



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2013 2/1

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.794 2013/2/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

院内事故調、院外事故調、中央事故調の3層構造を提案

四病協 医療事故調査に対する見解をまとめる。原因究明・再発防止に限定

1月23日に開かれた四病院団体協議会の総合部会、医療安全対策委員会(委員長・神野正博全日病副会長)がまとめた医療事故調査のあり方に対する見解を承認した。今後、医療事故調査の制度設計を検討している厚労省「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」への議論に反映させていく方針だ。(7面に全文を掲載)

「診療に関連した予期しない有害事象(死亡・重大事故)の調査のあり方」と題してまとめられた見解は、診療に関連した予期しない事故(死亡・重症)に、「院内事故調査委員会」「院外事故調査検証委員会(チーム)」「中央事故調査機関」の3層構造で要因分析と再発防止にあたる仕組みを提案している。

当該医療機関が設置する院内事故調は医師会、病院団体、大学等に支援を依頼することができるが、病院が重要と判断した場合は院外事故調査検証委員会に報告、院内事故調の資料に対する分析・評価を得ることができる。

各地方に設置される院外事故調査検証委員会は、医師会、病院団体、大病院等の医療専門職で構成される第三者の組織という位置づけだ。

院外事故調査検証委員会は匿名化した事件事例を中央事故調査機関に報告

し、医療関係者以外の意見も加えて再発防止に重点をおいた報告書を作成、広く注意を喚起する役割を担う。四病協の見解は、この調査機関として「日本医療機能評価機構等を発展的に活用する」ことを提案している。

また、院内事故調が収集・作成した資料と報告書は「WHOガイドラインに基づき、当事者に不利となる使われ方をすべきではない」という考え方を表明している。

さらに、医師法21条にも言及、前出厚労省検討部会(10月26日)で医政局の田原医事課長が表明した見解を踏まえ、「その立法の精神に戻り、拡大解釈しないものとする」という立場を表明した。

四病協の見解は、事故調査へのあるべき対応を原因究明と再発防止に限定してまとめたもので、「医療外紛争処理や補償制度はこの制度とは別枠で検



▲医療事故調査の関する見解をまとめた1月9日の四病協医療安全対策委員会

討すべき」であるとしている。

医療事故調査のあり方については、全国病院の6割近くが参加している四病協に続いて、11病院団体が参加している日本病院団体協議会でも「診療行為に関連した死因究明制度等に係るワ

ーキンググループ」(座長・神野正博全日病副会長)で検討が進んでいる。

厚労省における医療事故調査制度設計の議論は終盤を迎えているが、病院団体総意の意見は、議論の方向性に大きな影響を及ぼすものとみられる。

■四病協医療安全対策委員会 神野正博委員長(全日病副会長)の談話

この「あり方」はもっぱら原因分析と再発防止を論じているが、紛争処理やADRなどのRisk Managementには触れていない。あくまでも、医療者のProfessional Autonomyとして自らのなすべき行動を規定したものである。そういった意味では、事故調査

の1階部分と言えるかもしれない。考え方が微妙に異なる各団体の代表が、ある時は持論を展開し、ある時は持論を控え、譲り合いながら、四病協としての見解をまとめるために力を合わせていただいた。その意義は大きなものがあると思っている。

厚労省 がん拠点病院制度に“準拠点病院”導入を提案

がん診療提供体制あり方検討会 拠点病院と一体に病院群で指定。中小病院も参加の可能性。神野副会長の提案が反映

がん診療連携拠点病院制度(拠点病院)の見直しに向けた検討を行なう「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の1月25日の会合に、厚生労働省は、地域がん診療連携拠点病院(地域拠点病院)と近在する協力病院からなる病院群単位を指定する方法を新たに採用、医療機関を個別に指定してきた現行方式と併用する考え方を提案した。

重装備病院を対象とした点の整備に“中装備”の病院を含む集団指定を併用することで、拠点病院の空白圏解消に努めるとともに、線から面への展開を目指すというもの。

拠点病院の指定要件を緩めた協力病院を圏域に確保し、その連携によって地域の実情に応じた、医療圏で完結したがん診療提供体制の構築につなげるのが目的。協力病院として、①準がん診療連携拠点病院(仮称)、②特定領域で高度な診療機能をもつ医療機関の2とおりを予定している。

原則として2次医療圏に1ヵ所の整備をめざしてきた地域がん診療連携拠点病院は、現在も113の医療圏で指定され

ていない。空白圏の解消につなげることが先行課題となるが、都市部など、拠点病院をもつ医療圏においても病院群単位の指定を考えていく方向だ。

構想によると、国が指定する拠点病院の全体像は、(1)都道府県がん診療連携拠点病院(県内拠点病院のまとめ役として各都道府県に1つ設置=都道府県拠点病院)、(2)地域がん診療連携拠点病院(2次医療圏における連携拠点となる=地域拠点病院)、(3)準がん診療連携拠点病院(準拠点病院)の3層構造でがん診療機能を強化、在宅にいたる地域現場に行き届いた情報とケアの体制を確保していくことになる。

事務局(健康局がん対策・健康増進課)は準拠点病院の要件イメージを例示、論点とした。

具体的には、①緩和ケア、②外来化学療法、③胃・大腸・乳がんなど高度な技術を要さない手術、④拠点病院・在宅との連携、⑤相談支援、⑥がん登録等を機能としてあげる一方、⑦放射線治療、研修開催、診療実績、セカンドオピニオンの提供等は現行要件より緩

和する、⑧拠点病院との具体的な連携のあり方は都道府県の調整に委ねる、としている。

事務局は、また、拠点病院の制度設計に、指定要件以外に、各機能の自律的な展開を促すPDCAサイクルを導入する方向を明らかにした。拠点病院間の格差解消が狙いで、計画策定と評価、各種情報の開示・提供、国・都道府県・都道府県拠点病院等による視察などが検討課題となる。

準拠点病院制度の導入は、前回、同検討会の初会合(12月14日)で、神野正博構成員(全日病副会長)によって提案された。神野構成員の提案は、特定機能病院や公的病院中心の拠点病院制度に、専門病院を含む急性期の中小民間病院の役割を位置づけようというもの。

神野構成員以外にも、複数の構成員から、指定要件を満たしていないものの、がん診療の機能を持つ医療機関をネットワーク化していく必要が提起されるなど、形骸化している現行制度への疑問は構成員の共通認識となっていた。



▲がん診療提供体制あり方検討会に臨む神野副会長(右から3人目)

同日の検討会は、一部から、「病院のランク付けによって格差拡大につながる」ことへの懸念が示されたが、既存病院の診療機能をネットワーク化するという考え方に異論はなく、検討会は厚労省の提案を支持した。

その一方、「準がん診療連携拠点病院」の名称が分かりにくいという指摘や“準”という表現に対する疑問が相次いだ。これは今後検討の対象となる。

また、連携パスの標準化、コーディネーターの配置、広域指定の必要、拠点病院の「2次医療圏1ヵ所」指定の見直しといった意見も出た。今後、順次議論の俎上へのぼるものとみられる。

事務局は4月以降にワーキングチームを付設して病院群指定枠組みの具体案を検討、検討会としては2013年度内に制度設計を終え、局長通知を改正し、14年度に施行させたいとしている。

特定行為を29項目にまで狭めた再修正案を了承

チーム医療推進のための看護業務検討WG 指定研修でも厚労省が修正案。看護師の勤務と両立が可能に

指定された研修を修了した看護師は包括指示の下で特定行為が実施できるという制度の導入を目指す厚生労働省は、1月18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、特定行為の対象を29項目に減らす再修正案を示し、了承を得た。

厚生労働省は、また、指定研修に関

する具体案を提示。その中で、それまでの2年もしくは8ヵ月というコース制に代えて、一定範囲の特定行為群ごとに履修プログラムを作成、プログラムごとに単位を与え、修了した特定行為群について包括指示下の実施を認めるという新たな考え方を提案した。

また、講義の部分はeラーニングで

も履修可能とし、さらに、実習部分についても指定研修機関の実習先となる自院もしくは近在の医療機関で修めることができる、柔軟な方式を提案した。

指定研修の具体案は引き続き細部の検討が行なわれるが、WGの大勢は特定行為指定研修の修正案に好感を示しており、これをベースに最終案が固ま

る公算が強い。

WGの構成員である神野正博恵寿総合病院理事長(全日病副会長)は再修正案に基本的に賛成し、この方向でのとりまとめに期待感を表わした。

事務局(厚生労働省医政局看護課)は、同日のWGで了承を得た特定行為案および議論が行なわれた指定研修の考え方を1月30日のチーム医療推進会議に報告、制度枠組の法制化に向け、親会議における議論進捗を促すとしている。(5面に詳細を掲載)

「清話抄」は3面に掲載しました。

主張

我々はTPPについて検討しなければならない

3年強の民主党政権と、昨年末の衆院選挙で全日病も組織として学ぶべきことが沢山あったと思います。その1つは、明確な綱領・理念を共有していない組織は、一つの目的が達成されると、その後生じる諸問題に丸となって対応、処理することができないという点、そして、多様な党員を抱えている為、外交問題を国内問題と同時並行的に議論し、処理することができなかった点でしょうか。

全日病は、綱領・理念の共有については、さほど問題はありませんが、

内政と外交という問題は、医療制度及び診療報酬改正等の問題と、医療以外の国内の様々な問題に置き換えることができると思います。

例えば、TPPについてですが、某医療団体は声高に反対表明しています。今の日本の医療が守れなくなる可能性をその理由としており、農業団体の「日本の農業の崩壊」と軌を一にしています。TPPに参加せずに医療と農業が現状維持できれば本当に日本の国が良くなるのかどうか、そして、日本が経済的にも外交的に

