



全日病 NEWS 7/1

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.781 2012/7/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「国民・患者に転嫁する診療報酬補填はおかしい」

消費税負担に関する分科会 支払・診療の認識が一致。双方が税制議論を提起

消費税の医療非課税継続が決まる中、中医協の下で、医療機関の消費税負担にかかわる診療報酬上の措置に関する検証と税率引き上げへの対応の検討が始まった。

診療報酬調査専門組織に新設された「医療機関等における消費税負担に関する分科会」は6月20日に第1回目を開催、診療側委員は「診療報酬による補填は国民・患者に負担を喧嘩するもので、非課税と矛盾している」と主張、また、「診療報酬による補填は不透明で分りづらい」と訴えた。

病院団体の委員は、さらに、本来は課税に戻すべきという立場から課税のあり方にまで踏み込んだ議論をすべきとも提起した。

こうした主張に支払側委員も同調、この問題に関する共闘の可能性をうかがわせた。(2面に分科会の資料を掲載)

消費税負担分科会の委員構成は支払側と診療側が各6名、公益委員と税制・会計の有識者が4名、医薬品・材料関係団体が2名の計18名。診療側委員は日医2名、病院団体2名、日歯と日薬各1名からなる。病院団体からは全日病西澤会長と医法協伊藤副会長が委員に就いた。分科会長には田中滋氏(慶應大学大学院教授)が選出された。

議論に先立って、事務局(厚労省保険局医療課)は、消費税創設時と5%への引き上げ時の2回行なった「診療報酬への消費税分上乗せ」の考え方と計算の根拠を示したが、診療報酬のどの項目にどう上乗せしたかという明細までは明らかにしなかった。

事務局は、また、「検討項目及びスケジュール」を示した。それによると、検討項目は、①過去の対応の検証、②医療機関における消費税課税の状況把握、③消費税引上げに対する診療報酬制度等における対応の3点に絞られる。

これに関連して、屋敷保険医療企画調査室長は「税制にかかわる議論もしていただきたい。議論を制限することはない」と説明。分科会は税制を決める場ではないが、医療非課税の妥当性など税制のあり方にまで踏み込んだ議論を回避することはしないという姿勢を明確にした。

検討スケジュールとしては、まず、過去の検証と実態調査を先行させる。



調査は今年度下半期の早期に実施し、2012年度内の「議論の中間整理」に盛り込む。対応策自体については、過去検証に続いて「8%への引き上げへの診療報酬の対応」と「高額な投資部分への対応(基本的な考え方)」の検討を行ない、「高額な投資」に関して方向性が出た場合は医療保険部会での検討に移行する。その場合、健康保険法の改正がテーマとなる。

こうした工程を経る結果、8%引き上げ時の対応のとりまとめは13年度後半になる見込みだ。そして、14年度から「10%引き上げ時の対応の検討」に入るとしている。

議論において、支払側の白川委員(健保連専務理事)は「分科会で税制の検討を行なうことは制限しないのか」と事務局に質し、「しない」という返答を得た。

その後、「非課税といいながら、患者

が消費税相当分を払っているという仕組みは非常に問題だ。しかも、そのことを99%の国民が知らない。医療機関もおかしいといっている。双方が納得しないというのは、ある意味、国民を騙す仕組みではないか。この分科会でこうあるべきという意見を集約していけるとよい」と発言した。

こうした問題意識は診療側も同様である。

伊藤委員(医法協副会長)は「公平さという点から抜本的に見直すべきである。この分科会で税制のあり方を提言してほしい」と訴えたが、西澤委員(全日病会長)が「これはだまし討ちではないか、あるいは診療報酬の補填は分りづらいという1号側の発言があったが、まさに、1号側・2号側が同じことを言っている」と指摘したように、支払側と診療側の現状認識は基本的に一致した。

一般病床(病棟単位)

医療機能情報を報告。データ基に医療計画下で地域ビジョンを策定

医療部会 医療法令で制度化。“急性期病床群”は撤回。登録制や病床区分見直しは今後の課題

6月28日に開かれた社会保障審議会・医療部会は、各医療機関が定期的に報告する一般病床の医療機能に関する情報を基に都道府県が地域ごとに医療ビジョンを策定し、地域にふさわしいバランスのとれた機能分化・連携を推進していく仕組みを医療計画に導入する方針を承認した。

急性期医療に関する作業グループがまとめた「一般病床の機能分化の推進についての整理」を部会として了承した。前出の仕組みは医療法令において制度化される。医療機能は病棟単位。各機能の考え方や人的体制・構造設備など報告の対象項目などの詳細は、医療部会に付設されるWGで引き続き検討される。

「急性期病床群について認証・登録する」という当初案は、医療法の縛りを忌避する医療系委員の意見を取り入れた結果、診療所を含む各医療機関に

よる都道府県への自主的な報告制度にとどめるという結論に落ち着いた。

報告制度は現行の「医療機能情報提供制度」を活用して実施されるが、各

医療機関の個別情報を網羅する「医療機能情報提供制度」に対して、新たな報告制度は、一般病床が提供している医療機能を病棟単位で明示するという点で、一種の「総括報告」ともなる。

医療機能の報告事項は、当該医療機関で閲覧に供されるほか、各都道府県からも公表される。したがって、患者は病院名を医療機能と結びつけて判断、それを受療行動に反映させていく可能性が生じる。

報告された医療機能の分布にもとづいて各都道府県は、地域のニーズにそ

った機能分化と連携を促す方向でビジョンを策定するが、このプロセスは現行医療計画策定の過程と重なる。

厚労省は次々期2018年度開始の医療計画からこうした制度を始動させる考えで、「2025年プランが描く機能分化に十分間に合う」としている。

作業グループの「整理」は「医療法における医療機能の登録制など位置づけのあり方や病床区分の見直しについて今後検討を行う」としている。報告制度の議論は、今後、一般病床の区分見直しにつながっていく可能性がある。

一体改革関連8法案が衆議院を通過

3党で社会保障改革法案を修正。基盤整備一括法案も「国民会議」で議論か

6月26日の衆院本会議は、消費税率を2段階で10%に引き上げるなど社会保障と税の一体改革関連8法案を賛成多数で可決、法案は参議院に送られた。8法案のうち3法案が自民、公明両党の要求で記名投票となった。その1つ「社会保障制度改革推進法案」は賛成378票、反対84票、消費増税を含む税制抜本改革

法案は賛成363票、反対96票であった。税制抜本改革法案には民主党の57人が反対票を投じた。

修正協議を行ってきた民主、自民、公明の3党は6月21日の幹事長会談で、一体改革関連法案を「速やかに衆院で採決し、今国会成立を図る」とした確認書を交わした。

一方、衆院は6月21日の本会議で9月8日まで79日間の会期延長を議決した。その結果、関連法案は早ければ7月中旬に参議院で可決・成立する公算が強い。

3党合意にもとづいて民主党が用意した一体改革関連法案は修正され、社会保障制度改革については「社会保障制度改革推進法案」として3党共同で提出された。後期高齢者医療制度の廃止は見送られ、自民党が提案した「社会保障制度改革国民会議」における1年以内の議論に委ねられた。

医療法や保助看法等を改正する一体改革関連の基盤整備一括法案も政府の下に設置される国民会議の検討に付されるものとみられる。



▲合意書に調印した自公民3党の幹事長(6月21日)

清話抄

欧州の国々は、高齢化による社会保障の増加に備えて付加価値税を上げてきた。今や存続の危機にあるEUの加盟条件の中に、付加価値税15%以上という項目がある。欧州では、付加価値税20%は当たり前だ。

一方、日本は5%。その結果、一般会計歳出を賄うために税収では足りず、歳出

の半分近く国債を発行してしのいでいる。「増税する前にやることがある」と先送りしてきたこの15年が悔やまれる。

65歳以上の高齢者の割合が人口の23%を超える超高齢社会を迎えた中、現行の社会保障を維持するだけで、IMFの提言通り、消費税15%は最低必要だ。日本経済で一番の問題は、名目GDPがこの20年増えていないことだ。このデフレ状況から脱しない限り、消

費税を上げて税収増には繋がらない。人口減少の中、いかに経済成長をもたらし政策を打ち出すかが重要だ。

増税は必要だが、控除対象外消費税、いわゆる損税の解消が病院経営には問題だ。日本医師会の報告によれば、病院の医業収入の2~2.8%が損税となっている。損税をこのままにして消費税増税を行えば、病院経営は危機的状況に陥る。

6月20日に中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」の初会合が開かれた。消費税導入時と改定時に実施した過去の対応に関する検証を行い、13年度中に8%への引上げ時の対応を取りまとめる予定だ。これまでの診療報酬上の対応では損税の解消は難しく、ゼロ税率課税など抜本改革が望まれる。この分科会の取りまとめに期待したい。(重)

