけた。

議論の中で、事務局が提起した「急性期病床群」については、別途検討の場を設け、具体的な考え方について意見をまとめることで合意した。事務局は10名以下の少人数で検討を進め、1月内に、入院患者の疾患分布等要件案をまとめたとしている。

医療提供体制の改革に関する意見案(骨子) 医療部会 12月8日 (編集部注) とりまとめまでに内容が修正される可能性がある。

II. 個別の論点について

2. 病院・病床の機能の明確化・強化

(1) 病床区分のあり方

・一般病床の機能分化を進め、国民・患者に明らかにしていく必要がある。こうした方向性を法制上明らかにして取り組むことが重要。

・機能分化推進に当たっては病床機能の見える化と機能に着目した評価が重要。

・亜急性期等の医療や在宅医療についても機能分化・強化を図っていく必要がある。

(2) 特定機能病院のあり方

・特定機能病院の外来診療のあり方を見直す必要がある。

・現行の承認要件や業務報告の内容等について見直しが必要である。

・更新制度を導入する等、特定機能病院の評価のあり方を検討する必要がある。

(3) 臨床研究中核病院(仮称)の創設

・臨床研究中核病院を創設、法制上位置づけるなど前向きに検討すべきである。

(4) 地域医療支援病院のあり方

・地域医療支援病院における外来診療のあり方を見直す必要がある。

・地域医療支援病院と他医療機関との連携のあり方等について評価すべきである。

・以上の点を踏まえつつ、承認要件や業務報告の内容等について見直しが必要。

(5) 診療所のあり方

・地域における有床診と無床診の活用を図っていく必要がある。

(6) 人員配置標準のあり方

人員配置標準は今日の医療提供体制に対応したものに直視することが考えられる一方、医療安全の観点や勤務医等の労働環境、診療所との役割分担などを踏まえる必要がある。

3. 在宅医療・連携の推進

・地域の関係機関による協議の場を作るという方向性を明確にすべきである。

・コーディネート機能を担うことのできる人材を養成していくことが必要。

・法制上、在宅医療拠点医療機関の役割を明確化すべきである。

・在宅医療を担う医療機関等の整備目標等の医療計画への記載を法制上明確にすべき。

・退院調整機能を強化することが必要。

4. 医療提供体制整備のための医療計画の見直し

・2次医療圏について医療計画作成指針の見直しを行う必要がある。

・4疾病5事業に精神疾患を追加すべきである。

5. 救急・周産期医療体制の見直し

・救急医療を担う医療機関を検討する上では、休日・夜間の体制を評価する視点や医療圏人口の格差も考慮して評価する視点が必要。

・周産期医療については病院から家庭への移行を進めていく必要もある。

6. 医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進

・各医療職種の役割分担を見直し、チーム医療を推進していくべきである。

・看護師が実施している高度かつ専門的な知識・判断が必要とされる行為について、教育・研修を付加する必要がある。一定以上の能力を公的に認証する仕組みは重要である。

・併せて基礎教育内容を見直し、看護師全体のレベルアップを図ることが必要。

・診療放射線技師については、検査関

連行為と核医学検査の業務範囲への追加が必要。

・薬剤師等の医療関係職種の業務範囲についても議論を進めるべきである。

7. 国民の関与と情報活用

・医療機関ホームページの取扱いについて検討し、必要な措置を講じていくべきである。

・医療の質に関する情報の公表に向けた取組を進めていくべきである。全ての分野の指標を評価・公表することは難しいため、分野を絞ることも検討すべきである。

8. その他

・医療法人について、税制上の取扱いを含め、必要な制度の見直しを行うことが必要。医療法人に対する規制のあり方を検討する上では、非営利法人を維持することが重要。

・厳格な審査を前提に臨床修練制度の手続き面の簡素化を図るべきである。

・教授、研究の中で外国の医師等が診療を行うことを認めるべきである。その際、臨床修練よりも厳格な基準を設け、適切な運用を担保するための仕組みを設けるべきである。

両論併記で特定看護師制度に対する「意見」をまとめる

チーム医療推進会議 議論つくさず。具体的設計への注文を「意見」に書き込み、政府に託す?!



