

中医協「第147回診療報酬基本問題小委員会」 事業仕分けへの意見具申、現段階ではなし

2009/11/16

11月13日の中
医協・診療報酬基
本問題小委員会
(委員長：遠藤久
夫・学習院大学経
済学部教授)では、



議事に入る前に事務局から11月11日の行政刷新会議のワーキング・グループによる「事業仕分け」評決結果について報告があった。同会議で「見直しを行う」との結論が出た項目は、収入が高い診療科の見直し、開業医・勤務医の配分の見直し、後発品のある先発品薬価の見直し、保険医療材料の内外価格差解消、市販類似薬を保険給付対象外とする等の事業。これに関して嘉山孝正委員(山形大学医学部長)は、慎重な審議を求めよう声明を出すべきと述べ、白川修二委員(健康保険組合連合会常務理事)も「診療報酬の決め方は、社会保障審議会で方針を決めて中医協で議論する流れのはず。法の手続きを踏んでいない」と同調した。一方、正式な資料が出ていない段階での議論はすべきではないとする委員らもいたため、遠藤委員長は、中医協の意思決定プロセスは全会一致を原則とするとして、「声明を出すべきとの意見が多数だが、反対意見の委員もいる。現段階では中医協としての声明は出さない」と述べた。委員からは「今動かないのでは遅い。これまで基本小委で決めたことが国民に不利益になっても、誰も責任をとらずにきた」との反発も出たが、遠藤委員長は「基本小委での決定は、我々全員に責任がある」と語気を強めた。

医療連携、要件緩和を求める声

地域連携クリティカルパスへの評価などが議論された医療機関連携の議題では、地域連携診療計画管理料の算定要件の「患者の同意を得た上で、入院後7日以内に地域連携診療計画作成」について要件緩和を求める声相次いだ。鈴木邦彦委員(茨城県医師会理事)が、急性期病院側の事情で作成が間に合わなかった場合に後方病院でも地域連携診療計画退院時指導料が算定できない点や7日以内に患者家族の同意を得ることの困難さを訴えたほか、「脳卒中は安定するのに時間がかかる」として要件を14日間くらいまで緩和する必要性を求める意見が多数挙がった。

また、嘉山委員は「配置人数その他の要件を全国一律にすると、算定できない地域も出てくる」として、地域の実情に合わせた要件設定を求めた。これに対して白川委員は「患者側から分かりやすいのは、同じ医療行為には同じ報酬という体系」として、地域差を設けることには反対の考えを示した。

坂本すが専門委員（日本看護協会副会長）は、連携の新しい形として「急性期病院の中に受け入れ側が入っていく」という考えを紹介した。書類による情報のみで後方施設へ患者を引き渡すのではなく、受け入れ側が受け渡し側の病院に何度か（又は数日間）出向いて、顔を合わせて情報共有するというもの。鈴木委員も医療から介護への連携の難しさを訴え、「IT化も大事だが、医師が病院を行き来して、フェイス・トゥ・フェイスの情報交換をすることも肝心」と述べた。

チーム医療への評価、「チーム」の定義づけ必要

チーム医療の評価に関する議題では、NST（栄養サポートチーム）や呼吸ケアチームなどの活動を例に議論が行われた。鈴木委員は「急性期を出た後に大変な思いをしているのは、リハビリと栄養のスタッフ」などとして、チーム医療の制度確立を求め、邊見公雄委員（全国公私病院連盟副会長）も、スタッフの集合体としてのチーム評価の必要性を述べた。嘉山委員は NST の活動には前向きな意見だったが、「呼吸器のケアは本来医師がやる仕事」として、医師や看護師の本来の業務を考えて定義づけするべきとの考えを示した。遠藤委員長も、医療パフォーマンスがどれだけ向上したかを評価するためにも「チーム」の定義づけが必要になるとした。また、多職種連携の評価にはどのような要件づけを考えているのかという問いに事務局は、現行でチーム医療への評価と考えられるものは緩和ケア診療加算として「これに準ずるものになるのでは」と答えた。

北村善明専門委員（日本放射線技師会会長）は「現在はチーム医療だけでなく、コメディカルの技術への評価もされていない」と述べ、モチベーション維持のため個々の技術者への評価を要望。坂本専門委員は、認定・専門看護師らの医療現場での活躍を挙げ「自費で学習して病院に貢献している看護師たちにこそ評価を」と訴えた。

長妻大臣出席「遠慮せず、激しく優しく議論を」

この日の基本小委では、会議の冒頭で長妻昭厚生労働大臣が訪れた。長妻大臣は、委員らの連日の議論をねぎらった上で「国会ではさらに激しい議論が行われている。遠慮せず、激しく優しく議論し、論点をあいまいにせず詰めてほしい。安易な妥協は決裂への道」と激励した。

次回開催予定日は11月18日。



委員を激励する長妻厚労大臣