主張

アライアンスのベクトル — 病院は診療所との関係性向上に目を向けるべきではないか

組織間アライアンスの重要性については、多くの実証的な結果が示されており疑いのないところである。

私共、全日本病院協会のアライアンスはどうであろうか。病院という、言わば小さなカテゴリーの中でのアライアンスはいうまでもないことであり、四病協等と十分になされているはずである。しかしながら、それを越えたものを模索すべき時ではないだろうか。

我が国の医療システムは包括的な視点から、新たなスキームが当局によって進められている。幸い、当協

会においては、いくつかの具体的なものを先行して提示し、それが結果を示しつつある。そのスキームを前提に考えなければならない。

繰り返すが、日本の医療のあり方を包括的な見地から俯瞰してみると、私たちのアライアンスの方向性を、地域の医療の中心である診療所にもっと向けてもいいのではないかと思う。健全に診療所が運営されなければ、健全な病院もあり得ない。逆も真である。相互連携をもっと進化させる時ではないだろうか。

高度な医療をもつばら行う大型高

機能病院と診療所だけで、包括的な医療が途切れることなくなされることは、論理的にあり得ない。だからと言って、放置しておけば、現状の医療資源そのものの抑制の流れとそのターゲットを見る限り、両者の間に中小病院群が埋没することも考えられ、決して安心できるものではない。とすれば、病院団体間のアライアンスも当然重要ではあるが、私共は診療所とのそれも、より強化すべきではないだろうか。

診療所から見た場合、地域医療支援病院が地域の中核としてフェアに

機能しているのだろうか。また、病診連携は連携という名の、ある種のしぼりになってはいないだろうか。他にも問題はあはずだ。

アライアンスの第一歩は、診療所から見た病院のあり方の諸問題の整理である。私共が患者とのインターフェイスに、もっとも寄り添って位置していることに自信を持つのであるならば、また、この立場をこれからも貫こうという強い意志があるならば、近似的な位置にある診療所群とのアライアンスは忘れてはならないベクトルである。(IM)

独法廃止で新たな法人へ。国立病院は職員非公務員化を実現

国立病院と労災病院の新しい法人制度 両者間に「連携・統合の推進協議組織」。ただし「統合は将来課題」

国立病院機構と労働者健康福祉機構(労災病院)の法人制度改定議論が進んでいる。3月30日に厚労省内に設置された「国立病院及び労災病院の新しい法人制度に関する検討会」は両機構の新たな法人・組織形態に関する検討を進めており、来年の通常国会に設置法案を提出するべく年内のとりまとめをめざしている。

第3回目の会合(6月26日)に、事務局(厚労省医政局国立病院課ほか)は、新たな法人の「目標設定と実績評価のあり方」に関する考え方を提示、いずれの作業にも関係審議会を関与させるという案を発表した。

新たな法人に移行した両機構の基本方針、基本目標(中期基本計画・年度計画)さらには業務実績評価や運営改善勧告に関係審議会の意見を反映させるというものだ。

独立行政法人は、今年1月20日閣議決定の「(独法)見直しの基本方針」で2014年3月をもって廃止され、15年度に、新たに行政法人(中期目標行政法人と行政執行法人の2類型)に移行するという方針が打ち出された。

ただし、独法のうち、国立病院機構と労働者健康福祉機構については「固有の根拠法に基づく新たな法人制度に移行する」とされた。政策医療を担う医療機関の位置づけを変え、より自律的・効率的な運営体制を確保するとい

うのが見直しの目的だ。

「新たな法人制度」の制度設計は、両機構を同一の設置法とするか、別の根拠法とするかを含めて前出検討会の議論に委ねられているが、国立病院機構に関しては職員非公務員化の完全実現が、労働者健康福祉機構については未払賃金立替払い事業といった労災病院関係業務以外の業務は移管する方針が、それぞれ決まっている。

6月26日の会合には、両機構による「連携・統合等のための推進協議組織」の実情が報告された。この2月にまとめられた「国立病院・労災病院等の在り

方を考える検討会」報告書は、「両法人を直ちに統合することは困難と考える」としつつも「両法人間の連携方策をより強化する」とした。

この方針にもとづいて設置されたのが前出協議組織であり、この下で、医薬品や医療機器の共同購入、治験の共同実施、医師等の人事交流など、6つの分野で「統合も視野にいれた」連携活動が進められている。

同日の会合は、また、「将来の統合も視野に入れた具体的な検討」を議題に取り上げた。

統合問題の棚上げを図った2月報告

書の直前、1月20日に閣議決定された「(独法)見直しの基本方針」は「将来の統合も視野に入れた具体的な検討を行う」と記したため、厚労省は統合に向けた検討課題を担わされたからだ。

ただし、閣議決定について厚労省は、「統合は将来ということで、連携と統合は時間軸が書き分けてある」(木暮労災管理課長=3月30日の同検討会)という認識を示し、「必ずしも縛られるというわけではないのか」という質問にも「そういうことである」と首肯している。したがって、同日の統合議論は通り一遍のものとなった。

行政事業レビュー 日赤への献血関連補助金は「廃止」の評価

政府の行政刷新会議による「行政事業レビュー(公開プロセス)」(府省版仕分け)が、6月7日から21日にかけて各省内で行なわれた。厚生労働省所管の事業は血液製剤対策事業など9事業が対象に取り上げられ、外部有識者の手で14日と21日の2回にわけて実施された。

その結果、「廃止」3事業、「抜本的改善」5事業、「一部改善」1事業という評価結果が下された。各省ごとの対象事業は行政刷新会議が決めた。

「廃止」と評価されたうちの1つは血液製剤対策事業。採血業と輸血用血液

製剤供給を独占的に行なっている日赤による、献血者への健康診査、健康相談、献血の啓発や献血に適した環境整備を進める事業に、安定した血液を確保する立場から補助を行なうというもの(補助率1/2)。

この補助は1971年度以降40年以上続いている。2012年度当初予算にも関連経費と合わせ3億4,600万円が計上されている。そのほとんどが民間企業等に委託され、献血ルームの設置、健康相談、講演会、広報ポスター等に支出されている。

資料には、09年度99億円、10年度95

億円、11年度30億円(見込み)と、血液事業で日赤が大幅な剰余金を計上していることが示され、仕分け人は廃止という評価をくだした。

このほか、保健所におけるHIV検査費用等への補助事業には「一部見直し」が、介護サービス指導者等養成・認定調査員研修等事業には「抜本的改善」という評価が下された。

仕分けの結果は13年度予算の概算要求に反映されるが、仕分けの中で厚労省の担当部局はかなりの違和感を表明しており、仕分けどおり運ぶかは定かではない。

診療報酬改定における消費税への対応 (「医療機関等における消費税負担に関する分科会」の資料から) ※1面記事を参照

(1)平成元年4月改定(消費税導入時)における対応

①診療報酬改定の基本的考え方

昭和62年の医療経済実態調査のデータを基に、医療機関等の支出全体から、薬剤費等の明らかに消費税が課税されるものと、人件費のように明らかに課税されないものを除いて措置すべき割合を推計し、改定率を計算。

②改定を行った項目及び選定の考え方

社会保険診療報酬及び老人診療報酬については、消費税による影響が明ら

かであると考えられる代表的な診療報酬点数の改定を行った。老人保健施設療養費については、入所者基本施設療養費の改定を行った。

③消費税分の上乗せ

診療報酬改定	医療費ベース + 0.11%
薬価改定	医療費ベース + 0.65%
合計	医療費ベース + 0.76%
	(満年度ベースでは0.84%)

ータを基に、医療機関等の支出全体から、薬剤費等の明らかに消費税が課税されるものと、人件費のように明らかに課税されないものを除いて措置すべき割合を推計し、改定率を計算。

②改定を行った項目及び選定の考え方

消費税負担が大きいと考えられる、例えば病院の入院における入院環境料等に代表させた。代表させる適当な点数がない無床診療所等の外来部門については、各種指導料により対応した。検査については、検査実施料では改定項目が多数になること等から検査判断

料により対応した。医療経済実態調査による消費税課税コストの状況等を踏まえながら、病院、診療所等の機能や病床規模、診療科等のバランスに配慮した対応を図った。

③消費税分の上乗せ

診療報酬改定	医療費ベース + 0.32%
薬価改定	医療費ベース + 0.45%
合計	医療費ベース + 0.77%
	(特定保険医療材料分0.05%を含む)

計算方法—平成元年4月改定

①薬価基準分3.0%×0.9(注)×0.9(在庫1ヶ月分調整率)=2.4%(医療費ベース0.65%) ※満年度ベース2.7%(医療費ベース0.72%)

②診療報酬本体分 {100-51.6%(人件費)-20.4%(薬剤費)-3.7%(価格低下品目)-10.3%(非課税品目)-4.0%(主要でない項目)}×1.2/100(消費者物価への影響)×10/11(在庫1ヶ月分調整率)=0.11%(満年度ベース0.12%)