も誇れる国になるのかどうかは、きちんと議論した方が良いと思います。国全体が弱体化して沈んでしまえば医療も農業もないと考えるのが普通ではないでしょうか。

1902年に日英同盟が締結され、日本はその為に良質な石炭の供給が受けられなかったバルチック艦隊を日本海で撃破し、日露戦争に勝ちましたが、1923年に米国の思惑から正式に破棄されてしまい、その32年後に敗戦と進んだのは周知の通りです。説明不足で短絡的と思われるかも知

れませんが、その他の史実から見ても、米英との同盟関係は、しっかりと維持すべきものと認識されます。

野田前首相が最後に善政をしたと評価できることが3つあります。衆院解散と消費増税とTPP参加表明がそれです。

全日病は直接的に医療に関わらない問題以外には、口をつぐんできましたが、いつまでもTPPについて無言でいるのが得策とは思えません。是非、議論を踏まえて、見解をまとめるべきと思います。(O)

安倍首相「社会保障・税一体改革を継続していく」

経済財政諮問会議と規制改革会議を再開。行政刷新会議は廃止

2012年末の衆議院選挙で圧勝した自民・公明両党は連立政権樹立で合意、12月26日の特別国会で安倍晋三自民党総裁を首相に選出、同日に第2次安倍内閣を発足させた。

就任後の記者会見で安倍首相は自らを「危機突破内閣」と命名、外交・安全保障、教育、暮らしの4つの「危機」を突破する政権と位置づけ、とくに、経済の再生に全力を傾ける決意を表明した。社会保障については「3党合意にもとづいて社会保障・税一体改革を継続していく」と述べた。

安倍首相は休止状態にあった経済財政諮問会議の再開を決めるとともに、同日の初閣議で日本経済再生本部の設置と民主党政権が設置した行政刷新会議等の廃止を決定した。

ろんである。聖域はない」と答えた。

安倍首相は、また、1月18日の閣議で規制改革会議の復活を決め、1月24日に初会合を開いた。同会議は民間の有識者15人からなり、6月までのとりまとめをめざす。

安倍政権は1月15日の臨時閣議で12年度補正予算を決定した。補正予算には「地域医療再生基金や病院の耐震化等で1,000億円」(田村厚労大臣)が盛り込まれた。

厚生労働省は、安倍首相の指示に従

い、12年度補正予算と一体にした「15ヵ月予算」の考え方からなる13年度予算の概算要求入れ替え案をまとめ、1月9日の自民党厚生労働部に提示した。その結果、厚労省の13年度予算要求は、当初予算(12ヵ月ベース)としては昨9月の概算要求より約1,000億円圧縮された。

経済財政諮問会議は1月24日の会合で「13年度予算編成の基本方針」を答申。政府は直後の閣議で同方針を決定した。予算案は1月29日に閣議決定された。

厚生労働大臣に田村憲久氏が就任

第2次安倍内閣の誕生によって、厚生労働大臣に田村憲久氏(自民党衆議院議員・三重4区選出当選6回)が就任した。第2次小泉内閣のときに厚生労働政務官を務めたほか、衆議院厚生労働

委員長を歴任するなど、厚生労働行政に精通している。

安倍内閣は12月27日の臨時閣議で副大臣・政務官の人事を決めた。厚生労働副大臣には秋葉賢也氏(自民党衆議

院議員)と榊屋敬悟氏(公明党衆議院議員)を起用。厚生労働大臣政務官にはとかしきなおみ衆議院議員と丸川珠代参議院議員(いずれも自民)が就いた。

榊屋議員は、かつての森内閣で厚生総括政務次官(=筆頭政務次官)に、小泉内閣では初代の厚生労働副大臣に任命されている。

13年度税制改正 消費税は課税のあり方を含む検討を継続

自民、公明の両党(与党税制協議会)は1月24日に2013年度の与党税制改正大綱を決めた。消費税増税にともなう軽減税率は15年10月(10%引き上げ)導入を目指し、「14年度与党税制改正決定時までに結論を得る」とされた。

医療にかかわる消費税制は、「消費税率が10%に引き上げられることが予定さ

れる中、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ適切な措置を講ずることができるよう、医療保険制度における手当のあり方の検討等と併せて、医療関係者、保険者等の意見も踏まえ、総合的に検討し、結論を得る」と、課税のあり方を含む議論を引き

続き行なう方向性を明記している。

一方、事業税の非課税措置と医療法人に対する軽減税率は「税負担の公平性を図る観点や、地域医療の確保を図る観点から、そのあり方について検討する」とされ、現行どおりとなった。

政府は2月中旬に税制改正関連法案を国会に提出する。

介護保険「2025年地域包括ケアに向けて第2次改革を実施」

介護保険部会が再開 国民会議が夏に改革の大枠。具体的議論を並行、年末に改正法

1月21日に開かれた社会保障審議会介護保険部会で、原勝則老健局長は「2025年に地域包括ケアシステムを実現しなければならない。12年度の介護保険法改正は、それに向けた第1次の改革である。引き続き第2次の改革を行なわなければならない」と挨拶した。

介護保険制度が直面する最大の問題は介護保険料の水準だ。12年度からの第5期介護保険事業計画における介護保険料は全国平均4,972円(月額)と5,000円台こそ回避できたが、「制度改革後の25年の介護保険料は(12年度の賃金水準に換算した値として)8,200円ほどになる」と厚労省は予測する。

消費税率の引き上げもあり、介護給付費の伸び抑制したがって給付の重点化と介護費用負担のあり方の見直しが避けられない状況だ。

第6期介護保険事業計画が始まるのは次期介護報酬改定が実施される15年度。したがって、制度改正法案は14年の通常国会で成立させなければならない。

それに備えて、国民会議設置期限の今年8月以降政府の手でまとめられる制度改正骨子案を年末までに法案化するために、多岐のテーマにわたる部会審議を効率的に運ばなければならない。

しかし、給付と負担をめぐってはこれまで意見が分かれる論点が少なく

「介護療養型廃止6年延期」への対応も課題の1つ

事務局(厚労省老健局総務課)が部会に提示した介護保険制度改革の基本的テーマは、(1)地域包括ケアシステムの構築/介護提供体制の充実、認知症への対応、マンパワーの増強、(2)介護保険制度の持続可能性の確保/介護給付の重点化・効率化、負担公平性の観点に立った制度の見直し、というもの。

「介護提供体制充実化」の要の1つは「介護と医療の連携強化」であるが、他方で、「給付の重点化・効率化」の「介護施設の重点化(在宅への移行)」に記されている「介護療養型医療施設廃止の6年延期」への対応をどうするかという問題がある。

同日の部会で、結城康博委員(淑徳大学准教授)は「廃止ということではいいのか。患者の受け皿がない中、現存病床は廃止時期を見直してもよいのではないか」と論じた。

「認知症への対応」については、13年度からの5年間を対象に厚労省が策定した「認知症施策推進5ヵ年計画」にそ

なく、各論になるほど意見集約に難儀することも考えられる。

「介護療養型廃止6年延期」への対応も課題の1つ

って具体的施策を実施していくというのが事務局の認識だ。「5ヵ年計画」には認知症患者の一般病院における対応の必要も提起されているなど、介護と医療連携のテーマと重なっている。

1,202の保険者が地域ケア会議。内容確保には至らず

この日の部会で、事務局は、地域ケア会議が全国1,202の保険者(市町村等)で開かれているが(12年6月現在)、「主催者や会議内容、構成メンバー等は様々で、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない」と報告した。

地域ケア会議は以前から開かれてきた。しかし、25年までに地域包括ケア体制を整える方針が示されたことから、厚労省は、サービス担当者会議からあがる在宅支援困難事例を取り上げて支援策を話し合いながら地域支援ネットワークにつなげていく「地域ケア個別会議」と、そうした地域課題を介護保険事業計画等に反映させる「地域ケア推

「マンパワーの増強」に関しては、前改定で導入された処遇改善加算を廃止するという厚労省方針が大きな論点。同日の部会でも、少なからぬ委員が処遇改善措置の必要性を、さらには介護職員以外への適用を訴えた。事務局資料は「必要な財源を確保し介護職員の更なる改善に取り組む」としているが、介護保険料への影響を抑えるという課題があり、議論の行方は予断を許さない。

そのほか、軽度者(要介護1・2)の施設利用への対応、予防給付の内容・方法の見直し、在宅移行と介護施設の重点化など、提供体制とともに給付にかかわる課題が山積している。

進会議」を、12年度から本格的に開くよう保険者に要請した。

個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は地域包括支援センターが市町村内の圏域単位で、一方、地域づくりや政策形成につなげる「地域ケア推進会議」は保険者が市町村レベルで開催する。

2/3を超える保険者で開かれるにいたったが、関係全職種が一堂に会して個別事例の支援体制を話し合う場面が見られるにはもう少し時間がかかるというのが朝川振興課長の説明だ。

「地域ケア会議に医師がどのくらい参加しているか」という質問に、朝川振興課長は「調べてみたい」と答えた。

新専門医研修開始を2015年度から17年度へ延期

専門医の在り方に関する検討会 第3者機関の13年度設立へ、3月に最終報告



厚生労働省は、1月18日の「専門医の在り方に関する検討会」に第3者機関が運営する専門医制度のスケジュール見直しを示した。新制度の専門医研修開始を昨年7月に提示した2015年度から修正、17年度へと2年延期した。

2年先送りした理由は「養成プログラム等の準備にかなり時間がかかる」(事務局=厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室)というのが表向き理由。実際、当初案どおり2012年度内に新制度の大枠設計を終え、予定どおり13年度に第3者機関を設立したとしても、基本領域のあり方中心に議論してきた検討会での議論では制度設計の細部が多く積み残しとなるのが現実であり、プログラムを初めとする制度と運用の具体的な仕組みはほとんど第3者機関に委ねざるを得ないのが事実。

