



全日病 ニュース 2016.5.15 No.871

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

熊本地震 復興への取組みが本格化

全日病がAMATを派遣 被災地に対する長期的な支援が重要に

熊本・大分地方を震源とする一連の地震は、5月の連休後も余震が続いているものの、復興の動きが本格化している。18万人を超えていた避難者の数は、8日時点で1万3,883人となり減りつつあるが、引き続き避難生活を強いられている人たちは、精神的ストレスが大きく継続的な支援が必要となっている。

4月14日夜に熊本地方で震度7の地震が発生したのに続き、16日未明に益城町で震度7を観測する本震が発生。強い揺れを伴う余震が続き被害が拡大した。その後、ライフラインや交通機関は1週間ほどで復旧が進んだ。電力は20日にはほぼ回復した。

災害ボランティアの受け入れも始まり、復興に向けた動きが本格化する中で、被災地の病院では職員の疲労が蓄積している。余震が続いているため、注意が必要な状況が続いている。

●復旧が本格化 慢性期の医療ニーズに対応

全日病は4月15日に西澤寛俊会長を本部長、加納繁照常任理事(救急・防



今後の支援方針を話し合う鬼塚院長、陣内支部長、井上支部長、織田副会長(左から)。

災委員会委員長)を統括副本部長とする災害対策本部を設置。厚生労働省や日本医師会との連携体制を確立するとともに、AMATを派遣し、日本医療法人協会と共同で支援活動を行うことを決定した。

これを受けて、織田病院(佐賀県)とヨコクラ病院(福岡県)が15日に熊本に入り、情報収集と救援活動を開始。16～17日には、市比野記念病院、サザンリージョン病院、国分中央病院(いずれも鹿児島県)が強い余震が続く大渋滞の中で支援物資の搬送に当たった。AMATは16日以降、白鬚橋病院、永生病院、南多摩病院(いずれも東京都)、霧島記念病院(鹿児島県)、赤穂中央病院(兵庫県)が順次活動を展開した。25日時点で、支援活動を行った全日病AMATは11隊・43人である。

被災地では余震が続く中で、日々変化する状況の把握と支援の調整が不可欠となった。このため日本医療法人協会から伊藤会長代行(社会医療法人大雄会理事長)が16日に現地に入った。同時に、支援物資の確保・供給に当たるため全日病事務局から職員1人が派遣され、青磁野リハビリテーション病院を拠点に活動。全日病の織田副会長と安藤副会長が現地に入り、情報収集を行った。

14日の地震発生から3日目までは、水、食料、オムツなどの物資が不足したが、支援活動により供給が加速し、5日以降、物資の不足は解消に向かっている。地震直後の急性期医療では、脳外科や整形外科が必要とされ、麻酔科医が不足したが、急性期を乗り切っ

た後は慢性期の医療ニーズへの対応が中心となっている。時系列で変わる状況に対応して、人的・物的支援の調整が必要となった。

現地では、行政の対応の遅れもあり、ニーズの把握と調整が不十分で、支援物資があっても必要な人に届いていない状況もみられた。とくに避難所の体制整備が課題だ。

安藤副会長は現地の調査を踏まえ、「避難所における指揮命令系統を明確にして、チーム医療が機能する体制をつくる必要がある。とくに小児科のニーズがあり、地域の医師会との連携が必要だ」と指摘。可能であれば、医療スタッフとのパイプ役として保健師の配置を考えるべきだと述べている。

●被災地のニーズを把握し、会員病院を支援

4月24日には、被災地に近い福岡、佐賀、長崎の各県の支部長、病院長が博多市内で今後の支援方針を協議した。集まったのは、福岡県の陣内支部長、長崎県の井上支部長、田主丸中央病院(福岡県)の鬼塚院長で、佐賀県から全日病の織田副会長が加わった。支援物資については供給が充足しつつあることから、今後はマンパワーの支援に重点を移す必要があるという認識で一致した。熊本市内の病院では、職員自身が被災しながら、医療活動を支えている状況。十分な睡眠がとれない中で