全体改定率①+②=0.76%(満年度ベース0.84%) (注)消費税導入時の薬価算定方式は、薬の流通価格の加重平均値よりも最低でも10%程度上乗せされた価格が薬価として設定されていたため、過剰転嫁とならないよう、「0.9」を乗じている。

計算方法—平成9年4月改定

①薬価基準分 20.9%(薬剤費の割合)×(105/103-1)=0.40%

②特定保険医療材料 2.4%(特定保険医療材料の割合)×(105/103-1)=0.05%

③診療報酬本体分 {100-46.8%(人件費)-20.9%(薬剤費)-2.4%(特定保険医療材料)-8.4%(非課税品目)}×1.5/100(消費者物価への影響)=0.32%

全体改定率 ①+②+③=0.77%

●検討項目

①過去の消費税導入・改定時の対応・経過の検証

②医療機関等における消費税課税等の

状況把握

③消費税引上げに対する診療報酬制度等における対応

(2)平成9年4月改定(消費税引上げ時)における対応

①診療報酬改定の基本的考え方

平成7年の医療経済実態調査等のデ

「次期改定で医療機関群要件を含む基礎係数の必要な見直しを検討」

中医協総会 DPC検討方針を了承。診療側は医療機関群の実効性検証と妥当性評価を要求

6月27日の中医協総会に事務局(厚労省保険局医療課)は次期改定に向けたDPC制度の検討課題とスケジュール方針案(DPC制度に関する今後の検討方針)を諮り、了承を得た。

方針案は、5月29日と6月20日のDPC分科会で検討されたもので、その主旨は、「基礎係数や機能評価係数Ⅱは病院運営に大きな影響を与えることから、医療機関群の要件を含めた制度の安定的な運用と、一定の予見性の確保が不可欠」との考え方にたって、「従前より前倒しで」検討と方針・見直し案のとりまとめを行なうというもの。

この検討課題とスケジュール案をまとめた前出2回のDPC分科会で、Ⅱ群とⅢ群の入れ替えやⅢ群のさらなる分

化をめぐる議論が展開され、小山分科会会長(東邦大学医学部教授)は「(調整係数が基礎係数と医療機能係数Ⅱに置き換わる)2018年度までは医療機関群の見直しはすべきではない」との私見を強調した。

「医療機関群の要件を含めた制度の安定的な運用」という表現を読む限り「安直な」要件見直しには否定的とも受け取れるが、対応方針としては、「医療機関群の要件設定を含む」基礎係数の必要な見直しを「従前の改定と同様」検討するとされた。

同日の中医協総会で、診療側の万代委員(日病常任理事)は「検討項目に、医療機関群の実効性の検証とその妥当性の評価を加えてほしい」と、医療機

関群の見直しを課題に取り上げるよう求めた。

「DPC制度に関する今後の検討方針」の骨子は以下のとおり。

- (1) 次回改定においても、従前の改定と同様、診断群分類、基礎係数(医療機関群の要件設定を含む)、機能評価係数Ⅱ(項目及びそれらの評価手法を含む)等について、必要な見直しを検討する。
- (2) 診断群分類の精緻化等については、重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス=重症度を考慮した評価手法)の導入を検討するとともに、具体的な対応案は従前より前倒しでまとめる。
- (3) 同様に、基礎係数及び機能評価係数Ⅱの対応案も13年秋頃を目途にまとめる。

(4) 基礎係数と機能評価係数Ⅱの見直しに関する一定の方向性を、改定時に評価する実績データ収集開始前の12年9月末までにまとめる。

(5) 適切なDPCコーディングに関する対応案(コーディングマニュアルの作成、コーディングの質に関する評価手法の開発等)に関する検討は、次回改定時を目途に、一定の対応が可能となるようまとめる。

(6) その際、コーディングの質の評価は機能評価係数Ⅱのデータ提出係数の評価のあり方と一体的に検討することが望ましいことから、13年秋頃を目途に対応案をまとめる。

「入院医療等の調査・評価分科会」を設置

中医協 慢性期分科会を発展解消。一般病棟含む入院医療全体を検討

6月27日の中医協総会は、診療報酬調査専門組織の「慢性期入院医療の包括評価分科会」を廃止し、新たに「入院医療等の調査・評価分科会」(仮称)を設置することを決めた。7月にスタートし、2012年内に必要な調査を開始する。

慢性期分科会はこれまで5回にわたる慢性期入院医療の実態調査を実施、その結果から医療区分等の患者分類案を作成したほか、慢性期入院にかかわる医療の質評価(QI導入)を提言するなど、慢性期医療を評価する上で重要なデータを提供してきた。

その一方、患者分類案は当時の厚労省保険局医療課による政策的解釈を介して療養病床再編の突破口に使われたほか、分科会に諮ることなく医療課が独自に実施した4回目と5回目の調査結果が一般病棟13対1と15対1入院基本料の見直しに使われるなど、データ収集とその解釈をめぐる厚労省と医療側がせめぎあう場面の多い分科会として特異な存在でもあった。

慢性期分科会を発展的に解消して入院医療分科会に衣替えすることを決めたのは、12年改定の答申付帯意見に盛り込まれた今後の検討事項に、急性期から亜急性期、慢性期にわたる入院医療の調査・検証を要するテーマが山積したため。

当初、医療課はこれらを慢性期分科会に委ねるという方針を示したが、診療側委員がこれに反対して入院医療全体を調査・検証する分科会の設置を求めた結果、今回の措置が図られた。

入院医療分科会の作業課題として下記項目案が示されたが、これに加えて支払側は、答申付帯意見に記された「7対1と10対1病棟の長期入院患者に関

する実態調査」を項目案に追加するよう求めた。

□入院医療等の調査・評価分科会の検討項目案(中医協総会資料から)

(1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しの影響

慢性期入院医療の適切な評価の見直し

一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置の実態

特殊疾患病棟や障害者施設等から療

養病棟に転換した場合の経過措置の実態等

(2) 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討

(3) 入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討

(4) 診療報酬点数表における簡素化の検討

(5) 医療機関における褥瘡の発生等の状況の検討

費用対効果評価専門部会

「運用検討の具体例に粒子線治療を取り上げてはどうか」

中医協総会の下に設置された費用対効果評価専門部会は6月27日に2回目の会合を開いた。事務局(厚労省保険局医療課)は、「医療技術の費用対効果評価にかかわる状況や課題等を確認する」として、医療技術評価の現状を紹介した。

それによると、費用対効果を評価する視点は、先進医療として承認する際や手術等新規技術の保険導入を評価する際に保険適用済技術と比べた「効率性」を問うほかは、薬価基準取載と医療材料の保険適用希望書の提出時に「医療経済学的評価」資料を提出することができる程度に過ぎないのが実態で、「費用対効果の評価が医療保険上の評価に必ずしも反映されていないという指摘がある」と説明した。

これは、第1回目の会合で、「なぜ費用対効果評価の議論が必要なのか、医療保険制度における現状と課題を整理し認識を共有する必要がある」という指摘がなされたことへの、事務局の「回答」であった。

また、今後の検討の進め方については、「幅広い概念論だけで検討・議論することは拡散した議論を招き」かねないことから、「制度の基本的考え方をまず確認した上で、それを前提とした

更なる具体的な論点(具体的な評価の運用手法)について検討整理」、その上で「平成26年度改定での試行的導入も含めた今後の対応を改めて検討」、それを決めた後に「実施体制等の検討を改めて検討してはどうか」と、段階を追った検討を提案した。

この提案において、運用手法の検討に際しては、「具体的な例として粒子線治療を取り上げ、技術的な論点等を検討・整理してはどうか」と提起した。

これに続いて「但し、この検討が試行的評価の導入を前提とするもので

はない」という注釈が記してあるのだが、診療側委員からは、「試行的評価で粒子線治療を想定しているのではないか」「粒子線治療以外の技術も複数とりあげてはどうか」などの疑問が投げかけられた。



▲費用対効果の議論に臨む支払側の委員

第7回医療の質・安全学会学術集会 開催のご案内

テーマ 医療質安全学の確立 ～社会技術としての医療の基盤構築～

日時 ● 11月23日(金・祝) 24日(土)

会場 ● 大宮ソニックシティ(埼玉県さいたま市)

参加登録費 ● 会員(事前10,000円、当日12,000円)

一般(事前12,000円、当日14,000円)

演題募集期間は6月12日～7月18日、事前参加登録期間は8月 8日～10月10日(予定)

詳しくは、学術集会HP(<http://www2.convention.co.jp/jsqsh2012>)、演題登録については

<http://www2.convention.co.jp/jsqsh2012/contents/call.html> を参照

問合せ 第7回医療の質・安全学会学術集会運営準備室 Tel03-3508-1214

病院と従業員の絆を深めます

安心・安全・堅実な運用の病院基金にぜひご加入を!!