しかし、2年先送りの背景には、当初案で13年度からの初期研修医とされた新たな専門医研修の対象(1期生)を15年度開始の研修医とする、スケジュール上の調整がある。15年度からは、現在検討が進んでいる医師臨床研修制度見直しが施行される。つまり、見直し後の研修医をもって専門医研修を始めるということになる。

前出のスケジュール見直しには「研修期間は各領域の実情に応じて別途定めることとしてはどうか。(※)」という注釈が明記され、欄外には「(※)各領域の実情に応じて、臨床研修(2年間)についても加味することが可能としてはどうか」と記されている。

「加味する」というのは、3~4年間が想定されている専門医研修のプログラムに、初期研修のプログラムを反映させ、一部免除すなわち期間短縮を認めてはどうかという専門医検討会の有力な意見を反映させたものだ。

この考え方を進めていくと、専門医研修は初期2年と一体の5年制になっていくが、専門医志向に満ちたこの考え方は、今後、臨床研修部会における医師臨床研修制度見直し議論に影響する可能性もある(この問題をめぐる議論は「12月26日の議論」を参照)。

スケジュール案に関連して、新制度における資格認定に先立って、既存専門医の新制度への移行に着手すべきか否かについて議論されたが、「新たな専門医研修を指導する医師は新たな基準の専門医でなければならない。移行を先行させるべき」とする意見と「新

たな制度は更新認定で資格喪失も想定している。安易な移行措置を設けるべきではない」という意見が対立。スケジュール案で「移行措置を先行させる」とした事務局の考え方は合意にいたらなかった。

同日の議論はサブスペシャリティ領域設定の考え方に多くの時間を割いた。

当直等における救急と外科系あるいは外科系とリハの診療共助を例にあげて資格の複数認定を求める意見を「それは基本領域とサブスペシャリティの設計の問題ではないか」と退けるやりとりが構成員の間であったが、基本領域とサブスペシャリティとの間には複雑な

組み合わせが生じる可能性もあり、サブスペシャリティは新たな制度から切り離し、第3者機関は基本領域の専門医認定に限るべきとの意見も聞かれた。

また、疾患名や症状名を冠した専門医あるいはインターベンションや内視鏡など特殊な領域・技能の専門医の可否についても検討したが、新制度として「専門医の質担保という点からも乱立は好ましくない」と否定され、個別学会の認定といった別制度に位置づけ

る考え方が支持された。次回2月の検討会には最終報告の素案が提出される。3月まで残り2回の議論となったため、専門医制度の設計案は基本領域の枠組み中心となり、サブスペシャリティ領域の組み立てなど細部はおおまかな方向性の提示にとどまる見通しだ。

「総合診療医」で合意。臓器別専門医対象の研修には別プログラムを用意

■12月26日の議論

総合的な診療能力を有する医師を基本領域の19番目に位置づけることをあらためて確認。その名称を「総合診療医」とすることで一致した。この呼称について、小森構成員(日医常任理事)は「かかりつけ医とは患者との関係で使うもの。総合診療医が適切。今後、総合医という言い方はやめたい」と歓迎した。

ただし、標榜する際に「総合診療専門医」とするか、標榜科として認めることを視野に「総合診療科専門医」とするかについては、前者を支持する声が多数を占めたものの、意見が分かれた。

池田構成員(日本専門医制評価・認定機構理事長)は、認定機構で検討してきた総合診療医の概要を、①研修として3年程を考えている、②13年度に設置予定の第3者機関で専門医養成プログラムの作成基準や研修施設の認定基準などを定める(プログラム案は関連学会が作成する)、③2年の臨床研修を終えた医師が対象だが、臓器別の専門医が総合診療医を目指す養成プログラムを別途用意するなど説明。詳細は、次回年明けの会合で明らかにするとした。

③との関連で、2つ以上の専門医資格(ダブルボード)を認めるかという論点があるが、制度として禁止することはしないものの、「診療実績を重視する更新基準によって事実上困難になる」という見方が検討会の大勢だ。

「現在の総合内科専門医とどう違うのか」「総合診療医は何をするのか、

総合診療医でないとできないことは何か」など、総合診療医の概念をめぐって構成員から多々疑問が示されたが、総合診療医の医師像や既存基本領域との関係は今後の議論にもち越された。

同日は、臨床研修と専門医研修のプログラムの関係性についても議論された。両研修のプログラムを連動させるという考え方の背景には、卒前教育と両研修の充実によって養成期間を短縮し、いち早くサブスペシャリティの養成に移行すべしという意図がある。

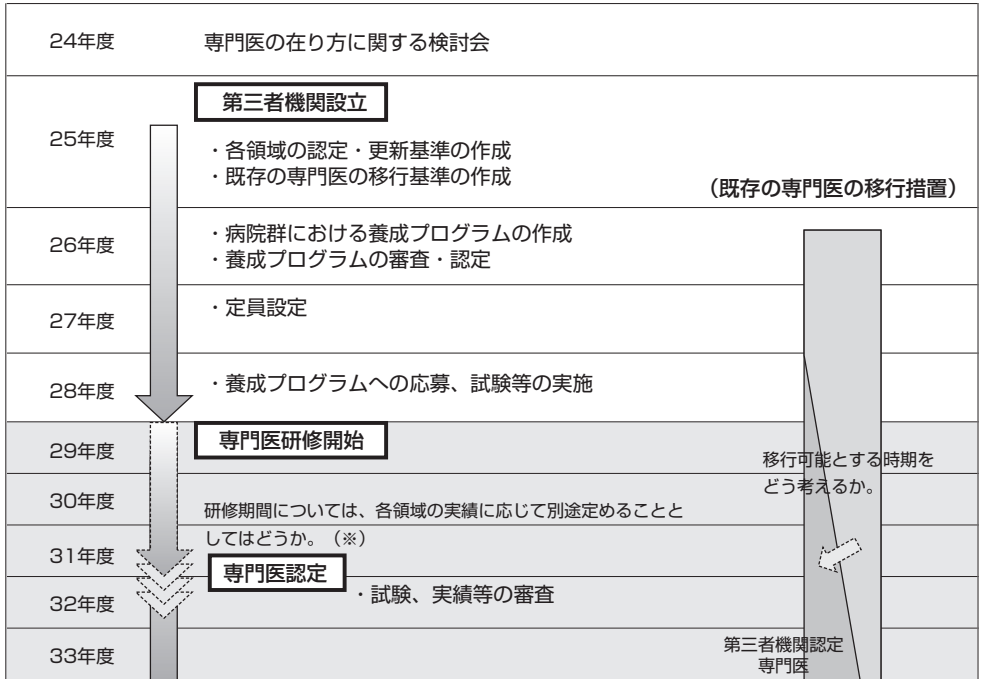
同日の議論では、「臨床研修プログラムに専門医の視点が入るのは本来目的

に反する」という反対意見が出る一方、「外科学会では臨床研修2年の経験も加味して専門医を養成している」という現状も紹介されるなど、意見が分かれた。

四病協に所属する今明秀構成員(八戸市立市民病院副院長)は、「専門医研修に臨床研修を加味させる」考え方に強く反対した。

昨年8月の「中間まとめ」で「引き続き議論が必要」とされた項目は、同日の議論で一巡した。事務局は、年明けの会合から2013年3月の最終報告書の取りまとめに向けた詰め議論に入る旨表明した。

■新たな専門医の仕組みに関する全体スケジュール(たたき台)



(※)各領域の実績に応じて、臨床研修(2年間)についても加味することが可能かどうか。

医療保険部会が13年度医療保険改正の議論を整理

概ね両論併記。高額療養費の年間負担上限導入には否定的

1月9日の社会保障審議会医療保険部会は、2013年度予算編成にかかわる医療保険制度上の課題に対する審議結果をまとめた。

協会けんぽの財政対策に関しては、「2013、14年度の2年間、現行措置(国庫

補助率16.4%、支援金の1/3を総報酬割)の延長はやむを得ない」という意見と「現行の措置を延長する必要はないとの意見もあった」の両論を併記した。

高齢者医療制度の支援金負担にかかわる総報酬割の導入についても、付帯

条件つきを含む賛否両論を併記した。

70~74歳の患者負担については、「早急に法律上の2割負担に戻すべきとの意見が多かった」としつつ、「一方で、現行の措置を維持すべきとの意見もあった」と整理した。

前者については、23年度予算編成における対応として、「新たに70歳以上となる者から3割負担を2割負担とする」と「直ちに70歳から74歳を一律2割負担にする」の2案が出たことを紹介した。

高額療養費制度に関しては、「その改善必要性については異論がなかった」としつつ、「年間での負担上限の導入については慎重な意見が多かった」とまとめた。

清話抄

ある病院の理事の方とお話している際、「受付・医事課の外注を止めようかな」というお話を伺った。すべてを自院スタッフに替え、受付の雰囲気一新したいとのことであった。

何度もその病院にお伺いしたことはあるが、確かにこちらが受付のスタッ

フに話しかけるまで、挨拶の声を聞かれたことはなかったし、あまり笑顔が見られることもなかった。

例えば、高級ホテルの受付が外注というのは聞いたことがないし、病院運営において、外注することでどのようなメリットがあるのか、しっかり議論されずに外注が決まっていることが多い気がする。栄養科の外注などもその一例だろう。確かに管理や人材確保は楽になるのだが…。