通常以上の業務を担い、疲労が蓄積している。

こうした状況を踏まえ織田副会長は、「医師だけでなく、あらゆる職種の支援が必要だ。民間の中小病院の立場から、長期的な視点で支援を考える必要がある」と述べる。

東日本大震災の経験からも、急性期の医療ニーズが終息した後は、慢性期の医療ニーズへの対応が重要になることは明らかだ。被災地の病院が通常の医療を提供できるように効果的な支援を行うことが課題。現地の会員病院のニーズを把握した上で、JMATとの役割分担を調整しつつ、支援体制を構築することが求められる。

厚労省が一定の強制力伴う医師偏在対策を示す

厚労省・医師需給検討会

厚労省は4月20日の「医療従事者の需給に関する検討会」(森田朗座長)と医師需給分科会との合同会議に、これまでの議論をふまえた医師偏在対策とともに、今後3年間の医学部入学定員を今年度と同じ9,262人の水準とする考えを示した。医師偏在対策では、一定の公的な強制力を伴う対策が並んだ。

厚労省は3月30日の同分科会で、将来の医師需給推計の結果を公表。医師数は2024年には均衡し、その後は供給が需要を上回り、2040年には医師が約3.4万人過剰になると推計した(中位推計)。将来的な医師過剰から、現状の暫定的な医学部入学定員増をどこかの時点で打ち切ることの検討とあわせ、医師偏在対策の議論を求めている。

医師偏在対策では、一定の公的な強制力を伴う対策が多く盛り込まれた。

医学部定員、臨床研修、専門医制度に関し、都道府県の医師数の格差が一定以上にならないよう、それぞれに枠を設ける。臨床研修などではすでに一定の枠があるが、格差をさらに縮小す

る。地域医療支援センターは機能を強化し、医師のキャリア形成支援や配置調整ができるようにする。

医療計画では、医師の偏在が続く場合に「十分ある診療科の診療所の開設について、保険医の配置・定数の設定や自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討」とした。医籍登録番号などを活用した医師の従事先をたどれるデータベースを構築することも検討する。

特定の医療機関(臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等)の開設者・管理者の要件に、特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを加える。そのほか、◇フリーランス医師への対応◇医療事業継続に当たっての優遇税制◇女性医師の支援——なども検討項目にあがった。

これらの医師偏在策について、委員からは一定の強制力に対し、「これまでより踏み込んだ」と評価する意見が相次いだ。全日病副会長の神野正博委員も、医師不足問題が医師偏在対策だけで解決しないことを強調しつつ、



「何らかの強制策で偏在を解消する必要がある」と方向性に賛意を示した。

当面9,262人の入学定員を維持

医学部の定員増に対しては、今後3年間は現状の9,262人を維持することが示された。ただ2010～2019年度までの「新成長戦略」などに基づく医師確保対策では、今後3年間も都道府県ごとに原則10人までさらに増員を図ることが可能となっている。厚労省はこの部分に関して、「本当に必要な増員であるのかを慎重に精査すべき」と、

増員は控えるべきとの考えを示した。

一方、深刻な医師不足に対応するため、2008～2017年度の期間で講じている医師確保対策は、来年度末で期限を迎えるが、当面延長が必要とした。

全日病会長の西澤寛俊委員は、これらの提案に対し、現状における医師の絶対数の不足を「議論の前提にすべき」と強調。その上で、「これまで対策を講じてもそれでは足りず、新たな対策を講じることを繰り返した。余るといながら不足が続いた。今後はそうならない取組みが必要」と述べた。

新たな専門医制度で永井委員長が私案示す

厚労省・専門医養成に関する専門委員会

都道府県ごとに定員枠設定

「専門医養成の在り方に関する専門委員会」の2回目の会合が4月27日に開かれ、永井良三委員長（自治医科大学学長）が新たな専門医制度の実施によって医師の地域偏在を拡大させないことを念頭に私案を示した。都道府県ごとに「専攻医」の定員枠を設定し、都市部への集中を避ける内容だ。あわせて、都道府県に設置する協議会の権限を強化し、日本専門医機構と調整しつつ、ともに制度運営を担う役割を持たせることを提案した。

しかし私案の内容を来年4月までに制度化することは難しく、制度をスタートさせながら、私案に沿って調整を進めることになる。このため新たな専門医制度を予定通り来年4月に実施することへの懸念は払拭されていない。