病院厚生年金基金は、事業主と従業員、双方にメリットがある企業年金制度です。都道府県内の病医院が協力して運営し、省コストで充実した企業年金を支給。職場への信頼と将来の不安解消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		

全国一律目標は定めず。各県独自の目標設定を国が支援

医療保険部会 第2期医療費適正化計画基本方針案示される。「一体改革」と連動

厚生労働省は6月21日の社会保障審議会・医療保険部会に、2013年度から17年度までの、第2期医療費適正化計画の基本方針案を示した。

それによると、特定健診・特定保健指導に関する目標は概ね第1期を踏襲するが、医療の効率化にかかわる療養病床削減目標の明示は行なわず、「基準病床数等と整合性のとれた各病床種別の適正数を各都道府県が設定できるようにする」。

平均在院日数についても、現在の「全国平均と最短の長野県との差を9分の3とする」ことを止め、推計ツールを用いて「(各都道府県の判断で)目標を

設定できるようにする」としている。

いわば、国として一律に目標設定をすることは控え、資料やツールを提供した上で、目標の設定を各都道府県の裁量に委ねるといふもの。

これは、特定健診・特定保健指導についても同様で、第1期計画の「特定健診実施率70%」「特定保健指導実施率45%」を踏襲しつつも、「メタボ該当者と予備群の減少率」については、「25% (08年度対比)」の目標年度を15年度から17年度に延長するとして、これらをいずれも全国目標に位置づけ、各都道府県には前出3点の「目標の目安を示す」ことにとどめるとしている。

それは目先の5ヵ年であるため、政府レベルの中長期目標(編集部注/2025年プラン)と合致しないかもしれないが、時間軸のずれに過ぎないと強気の見解を示した。

平均在院日数についても、鈴木室長は、「地域が考える病床数が機能分化する中でどう推移していくかを踏まえて設計していきたい。そういう意味で足元の



数字と乖離した数値を定めることはしない。現時点で全国レベルの数値目標は定める考えはない」と述べた。

医療計画も適正化計画も一体改革と連動

一体改革との関係について、木下総務課長は、「高度急性期が現在の33万床(編集部注/7対1の病床数)から2025年の18万床に向う中で、重急性期や療養へとシフトしていく。そういう過程から(効率化による)4,400億円の削減効果が生じると一体改革は想定している。医療費適正化計画も医療計画もそれと連動しており、同様のシナリオを想定して推進される。そこには診療報

酬改定や特定健診等の効果も織り込まれていく」などと説明、各都道府県の裁量で異なる数値目標などが打ち出されても、最終的には政府のシナリオに収斂されていくという認識を披露した。

こうした事務局の考え方に、少なからぬ委員から「医療費を削減していく道筋がはっきりみえない」「各県に国の方向性を明示すべきではないか」といった疑問が示された。

次期計画の目標は各都道府県の任意記載事項

各都道府県の目標設定を任意に委ねるという背景には、11年8月に成立した地域主権改革の「第2次一括法」で、都道府県医療費適正化計画は「医療に要する費用の見通し」のみが必須記載事項とされ、それ以外の「住民の健康保持の推進に関する目標」や「医療の効率的提供に関する目標」は各都道府県の任意記載事項とされたことがある。

このため、各都道府県が医療費適正化計画を策定するにあたって、国の最大の役割は「地域の医療費を分析する際に参考となるデータ提供を行うとともに、分析手法など活用方法についての情報提供に努める」など、「都道府県が様々な視点から医療費の適正化に取り組むことを支援していく」ことになる。

第1期計画では、まず国が「医療費適正化基本方針」を定め、これを踏まえ各都道府県医療費適正化計画が策定された後に、国としてそれらを集約した「全国医療費適正化計画」を策定した。すなわち、基本方針ありきで、それに都道府県が従わせられたことにな

るが、今回、国は基本方針案を各都道府県に提示、意見照会を受けながら、各都道府県に対するデータと分析・推計ツールの提供、説明につとめ、その後策定される各都道府県医療費適正化計画を集約して、国としての各都道府県医療費適正化計画をまとめるということになる。基本方針はあくまで「案」ととどまるというわけだ。

事務局(厚労省保険局総務課医療費適正化対策推進室)は、都道府県から寄せられた意見・照会の中に「画一的な数値目標等を示すのではなく、各都道府県がその地域の実情を反映した計画・目標を策定できる仕組みにして欲しい」あるいは「都道府県において数値目標を設定しないことも可能か」というものがあることを披露、第2期計画策定の作業が前回とは異なる手順で進められると説明した。

「国と都道府県との計画に齟齬が生じることはないのか」という質問に、鈴木推進室長は「国としては各県の計画を全国集計したものを作ることに

□次期医療費適正化計画 主な改正事項(案)

	現行の方針(2008~2012)	次期方針案(2013~2017)
住民の健康の保持の推進に関する目標	特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、メタボ該当者及び予備群の減少率10%(15年度までに25%)	特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、メタボ該当者及び予備群の減少率25%(08年度対比)を全国目標とし、これを達成する上で必要な各保険者の目標と実績を踏まえ、3つの事項の各都道府県における目標の目安を示す。
医療の効率的な提供の推進に関する目標	療養病床の数と平均在院日数を目標。療養病床の入院者のうち、医療区分1及び2の3割者に対応する病床が介護保険施設等へ転換する等を見込む。平均在院日数の全国平均と最短の長野県との差を9分の3とする。	介護療養病床の廃止が17年度末まで延長されたことや療養病床の機械的削減はしないの方針を踏まえ、療養病床の数のみを目標とはせず、これに代え、将来医療費の推計にあたっては、医療計画における基準病床数等と整合性のとれた一般病床、療養病床等の適正な病床数を各都道府県が設定できることとする。また、平均在院日数の推計方法の一例として、推計ツールを各都道府県へ配付し、平均在院日数の目標を設定できるようにする。

医療事故調査の目的は「原因究明・再発防止」

医療事故調査あり方検討部会 責任追及とは分けた制度とすることで大筋合意

6月14日に開催された「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」は、医療事故調査を行なう目的を「原因究明・再発防止」とすること、調査の対象は死亡事例とし、将来的に重篤な事例も視野に収めるという方向で大筋合意に達した。

医療事故調査を行なう組織については、院内の事故調査を基本としつつ、院外の第三者調査機関との二層構造で臨むことで概ね一致したが、第三者機関については、院内調査との関係や公的・民間という設立母体を含めた設置場所など、その具体的なあり方をめぐって意見が錯綜、踏み込んだ議論にはいたらなかった。

意見の隔たりが大きかった医療事故調査のあり方をめぐる議論は、全日病が一貫して主張してきた、処分・責任追及と分けて「原因究明・再発防止」に専念するという方向でほぼ一致するにいたり、医療事故調査をめぐる議論は基本的枠組づくりへ大きく前進した。

同日の検討部会に事務局(厚労省医政局総務課医療安全推進室)は、(1)医療事故調査を行なう目的、(2)医療事故調査の対象や範囲、(3)医療事故調査を行なう組織という議論テーマを提示した。

このうち、(1)と(2)についてはほぼコンセンサスを得ることができた。しかし、「医療事故調査を行なう目的」を「原因究明・再発防止」とすることでまとまったとはいえ、調査を「被害者補償」や「刑事司法」と一線を画して実施するという点ですべての構成員が必ずしも一致しているわけではない。この辺りは、これからも、行きつ戻りつ

議論が繰り返されそうだが。

「医療事故調査の対象」については、臨床医や病理医確保の問題などもあり、まずは死亡事例から始め、重篤な事例は将来的な課題とするという意見が大勢となった。また、第三者機関には医療機関と患者家族の双方が依頼できるという点もほぼ一致した。

飯田構成員(練馬総合病院理事長=全日病常任理事)は「重篤な事例も対象としたいが、実現可能性が重要。段階的に進んでいく方法でもよい」と、死亡事例からスタートする考えに同調した。

意見が錯綜したのが「医療事故調査

を行なう組織」のあり方だ。院内事故調への外部参加、院内事故調と第三者機関の役割分担、第三者機関の設立母体など、意見は多岐に分かれた。

その中で、飯田構成員は「院内事故調による調査が基本であり、重大な事例や患者が納得しない場合に第三者機関が対応するべきである」という見解を表明した。

さらに、産科補償制度を例に、調査

分析過程が過失の有無判定に傾きがちなことへの懸念も論じられるなど、医療事故調査の運用にかかわる課題も取り上げられた。

とくに、第三者機関の議論は、各論になるほど種々の独自意見が展開されそうであり、合意形成は簡単ではない。

制度設計に向けては、設立形態や費用負担など第三者調査組織のあり方にとどまらず、調査権限、調査報告の取り扱い、捜査機関との関係、さらには免責の問題など、多くの検討課題がなお残されており、検討部会はとりまとめに期限を切ることなく、引き続き細部にわたる議論を続ける方針だ。

