



会報 JAMT

JAPANESE ASSOCIATION OF MEDICAL TECHNOLOGISTS

発行所

観日本臨床衛生検査技師会

発行責任者 高田鉄也

編集責任者 高田鉄也

金子健史

〒143-0016 東京都大田区大森北4丁目10番7号

TEL (03) 3768-4722 FAX (03) 3768-6722

ホームページ <http://www.jamt.or.jp>

日本社会保険医学会総会(福岡市)

平成 23 年 12 月 12 日

基本的医療技術・・・適正評価されていない！

社会保険中央総合病院の齊藤寿一名誉院長は 12 日、福岡市で開かれた日本社会保険医学会総会で「現行の診療報酬点数表は医師の診療の基本となる問診や診察、診断、治療選択、患者への説明などが適切に評価されているとは言い難い」と指摘し、これらの基本的医療技術の評価することが今後の医療施策で重要になると強調した。

その上で「現在の診療報酬体系で DPE 評価の外出しとなるような新しい医療技術評価の新設を提言したい」と述べた。

齊藤名誉院長は全国社会保険協会連合会がまとめた共同研究「診療報酬における医療技術の評価」の概要を報告。

同研究を通じて独自に算出した医師の「総合負荷・貢献度」は、

◆診療担当医師への負荷◆患者への貢献
◆診療に求められる医師の経験年数下限
◆入院後 1 週間の病棟での診療時間が有意の正相関を示し、医師の負荷と患者への貢献を適切に反映していると説明した。さらに総合負荷・貢献度は DPE 評価の点数とも相関があったとする一方、

総合負荷・貢献度の分布幅は DPE 点数に比べて有意に大きく、出来高点数に由来する DPE 点数は疾病ごとに異なる医師の診療負荷と患者への貢献を適切に反映しているとはいえないとの考えを示した。

齊藤名誉院長は、現行の診療報酬点数表で手術、処置、検査以外の医療技術は適切に評価されていないことを問題視。医師の「基本的医療技術」の評価を、今後の医療施策の重要課題に位置付けた。

【MDF】

日本クリニカルパス学会

平成 23 年 12 月 12 日

クリニカルパスの利用と電子化進む

日本クリニカルパス学会は、9～10 日に東京都内で開かれた学術集会で、クリニカルパスの普及の現状などに関する 2011 年度のアンケート調査結果を公表した。調査結果は今後、同学会誌に掲載する予定。

入院患者の 3 割以上にパスを利用している施設が初めて過半数となった一方、従来の調査結果と同様に、医師の参加が得られないことがクリニカルパス導入が進まない理由のトップとなった。

調査対象は、クリニカルパス学会の法人会員 405 施設と 200 床以上の全国の一般病院 1014 施設の計 1419 施設。522 施設から回答が寄せられた。「入院患者に対

してのパスの使用率」は、「30～40%」(106 施設)が最も多く、「20～30%」(94 施設)「40～50%」(83 施設)となった。30%以上の使用率の施設は計 256 施設となり、回答した施設の過半数となった。

パスを電子カルテ化して使用している割合も年々増加し、11 年は 51.7%の施設で電子カルテ化、これも 11 年度に初めて過半数となった。

一方、「パスの導入があまり進んでいない診療科(複数回答)」は、「内科(呼吸器)」「内科(神経)」「内科(血液内科)」「小児科」の順に多かった。また、「導入が進まない理由(複数回答)」については、「医師の参加が得られない」(56.0%)、「疾患自体が

パスに向かない」(37.7%)、「医師間のコンセンサスが得られない」(30.9%)の順だった。

医師に起因するパス導入の遅れの回答は年々減少傾向にあるが、疾患に起因するパス導入の遅れの回答は毎年同じような割合で推移している。

日本クリニカルパス学会は「医師のパスに対するコンセンサスも徐々に高まっている。DPE の進展に伴い医師のパスに対する理解が徐々に深まっていることが理由かもしれない」と分析している。