永井私案は、専門医の需要に応じ

て、診療科や都道府県に「専攻医」の人数に制限を設けるもの。都道府県ごとの定数は患者数や面積などを勘案して設定する。ただ定員の設定に必要なデータは現状では不十分だ。このため過去3年間の専門医の採用実績の1.1～1.2倍を全国の定員枠とした上で、都道府県の定数は都市部以外の道県に配慮して設定することを提案している。

あわせて、都道府県に設置する協議会に主体的な役割を求める。具体的には、基幹病院が作成したプログラムと都道府県の定員をもとに、二次プログラムを作成。日本専門医機構と調整しながら、「専攻医」の身分や待遇について監督・指導する役割を担うべきとした。協議会の権限を強化するため、法的な位置づけも視野に入れている。

永井私案に対しては、医師の需要と

供給を均衡させるための技術的な問題を指摘する意見はあったが、評価する声が多かった。永井委員長は、厚労省に定員の設定方法について、次回までに、準備を進めるよう要請した。

その上で、永井委員長はこれらの私案を来年4月までに制度化するのは「不可能」との認識を示した。制度をスタートさせながら、試行的に調整していく考えだ。これに対して委員から、「中途半端に始めれば混乱する。この委員会で延期を提言すべき」といった意見が相次いだ。

また、同日は専門医機構側が組織のあり方について説明した。「専門医の質を担保することと、地域医療をよくすることを調和させる」とし、6月の役員改選に際しては、「地域医療を担うステークホルダーが理事、社員、委

員会に十分加われるようにする」方向で、組織改革を行うとした。

事務局体制については、前身の日本専門医制評価・認定機構から引き継ぎ、当初5人だった職員を段階的に16人まで増員して充実を図った。事務局長が1人、主任3人のもとに、正職員3人、契約職員9人の体制。

全日病会長の西澤寛俊委員は、組織の外形的な説明だけでなく、「これまでどのような議論が内部で行われてきたのかをふまえた上で、組織のガバナンスのあり方を議論する必要がある」と主張。社員総会などの議事録の提示を求めた。日本医療法人協会の加納繁照委員は、「地域医療を守るために、若い医師が必要。すべての医師が専門医を目指せば地域医療がおろそかになってしまう」と指摘した。

看護師特定行為研修

4月より全日病にて共通科目(315時間)のeラーニングによる講座提供を開始

全日本病院協会 副会長・看護師特定行為研修検討プロジェクト委員会委員長 神野正博

●2025年までに10万人を養成

すでに周知のように団塊の世代が後期高齢者に突入する2025年に向かって、医療介護総合確保推進法が2014年6月に19本の法改正を伴うプログラム法として成立し、その施行が順次行われてきている。その中では、地域医療構想策定、医療介護の連携、チーム医療や医療事故調査など、さらには基金の利用までを謳っている。特定行為に係る看護師の研修制度も、チーム医療関連の法改正の一環として保健師助産師看護師法（保助看法）が改正され、2015年10月1日から施行されている。

その目的を国は、

○2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは不十分で、医師または歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助（例えば、脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。

○このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的である。

と謳い、十分な研修と安全体制のもと、医師による包括的指示によって、あらかじめ各医療機関で定めた手順書により、あくまでも診療の補助行為である特定行為を実施できる看護師を2025年までに10万人以上養成するとしている。

このような看護師のニーズがどこにあるのか考えていただきたい。医師が十分に配置されており、直接的な指示が発せられる集中治療室や救命救急センターというよりはむしろ、医師配置が比較的薄い慢性期病床、老人保健施設はかの介護保健施設、在宅医療の現場ではないだろうか。そういった意味で、われわれ全日病会員病院の潜在的なニーズは大きいと考える。

しかし、本制度は、315時間の共通科目研修に加えて、認められた38行為21区分の区分ごとに15～72時間の講義、演習、実習が必要とされている。従来、日本看護協会が認定する認定看護師、専門看護師研修は、大都市の研