□今後の検討方針について(検討事項) —事務局資料から

- 医療事故に係る調査の仕組みのあり方について
 - ・調査を行う目的について
 - ・調査を行う対象や範囲について
 - ・調査を行う組織について
 - ・調査に必要な権限について
 - ・当該医療機関が行った調査結果の取り扱いについて
 - ・調査の実務について
 - ・「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」との関係について
 - ・医療安全支援センターとの関係について
 - ・調査に必要な費用の負担のあり方について
 - ・捜査機関との関係について 等
- 再発防止のあり方について
 - ・医療事故に係る調査結果の再発防止のための活用方策について
 - ・医療事故情報収集等事業と調査の仕組みとの連携のあり方について 等

死因究明関連2法が成立

「死因究明等の推進に関する法律案」と「警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律案」が6月15日の参議院で成立、ともに6月22日に公布された。いずれも2013年4月から

の施行となる。

「死因究明推進法」は、死因究明と身元確認実施体制強化に向けた基本理念、国と地方公共団体の責務、施策の基本となる事項を定めたもので、死因究明

等の推進に関する基本方針を明記した上で、国に、死因究明等推進会議を設置して必要な法制・財政上の措置等を定めた死因究明等推進計画を策定、国会に報告することを義務づけている。そのため、施行日から2年間かぎりの時限立法となっている。

診療関連死については「政府におい

て別途検討する」(第16条)とした。

一方、後者の「死因・身元調査法」は、死因が災害、事故、犯罪等によることが明らかな死体の死因・身元を明らかにする措置に関する事項を明示。警察署長が必要があると認めるときは、遺族への説明を待たずに解剖を実施することができることなどを定めている。

連載／在宅医療の現状と在宅療養支援病院のあり方 その1

厚生労働省は「2012年度を在宅医療・介護の安心元年とする」(大谷医政局長)と宣し、地域包括ケア体制構築に向けて、連携体制の強化など在宅医療の整備に力を入れている。その在宅医療の支えは、これまで主に診療所とされてきた。しかし、在宅医療は、今後、訪問・外来・入院各領域における中小病院の役割がますます重要になるようとしている。

2012年度は「在宅医療元年」 増加をたどる在宅療養支援病院。だが課題も

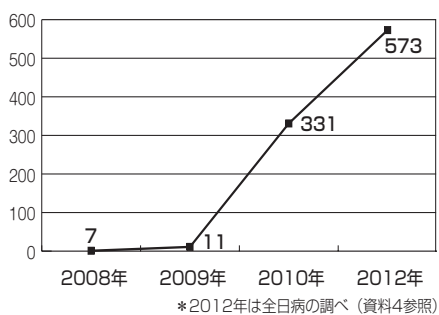
形態別・地域別による在支病の現況を連載

高齢化が進む日本において、在宅医療の体制整備が重要となってきている。しかし、現実として、その整備が十分に進んでいるとはいえない。

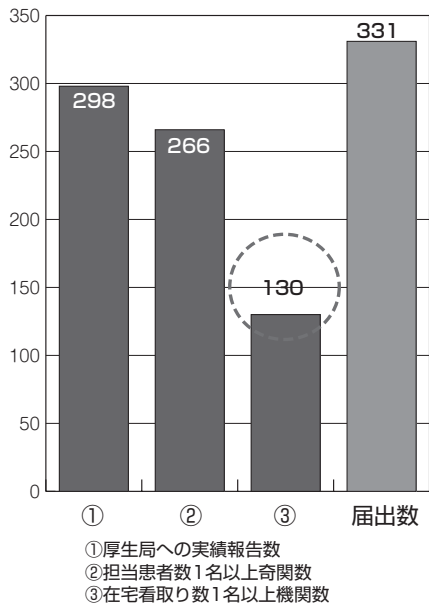
厚生労働省は2012年度に、「在宅医療・介護あんしん2012」というキャッチフレーズのもと、在宅医療・介護の推進に向け取り組んでいく姿勢を示している。具体的には、昨年度10カ所のモデル事業で行った在宅医療連携拠点事業を、今年度は全国で105カ所に増やし、各地域において多職種協働による在宅医療連携体制の推進をしようというものである。

在宅医療はこれまでも医療計画の記

資料1 □在宅療養支援病院の届出数



資料2 □在宅療養支援病院の実績 (2010年7月1日現在)



載事項であったが、その内容は各都道府県でまちまちであった。そこで、厚生労働省は2013年度からの次期医療計画策定において、「5疾病・5事業」と同等に在宅医療を位置づけ、「在宅医療の体制構築に係る指針」を定めることによつて、その達成すべき目標、医療連携体制、人材確保等を記載するものとした。

それによると、退院、在宅療養、急変時、看取り時と、各フェーズごとに各機関が各々の役割を担いながら支えていく体制を構築していく計画を想定しつつ、より積極的な役割を担っていく医療機関を医療計画に積極的に位置づけることが各都道府県(医療計画)の必須課題となる。

こうして、在宅医療に関しては目標と連携体制が明確にされ、具体的に住民に公表されていくことになるが、他方で医療機能の見える化が進む中、在宅医療を支えるものとして「在宅療養支援病院」(以下在支病)が大きな役割を果たすことになると思われる。

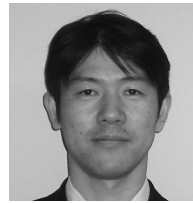
診療報酬において、2006年改定で「在宅療養支援診療所」(以下在支診)が創設され、2008年改定には在支病が創設された。しかし、在支病は「半径4km以内に診療所が存在しない地域に限られる」とされたために届出数はまったく増えず、2010年改定で「200床未満の

資料3 □機能を強化した 在支診・在支病の施設基準 (2012年改定)

- ①従前の在支診・在支病の要件に以下を追加する
 - イ. 所属する常勤医師3名以上
 - ロ. 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - ハ. 過去1年間の看取り実績2件以上
- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - イ. 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - ロ. 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ. 連携する医療機関数は10未満
- 二. 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

2012年改定の影響を含めた、在宅医療の現状と課題そして今後の展望について、在宅療養支援病院を中心とした会員病院における意識・意見と取り組み状況を連載で報告する。

冒頭として、広報委員会委員である黒澤一也氏(くろさわ病院理事長・院長)に、総合的な現状報告と課題提起をお願いした。



全日本病院協会 広報委員会委員
社会医療法人恵仁会 くろさわ病院理事長・院長
黒澤一也

病院も届出可能」と要件緩和が図られたことから、届出数が飛躍的に増加した(資料1)。その一方で、在宅の患者数や看取り数といった実績面は伸び悩んだ(資料2)。

さらに、在宅医療の充実が謳われた2012年度改定では、重点項目として、様々な点で在宅医療関係の診療報酬が増点するとともに、「機能を強化した」在支病(以下「強化型」)が設けられた(資料3)。

往診における加算や在宅時・特定施設入居時医学総合管理料など、強化型には新設項目や増点項目が並び、その評価は大きく引き上げられた。この強化型は、実績のある在支病であれば要件を満たすことは難しくない。

現時点で今回改定後の届出数の増加は確認されていないが、全日病調べによると今改定後に570を超えるなど、届出数は徐々に増加していると推測される(資料4)。全日病会員の約70%を占める200床以下の病院にとって、在支病となって在宅医療に力を入れていくこと

は、2025年の医療のあるべき姿を考えても、重要な選択肢となってくると思われる。

では、今改定を経た在支病の現状はどうであるのか、また、診療報酬評価の問題点と医療計画など連携提供を構築していく上での課題はなにか。この連載を通して、会員病院における在支病の実態とともに今後の展望を整理して報告したい。

在支病といっても、当該病院の置かれたポジションで様々である。一般病床・ケアミックス型・療養型といった病床形態、また、大都市・地方都市・群部といった地域別、さらに、在支診との連携の有無など、各病院の特徴を踏まえ、それぞれに該当する会員病院に執筆をしていただく予定であり、連載最終回には座談会を予定している。

資料4 □在宅療養支援病院の直近の届出数

都道府県名	届出数	都道府県名	届出数
北海道	41	滋賀	4
青森	3	京都	15
岩手	2	大阪	44
宮城	9	兵庫	33
秋田	4	奈良	2
山形	3	和歌山	3
福島	5	鳥取	3
茨城	10	島根	5
栃木	2	岡山	23
群馬	7	広島	22
千葉	25	山口	7
埼玉	25	香川	10
東京	28	徳島	21
神奈川	29	愛媛	8
新潟	6	高知	10
山梨	5	佐賀	9
長野	10	長崎	12
富山	3	熊本	12
石川	10	大分	8
岐阜	6	福岡	23
静岡	5	宮崎	7
愛知	22	鹿児島	18
三重	5	沖縄	5
福井	4	合計	573