以前、別の病院を訪問した際、約束より30分以上早く到着した筆者をたまたま受付の人が見つけ、まったく面識もないのに、「〇時にお約束の××様ではないでしょうか。お約束頂いている△△は〇時まで会議に入っております。それまで応接室でお待ち頂けますでしょうか。」と声をかけられ、応接室に通されたことがあった。

まさに、スタッフ教育の賜物だな、と思った。こちらが早めに受付を済ま

せたのならば驚かないが、受付の椅子に座って、ただ、ぼーっと待っていただけなのである。ここまでの気配りを求めるのであれば、自前でしっかりとスタッフ教育を施していくより他、手立てはないのかもしれない。

尊敬する病院経営者の方が今年のスローガンに選ばれた言葉は、「感動は細部に宿る」であった。「細部」への気配りが人の印象を分けることになるのだろう。(井)

医療機能の大きな括りで合意。「患者の流れ」把握も大筋一致

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会

病棟機能にどこまで踏み込むかで意見様々。報告事項等の具体的検討に至らず

病床機能報告制度について制度設計の検討を進めている「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」は1月11日の会合で大きな論点に関する議論が一巡した。

報告対象となる医療機能の大きな括

りについては前回(12月13日)の議論で大筋合意に達し、この日は、①機能区分を判断する基準と機能ごとの報告事項、②病床機能情報の提供方法や公表方法を中心に検討した。

しかし、活発な意見が交わされる一

方で、多岐にわたる論点が同時多発的に取り上げられるなど、自由討議の趣きで進み、論点ごとの具体的な検討にはいたらなかった。その中で、「患者の流れ」も報告対象とする点が概ね合意された。

遠藤座長(学習院大学教授)は、構成員に医療機能ごとの報告項目等の具体案提出を要請、各構成員が自らの意見整理を行なうことを提案した。

病床機能情報報告制度をめぐる12月13日と1月11日の議論概要を紹介する。

医療機能の「今後の方向」も報告対象。14年度に報告開始

12月13日の議論から

【論点】

各医療機関が選択して報告する医療機能について、事務局(厚労省医政局総務課)は以下の論点を提示した。

1. 医療機能の具体的な内容について

(1) 各医療機能において、対象とする主たる患者像や求められる医療の内容は何か。

【具体的論点】

・報告を求める医療機能は、まずは「急性期」「亜急性期」「回復期」(それぞれ仮称)のように、病期や診療密度別に大きく区分してはどうか。

・その病棟に入院する様々な患者像の実態も含めて報告することが適当ではないか。

(2) 医療機関がどの医療機能を選択して報告すればよいかの判断基準をどのようにすべきか。

【具体的論点】

・医療機関が適切な選択を行なうとともに各都道府県が地域医療ビジョンを策定するために正しい情報を集めるために、明確で分かりやすい判断基準とすることが必要ではないか。

・その場合の具体的な判断基準をどのように設定すべきか。

(3) その他報告すべき医療機能として位置づけるべきものがあるか。

(例) 地域一般、障害者・特殊疾患 等

【具体的論点】

・地域的には、一つの病棟で複数の医療機能を持つことが必要な場合があり、こうした病棟の位置づけも必要ではないか。

・報告制度における療養病床の取り扱いをどう考えるか。療養病床に限らず、病期が長期化している患者がいる現状について、機能分化の観点から、どう考えるか。

・「障害者・特殊疾患」の医療機能は急性期、亜急性期、回復期と別に位置づけることでよいか。その他、位置づけるべきものがあるか。

【主な議論】

12月13日は主に「医療機能の具体的な内容」を議論したが、とくに、「医療機能の区分」について、活発な意見が交わされた。

その中で「亜急性期の機能が分りにくい」という疑問が示された。構成員である西澤会長は「亜急性期という名称が分りにくいという点はある」とした上で、後日、全日病が提唱している地域一般病棟について実態を報告する旨を明らかにした。

論点には、一体改革の2025年試算の中に提起されている「地域密着」あるいは「地域一般」病床と同種の機能が提起されている。

これについて、西澤会長は、「一体改革における“地域一般”は高度急性期か

ら慢性期までの、一般病床を超えた機能を包摂するもの。我々がいう、中小病院を想定した一般病床枠内の地域一般病棟とは異なる概念であり、その違いに留意してほしい」と説明した。

「地域的には」とされた「複数の医療機能を持つ病棟」について、少なからぬ構成員が「この機能は都会でも必要。地方に限定すべきではない」と指摘した。吉岡総務課長は「地域」の範囲をめぐる議論の必要を認めた。

報告対象となる医療機能に関しては、急性期、亜急性期、回復期とともに療養病床、障害者・特殊疾患、「一部地域における複数機能の病棟」も対象とすることで基本的に一致した。事務局は一般病床に入院する長期療養患者も報告対象とする案を示したが、構成員からは特段の異論は出なかった。この長期療養患者について、吉岡課長は「疾患ごとにみる必要がある」という認識を示した。

これらの機能については、その分りやすい名称も粗上げを確認した。医療機能にとどまらず、入院や退院経路についても報告を求め、連携状況を把握すべきとの意見も示された。

また、「現状だけでなく、医療機能の今後の方向性も併せて報告してもらってはどうか」という提案も示され、検討会は概ね賛成した。この意見に対

して、吉岡課長は「そうすることによって、報告制度を2014年度から開始する意義が生まれる」という認識を示した。

厚労省は当初、報告制度を18年度以降の次々期医療計画につなげる方針であった。しかし、報告の内容は現状に過ぎないため、各医療機関における対応は、報告後に策定される地域医療ビジョンや医療計画を読み込んだ後に始まるというように、後手後手に回る。

しかし、報告に医療機関における機能選択の展望を組み込み、それを公表することによって、各医療機関はビジョンや医療計画を待つことなく、地域における医療機能の分布見通しを知り、分化・連携の対応を前倒して行なうことができる。

吉岡課長の発言は、報告制度が医療機関の自律的な対応につながることを期待を寄せるものでもあった。

医療機能を区分する判断基準について、医療系の構成員は、看護基準や平均在院日数など既存の指標をもって急性期の病棟とみなす考えの誤りを説き、「医療資源の投入量や患者像で判断すべき」という見解を表明した。

これに対して、保険者等の構成員は「看護基準がすべてではないということは分かるが、しかし、看護基準が不要とする考え方には賛成できない」と反論、並行をたどった。

病棟ごと医療機能の報告内容で多様な意見 1月11日の議論から

前回の議論について、事務局は以下のように整理した。

1. 医療機能の具体的な内容について

(1) 報告対象とする医療機能

まずは「急性期機能」「亜急性期機能」「回復期機能」と大きく分類すること、「現状」の把握とともに「今後の方向」についても報告することで合意。各機能の名称や内容等詳細な部分についてはさらに議論が必要。

(2) 医療機能の判断基準

医療機能の判断基準は患者と医療提供者の双方に明確で分かりやすいものとする事で合意。「急性期」「亜急性期」「回復期」それぞれの判断基準はさらに議論が必要。

(3) その他報告対象に位置づけるべきもの

・地域的に必要な場合がある「複数の医療機能を持つ病棟」も報告対象に位置づけることで合意。その場合に、地域性及び地域性以外の要件をどのように考えるかという論点が残された。また、療養病床も報告制度の対象とすること、「障害者・特殊疾患」は急性期、亜急性期、回復期と別に位置づけることで合意した。

2. 医療機能毎の報告事項について

【具体的論点】

・医療機関に追加的な負担が生じないためにどのような報告内容や報告方法とするか。

・急性期、亜急性期、回復期、障害者・特殊疾患、長期療養各機能の報告事項。・他医療機関との連携に関する情報も

把握していく必要があるが、報告すべき情報は何か。

3. 病床機能情報の提供について

【具体的論点】

・報告事項から医療機関はどのような情報をどのような形で患者や住民に提供すべきか。

・医療機関から受けた情報を都道府県は患者や住民にどう公表していくべきか。また、医療機関が他の医療機関と連携を図る観点からは、どのように公表していくことが適当か。

【主な議論】

1月11日の議論で、西澤会長は「回復期」の名称を取り上げ、「回復期」という呼称では亜急性期と一体のように思われる。リハが主体であるので回復期リハとすべきではないか」と指摘した。この意見に、少なからぬ構成員から同感の声があがった。

この日、もっぱら議論されたのは、1つには、医療機能についてどこまで踏み込んだ報告にするのかという点。もう1つは、入退院する患者の流れも報告対象とすべきかという点である。

この報告制度の前提は「病棟単位」の医療機能である。しかし、従来の考え方では、病棟ベースで医療機能を把握することは難しい。各調査でもデータが病棟単位で集計されることはない。それは、病棟を分けるものが診療報酬の入院料や看護配置という箱の基準しかないからだ。

たとえば、急性期(一般病棟入院基本料)には病期や重症度等が異なる患



者が混在しているだけでなく、一部には長期療養の患者もいる。しかし、これまでの基準では、機能を一般病棟=病院という括りでしか表わせなかった。

こうした現状に疑問を唱える立場からは、たとえ同質の患者像をもつ病棟であっても「厳密に各病棟ごとの報告とすべき」「院内転棟の実態も明らかにすべき」と、詳細にわたる報告を求める声があがった。

これに対して、他の構成員からは、「個別病棟ごとでは報告する病院の負担が大きい」「患者が知りたいのは、結局は、病院単位の情報ではないか」「報告は医療機能の概要をザックリ示すものでいい」といった異論が示された。他方で、「明らかに機能が同じ病棟についてはまとまった報告でかまわない」とする意見も出た。

この議論に関連して、西澤会長は「1つの病気をみても、発症から維持期にいたるまでに多様な医療機能を享受する。したがって、院内・院外を含め、地域の中で患者がどのように医療を受けているかを知ることが重要。その上で急性期の実態を知ることができると論じた。