修センターや大学院での長期間にわたる受講が必要であった。本制度においても、これら膨大な時間を現場から離れ、受講、研修させるならば、到底10万人の養成は不可能であり、かつ人的資源に乏しい中小病院・施設、訪問看護ステーション等からの出務、受講は無理であると考えざるを得ない。

そこで、全日病では、S-QUE研究会と共同で、共通科目研修315時間のほとんどをインターネットで学べる全日病S-QUE eラーニング看護師特定行為研修をこの4月から開講した。（参照：<http://s-que.net/specific-action/index.html>）

各病院は指定研修機関として名乗り出ていただきたい。あるいは各病院が連携と協働のもとで協力施設になることを条件に、地域の基幹病院が指定研修機関として名乗り出るように働きかけていただきたい。

●指定研修病院が単位認定

このeラーニングによる看護師特定行為研修共通科目の履修は全日病S-QUEで管理するものの、単位認定は、全日病ではなく各指定研修機関で行う。そして、特定行為区分別の講義と実習は、指定研修機関ないしは協力施設となった自らが勤務する施設で、自らのニーズに応じた実習とすべきである。これによって、勤務をしながらの研修終了を目指すことが可能となる。

すなわち、全日病のeラーニングプログラムは各指定研修機関が使える教材であると理解していただきたい。加えて、このeラーニングプログラムは、病院単位での加入とし、かつ他の研修プログラムに比べて、きわめて安い価格帯に設定した。また、1病院当たり何人が受講しても同一価格である。看護師の生涯教育の一環として利用するのも手である。ここで履修し、将来、その看護師が特定行為研修を受講する意思が出た場合も、あらかじめ取得した単位に関して指定研修機関が単位認定することも可能となる。

全日病では、このeラーニングに加えて、2016年度も昨年度に引き続き、全国で指導者研修を実施する。さらに、今年度は、指定機関申請に係る支援もスタートしたく思っている。

●特定行為研修制度の概要

以下に簡条書きでポイントを整理する。

「特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない」は、努力規定ではなく、義務である。

①特定行為および特定行為区分

特定行為は、診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力および判断力並びに高度かつ専門的な知識および技能が特に必要とされるものとして厚生労働大臣が定めるもの<38行為>

特定行為区分は、特定行為の区分であって、厚生労働大臣が定めるもの<21区分>

②手順書

手順書は、医師または歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書または電磁的記録であって、次に掲げる事項が定められているものであること。

- (1) 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
- (2) 診療の補助の内容
- (3) 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者
- (4) 特定行為を行うときに確認すべき事項
- (5) 医療の安全を確保するために医師または歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制
- (6) 特定行為を行った後の医師または歯科医師に対する報告の方法

*厚生労働省平成27年度看護職員確保対策特別事業「特定行為に係る手順書例集作成事業」として全日病が作成した『特定行為に係る手順書例集』は、平成28年2月より以下のホームページで公開されている。

厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000112464.pdf>

全日病ホームページ

http://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/160205_1.pdf#160205

③指定研修機関の指定の基準

指定研修機関は、1または2以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う学校、病院その他の者であって、厚生労働大臣が指定するものをいう。

(指定の基準)

- (1) 特定行為研修の内容が適切であること。
- (2) 特定行為研修の実施に関し必要な施設および設備を利用することができること。
- (3) 特定行為研修の責任者を適切に配置していること。
- (4) 適切な指導体制を確保していること。
- (5) 医療に関する安全管理のための体制を確保していること。
- (6) 実習を行うに当たり患者に対する説明の手順を記載した文書を作成していること。
- (7) 特定行為研修管理委員会を設置していること。

④特定行為研修

(基本理念)

特定行為研修は、チーム医療のキーパーソンである看護師が、患者・国民や、医師・歯科医師その他の医療スタッフから期待される役割を十分に担うため、医療安全に配慮し、在宅を含む医療現場において、高度な臨床実践能力を発揮できるよう、自己研鑽を継続する基盤を構築するものでなければならない。

(受講者)

特定行為研修の受講者としては、概ね3～5年以上の実務経験を有する看護師が想定されること。ただし、これは、3～5年以上の実務経験を有しない看護師の特定行為研修の受講を認めないこととするものではないこと。