*各厚生局HPの資料から全日病が集計
(各厚生局の集計日は2012年3月1日~6月4日)

四病協 医療制度委員会を再開。あるべき提供体制を検討

医療安全対策委員会も活動再開。医療事故調査制度へ提言めざす

四病院団体協議会は6月27日の総合部会で医療制度委員会と医療安全対策委員会の再開を決めた。

医療制度委員会は2010年6月以降休会状態が続いてきたが、社会保障と税一体改革に対する見解をまとめるべきという声が各団体から上がり、活動再開を決めたもの。医療提供者の立場、医療現場の視点から、2025年を見据えた医療提供体制のあるべき姿を検討する。

一方、四病協発足(2000年8月)と同時に設けられた医療安全対策委員会は、01年3月にいち早く医師法21条解釈の統一見解をまとめたが、その後活動が

停止、07年11月に再発足したものの、08年5月に医療事故調の法制化を企図した第3次試案に対する四団体の意見を整理した「提言・声明・要望」を公表した後再び休会となり、現在にいたっている。

厚生労働省の「医療事故に係る調査の仕組み等」のあり方に関する検討部会で医療事故調査の制度設計議論が進む中、医療事故調査に対する提言をまとめた日本病院会が各団体と認識の共有を図りたいと提案したことから、その検討・協議の場として再開が決まった。意見の集約を図り、四病協として、医療事故の死因究明・再発防止を目的とした調

査制度への提言をまとめる方針だ。

同日の総合部会は、各委員会の委員名簿とともに、医療制度委員会は日病が、医療安全対策委員会は全日病がそれぞれ担当事務局となることを了承した。

これによって、四病協は、各団体の

正副会長からなる総合部会を筆頭に、総務委員会、医療保険・診療報酬委員会など8委員会体制となった。これら以外に、准看護師関連の連絡協議会、病院看護管理者意見交換会などの会合がある。

日病協「死因究明制度WG」の再開を決める

6月25日の日本病院団体協議会・代表者会議は、「死因究明制度に係るワーキンググループ」の再開を決めた。同WGは医療事故調の設置を図った厚生労働省の第3次試案と大綱案に対する病院団体

の意見を集約する場として2009年春に設置され、足立厚生労働官(当時)を招いて話を聞くなどの活動を行なったが、民主党政権の下で大綱案等が棚上げされたこともあり、自然休会となっていた。

厚労省「入院・入所依存のケアを地域での医療・介護に変える」

今後の認知症施策の方向性をまとめる。一般病院にも対応向上を求める

厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームは「今後の認知症施策の方向性」の中間報告をまとめ、6月18日に公表した。

PTは藤田政務官を主査、医政局長、社会・援護局長、老健局長、保険局長を副主査として昨年11月末に設置され、認知症関連施策の整合性と体系化を図る一方で今後目指すべき認知症施策を打ち出すべく、省内横断的な協議を進めてきた。

「方向性」は、認知症をわずらった人が自宅からグループホームさらに介護施設・病院へと移り住む、入院・入所依存の「ケアの流れ」を「不適切」と指摘。「地域での生活を支える医療・介護サービス」に切り替えるとして、グループホームを拠点にした地域に根ざした認知症ケアの構築を目指すとしている。

具体的には、①早期診断・早期対応の体制整備を図るための認知症ケアパスの作成、②早い段階から専門スタッフが認知症の人や家族を訪問する「認知症初期集中支援チーム」の地域包括支援センター等への設置、③早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備、④精神科病院に入院が

必要な状態像の明確化などの施策を打ち出した。

一般病院についても、医療センターによる対応力向上の支援、医師・看護師等を対象とした研修の拡充等に取り組み方針を示した。

「方向性」は6月22日の介護給付費分科会に報告され、報告内容を踏まえた意見交換が行なわれた。多くの委員は「方向性」を支持。大森彌分科会長(東京大学名誉教授)も「分科会として、具体的なサービスや介護報酬にどう反映できるか、この方向性を生かすよう議論していきたい」と評価した。

その中で、認知症ケアに特養や老健施設の役割を位置づけるべきといった意見とともに、「地域ケア包括支援センターは多くの役割を担っている。これ以上は無理であり、もっと保健所の活用を考えるべきではないか」という声もあがった。

一方、同報告に記されている「不適切なケアの流れ」という表現に対する抗議が医療系委員から示され、大森彌分科会長(東京大学名誉教授)も「『不適切なケアの流れ』という表現は正しくない。変えるべきである」と批判した。



▲「認知症施策の方向性」は6月22日の介護給付費分科会でも議論された

標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

2. 早期診断・早期対応

○「認知症初期集中支援チーム」の設置

認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。

○かかりつけ医の認知症対応力の向上

認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担えるよう、その認知症対応力の向上を図る。

○「身近型認知症疾患医療センター」の整備

かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

○一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保

一般病院勤務の医師・看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。

○精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行う。○精神科病院からの円滑な退院・在宅復

帰の支援

「退院支援・地域連携クリティカルパス」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。

○一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上

「身近型認知症疾患医療センター」の職員が行動・心理症状等で対応困難な事例へのアドバイスや訪問をし、専門的な医療を提供する。

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

○認知症にふさわしい介護サービスの整備

「グループホーム」「小規模多機能型居宅介護」などの地域密着型サービスの拡充を図る。

○在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。

○「グループホーム」の活用推進

「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

○「認知症の人は精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。

○この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの不適切な「ケアの流

れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパスを構築することを、基本目標とする。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるよう、

介護給付費分科会

10月に処遇改善状況等調査を実施

6月22日の介護給付費分科会に事務局(厚労省老健局老健課)は、2012年度介護事業実態調査(介護従事者処遇状況等調査)の調査票案を提示した。

処遇調査は処遇改善交付金が導入された2009年度から始まり、今回が3回目となる。交付金が今改定で加算となったことから、調査結果は次期介護報酬

改定に向けた基礎資料の1つに位置づけられる。

調査対象は介護保険施設のほか、訪問介護、通所介護、グループホーム、居宅介護支援の7事業所で、介護保険3施設の抽出率はこれまでと同様の1/4。

調査票には、これまでの項目に加え、新たに介護職員処遇改善加算の届出等

状況を把握する設問が追加されたほか、給与等の状況にかかわる項目が、処遇改善加算と連動して手直しされている。

調査は今年10月に実施され、今年4月から9月までの給与等の引き上げ状況、交付金の申請と加算の届出状況、収支、職員の移動状況等が調べられる。来年3月には詳細結果が報告される。

医師事務作業補助者研修会に256名

全日病と日本医療教育財団が共同で開催する医師事務作業補助者研修会が6月6日、7日に東京都内で開かれた。定員200名のところ、申し込み希望が殺到したため定員数を拡大、256名が受講した。

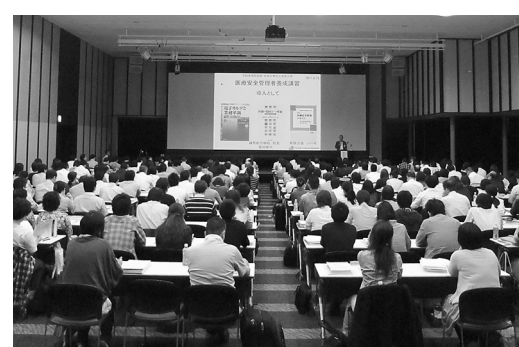
当研修会は「医師事務作業補助体制加算」算定の研修要件を満たしており、集合研修を修了して院内研修レポートを提出した受講生には修了証が授与される。



医療安全管理者養成課程講習会が開講

全日病と医法協が共催する医療安全管理者養成課程講習会の2012年度コースが東京都内で開講、6月15日、16日の第1クール(講義)に218名が受講した。

講習会はこの後、第2クール(講義)、第3クール(演習)と続き、修了者には「医療安全対策加算」算定の研修要件を満たす認定証が授与される。



医療事務技能審査試験(医科・歯科)

〈称号〉メディカル クラーク

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、35年余にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- 〈実技Ⅰ〉患者接遇
- 〈学 科〉医療事務知識
- 〈実技Ⅱ〉診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

〈称号〉医事業務管理士

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する、平成23年度より開始の試験です。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- 〈実技Ⅰ〉患者接遇・院内コミュニケーション
- 〈学 科〉医事業務管理知識
- 〈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

〈称号〉ドクターズクラーク 【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。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- 〈学 科〉医師事務作業補助基礎知識
- 〈実 技〉医療文書作成

●試験の詳細な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。

「平成23年度個人情報保護に関するアンケート調査」結果の報告

継続回答施設は全体群と比較して取組内容に顕著な差

本調査の継続実施は会員施設の取組改善に寄与

個人情報保護担当委員会委員 森山 洋

当協会は認定個人情報保護団体としての活動の一環として、個人情報保護法が施行された平成17年より毎年7月から8月にかけて、会員施設の同法への取り組みに関するアンケート調査を実施している。平成22年度の調査結果報告(全文)は全日病HPに掲載されている(http://www.ajha.or.jp/about_us/nintei/pdf/110120_1.pdf)