【MDF】

医療介護 WT 役員会

平成 23 年 12 月 12 日

ネットプラスの具体的提案

民主党の医療・介護ワーキングチーム(WT)は 12 日に役員会を開き、来年度の診療報酬改定をネットプラスにすべきとの考えをあらためて政府に示すよう、党幹部に働き掛けることを決めた。

部門会議や WT としてのまとめではなく、党政策調査会長の下で了承を得て、より「民主党の総意」としての形を取った提言にしたい考えだ。

WT の柚木道義座長は記者団に「ネッ

トプラス改定が必要だということを、党として政府側に要望していただくための取り組みを進め、今週の厚生労働部門会議などで協議する。どのような手当てをするために、どの程度の財源が必要で、そのためにネットプラスが必要という内訳も含めて議論したい」と述べた。

役員会ではまた、高額療養費制度の拡充のために必要な財源を、受診時定額負担ではない方法で捻出することについて

も議論した。

財源規模を縮小する「圧縮案」については「全所得階層向けに年間上限額を設定することと、中低所得者層の負担上限の軽減」(柚木座長)が柱となる。

詳細な制度設計は引き続き検討することも合わせ、13 日に開かれる「社会保障と税の一体改革調査会」の役員会に報告する。

【MDF】

ケアネット調査

平成 23 年 12 月 12 日

医師 3 人に 1 人…月に 1 度は、ヒヤリハット！

ケアネットが医師 1,000 人に調査したところ、3 人に 1 人が「月に 1 度以上」ヒヤリ・ハットを経験していることが分かった。最も多いヒヤリ・ハットは「薬剤の処方・投与」で 56.5%、「小児に成人量を処方しかけた」「散剤の含有量計算を誤りかけた」などの回答があった。

ケアネットは医師会員 1,000 人に対して、院内のヒヤリ・ハットについて調査を実施。過去 1 年間のヒヤリ・ハット経験頻度は「半年に 1 度」が 32%、「月に 1

度」が 26%、「週に 1 度」が 7% となり、週に 1 度と月に 1 度を合わせると約 3 人に 1 人が月に 1 度は何らかのヒヤリ・ハットを経験している結果となった。一方で「ヒヤリ・ハット経験なし」は 13% だった。ヒヤリ・ハットの内容では「薬剤の処方・投与」が 56.5%、「治療・処置の誤り」が 25.7%、「転倒・転落」が 24.2%、「検査」が 12.0% となった。また、電子カルテ関連では「前の患者のカルテ画面のまま入力した」「目的のボタンを押した

つもりがずれていた」「似た名前の薬剤を押してしまった」といったヒヤリ・ハット事例が寄せられた。

施設でのヒヤリ・ハット報告については「報告の物理的手間・心理的負担を減らす工夫があれば、件数は増える」「件数が増えたのは報告するという認識が医療関係者に定着しつつある証拠」とした指摘があった。 **【MDF】**

社会保険診療報酬支払基金

平成 23 年 12 月 13 日

レセプト審査を厳しく

支払基金は、2012 年 3 月から、レセプト審査における突合・縦覧点検を開始することを公表した。当初は 2011 年 4 月から実施予定だったものの、東日本大震災があり、延期していた。

＜参考＞ 社会保険診療報酬支払基金
Press Release No.243 2011/12/9

平成 24 年 3 月より突合点検・縦覧点検を開始

突合点検(注 1)及び縦覧点検(注 2)については、支払基金サービス向上計画に基づき、本年 4 月より実施する予定でしたが、東日本大震災の発生を受けて、その対応を優先するため、開始時期を延期したところ。

その後、突合点検における具体的な実施方法について関係者間で協議を進め、今般、協議が調ったことから、準備期間を勘案し、平成 24 年 3 月審査分より、突合点検及び縦覧点検を開始することといたしました。なお、東日本大震災の被災地における取扱いについては、引き続き、関係者間で協議中です。