⑤特定行為研修管理委員会

(役割)

- ・特定行為区分ごとの特定行為研修計画の作成
 - ・2以上の特定行為区分について特定行為研修を行う場合の特定行為研修計画の相互間の調整
 - ・受講者の履修状況の管理
 - ・修了の際の評価等
 - ・特定行為研修の実施の統括管理
- (構成員)
- (1) 特定行為研修に関する事務を処理する責任者またはこれに準ずる者
 - (2) 当該特定行為研修管理委員会が管理する全ての特定行為研修に係る特定行為研修の責任者
 - (3) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療関係者

◆論考 医療機関におけるマイナンバー制度への対応

全日本病院協会 常任理事・個人情報保護担当委員会 委員長 飯田修平

I はじめに

2015年9月9日、「個人情報の保護に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の一部を改正する法律」(個人情報保護法一部改正法)と「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の一部を改正する法律(マイナンバー法一部改正法)」が同時に公布された。

両法は、密接に連携しており、個人情報保護法の公布から12年、マイナンバー法の公布から2年経過して初めての大きな改正である。2015年10月から改正法の一部が施行された。

年金情報漏えいがあり、その後、特定個人情報に関する情報システム障害等による不具合が続出し、マイナンバー法の運用に疑問や問題が提起されている。

全日本病院協会は、個人情報保護法制定直後から担当委員会を設置して、認定個人情報保護団体として、相談受付、情報提供、講演会、研修会等を継続している¹。その結果、医療機関管理者および職員の個人情報保護法の理解と関心は高まっている。

しかし、マイナンバー法は、制定後短期間であり、また、医療機関への影響が不明確であり、医療関係者の理解と関心は十分とは言えない。

両改正法とも、全面施行されておらず、医療分野における運用に関するガイドライン等も策定されていない。しかし、改正法の一部が施行されているので、概要を理解する必要がある。

個人情報保護法改正法にも触れるが、マイナンバー法改正法を中心に解説する。

II マイナンバー法の目的

マイナンバー法は、「行政事務を処理する者が…効率的な情報の管理及び利用並びに他の行政事務を処理する者との間における迅速な情報の授受を行う…行政運営の効率化及び行政分野におけるより公正な給付と負担の確保を図り…国民が、手続の簡素化による負担の軽減、本人確認の簡易な手段その他の利便性の向上を得られるようにする…個人番号その他の特定個人情報の取扱いが安全かつ適正に行われるよう行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律及び個人情報の保護に関する法律の特例を定めることを目的とする」と第1条に明記されている。

名称の通り、行政事務の効率化が主目的であり、民間組織や個人の便益は従である。

III マイナンバー法改正法の概要

マイナンバー法改正では、マイナンバーの利用範囲や行政機関等の間での情報連携の範囲が拡大された。預貯金口座へのマイナンバーの付番、予防接種などの医療等分野における利用、地方公共団体の要望等や個人情報保護委員会への改組に係るもの、さらに、年金情報の流出事案を踏まえた追加修正があった。

IV 個人情報保護法・マイナンバー法の用語の定義

用語が明確化あるいは新たに定義された。医療機関には、特に下線の用語の理解が必須である。

行政機関、独立行政法人等、個人情報、個人識別符号、要配慮個人情報、匿名加工情報、個人情報ファイル、個人番号、本人、個人番号カード、特定

個人情報、特定個人情報ファイル、個人番号利用事務、個人番号関係事務、個人番号利用事務実施者、個人番号関係事務実施者、情報提供ネットワークシステム、法人番号

V マイナンバーの利用範囲(番号法別表)(2013年法律第27号)

マイナンバーの利用範囲は以下のとおりである。

1 社会保障分野

1) 年金

・年金の資格取得・確認・給付に利用
・国民年金法、厚生年金保険法による年金の支給に関する事務
・確定給付企業年金法、確定拠出年金法による給付の支給に関する事務

2) 労働

・雇用保険等の資格取得・確認・給付。ハローワーク等の事務に利用
・雇用保険法による失業等給付の支給、雇用安定事業、能力開発事業の実施に関する事務
・労働者災害補償保険法による保険給付の支給、社会復帰促進等事業の実施に関する事務等