本調査は毎年高い回収率を得ているが、6回目となる平成23年度は過去最高1,181施設より回答を得て、これも過去最高の50%を超える回収率を得ることができた(回答率50.5%。前年比2.2%増)。

今回も昨年に続き、(1)提出施設全体群(以下「全体群」)、(2)6年連続提出群(昨年は5年連続提出群。以下「連続群」)との前年比較を本アンケート分析の主目的としたが、本報告では経年変化傾向にも着目して報告をする。

設立主体、病床数、病床構成に関しては昨年同様に両群共に変化、傾向差は見られなかった。

組織体制整備の設問では、管理責任者の職種については経年変化では昨年に続き全体群で医師の割合が減少しているが、連続群では更に増加(+4.1%、昨年5.6%)した。両群比較での差が拡がり、連続群で医師の割合が9.9%高くなった(昨年6.1%差)。更に事務職での差が5.8%(昨年5.4%)低くなった。平成20年までは両群には顕著な差がなかったため、連続群において何らかの意図を持って個人情報保護の管理責任者を医師に変更してきたと推測され、興味深い結果となった。

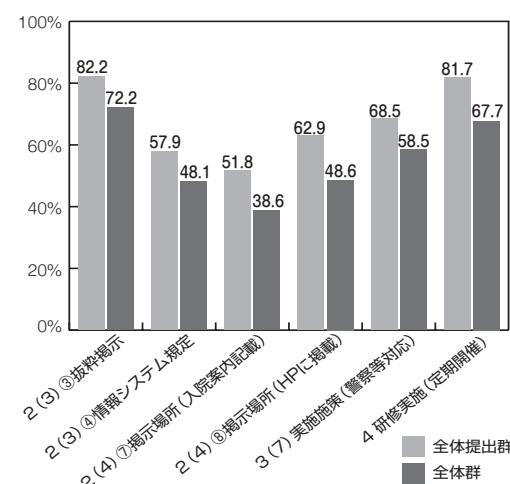
一方監査責任者の職種については経年変化に傾向差は見られなかったが、両群比較では連続群で事務職が5%高くなった。

規定整備等対応の設問では、全体群では初めて減少に転じた項目数が増加した(本年6、昨年1)。両群比較では、昨年同様すべての項目について連続群で整備率が高く、「保護規定」(+5.8%)、「保護方針」(+6.3%)、「抜粋掲示」(+10%)、「システム規定」(+9.8%)、「業者誓約書」に至っては(+15.3%)の差となっている(グラフ参照)。

掲示物の場所・方法の前年比較では連続群で「入院案内に記載」が前年比で+8.1%増加とこれまでに見られない大きな変化があった。両群比較では「HPに掲載」が連続群で+14.3%と昨年の8.3%から更に差が広がっている。情報システムのセキュリティ対策については、前年比較、両群比較でともに傾向差はなかった。

個人情報の外部持ち出し制限については、前年との比較では両群ともに「していない」「文書のみ」は減少、「メディア接続部の取り外し・封鎖」が前年に比べて増加したが、特に連続群で前年比4%増(昨年3.6%)し、両群比較では5.8%差とこの設問内で最も顕著な差が現れた。

■両群差が顕著だった設問(当会活動認知度を除く)



個人情報保護法施行に際して実施した事項の設問では、前年比は顕著な差は見られなかった。両群比較では「入院患者への個別同意」で6.7%差、「個人情報提供可能者の制限」で7.3%、「メディア・警察・弁護士からの問い合わせ対応の厳格化」で10%、「自院職員の個人情報保護対策の実施」で7.6%と個別項目の中で顕著な差が現れた。

院内研修の設問では「定期的な実施率」は全体群では平成19年以降始めて減少、連続群では更に増加した。両群比較は過去設問間最高差の14%となった(昨年7.7%差)。実施時期は、前年差は両群共にほぼ前年同様であったが、両群差では全体群で「単独開催」が+7.8%全体群より高かった。

外部研修会への「参加率」は両群とも経年的に減少傾向は変わらないが、昨年差が3.7%だった「参加率」で連続群が6.3%高くなった。参加職種、主催者等に両群差、傾向差は見られなかった。

保険加入・苦情に関する設問では、「保険の加入状況」は昨年から引き続き20%強で若干の増加傾向があるが差はない。「苦情の有無」については経年的変化、両群差も見られない。苦情やトラブルがあった場合に金銭的な補償をしたかについては回答のあった全81件で「金銭補償はしなかった」という回答となった。

平成23年に追加された設問「個人情報保護に関する苦情やトラブルが生じた場合、誰に相談するか」では「弁護士等の専門家」が67.1%、「院内対応」が53.8%、「病院団体・医師会など」が28.1%の順に高い回答となった。

相談・問い合わせについての設問では両群共に大きく減少傾

向となり、その後の経過を注目していたが、減少傾向が継続し利用者にとっての理解が深まったと推測する。

診療情報開示請求については、「診療情報請求有」は両群ともにほぼ安定傾向となり、60%以上の施設が開示請求を受けた。「請求者別」では全体群が「患者家族」が連続群比+7.3%、一方、連続群が全体群比で「患者本人」+10.9%、「裁判所」が+8.7%の差が出ている。請求件数の経年傾向では両群共に16~18%程度の施設が増加したと回答し、56~57%の施設が変わらないと回答した。

当協会の個人情報保護への取り組みについては、「研修会開催認知」度は連続群が前年より更に差を拡げ、全体群比+18.5%、「認定個人情報保護団体としての認知」についても同+19.4%と高くなっている。「活動内容についての認知」も「よく」「だいたい」を合わせた数値で12.1%も高かった。

【まとめ】

会員施設では必要な個人情報保護への取り組みについては年々充実しており、利用者側の理解も概ね進んでいると推測する。しかし、全体群と連続提出群の比較では前年より更に差が広がった項目が増えた。

研修会とともに毎年アンケートへの回答が個人情報保護への取り組みの組織的深化と相関していることが比較分析により鮮明になったので、本調査を継続実施していくことは会員病院の同法への理解、取組みの改善に寄与するものと考えられる。

本年も8月には本アンケートを実施する予定であり、本年もアンケートに回答していただくと共に、今後の取り組みのヒントを得て日常の個人情報保護活動にご活用いただきたい。

シリーズ／個人情報保護に関するQ&A ～実際の事例から学ぶ～ 第12回 個人情報保護担当委員会

保険会社との対応に関する事例

今回は実際に会員病院から当協会に寄せられた事例を参考にしました。医事課で日常的に行われている保険会社との対応に関する事例です。

【事例：保険会社・弁護士への対応…同意書の扱いについて】

交通事故の被害者が当病院の患者です。事故の加害者の代理人(弁護士)から損害賠償の正確な手続き実行の為、患者の初診時から現在までのカルテ及び画像資料の写しを交付してほしいとの書面が届きました。

書面には患者の同意書のコピーも添付されていました。同意書がコピーであったため、交付してよいものか判断に迷っています。

【当協会の判断(実際の回答)】

本件請求は加害者側の代理人であり、被害者である患者とは敵対関係にある立場です。その為、同意書はおそらく1枚しか貰えませんので、原本を渡してしまうことは望めないと考えます。

医療情報の重要性から原本を貰うのが望ましいので、先ず当該弁護士に原

本で貰いたい旨の連絡をして、それが無理であればコピーで了解するしか無いと考えます。

同意があったことを裏付ける確認が必要ですが、コピーでも真正に作られたものであれば、確認手段としては無効というものではありません。原本が貰える場合でも、同意書の日付が近いかどうかの確認が必要です。

【解説】

毎年実施している個人情報保護に関するアンケートでもこの同意書の扱いについて苦労しているという記述を目にします。

この事例でのポイントは2つです。1つは同意書はコピーでも有効であること、2つ目は同意書自体の有効性の確認です。患者の現在意思の有効性を判断する為に、日付の確認状況によっては電話等で患者本人に確認することが必要です。

個人情報保護法の主旨は「当該個人情報をご本人がわかっている範囲(黙示の同意含)での利用とすること」なので、もし同意書の真偽が不明と判断の場合は「ご本人の意思確認をすることが必要」ということです。

(森山洋委員)

高血圧 年 有・無

糖尿病 年 有・無

高脂血症 年 有・無

神経痛 年 有・無

脳卒中 年 有・無

循環器疾患 年 有・無

呼吸器疾患 年 有・無

消化器疾患 年 有・無

泌尿器疾患 年 有・無

婦人科疾患 年 有・無

骨格疾患 年 有・無

骨格障害 年 有・無

内分泌疾患 年 有・無

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

患者基礎情報

入院年月日

発症日

現病歴

個人情報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。

●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

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)