◆注 1：突合点検とは、処方せんを発行した病院又は診療所に係る医科・歯科レセプトと調剤を実施した薬局に係る調剤レセプトとを患者単位で照合する審査をいう。

◆注 2：縦覧点検とは、同一の医療機関が同一の患者に関して月単位で提出したレセプトを複数にわたって照合する審査をいう。

⇒

<http://www.ssk.or.jp/pressrelease/>

pdf/pressrelease_243.pdf

対象となるのは、2012 年 3 月審査分、つまり 2012 年 2 月に診療したレセプト分からとる。突合点検とは、病院や診療所のレセプトと、これらの医療機関の処方せんを受けた薬局のレセプトを患者単位で参照して行う審査。縦覧点検とは、一人の患者が同一の医療機関を受診した場合、過去のレセプトと参照する審査。初回の 3 月審査については、2 月審査分まで遡るとのこと。つまり、1 月診療分のレセプトから、縦覧点検の対象になる。

【突合点検】

◆方法：(1)処方せんを発行した医療機関のレセプトと、その処方せんに基づいて調剤を行った薬局のレセプトをコンピュータを用いて患者単位で紐付ける、(2)医科、歯科レセプトに記載された傷病名と、調剤レセプトに記載されている医薬品の適応症などを点検、(3)点検後、調剤が不適当な場合には、薬局への支払額から差し引く、処方せんが不適当の場合は、医療機関への支払額から差し引く。

◆点検内容：医薬品チェック(適応症、投与量、投与日数、傷病名と医薬品の禁忌、医薬品の併用禁忌、など)、算定ルールチェック(レセプト記載の処方せん料の種類と、調剤レセプト記載の医薬品の品目数の適否、など)。

【縦覧点検】

◆内容：複数月にわたって同一医療機関から請求された、同一患者のレセプトをコンピュータを用いて紐付ける、(2)同一月に同一医療機関から請求された、同一患者の「入院」および「入院外」レセプ

トをコンピュータを用いて紐付ける、(3)点検は、当月請求されたレセプトについて、過去の請求内容を参照しながら実施、(4)参照する過去のレセプトは査定対象とはしない(過去のレセプトに誤りを発見した場合、必要に応じて保険者または医療機関に連絡し、再審査請求を受けて改めて審査)

◆点検内容：算定ルールチェック(3 カ月に 1 回を限度として算定できる診療行為が 2 回以上算定されていないか、など)、医薬品チェック(投与量、投与日数)、診療行為チェック(特定の診療行為が過剰に算定されていないか、など)、過去の審査履歴に照らしたチェック(前月の査定事例と同じ請求が同一患者に行われていないか、など)。

これらの突合・縦覧点検は、電子レセプトの普及により可能になったもの。電子レセプト請求普及状況は、89.2%(件数ベース、2011 年 10 月現在)、うち 65.9%がオンライン請求。

これにより、一人の患者がどの医療機関に行き、どの薬局で薬を受け取ったかなどの紐付けや、過去のレセプトとの参照が容易になる。

現在、支払基金が最初に行う「原審査」の査定点数に占める、コンピュータチェックの寄与率は、4 割程度だが、これが 7 割程度に高まると推計されている。

審査精度が向上する結果、保険者の再審査請求も減少すると、支払基金は見ている。 **【m3c】**

超党派議員連盟

平成 23 年 12 月 12 日

尊厳死法制化を考える

尊厳死を望む患者に対し、医師が延命

措置を始めなかつたり中止したりしても

責任を問われないよう法的な整備を図る

動きが、国会議員の中で再浮上している。超党派の「尊厳死法制化を考える議員連盟」(会長＝増子輝彦・民主党参院議員)は 2005 年に発足し、07 年に尊厳死の法制化に関する要綱骨子をまとめたが、法制化に至らなかった経緯がある。しかし、法的整備を訴える日本尊厳死協会(理事長＝井形昭弘・名古屋学芸大学長)の声などを受け、議連は再び、議員立法に向けた議論を本格化させつつある。

医師の免責範囲が焦点

議連は 8 日に総会を開き、「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律(仮称)」の骨子案を示した。議連事務局はここ最近、延命措置の差し控え(不開始)に限り、医師の免責を明確にする法案を検討してきた。その考えに基づいて骨子案は組み立てられている。