3) 福祉・医療等

・保険料徴収等の医療保険者の手続、福祉分野の給付、生活保護の実施等に利用
・健康保険法、介護保険法等による保険給付、保険料の徴収に関する事務
・児童扶養手当法による児童扶養手当の支給に関する事務
・障害者総合支援法による自立支援給付の支給に関する事務
・生活保護法による保護の決定、実施に関する事務等

2 税分野

・国民が税務当局に提出する確定申告書、届出書、調書等に記載。当局の内部事務等に利用
・災害対策 被災者生活再建支援金の支給に関する事務等に利用

4 上記の他、社会保障、地方税、防災に関する事務その他これらに類する事務であって地方公共団体が条例で定める事務に利用

VI 個人情報保護法改正法の目的

改正後の個人情報保護法は、第1条で、「個人情報の適正かつ効果的な活用が新たな産業の創出並びに活力ある経済社会及び豊かな国民生活の実現に資するものであることその他の個人情報の有用性に配慮」することを目的とするとしている。

すなわち、個人情報の保護と利活用をバランスよく推進することである。

VII 個人情報保護法改正の概要²

情報通信技術の急速な発展により、個人情報を含むパーソナルデータを取扱う環境が大きく変化し、主に以下の問題が明らかになり、それらに関して改正された。

1 かつては想定しなかった多種多様なパーソナルデータが流通し、ビッグデータとして新たに活用され、プライバシー保護と適正な情報の利活用環境を整備する必要が生じた。

2 個人情報取扱事業者の監督が主務大臣制で、27分野38ガイドラインに基づき、事業分野ごとに行われてきた。

3 企業や団体の活動がグローバル化し、個人情報を含む多くの情報が国境を越えて流通、取り扱われる時代となり、EU、アメリカにおける個人情報保護法制の見直しも踏まえて、国際的な整合性を図る必要がある。

パーソナルデータの利活用に関する項目を含む「日本再興戦略」及び「世

界最先端IT国家創造宣言」の閣議決定(2013年6月)に基づき、「高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部(IT総合戦略本部)」の下に、「パーソナルデータに関する検討会」が設置された。

2014年6月、同本部は「パーソナルデータの利活用に関する制度改正大綱」を決定し、これに基づき個人情報保護法を改正した。

VIII 個人情報保護委員会設置

2016年1月から、特定個人情報保護委員会が個人情報保護委員会に改組された。特定個人情報に関する事務とともに、新たに個人情報全般について、適正な取扱いの確保のための監督、認定個人情報保護団体の監督、個人情報全般に関する広報・啓発、個人情報の取扱いに関するグローバル化への対応等、権限が大幅に強化された。

IX 日本再興戦略 改訂2015

日本再興戦略 改訂2015(2014年6月閣議決定)に基づき、「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会において、医療分野における番号の必要性や具体的な利活用場面に関する検討を行い、年内に一定の結論を得る」とされ、2014年12月10日、中間まとめが公表された³。2015年6月30日、日本再興戦略 改訂2015「経済財政運営と改革の基本方針2015～経済再生なくして財政健全化なし～」(骨太方針)が経済財政諮問会議での答申を経て閣議決定された⁴。社会保障では、医療・介護提供体制の適正化、インセンティブ改革による各種予防、公的サービスの産業化、負担能力に応じた公平な負担・給付の適正化、薬価・調剤等の診療報酬に係る改革及び後発医薬品の使用促進を含む医薬品等に係る改革等にも取り組んでいくとした。

X 「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会」の報告書

上記を受けて、「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会」は報告書を発表した⁵(2015年12月10日)。その概要は以下のとおりである。

1 医療等分野の情報連携に用いる識別子(ID)の具体的な制度設計等を整理し、検討結果をまとめた。

2 医療等分野の個人情報の情報連携のあり方を整理した。

(1) 医療等分野の個人情報の特性
(2) 医療等分野の個人情報の情報連携のあり方

3 マイナンバー制度のインフラとの関係

(1) 医療情報の連携にマイナンバーは用いない。

(2) 支払基金が住基ネットを経由して取得する「機関別符号」は、住民票コードと一対一の関係を持ち、事務を受託した保険者の被保険者について、重複がない一意の識別子(ID)とする。