「他専門職の補助行為との関係からも特定行為を考えるべき」

チーム医療推進会議 医行為分類経過報告で疑問と批判。認証看護師養成カリキュラムにも疑問の声

6月13日のチーム医療推進会議は、認証看護師等が行なえる特定行為など医行為の分類作業を進める「チーム医療推進のための看護業務検討WG」から、進捗状況の報告を受けた。

医行為の分類は、基となった看護業務実態調査(2010年実施)で取り上げた203項目の仕分け案が完成している。そのうちの、WGでも疑問が噴出した、医行為ではないとされた「E」に臨床検査技師等には診療の補助として認められた行為が多く含まれている件について、報告した事務局(厚労省医政局医事課)は「EについてはWGでも引き続いて検討される。関係学会からも意見を聞くことになっている」と説明した。

これに関連して、薬剤師の委員は「Eに区分された中に処方提案があるが、そこには用法や用量も含まれる。むしろ特定行為に位置づけられてしかるべきでは」という疑問を示した。Eに対す

る疑問は少なからぬ委員から示された。

これに対して、WGの座長でもある有賀委員(昭和大学医学部教授)は「Eというのは、あくまでも看護師の仕事振りについての分類に過ぎない」という解釈を示した。

一方、患者代表の委員は特定行為に区分された行為が多いことを取り上げ、「行為数が増えていくと、2年あるいは8ヶ月の履修期間で間に合うのか」という疑問を呈した。

認証看護師に必須の養成過程は2年間と8ヶ月の2つに分かれている。WGに示されているカリキュラム案によると、前者は「クリティカル領域」と「慢性期領域」とに、限定的な領域の特定行為が想定されている後者は「救急」「皮膚・排泄ケア」「感染管理」の各領域に分かれて履修するが、必要とされる能力には共通部分が多いことから、各コースともカリキュラムは共通部分と独自

部分から構成される。

このカリキュラム案に対しては、「特定行為の範囲やレベルからみて十分な履修が可能なのか」という疑問の声が少なくない。

同日も日本看護系大学協議会会長を務める野嶋委員は「本来は2年かけて専門分野を履修すべきところが共通部分中心の内容とされ、これで91項目にものぼる特定行為をすべて教育するのは難しい」とした上で、「これは専門分野を修めるといよりは、特定行為の

習得に偏した勉強であり、看護大学院の主旨にそぐわない。断固反対する」と述べた。

同委員は「これはPAの教育にほかならない。看護学にもとづいた、専門分野を踏まえた養成カリキュラムとすべき」と主張、カリキュラム案を「便宜主義」と断じた。

このほか、同日の議論では、医行為分類について、歯科衛生士や薬剤師が行なう診療補助業務との関係からも再考すべしなどの意見が示された。



計画停電 通電される1,917施設名を公表

政府は今夏に計画停電が実施された場合にも電力供給が確保される医療機関を決定、厚生労働省は6月25日にそのリストを発表した。万一に備えて計画停電に向けた準備を進めているのは北海道、関西、四国、九州の4電力会社。

それら管内の医療機関のうち、救命救急センター、周産期母子医療センター、災害拠点病院、自治体立病院、地域医療支援病院、国立ハンセン病療養所、国立高度専門医療研究センター、国立病院機構、労災病院、社会保険病院、厚生年金病院、日本赤十字病院、済生会病院、厚生連病院、北社協病院、大学病院、2次救急医療機関等は「計画停電時に

においても通電が行われる」とされた。

このうち、2次救急医療機関等については、「地域によって通電対象範囲は一部異なる」と説明、各電力管内ご

とに通電医療機関の一覧を明らかにした。北海道に関しては輪番制の病院のみが対象となった。

その結果、北海道電力管内は248施

設、以下、関西電力786施設、四国電力228施設、九州電力655施設が通電対象とされた。

厚生労働省は、また、6月22日付事務連絡で計画停電が実施された場合の対応すべき留意点を示し、当該地区の医療機関等に注意を促した。

大飯原発再起動で節電目標を修正

6月22日に開かれた「電力需給に関する検討会合・エネルギー・環境会議合同会合」は、関西電力大飯原発の再起動に伴い、関係する電力会社の今夏の節電目標を修正した。

それによると、3号機がフル稼働に達した7月8日の時点で、2010年比15%

以上とされていた関西電力の目標を10%に引き下げる。関電と九電に電力融通を行なう電力会社に関しても、5%としていた北陸電力と中部電力は各4%に、同様の中国電力は3%にそれぞれ緩和する、と修正された。

一方、大飯原発再稼働の影響を受け

ない四国電力(7%)と九州電力(10%)、北海道電力(7%)の節電目標には変わりはない。

さらに、関西電力、北陸電力、中部電力については、大飯原発の4号機がフル稼働となる7月24日の時点であらためて節電目標を見直すとしている。

上からの一体改革に地域医療と医療現場の声を届ける

第54回全日本病院学会 in 神奈川 一般演題600件を超える。全国の会員病院は「横浜みなとみらい」に集まろう!

全日本病院協会が主催する第54回全日本病院学会(赤枝雄一学会長)が、神奈川県支部の担当で、9月21日、22日に横浜市みなとみらいで開かれる。

テーマは「『地域医療の最前線』～みなとみらいから未来へ～」。

すでに演題の登録は締切っているが、一般演題の数は700件を超え、全日病

学会史上の最高数を記録した。プログラムも企画が固まり、演目と講師もおおむね確定した。

「第54回全日本病院学会 in 神奈川」まで3ヶ月を切った。

財政先行の下で社会保障改革の議論が進んでいる。全国の会員病院は「横浜みなとみらい」に集まり、上からの一体改革に、地域医療そして医療現場の声を届けようではないか。

第54回全日本病院学会 in 神奈川

テーマ 「地域医療の最前線」～みなとみらいから未来へ～
学会長 赤枝雄一(全日本病院協会神奈川支部長)
期日 9月21日(金)～22日(土)
会場 神奈川県横浜市西区みなとみらい パシフィコ横浜

主なプログラム(敬称略。現時点の予定であり今後変更されることがある)

- 9月21日
- 特別講演Ⅰ 日本医師会長
 - 特別講演Ⅱ 厚生労働省
 - 特別講演Ⅲ 国際医療福祉大学教授 高橋 泰
 - 特別講演Ⅳ 産業医科大学医学部教授 松田晋哉
 - 招待講演Ⅰ プロスキーヤー、クラーク記念国際高等学校校長 三浦雄一郎
 - 生きがい～人生の最高峰を目指して～高齢化社会におけるチャレンジと夢～
 - 招待講演Ⅱ 衆議院議員 稲田朋美
 - シンポジウムⅠ 「病院経営における消費税について」(仮)
 - (座長) 全日本病院協会会長 西澤寛俊
 - 日本医師会副会長 今村 聡
 - 日本医療法人協会副会長 伊藤伸一
 - 公認会計士 石井孝宜
 - 全日本病院協会副会長 猪口雄二
- 9月22日
- 招待講演Ⅲ 特定非営利活動法人救急ヘリ病院ネットワーク理事長 國松孝次
 - 「救急医療の将来とドクターヘリ」
 - シンポジウムⅡ 未定
 - 招待講演Ⅳ 未定
 - 招待講演Ⅴ 徳島大学病院病院長 安井夏生 「骨と軟骨の一生」
 - 市民公開講座 未定

■事前参加登録

事前参加登録をオンライン登録にて受け付けています。事前登録は7月20日(金)の締切となります。

■参加費(参加費には抄録集が含まれます)

	全日病会員の皆様		一般・学生の皆様	
	理事長・院長	左記以外の方	一般	学生
事前登録	30,000円	10,000円	12,000円	当日のみ
当日登録	35,000円	12,000円	15,000円	3,000円

* 懇親会参加費 事前登録 3,000円、当日登録 4,000円



▲会場となるパシフィコ横浜

第54回全日本病院学会 in 神奈川
地域医療の最前線
～みなとみらいから未来へ～

http://www.ajha54kanagawa.org/

会期: 2012年9月21日(金)～22日(土)
会場: パシフィコ横浜(横浜市)
学会長: 赤枝 雄一

※ 演題登録の締切期 平成24年8月1日(木)～5月11日(金)
※ 事前参加登録締切期 平成24年8月1日(木)～7月20日(金)
※ 当日参加の受付期間 平成24年8月1日(木)～9月7日(金)

主催: 全日本病院協会 共催: 日本医師会 協賛: 日本医療法人協会 後援: 日本看護系大学協議会

〒101-8449 東京都千代田区猿樂町 1-5-18 千代田ビル
株式会社ICSコンベンションデザイン内
TEL 03-3219-3541 FAX 03-3219-3577
E-mail: ajha54kanagawa@ics-inc.co.jp