骨子案は、患者の終末期について「患者が傷病について行い得る全ての適切な治療を受けた場合であっても回復の可能性がなく、かつ、死期が間近であると判定された状態にある期間」と定義。延命措置については「終末期にある患者の傷病の治癒ではなく、単にその生存期間の延長を目的とする医療上の措置(栄養補給または水分補給の措置を含み、現に当該患者に対して行われている措置を除く)」と記している。

患者が終末期にあるという判定は、担当医を除き、知識・経験を持つ 2 人以上の医師の判断が一致する必要がある。終末期にある 15 歳以上の患者が、延命措置の差し控えを希望する意思を書面などで明確にし、家族が差し控えを拒まない(または家族がいない場合、医師は厚生労働大臣が定める指針に沿って延命措置を差し控えることができる。「指針」は、終末期医療に関するガイドラインが想定され

ている。医師は差し控えに当たって、診療上必要な注意を払い、差し控えによって生じる事態などについて患者や家族に説明しなければならない。医師は差し控えに関して、民事・刑事・行政上の責任を問われない。以上が、骨子案の主な考え方だ。

議連は総会で、医師の免責範囲をどこまで明確化するかについて、たたき台として以下の 5 案を示した。先に示した骨子案は【A 案】に当たる。

【A 案】患者本人が希望し、家族が拒まない場合、新たな延命措置を始めなくても免責される

【B 案】患者本人の意思が不明でも家族の同意がある場合、新たな延命措置を始めなくても免責される

【C 案】患者本人が希望し、家族が拒まない場合、すでに実施している延命治療を中止し、新たな延命措置を始めなくても免責される

【D 案】患者本人が希望し、家族が拒まない場合、すでに実施している延命治療を中止し、新たな延命措置を始めなくても免責される。また、患者本人の意思が不明でも家族の同意がある場合、新たな延命措置を始めなくても免責される

【E 案】患者本人の意思が不明でも家族の同意がある場合、すでに実施している延命治療を中止し、新たな延命措置を始めなくても免責される

総会で、骨子案の検討に当たっている衆院法制局は「法律の(免責)対象としないということは、禁止するという事ではない」と説明。例えば A 案の新法が制定された場合、患者の延命措置中止は免責範囲から外れるが、そういったケースは従来通り、個別ごとの判断となり、正当な行為と判断されれば医師の責任は問わ

れないという意味だ。議連が制定を目指す新法は、一定範囲の医師の行為に対して、法律上のいわば「お墨付き」を与えるということになる。

延命治療中止、免責すべきとの声

骨子案を受け、総会に出席した日本医師会と尊厳死協会はいずれも、延命治療の中止を免責範囲に入れるべきとの考えを示した。

羽生田俊・日医副会長は、これまで差し控えは医療現場で大きな問題になっていないとの認識を示し「中止が非常に大きな問題。差し控えだけでは範囲が狭い」と述べた。

鈴木裕也・尊厳死協会副理事長(埼玉社会保険病院名誉院長)は、医療行為の開始・不開始は医師が毎日判断していることで、差し控えは事実上、日常診療の中に含まれているとの考えを示した。厚生労働省の終末期に関するガイドラインなどで、すでに中止について触れられているとして「(法律に中止が)何らかの形で入ることが望ましい」と語った。

一方で羽生田・日医副会長は、終末期の判定に担当医以外の 2 人の医師が必要なことに触れ、地域医療の現場で対応できるか懸念を示した。藤川謙二・日医常任理事は、国民・司法界のコンセンサスや納得を得ながら法制化を進めていくには、一定の時間が必要との認識を示した。

「死」をめぐる議論は、常に難しい。尊厳死議連が発足して 6 年たっても法制化に至っていない事実は、それを裏付けている。議連幹部の一人は法制化に向けて「積極的に、慎重に、議論することが必要だ」と話す。今後、国民的な幅広い議論が交わされることを期待したい。