同じ機能の病棟は同一の報告でかまわないが、機能と患者像に関する報告

は、実態を正確に捕捉するに足る内容であるべきという立場である。

新たな報告制度は、必要に応じて医療機関が具備してきた病棟の機能と患者の実態を明らかにする機会であり、そのデータが実態と乖離しない地域医療ビジョンを担保、そのプロセスが医療機関による自立的な機能分化と連携に役立つという認識である。

この考え方によると、患者の流れしたがって医療連携の把握もきわめて重要な課題となる。この、「患者の流れ(医療連携の実態)も報告対象とする」という点については、一部に「病院に負担をかけたくない」という慎重な意見があがったが、概ね一致した。

機能情報の提供方法については、松田構成員(産業医科大学教授)が、臨床指標にもとづくプロセスやアウトカムデータをWebで公開して病院選択に供している米国メディケアなど、国内外の機能情報提供の先事例を紹介した以外、具体的な議論は生じなかった。

1月11日の検討会は患者の流れを含む医療機能を分かりやすく報告するという大枠では合意したものの、どのような基準で機能を分けるか、どのような報告内容にするかなど、多くの論点が生じた。今後の議論に持ち越された。

修正に次ぐ修正で、特定行為は当初案の1/3に

チーム医療推進のための看護業務検討WG 指定研修は特定行為群ごとに履修。自院実習やeラーニングも可能



1月18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」は、事務局(厚労省医政局看護課)が提示した特定行為を29項目とする再修正案を了承した。事務局は指定研修に関しても当初案を修正、勤務のかたわら受講可能な案を提案した。(1面を参照)

看護師が実施する特定行為に位置づける項目案は、昨年9月の意見募集では96項目とされた。それが、前回のWG(12月6日)で45項目へと整理され、さらに今回29項目と、当初案の1/3にまで範囲が狭められた。

事務局によると、特定行為の数を縮減した根拠は、対象範囲を、その実施プロセスでプロトコルにもとづいた患者の病態確認が不可欠とされるものに絞った上、診療補助行為の中から医師以外が実施できる医行為として看護師に合法性を付与する上で、他専門職と重なる行為を排除する必要があること、などに求められる。

いずれにしても、特定行為案が当初案の1/3以下に縮減された結果、医療現場で安全を確保した上で行われてきた看護業務の多くが、今後、省令・通知の改正がない限り、現行どおりの環境で実施していきける展望が強まった。

注目すべきは、特定行為を包括的指示の下で実施できる看護師が修了を義務づけられる研修の枠組みである。法的に指定される対象は、所定のプログラムを用意、講師等一定の基準を満たした研修機関であり、この指定研修機関で所定のプログラムを修了すると看護師籍に研修修了の事実が登録される。これが、包括的指示の下で特定行為を行なえる要件とされてきた。

そして、この枠組みに対応して、これまでは、幅広い領域の特定行為実施能力を養成する2年制の研修機関として看護系の大学院修士課程が、また特定分野の特定行為実施能力を養う8ヵ月の研修機関として看護師協会等の団

体・機関が見込まれてきた。

事務局はこうした枠組み案を撤回し、より現実に即した修正案を提案した(別掲)。

この案によると、特定行為の習得を目指す看護師は、2年もしくは8ヵ月もの「国内留学」を免れ、勤務と並行して履修することが可能となる。特定行為の範囲が狭められた上、仕事を続けながら特定行為履修実績の看護師籍登録を重ねることができ、特定行為ができる看護師の移動集積をある程度防ぐことができ、かつ、看護師にとって1つのキャリアパスとして研修受講が普及していく可能性が強まった。

事務局の修正案に関連して、ある構成員は「これまで案にあった“能力認証”という表現が消えている。新たな考え方は“能力認証”ではないのか」と質した。

これに事務局は、「能力認証という“できる・できない”という話になる。指定の研修を終えたということは到達目標に達したということであり、研修を修了したことを確認するという考え方に(表現を)あらためた」と説明。

「これまであった指定研修を受ける“5年の臨床経験”という条件はどうなるのか」という質問には、「研修機関の裁量範囲ではあるが、制度としては条件化しない」と答えた。

医師の臨床研修には修了者を“能力認証した”とみなす考えはない。所要の研修を終えたということに過ぎず、能力研鑽は後期研修以降も生涯にわたって続く。

かくて、線引きされた医行為の実施

方法を二重化させる“特定能力認証制度”は、当該補助行為を共有する他職種を含めた医療現場から粘り強い反対を受け、看護師業務と能力養成の1つの手法、ステップとして設計される方向性が強まった。

指定研修における認定看護師や専門看護師の取り扱い、研修の枠組みが固まった後に、再度議論の対象となる見通しだ。

指定研修に関する修正案

- (1) 指定研修は、医療現場の状況に応じた領域ごとに特定行為の範囲を明確にし、その特定行為の範囲に対応した内容とする。
- (2) その際、研修受講者は、当該領域のすべての行為ではなく、一定の行為群または個別の行為を選択して習得できる。
- (3) 指定研修は習得すべき内容と単位数により規定する。
- (4) 研修に必要な期間は指定研修機関の自由裁量で設定できる。
- (5) 特定行為の範囲に応じた領域と指定研修における教育内容(イメージ)とは、

- ① 特定行為を包括的指示の下で実施するために必要な「共通の知識・技能」の教育をベースとした上で、個々の行為ごとに、包括的指示の下で実施するために「必要な知識・技能」を教育する。
- ② その上で、個々の行為を一定範囲でグループ化したプログラムを作る。
- ③ 研修受講者は習得したい一定の行為群または個別の行為にかかる知識・技術等を選択して習得する。

なお、事務局は同日のWGに、指定研修を受けることなく個別の指示の下で特定行為を行なう一般看護師に対する院内研修について、「指定研修における教育内容及び到達目標等に準じて実施することとし、一定のガイドライン等を策定する」方針を明示した。

- ④ 特定行為以外でも、各研修機関が必要と考える教育内容を自由裁量で追加することができる。
- ⑤ 「共通の知識・技能」の枠組みは「基盤となる理論等」「基礎となる知識」「技術・能力」「総合的知識・統合力」「臨床実習」からなり、到達目標(単位数で規定)を設ける。
- ⑥ 特定行為が追加された場合は、「共通の知識・技能」は習得済みであることから、追加の研修として、新たな特定行為を実施するために「必要な知識・技能」を習得すればよい。
- (6) 実習は指定研修機関外で実施することができる。
 - ① 実習施設における指導は指定研修機関が策定した基準に基づいて実施され、研修修了の評価は指定研修機関の責任で行われる。
 - ② 実習は受講生の所属施設等で実施も可能。
 - ③ 実習施設として、病院・診療所・老健施設・訪問看護ステーション等が考えられる。
- (7) 講義・演習はeラーニング等の活用も可能。

地域を横につなぐ連携パスの提案も

中医協総会 「外来医療」で意見交換。支払側は「総合診療医」に関心



1月23日の中医協総会は「外来医療」をテーマに取り上げ、意見を交わした。

事務局(厚労省保険局医療課)は、討議用に「外来医療」の現状をデータで紹介した資料を提出した。しかし、データは「外来医療」「外来診療」「入院外」「通院」と不統一な概念の下に調査・集計されている上、往診等在宅関係の診療報酬項目を含む「入院外医療費」が採用されているなど、様々な調査が示すデータの断面をパッチワーク的に寄せ集めたものであった。

これに、診療側西澤委員(全日病会長)は、「データの使い方で解釈も変わる。用語の定義やデータの性格など、より精緻なものを示してほしい」と苦言を呈した。

資料は、身近な病気が「患者がアクセスしやすい中小病院・診療所」を受診、その紹介で専門的診療や介護サー

ビスにつながる、また、逆紹介によって「中小病院・診療所」に戻るといったアクセスの構図をもって、「外来医療の機能分化と連携」の「粗いイメージ」とした。

その上で、高齢化に伴う慢性疾患の増加が複数診療科・医療機関の受診をより増幅させるとして、「複数の慢性疾患をもつ患者に適切な医療の提供を図りつつ、外来の機能分化を更なる推進についてどう考えるか」という論点を提起した。

議論において、診療側からは、(1) 外来の機能分化は必要と考えるが行き過ぎた分化は患者のアクセスを阻害しないか、(2) かかりつけ医を増やすためには診療報酬等のインセンティブを考える必要がある、(3) 地域の医療機関を横につなぐ連携パスを作ることが重要、などの意見が示された。

さらに、外来医療と密接にかかわる在宅医療を取り上げ、「在宅の推進が強調されるが、生産人口の減少によって女性の進出が求められる中、在宅療養を支える家族の確保と社会進出という命題は両立できると考えているのか」と、施策の基となる理念を問う質問も出た。

一方、支払側からは、08年度改定で導入されて10年度改定で廃止された後期高齢者診療料に対する関心が示され、「後期高齢者診療料は年齢差別がいけないなどの理由で廃止となったが考え方は間違いではない。もう一度議論すべきテーマである」という声もあ

がった。

また、専門医検討会で議論されている「総合診療医」に対する期待感も示され、「次期改定で評価できないか」という意見が示された。「総合診療医について詳しく知りたい」と希望したため、事務局は「時期がきたら医政局から紹介してもらおう」と回答した。

専門医検討会が示す展望によると、制度設計にもとづく研修開始は2017年度からと見込まれ、新たな専門医が誕生するのは20年度以降となる。外来のあり方議論の対象には当面ならないが、2025年シナリオを見据えた議論の対象には入ってくる。