4 医療保険のオンライン資格確認の仕組み

(1) 支払基金と国保中央会が保険者から共同で資格管理等の事務の委託を受ける。

(2) 個人番号カードの裏面のマイナンバーの表示の工夫や、マイナンバー等が見えないカードケースの配布など、個人番号カードを安全に利用する対策を講じる。

5 医療等分野の情報連携に用いる識別子(ID)の体系(具体的な制度設計)

(1) 地域医療連携に用いる識別子(ID)の位置づけ

異なるID体系の地域医療連携のネットワーク間で、患者本人を一意的に把握するための共通の識別子(ID)として、「地域医療連携用ID(仮称)」を生成し、異なるネットワーク間での患者情報の連携を可能とする。

(2) 医療等分野の識別子(ID)の生成・発行の仕組み

支払基金と国保中央会がIDの生成・発行機関となり、支払基金が取得する機関別符号と一対一に対応するように、「地域医療連携用ID(仮称)」等の識別子(ID)を生成・発行する。

(3) 医療等分野の識別子(ID)の視認性(見える番号とするかどうか)

(4) 医療保険の資格確認用番号(仮称)とレセプト情報の活用

(5) 医療等分野の情報連携の識別子(ID)の発行・管理機関

(6) 医療機関等への地域医療連携用ID(仮称)の発行の仕組み

6 医療等分野の識別子(ID)の普及に向けた取組

XI 医療機関の対応

マイナンバー法への医療機関がすべき具体的な対応は以下のごとくである。

1 規定見直し(基本方針、就業規則、個人情報管理規定等)

2 個人情報保護、安全管理措置(体制構築・セキュリティ対策)

3 従業員研修

4 従業員等の個人番号カード取得開始(番号確認と身元確認)

5 申請書、申告書、調書等順次番号記載開始(厚生年金・健康保険は、2017年1月～)

給与所得・退職所得の源泉徴収票、報酬、料金、契約金及び賞金の支払い調書、不動産の使用料等の支払調書、不動産等の譲渡受けの対価の支払調書

XII おわりに

マイナンバー法は、行政事務の効率化が目的であり、適用範囲は限定されている。また、個人情報保護法改正法では、「匿名加工情報」が定義され、情報の利活用が促進されようとしている。

年金情報漏えい、個人番号管理システムの不具合がある中、「医療番号」が具体的に検討され、また、「特定個人情報」の利用範囲が拡大されることも考慮し、民間組織あるいは個人として、あらゆる形の「個人情報」を自分自身で制御可能な形に保持できることが重要である。

2017年7月に開始される予定の本格的な情報連携に向けた準備が進められている。本制度の導入目的に基づいて、公平・公正・円滑に運用されるよう、関係者が連携し、必要に応じて見直す必要があろう。

参考文献

- (公社)全日本病院協会個人情報保護担当委員会:病院における個人情報保護Q&A第2版、2015年1月、じほう
- 特集:個人情報保護法・マイナンバー法改正:ジュリスト2016.2 No.1486 pp.13-68
- 医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会 中間まとめ 2014年12月10日 http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/000068083.pdf
- 日本再興戦略 改訂2015 2015年6月30日閣議決定 <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/dailjppdf>
- 医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会 報告書 2015年12月10日 http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000106609.pdf

DPC機能評価係数の決定過程は不透明

日病協

重症度係数の決め方は「ブラックボックス」 中医協に改善求める

日本病院団体協議会は4月22日の代表者会議で、2016年度改定におけるDPC制度の見直しについて協議し、係数等の決定過程が「ブラックボックス」になっているとの認識で一致。小山信禰DPC分科会長を通じて、中医協に改善を申し入れることを決めた。

代表者会議は、4月13日の中医協総会の内容について議論した。なかでもDPC制度について議論が集中。会議後に会見した神野正博議長は、「激変緩和措置としての暫定調整係数で不利益をうける病院を助けるという意味がありながら、係数の決め方がブラックボックス化しており、極めて大きな憂慮を示す意見が出された」と報告した。とくに2016年度診療報酬改定で機能評価係数Ⅱに新たに追加された重症度係数について、「どのような経緯で係数