【MDF】

超党派議員連盟

平成 23 年 12 月 1 日

こころの健康基本法

精神疾患対策の基本理念などを定めた「こころの健康基本法(仮称)」の早期制定を目指す超党派議員連盟の設立会合が 1 日、参院議員会館で開かれた。民主、自民、公明、みんな、共産の各党議員が出席したほか、基本法の制定を訴えている「こころの健康政策構想実現会議」の関係者も参加。精神保健医療福祉の総合化と強化・充実を図るために基本法制定を目指していく考え方を確認した。議連会長には、民主党の石毛鏡子衆院議員が就いた。

会合に出席した細川律夫前厚生労働相は、心の病を持つ人々が多いとの認識を示し「行政がしっかり手を差し伸べているかどうか、率直なところ大変、不十分だと感じていた」と語った。長妻昭元厚

労相は「霞が関や永田町にいと、(医師や施設経営者ら)提供者側の方々と多く接し、実際に治療を受けている患者さんから本音の意見を聞く機会が非常に少ない」と述べ、患者側の意見を積極的に聞きながら、精神疾患に関する政策を変えていきたいとの意向を示した。

自民党の田村憲久衆院議員は「(精神疾患)患者の数を考えると、しっかり体制を整備しなければ日本の医療は成り立たない」と話した。公明党の山口那津男代表は、生活環境や仕事に心が及ぼす影響について政策課題として認識する必要があるとし、基本法制定への意欲を見せた。みんなの党の渡辺喜美代表は「収容・隔離医療、多剤大量医療が日本の現実」と述べ、チーム医療やアウトリーチによっ

て地域医療体制を充実させることに「大賛成」とした。

「こころの健康政策構想実現会議」は基本法制定によって、精神科医療での◆アウトリーチの積極的導入◆多職種のチーム医療推進◆最短期間の専門的入院治療◆他の診療科と同水準の人員配置基準や医療費の実現一などをめざす姿勢を示している。

議連役員は以下の通り(敬称略)。
◆最高顧問＝尾辻秀久◆顧問＝鴨下一郎、坂口力、長妻昭、細川律夫、山口那津男、渡辺喜美◆会長＝石毛鏡子◆副会長＝浅尾慶一郎、阿部知子、櫻井充、高橋千鶴子、田村憲久、古屋範子、宮沢洋一◆事務局長＝梅村聡◆事務局次長＝山内康一

【MDF】

日本社会保険医学会

平成 23 年 12 月 13 日

災害に学ぶ

日本社会保険医学会総会が 12 日から 13 日まで、「災害に学ぶ」をメインテーマに福岡市で開かれた。

12 日の特別企画では仙台市の東北厚生年金病院と仙台社会保険病院、宮城社会保険病院の 3 病院長が、東日本大震災の被災地となった経験を踏まえ、今後の災害対策などについて報告した。

日本社会保険医学会総会の特別企画で被災地病院からの報告：12 日、福岡市東北厚生年金病院は震災後、約 300 人の入院患者を他院に搬送した。同病院は地震直後に電気・水道・ガスが停止し、施設の損壊で病院機能の維持が困難になった。復旧に 7 日以上かかることも予想された。田林暁一院長は震災発生直後から重症患者の治療が十分に行えないと判断し、入院患者の搬送を決断したと説明した。

今後の対策として災害時にも自立可能なシステムが求められると強調し、自家発電や地下水供給システムの有効期間を 5 日間に設定するほか、食糧備蓄も 3 日から 5 日分に増やす考えも示した。

通信手段についても複数の手段を確保することが必要とし、衛星電話や広域通

信無線システム(MCA)、広域災害救急医療情報システム(EMIS)を全て導入すべきと強調した。

仙台社会保険病院は、透析医療の拠点病院として地域の透析患者を 24 時間体制で受け入れた。

田熊淑男院長によると、震災前から水道局と病院への優先的給水の約束を取り交わし、自家発電能力を備えていたことがこうした対応を可能にした。同病院は 147 床が使用不可となるなどの損壊もあったが、迅速に病棟の改編と職員の再配置を行い、入院収益低下の抑制に努めた。ガスを LPG に変更していたことで、入院患者の食事も供給できた。井戸を備えており、トイレも使用可能だった。薬剤の院内処方や、滅菌も院内で行っていたことも診療機能保持につながったという。