2012年度地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム(第15回)開催のご案内

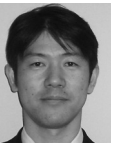
主催 ● 全日本病院協会
 日時 ● 3月9日(土) 16:00~20:00
 会場 ● 東京都内 東医健保会館2Fホール 東京都新宿区南元町4番地
 テーマ ● 『近年の異常気象による災害-東南海地震、富士山噴火、集中豪雨など』
 参加費 ● 無料
 ※詳細は全日病HPをご参照ください。

第12回機能評価受審支援セミナー(東京会場)開催のご案内

主催 ● 全日本病院協会・日本医療機能評価機構(共催)
 日時 ● 3月17日(日) 12:30~16:00
 会場 ● 東京都内 JA共済ビル カンファレンスホール
 テーマ ● 新しい評価体系への対応~領域別のポイント~
 定員 ● 診療領域60名、看護領域80名、事務管理領域80名(1施設あたり6名限り)
 参加費 ● 1名につき会員病院5,000円、会員外病院7,000円
 ※詳細は全日病HPをご参照ください。

在支病と在支診の密な連携が地域の在宅医療を支える

これからの在宅医療は地域包括ケアシステムを踏まえて推進されなければならない



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

自院の概要

当院は昭和12年に開設された産婦人科医院を元に昭和43年に病院となり、現在は83床のケアミックス型病院となっている。市内に老健併設の在宅療養支援診療所(在支診)、市外に2つの診療所のほか、老健や通所系、訪問系と

いった介護サービスを一通り揃え、また、平成10年より病院の周囲にグループ会社で小規模有料老人ホームを数ヶ所開設し、退院後行き先のない高齢者等に入居していただいている。

当法人における在宅医療の現状と問題点

当法人は病院開設当時より在宅医療を行っており、当法人所属診療所のうち2ヶ所は平成18年より在宅療養支援診療所(以下在支診)の届出をしている。当院も平成22年4月改定で在支病の要件が緩和された際に届出をしている。

在宅診療の患者数は市内の在支診を含め約50人である。特徴としては、内科医だけでなく皮膚科、形成外科、整形外科の各専門科医師も在宅医療を行っている。

昨年4月の診療報酬改定で強化型が創設されたが、当院では当直医以外に検視や施設・在宅での医療に対応すべくオンコール体制があり、また他の要件も満たしていたため、法人内外の在支診2ヶ所と連携して直ちに強化型の届出をした。

当法人の在宅医療は、以前は、当グループ有料老人ホームの患者と共に純粋な在宅患者が多数いたが、最近はその数も減り、全体に在宅医療を受けている患者数自体が減少している。

これにはいくつかの要因が考えられるが、もともと在宅医療に力を入れている総合病院が隣にある上、数は多くないが在支診もあり、在宅医療件数

がそれなりに多いことがある。加えて、自院の医師不足や外来・入院患者の増加などにより、当法人における在宅医療は縮小傾向にある。

さらに、昨年9月には過去1年間の看取り数が0を記録、いったん強化型を取り下げしている。この要因としては、在宅患者数の減少、看取りとなると病院に入院するケースの増加などが考えられた。この点に関しては、看取りを積極的に行っている別の在支診から連携の打診があったため、先に連携していた在支診と共に再度の連携を組んで12月に強化型を再申請している。

また、約2年前から地元医師会に「地域ケアネットワーク研究会」が立ち上がり、在宅医療を実施している医療機関の医師が集まって、定期的に情報共有や在宅医療の体制づくりに取り組み始めた。

当医師会の管轄下には在支病が当院しかないが、その存在はあまり知られていなかった。しかし、この研究会を通して当法人の在宅医療について認識されることができ、また、新しい連携体制を構築することもできた。この会の継続発展が望まれるところである。

自院の機能は連携在支診・診療所の後方支援

当法人における今後の在宅医療

当法人は以前より訪問系サービスに取り組んでおり、最近では訪問リハも増えている。しかし、訪問診療については、様々な要因から、国の政策と逆行して縮小傾向にある。

在支病としての主な意義は、(1)複数医師がいて、在宅医療に関わるスタッフを多く抱えることで比較的余裕をもって在宅医療が展開できること、(2)在宅医療のバックアップとして入院ベッドを有していること、にあると思わ

れる。

在宅医療にかかわる当院のポジションは、今後は、主に(2)という方向性であり、連携する在支診や一般診療所のバックアップ医療機関に意義を見出していくことになると考えている。

その中で、当グループの有料老人ホームにおける在宅医療や、主に連携している在支診とのさらなる連携を推し進め、さらには2年後に控えた新病院建て替えに向けて、新病院を中心とし

た地域独自の地域包括ケアシステムに つもりである。
おける在宅医療のあり方を考えていく

在宅医療へ向かわせる診療報酬が望まれる

在宅医療の現状と在宅療養支援病院のあり方(連載のまとめとして)

この連載で、筆者以外に、在支病として在宅医療を熱心に手がけていらっしゃる会員病院の先生方4名に執筆いただいた。

病院形態はケアミックス型もしくは療養型で、ほとんどが小規模病院であった。やはり、在支病は、機能的には、ケアミックス型すなわち在宅患者の急変に対応できる急性期の機能と慢性期の機能を持っている病院がほとんどであると考えられる。

ほとんどの病院が要件緩和された平成22年4月に在支病を届け出ており、さらには、昨年4月の診療報酬改定で強化型が新設された際にも速やかに届出をされていた。在支病や強化型の届出をされている病院は、制度ができる以前から在宅医療を実施しており、実績ができていたためと考える。

現在の在宅患者数は病院ごとに差があるものの、今後は増加傾向にあるのではないかと考えている。これには地域性や患者特性もあると思うが、やはり、周囲に積極的に在宅医療に力を入れる医療機関が少ないのが一つの要因になっていると考えられる。ただし、当院のように、様々な要因で在宅医療自体が縮小傾向にある病院もある。

さて、連載の中で、各先生方より在宅医療についての様々な問題点等が指摘された。一つは強化型に伴う高額になった在宅医療総合管理料(在総管)への懸念である。具体的に患者サイドからのクレームはなかったが、実際には算定できる対象が絞られてしまっている。また、訪問診療を実施しているケースの多くは病状が落ち着いており、月1回の訪問診療でよいと考えられ、今後、そういった点も踏まえて、在宅医療に取り組む医療機関が増えるようなインセンティブが働く診療報酬になることが望まれる。

また、在支診にはない在支病の機能として、入院ベッドを持つ強みが強調されていた。例えば、池端先生は「在支病には『充実した入院機能』が求められ、その中身については地域の実情

に合わせて判断すべきである」と述べている(2012年10月1日号)。

地域ごとに人口や高齢化率、医療資源などが異なるため、その機能については地域特性を見極め、周辺医療機関との連携を踏まえて考えていかなければならない。実際、連載でも、すべての先生が在支診との連携について述べられていた。


周囲の在支診の数や機能は地域ごとに異なり、自院の在宅医療のあり方にも影響してくるため、様々な連携が考えられる。やはり、在支病は在支診の後方ベッドや人的支援をしていくことで、在支病と在支診が目に見える密な連携をしていかなければ地域の在宅医療はなりたっていないと考える。

さらには、医師会を中心とした在宅医療のネットワークも各地域で取り組まれている。医師会以外でも、在支診などが中心となったネットワークづくりが全国で盛んに行われているが、こうしたネットワークの中で在宅患者の情報共有し、地域全体で在宅医療を支えていくことは非常に重要だと考える。

最後に、すべての先生方が在宅医療を行う上で「地域包括ケアシステム」に触れられていた。やはり、これからの在宅医療は、地域包括ケアシステムを構成する医療、介護、予防、住まい、生活支援を踏まえて推進していかねばならないと考える。

問題は、その中で我々在支病がどこまで関わっていけるかである。例えば、多くの在支病は介護系サービスを提供しており、予防も行っている。また、住まいを提供している病院もあり、今後、在支病を経営していく上で「地域包括ケアシステム」は一つのキーワードになると考える。

今回の連載を通して、各地域での在支病の取り組みを紹介した。このシリーズはこれで終えるが、すでに在宅医療に取り組んでいる在支病、また、これから在宅医療に取り組みたいと思っている200床未満の病院の先生方の今後の参考になることを願っている。



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

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

同一病院の前年比較では収支改善みられず

2012年度病院経営調査 全体の収支は改善傾向か。指定都市では前年比がマイナス。病院間格差拡大か

全日本病院協会が毎年実施している病院経営調査の2012年度結果がまとまり、1月10日の第3回理事会・第10回常任理事会に報告された。それによると、2012年度のプラス改定を反映し、収支は全体的に改善している。

12年5月の収支を対象にした調査は会員600病院に調査票を送付、332病院から回答を得た(回答率55.3%)。そのうち、DPC対象病院は99病院(29.8%)であった。

医療収支率は全体で106.1%(11年105.5%)と、前年から0.6ポイント向上した。診療報酬改定直後は収支が悪化し、翌年に改善されるというのがこれまでの傾向であったが、12年度の診療報酬改定は、早期にその効果を及ぼすものとなった。

ただし、地域別にみると、東京は107.7%(104.7%)と3ポイントも上がったが、指定都市は106.1%(106.6%)と0.5ポイント下がるという対照的な結果となった。その他の地区は105.9%(105.3%)とわずかながら上向くというように、12年度改定は地域によって異なる効果をもたらした。

総収支率も同様の傾向で、全体で106.4%(105.4%)と1ポイントも向上。中でも、東京は107.8%(104.8%)と3ポイントもの大幅な改善を表わしたが、指定都市は106.6%(106.7%)とわずかながら前年を下回った。その他の地区は106.1%(105.1%)と1ポイント向上した。