12月7日に開かれたチーム医療推進会議は、特定看護師制度の法制化に関する検討結果を「看護師特定能力認証制度骨子案に対する意見」としてまとめた。法制化に対して同会議委員の意見は賛否二分されたため、「意見」は両論を併記するかたちをとった。

議論をつくすことなく両論併記の「意見」をとりまとめたのは、「社会保障と税の一体改革案」にもとづいて、医療提供体制関連の法改正に向けた報告とりまとめを急ぐ社保審医療部会に報告するため。

診療補助の一環として看護師が行ってきた医行為のうち、グレーゾーンとされてきた行為にあらたに法的根拠を付与するための枠組が提案されている。

それは、それら行為を安全に実施できる業務体制を確立した上で医師の個別的指示にもとづいて行なうという枠組であるが、とくに、所定の教育を受けて資格試験に合格し、厚労大臣の認証を受けた看護師については、医師の包括的指示によってそれらが実施できるという仕組みである。

そのために、保助看法を改正して、グレーゾーンのうち看護師が実施可能な行為を新たに特定行為として明確化するとともに、特定行為の実施を可能とする前述2規定を盛り込むことになるが、その結果、「特定能力」を認証する看護師制度が創設されることになる。

これまで特定看護師制度と仮称してきたこの制度について、厚労省は、新たに「看護師特定能力認証制度」と称している。

「看護師特定能力認証制度」は、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WG」で検討され、賛否相半ばながら推進会議に諮られ、同制度に対する意見を集約するというこでまとめられたのが、前述の「意見」である。

同日の推進会議では、永井座長(東大大学院教授)が、「特定行為を安全に実施するためにはきちんとした教育が必要である。これは皆さんに確認されている。問題は、それを国の認証にするのがよいのか、例えば、看護協会や医師会の認証試験でよろしいのか、とい

う点だ」という点に論点をしばって議論を進めた。

こうした論点の立て方は、特定看護師制度がチーム医療とは直接の関係をもたずに提起されていることを認めたものであり、コメディカル委員からは、「特定行為とみなされそうな行為には薬剤師やリハスタッフ等の業務に影響するものが多々ある」と、看護業務にのみ個別的指示を認める手法にチーム医療の視点から強い疑念が示された。

特定行為の内容によっては診療行為と補助行為の定義関係が問われるところだが、加えて、チーム医療の視点に立つと、特定行為と他専門職の業務との関係に齟齬が生じないかが問われる。

本来であれば特定行為の範囲明確化が先行するはずだが、これまでの議論は、常に、その課題を後回ししてきた。こうした批判に配慮して、「意見」には「特定行為については、チーム医療推進の観点から、医療関係職種の業務範囲との関連を踏まえつつ検討を進める必要がある」と書き込まれた。

この指摘には「今後、政府において法制化を見据え議論を行う際には」という一文が前置されている。字句どおり解釈すれば、今後の具体的な制度設計は政府の仕事であるとも読める、何とも不可思議な書き振りである。

厚労省は特定医行為とすべきところ、あえて「特定行為」としているが、新た

に、医師以外が実施することに合法性が付与される行為に関して、事務局(厚労省医政局医事課)は、昨年夏に実施した「看護業務実態調査」でリストアップした203項目のうち「かなり多くがグレーゾーンと言われるものではないかと認識している」と説明した。

これを受けて、永井座長は「今の厚労省の説明は、過半数ぐらいいは、まず、かなりの部分は特定医行為に入ると言っている」という認識を披露した。

一般に、座長と事務局の間には強い情報の共有と双方向性が確立されていることを考えると、厚労省は、今回の枠組で相当数にのぼる行為に合法的烙印を押すものとみられる。

提案では、一般の看護師も特定行為を実施できるが、それが、将来、一般看護師の底上げにつながるのか、あるいは、政省令や通知の改正を経て特定看護師制度の強化に向うのかは分からない。

推進会議の最後に大谷医政局長が特定看護師制度にかかわる法改正の展望を語った。

その中で、改正法案の提出は厚労省の政務3役と与党・政府の判断に委ねられる部分が多いと説明、政府の一体改革案とりまとめという政局が今回の見切り発車的な議論まとめの背景にあることを認めた。(特定看護師制度に関する議論の経緯は本紙10月15日、11月15日、12月1日の各号を参照)