宮城社会保険病院でもライフラインは全て停止した。ただ損壊は軽微で、緊急避難は行わなかった。石井元康院長は震災直後の救急患者の受け入れ、さらに被災数日後から避難所の巡回診療を実施したと説明。「震災発生直後は思考停止に陥る」とし、同病院の「災害対策医療マニ

ュアル」を改訂して「何も考えずに 24 時間は行動できるチェックリストを作成した」と述べた。手術室には緊急地震速報受信機を設置することにした。

支援者にも大きなストレス

13 日の特別企画では看護師、薬剤師、管理栄養士による災害支援活動の報告があった。

社会保険中央総合病院の仲嶺秋江看護係長は支援活動後、現地で十分に責任を果たせなかったと自責の念に駆られたことを紹介。支援者も大きなストレスを抱えることに理解を求めた。

大阪厚生年金病院薬剤部の辻川正彦氏は「お薬手帳」が災害医療で有効に機能したことを強調した。せんば東京高輪病院の足立香代子栄養管理室長は、管理栄養士として医療支援に取り組んだ実地体験を報告。管理栄養士は被災地で炊き出し以外にも貢献できることを強調し、「災害医療チームに管理栄養士を参加させてほしい」と訴えた。 【MDF】

全国国立病院院長協議会

平成 23 年 12 月 13 日

新たな「NHO 法人」移行を要望

全国国立病院院長協議会の松本純夫会長(国立病院機構東京医療センター院長)は 13 日、国病機構(NHO)を現行の独立行政法人から新たな形の NHO 法人へ移行することを求め、小宮山洋子厚生労働相へ要望書を提出した。

松本氏ら国病機構病院の関係者 6 人は厚生労働省の阿曾沼慎司事務次官、大谷泰夫医政局長、片岡住和医政局国立病院課長と面会し、要望内容を説明した。

事務次官らと面会后、松本氏は同省内で本紙の取材に応じ、厚労省側から前向きな回答を得たと話した。

要望では、重症心身障害児(者)や筋ジストロフィー、神経難病、精神(医療観察)、結核など、民間医療機関では必ずしも担いきれない政策医療のセーフティーネットを維持しながら、災害出動や感染症対策など国としてのミッションを果たす責務が国病機構病院にはあると強調。国病機構病院の医療事業にそぐわない現行の

独立行政法人通則法を改正し「労働集約型事業にふさわしい新しい形の法律のもとに制定される法人体制に移行することを希望する」とした。

新たな法人体制が必要な理由として ◆独法となっている現体制では他の設置主体と比べて少人数での運営を余儀なくされている

◆国家公務員共済組合負担金の在り方について見直しが必要

◆利益を患者に還元する仕組みが必要などを挙げた。

国病機構病院の院長への意向調査では、院長 142 人(併任含む)のうち 85%に当たる 120 人が新法人移行に賛成しており、残りの院長も疑問が残るとしながらも移行への反対はなかった。

松本氏は本紙に対し、新たな NHO 法人について、独立行政法人を脱して日赤や済生会などのような民間に近い法人体制となることで、政策医療へのミッショ

ンも運営しやすくなると答えた。

ただ、新法人への移行には法改正が必要となる。松本氏は現行制度が抱える課題を整理する考えを示し、年明けから制度設計に向けて、院長協議会や機構本部、厚労省(国立病院課)で協議していく考えを示した。

移行時期については、機構設立から丸 10 年(第 2 期中期計画期間終了)の節目となる 2014 年度を目指したいとした。

厚労省国立病院課国立病院機構管理室の宇口比呂志室長の話 国病機構病院の院長らと厚労省のベクトルは一致している。内閣府のジャッジ(独法制度・組織の見直し)を待った上で、2 年先の法改正の際に職員の非公務員化をするのみでなく、現在見直しを検討している諸問題を払拭し、病院の現場が困らないような新たな法人形態に移行するべきと考えている。 【MDF】