医療収支率を病院種別でみると、「一般病床のみ」は104.8%(23年104.4%)、「療養病床のみ」109.2%(108.4%)、「精神病床のみ」103.5%(108.9%)、「一般・療養病床併設」108.4%(107.1%)、「一

般・精神病床併設」104.4%(103.3%)、「その他」105.9%(107.7%)という結果で、大きく落ち込んだ「精神病床のみ」を除くと、病院各種別とも収益は向上している。

病床規模別にみても収支は軒並み改善されているが、49床未満に関しては104.8%(23年107.8%)と3ポイントも悪化した。

DPC対象病院の医療収支率も106.0%(23年104.9%)と向上した。これに対して、DPC非対象病院は106.2%(106.4%)と微減した(ただし総収支率は微増している)。

回復期リハビリ入院料算定病院の医療収支率は107.5%(23年106.2%)と大幅に改善したが、亜急性期入院医療管理料算定病院は前年と同様の105.6%にとどまった。新たに調査した在宅療養支援病院届出病院の医療収支率は107.4%であった。

医療収支率を一般病棟入院基本料別にみると、7対1は106.3%、10対1は106.1%、13対1は105.7%、15対1は107.2%という結果で、入院基本料間の格差は少ない。

医療収支率でみた赤字病院の割合は21%と前年と同率であった。地域別では東京がもっとも多く、24%の病院が赤字であるが、前年の28%を4ポイント下回った。一方で、指定都市は東京とは対照的に16%から19%へと増加した。

推計キャッシュフロー率でみると、資金繰りに手詰まりな「0%未満」は全体で19.2%で、前年の22.6%から3.4ポイントも減少している。

1病院当たりの医療支出をみると、給与費の割合は全体で56.2%と前年か

ら0.2ポイント減少した。病床種別でみると、「一般のみ」は54.5%、「療養のみ」は57.9%、「精神のみ」は59.7%。地域別にみると、東京59.0%、指定都市55.0%、その他56.1%と、東京とそれ以外では大きな差が生じている。

医療収入に占める室料差額の割合も、東京3.4%、指定都市1.3%、その他1.3%と、東京の室料差額割合が際立って高い。

このように病院収支は全体として改善基調できているが、定点調査という視点から、同一病院(279病院)にお

る11年、12年の推移をみると収支は改善されてなく、状況は必ずしも楽観できないことが分かる。

1病院(許可病床数186)当たりの医療収入こそ約2億4,000万円(11年は約2億3,000万円)と増加したものの、1日入院患者数は153人(158人)、病床利用率は81.9%(84.7%)と下回ったことが大きく、医療収支率は105.7%(105.9%)とわずかながら前年を割り込んだ。医療収支率100%未満病院の割合も20.4%から21.5%へと1.1ポイントも増加、病院間格差の拡大をうかがわせている。

■地域別の医療収支率(%)

	2012年		2011年	
	医療収支率	(100%未満の割合)	医療収支率	(100%未満の割合)
総数	106.1	21	105.5	21
東京	107.7	24	104.7	28
指定都市	106.1	19	106.6	16
その他	105.9	21	105.3	21

■年次別・一般病棟入院基本料別の医療収支率(%)。括弧内は病院数

一般病棟入院基本料	2012年5月(総数266)				
	①7対1(93)	②10対1(131)	③13対1(15)	④15対1(26)	⑤特別入院基本料(1)
2011年5月(総数266)	①7対1(85)	②10対1(135)	③13対1(18)	④15対1(27)	⑤特別入院基本料(1)
	106.3	102.6	93.7	104.3	107.2
	-	-	-	-	82.7

■算定・届出別の収支率(%)

算定項目	医療収支率		総収支率	
	2012年	2011年	2012年	2011年
全体	106.1	105.5	106.7	105.4
障害者施設等入院基本料算定病院	104.8	105.4	104.6	104.9
回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院	107.5	106.2	107.4	106.1
亜急性期入院医療管理料算定病院	105.6	105.6	105.9	106.3
特殊疾患病棟入院料算定病院	104.9	107.9	114.5	107.6
特殊疾患入院医療管理料算定病院	102.6	103.8	101.8	104.2
在宅療養支援病院届出病院	107.4	-	108.1	-

■四病院団体協議会「診療に関連した予期しない有害事象(死亡・重大事故)の調査のあり方」(全文)

*1面記事を参照

1. 目的

(1) 診療に関連した予期しない有害事象(死亡ないしは重大事故)の調査機関設立の目的は、診療に関連した予期しない有害事象の要因分析と再発防止、それによる医療の質と安全の向上、および医療の透明性・公明性・信頼性の確保である。

(2) 医療の不確実性の中で、医療側が自律的に再発防止のための原因分析に専念するために、医療外紛争処理や補償制度はこの制度とは別枠で検討すべきである。

(3) 医療は現在、個人によってなされるものから多職種の連携の上に成り立っている以上、診療に関連した予期しない有害事象の調査は、医療従事者個人の責任追及の結果をもたらすもので

あってはならない。

(4) 医療安全システムのWHOガイドラインに基づき、原因究明のために、院内事故調査委員会が収集・作成した資料及び報告書は、当事者に不利となる使われ方をすべきではない。

2. 定義

ここで「診療に関連した予期しない有害事象(死亡ないしは重大事故)」とは、疾病の自然経過や診療行為に関連し、予期しないものをいう。

3. 医療機関における医療安全確保及び診療に関連した予期しない有害事象への対応

(1) 病院、または診療所の管理者は、医療の安全を確保するための医療安全委員会を常設し、医療の安全を確保するための措置を講じる。

(2) 当該医療機関は、診療に関連した予期しない有害事象が発生したときに、患者・患者家族の意志とは別に独立して、院内事故調査委員会を設け、原因を究明する調査を行う(必要に応じて、解剖やAiを実施)。

(3) 院内事故調査委員会の設置にあたり、医師会、病院団体や大学等に支援を依頼することができる。

(4) 調査報告書に基づき、病院は患者、患者家族への説明を適宜行う。

(5) 病院が重要と判断した有害事象発生時には、地方に設置する院外事故調査検証委員会(チーム)へ、患者や患者家族の意志とは関係なく報告する。

(6) 院外事故調査検証委員会(チーム)は、第三者を旨とする。各地方で、医師会、病院団体、大学病院等の医療専

門職(事故に関係する専門領域の医療関係者を含む)で構成し、院内事故調査委員会の資料を分析・評価する。

(7) 院外調査報告書の結果の患者・患者家族への説明は、病院が適宜行う。

(8) 院外事故調査検証委員会は、匿名化した上で中央に設けられた中央事故調査機関に報告し、医療関係者以外の意見も加えて、原因究明のための事例収集とともに再発防止に重点を置いた中立性の高い報告書を作成し、広く注意を喚起する。この調査機関として、日本医療機能評価機構等を発展的に活用する。

4. 医師法第21条

医師法第21条は、その立法の精神に戻り、拡大解釈しないものとする。

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16回

個人情報保護担当委員会

通院患者の糖尿病手帳を他の患者に渡した事例

【事例／患者本人からの電話相談】

通院中の病院の医事課職員が糖尿病手帳を他の患者に渡したので、自分の病状等の情報が他の患者に知れてしまった。後日、手帳は戻ったが、病院から謝罪がない。

自分は金融関係の仕事についており、記載の中身を見られた見られていないは関係なく、顧客の個人情報が他人の手に渡った時点で個人情報漏洩として、金融庁へ報告しなければならない。病院が個人情報を漏洩した場合は、厚労省または消費者庁への報告義務はあるか。

また、今回のような場合、病院が通常とるべき対応について教えていた

きたい。

【病院の対応】

医事課職員が他の患者に手帳を渡しましたが、中身は見られておらず、手帳を開く前に本人へ戻しており既に謝罪しました。

【当協会の相談者への回答】

病院職員の手帳の渡し間違いは明らかであり、個人情報漏洩の虞があったもので、直ちに病院側は謝罪が必要です。病院側へ事務局より電話で適切に指導しました。

また、監督官庁への届出は義務づけられていません。

【再度の電話相談】

金融関係では速やかに金融庁に届出

をする。同じ法律であれば同じ運用がなされるべきであり、厚労省への届出の義務が無いことは、病院における個人情報漏洩の事実は記録に残らず、運営自体に瑕疵がある。

事務局から会員病院へ口頭で連絡し、本人への謝罪方法についても会員病院に一任している状況では、強制力はない。また、正式な書面での記録が一切残らない。今回の電話でのやりとりも含めた受理証明書を発行してほしい。

病院に対する不信感があるので、病院にある自分の個人情報の削除を依頼する。

【当協会の相談者への回答】

相談および回答は記録しています。

公開はしていません。受理証明書の発行はできません。今後の意見については文書で送付してください。個人情報の内容に間違いがなければ、病院の記録の削除はできません。

上記回答を相談者が了承し、終了した。

【当協会の判断】

病院職員および患者の個人情報保護に関する理解度は様々です。本件は、患者の個人情報保護法に関する理解度に偏りがある事例です。病院に瑕疵があることは事実ですが、一方的な要求も多く、病院が対応に苦慮する様子が見て取れます。

本事例への対応こそ、認定個人情報保護団体としての全日本病院協会の役割があると考えます。(飯田修平委員長)

一般病床の機能区分実態と今後の機能選択について調査

四病協 2025年再編に向けた医療機能分化の議論に対応

四病協は1月23日の総合部会で一般病床を有する会員病院を対象にした「一般病床の機能区分に関する調査」の実施を決めた。医療制度委員会(委員長・高橋正彦日病副会長)が調査を行なう。調査票は2月初めに送付、2月いっぱい回収する予定だ。

厚生労働省が病棟単位の機能分化を

促すための議論を進めていることに対応、病院団体として各病院の機能実態を把握し、そのデータから、今後の機能分化のあり方について提言することが目的。

具体的には、(1)自院が現在果たしていると考えられる機能、(2)「社会保障・税一体改革」が示す2025年の医療再編プランに向けて今後どのような機能にし

ようと考えているか、などを調べる。

四病協傘下会員病院の一般病床を有する約3,700病院(わが国一般病院の49.5%)、病床数としては約64万床(同71.3%)が対象となる。

調査票は、①病院の概要、②入院基本料等に関する実施状況報告書(12年7月1日現在)=複写、③アンケート用紙1、④アンケート用紙2、⑤アンケート用紙3からなる。

「アンケート用紙1」は、2025年の医療再編を踏まえ、2018年を目途に施設基準の届出をどのようにするかの方針と、その実行を阻害する要因をたずねる。

「アンケート用紙2」は、診療報酬における入院基本料・特定入院料の対象について、現行どおりで可と考えるか、病棟あるいは病室単位が適正と考える

かを、算定項目ごとに回答する内容になっている。

「アンケート用紙3」では、患者数や看護配置など病棟ごとの実態を報告してもらう。

医療制度委員会は、この調査をメールもしくはファックスで送付するが、対応可能な会員には添付したPDFへの書き込みによる返信を要請する方針だ。添付PDFをデータ送信すると四病協のサーバーに届いて即時自動集計され、調査集計の省力化が図れるためだが、そのために、任意で、傘下会員病院のメールアドレス把握を並行して行なう。

さらに、IDとパスワードを配布、会員病院からの回答の集計状況を各団体のサイトでリアルタイムに閲覧することも予定している。



▲1月23日の四病協総合部会は「一般病床機能区分調査」の実施を決めた。

2012年度第9回常任理事会の抄録 2012年12月15日

【主な協議事項】

●「被災会員病院調査及び見舞金制度に関する規則」の改定

全日病災害対応規則「被災会員病院調査及び見舞金制度に関する規則」の見舞金の対象を「病院本体施設及び付属施設」に改定する案が承認された。併せて見舞金の額を引き上げる。

●2013年度夏期研修会

2013年度夏期研修会を、岩手県支部(岩淵國人支部長)の担当で8月25日に岩手県水沢市で開催する事が決まった。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。
東京都 東京都立東部療育センター 院長 有馬正高
大阪府 友誼会総合病院 院長 林 豊行
長崎県 三原台病院 理事長 出口 剛
他に2人が退会した結果、在籍会員数は2,393人となった。

【主な報告事項】

●2012年度老人保健事業推進費等補助金事業の交付決定

本会が実施する「医療機関と連携した在宅療養支援における情報提供・情報共有の実態把握及び地域包括的な情報システムのあり方の調査研究」に、厚生労働省「2012年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)」の交付が認められた旨の報告があった。

●若手経営者育成事業委員会委員の追加

若手経営者育成事業委員会の委員に西村

直久氏(西部総合病院理事長)と小川聡子氏(調布東山病院理事長)を追加する旨の報告があった。

●病院機能評価委員会委員の追加

病院機能評価委員会の委員に市川幾恵氏(昭和大学病院統括看護部長)を追加する旨の報告があった。

●第3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開催

「第3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」を2013年2月23日、24日に本会本部会場で開催する旨の報告があった。

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

2012年11月2日付で以下の12会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

- ◎一般病院
 - 群馬県 善衆会病院 新規
 - 埼玉県 熊谷外科病院 更新
 - 神奈川県 湘南鎌倉総合病院 更新
 - 熊本県 熊本整形外科病院 更新
- ◎精神科病院
 - 青森県 青南病院 更新
- ◎療養病院
 - 京都府 京都南西病院 更新
 - 愛媛県 西条愛寿会病院 更新
- ◎複合病院
 - 茨城県 いちはら病院 更新
 - 東京都 永生病院 更新
 - 神奈川県 江田記念病院 新規
 - 山口県 安岡病院 更新
 - 熊本県 谷田病院 更新

2012年度第3回理事会・第10回常任理事会 2013年1月10日 於 ホテルオークラ東京

【主な協議事項】

●2013年度事業計画案・予算案

2013年度事業計画・予算の各案が示された。3月の第4回理事会・第11回常任理事会に諮った上、第100回定期代議員会・第89回定期総会(3月)に上程される。

●2012年度年会費の免除について

東日本大震災で被害を受けて2011年度年会費免除の措置が講じられた会員のうち、2012年度の免除を希望する会員に対する措置継続(決定事項)に2会員を追加することが承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。
埼玉県 イムス富士見総合病院 院長 忍滑谷 通夫
埼玉県 春日部中央総合病院 院長 松田 実
千葉県 松戸整形外科病院 理事長 岩本靖彦
東京都 荻窪病院 理事長 花房秀次
長崎県 高原中央病院 高原 浩
在籍会員数は2,398人となった。

【主な報告事項】

●2012年度病院経営調査の結果

2012年度病院経営調査の結果が報告さ

れた。

●総合評価加算に係る研修の大坂開催

総合評価加算に係る研修を2月23日、24日に大阪市で開催する旨の報告があった。

●2014年度第56回全日本病院学会の開催

2014年度第56回全日本病院学会を福岡県支部担当で福岡市で開催する旨報告があった。

●機能評価受審支援セミナーの東京開催

機能評価受審支援セミナーを3月17日に東京都内で開催する旨の報告があった。

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

2012年12月7日付で以下の7会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

- ◎一般病院
 - 京都府 田辺中央病院 更新
- ◎療養病院
 - 山口県 武久病院 新規
 - 鹿児島県 内山病院 更新
- ◎複合病院
 - 愛媛県 白石病院 更新
 - 高知県 川村病院 更新
 - 福岡県 赤間病院 更新
 - 宮崎県 城南病院 更新

新任田村大臣に日病協が要望書

日本病院団体協議会は厚生労働大臣宛の要望をまとめ、1月9日に提出した。病院団体として、新たに就任した田村憲久厚生労働大臣に、「国民皆保険の存続と医療の非営利性を守り、必要な医療資源の確保」を願う立場から喫緊の課題を提示し、今後の政策判断に供してもらおうことが目的。

要望事項として、①高度・急性期医療機能の充実、②地域医療の充実、③医療機能に応じた診療報酬体系の確立、④医療に関わる死因究明制度等の早期確立、⑤医療施設への消費税の原則課税と軽減税率化の5点を掲げ、配慮を求めた。

四病協が2013年賀詞交歓会。690人が参加

四病院団体協議会は1月10日に東京都内のホテルオークラで「2013年賀詞交歓会-新年の集い」を開催、690人が参加した。政界からは現職・前職等の国会議員93人(代理人を含む)が出席、厚労省を初めとする省庁からも22人が参加した。

主催者を代表して当番団体である日本精神科病院協会の山崎学会長が挨拶、「国民が安心できる社会保障体制の構築が我々の願いである」と、安倍新政権に寄せる期待を表明した。

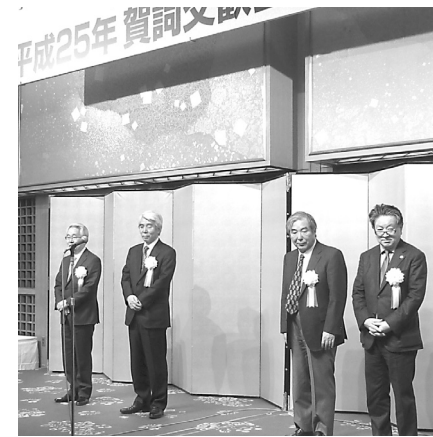


▲挨拶する田村憲久厚生労働大臣

就任間もない田村憲久厚生労働大臣は、「今の皆保険は素晴らしい制度。これを守るのが厚生労働省の大きな使命である。消費税を上げるからには社会保障制度を持続可能にしていくために投入しないと考えると」と抱負を語り、挨拶とした。

このほか、秋葉厚生労働副大臣、厚労省の大谷泰夫厚生労働審議官、同原徳壽医政局長、細野豪志民主党幹事長など多数の政治家や省庁幹部が登壇、挨拶した。

四病協は2012年に4団体の共同で賀詞交歓会を初めて主催、今年で2回目となる。



▲壇上に並ぶ四病協の4会長(左から2人目が西澤会長)

介護サービス 高額投資の消費税負担実態調査を実施

厚生労働省は、介護事業所・施設を対象とした「高額投資に係る消費税負担の実態調査」を実施した。

社会保障審議会・介護給付費分科会に付設された「介護事業経営調査委員会」の会合(12月20日)で1月の実施が決まった。調査結果は3月末に、調査会社から厚生労働省に報告される見通しだ。

実態調査は、政府方針にしたがって中医協と歩調を合わせる立場から行なわれるもので、高額投資にかかる消費税負担を切り分けて補填する仕組みの検討に向けて、「高額な投資」の範囲を明らかにすることが目的。厚労省は高額以外の消費税負担には介護報酬で対応する方針だ。

介護保険3施設の各500施設を初めとした計18サービス4,409事業所・施設を対象に、調査票への回答と固定資産台帳から過去5年にわたる調査対象サービスに供した固定資産の報告を求めると。中医協における調査のような価格制限は設けていない。

介護報酬に関しては、介護報酬改定の前々年に介護事業経営概況調査が実施されている。この調査から人件費割合や非課税品目等のデータが分かるため、高額投資調査と13年に実施する経営概況調査の各結果が議論の基となる。

厚労省老健局老人保健課は「調査結果をもとに今年夏頃までに議論の中間整理を行ない、2013年度内に対応方針を決めたい」としている。