となったのか、決定過程が明らかではなかった」と述べ、問題視した。

重症度係数は、ゼロとなる病院が少なくない。日病協は代表者会議に先立つ4月20日の実務者会議において、厚労省保険局医療課の担当者を招き、説明を受けている。神野議長は「重症化係数は粗診粗療をしていない病院を評価する意味で設けられたが、医療費をかけずによいアウトカムを出すことが評価されていないという不満が出ている」と説明した。

日病協として、DPCの係数について丁寧な議論が必要という認識で一致。神野議長は「小山DPC分科会長を通して、重症度係数等の考え方について丁寧に議論を行うよう、中医協に申し入れる」と表明した。

また代表者会議は、医薬品の薬価収



2016年度は神野正博副会長が日本社会医療法人協議会の代表者として議長を務める。

載についても、中医協に提出されるまでの手順が不透明であり、今後は明らかにすべきという主張で一致した。

新しい専門医制度についても議論がなされた。来年度の新制度スタートに向けて現状は準備不足であり、日本専門医機構のガバナンスに問題があると

いう認識では一致した。専門医機構の会議では、議事録が非公表である点を問題視する意見もあった。

神野議長は、「今のままの専門医機構により、新しい専門医制度を始めることに懸念を抱くという認識に、反対意見はでなかった」とまとめた。

日本専門医機構の組織見直しを求める

四病協

来年4月スタートは物理的に難しい

四病院団体協議会は4月27日に総合部会を開き、新たな専門医制度のあり方や医療従事者の需給見直しをめぐる議論。専門医制度を運営する日本専門医機構のガバナンスに問題があるとの指摘が相次いだ。全日病の西澤寛俊会長は終了後の会見で、「専門医機構の組織を見直すべきで、しっかりしたガバナンスを求めていく。それを考えると、来年4月のスタートは物理的に難しい」との見解を示した。

新たな専門医制度に対しては、病院団体をはじめ多くの関係者が地域間・診療科間の医師の偏在を拡大すると懸念を表明している。今年2月の社会保障審議会・医療部会で、同制度の実施に当たり、地域医療への影響が考慮されていないとの批判が相次いだため、「専門医養成の在り方に関する専門委員会」を設置し、来年4月の実施の延期も含め、集中的に議論することになった。

西澤会長は、「専門医制度なので大学病院やそれなりの病院できちんと教育することはわかるが、それによって

地域医療にどう影響があるかが議論されていない」と、この問題に関する認識を述べた。

「専門委員会」は、3月25日に初会合を開き、4月27日に第2回が開かれた。西澤会長は、「専門委員会では専門医機構のガバナンスの議論から始まるかと思っていたが、来年4月の実施を前提にした資料が出て、それは少し違うと申し上げた」とこの間の経緯を説明した。

四病協でも新たな専門医制度に対する懸念が強いほか、日本専門医機構の運営に対する不信感がある。この日の総合部会では、「地域医療の現場の意見がまったく取り入れられていない」との意見があったほか、「専門医機構の事務局機能に問題がある。組織がしっかりしなければ制度がうまく回るはずはない」との意見があったという。

西澤会長は、「専門医制度は国民に質の高い医療を提供するための手段であり、そのために地域医療を無視していいわけがない。来年4月の実施は無理というのが大勢だった」と述べた。

医師需給推計の仮定で検証必要

厚労省が3月31日の「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」に提出した医師需給推計も議題にあがった。今後の医師養成数を検討するため、将来の医療需要を踏まえて推計したもので、2024年に医師の需要と供給が均衡し、それ以後は供給が需要を上回って過剰となる見通しを示している。総合部会では、推計の前提次第で結果が異なることから、推計結果の妥当性を疑問視する意見があった。

例えば、推計では女性の仕事量を30～50歳の男性医師の8割として計算しているほか、急性期医療における労働時間が1週間当たり現在の56.6時間から51.1時間に減ると仮定して計算した。こうした前提が変われば、医師の必要数はもっと多くなる。医師需給推計について、改めて精緻に検証する必要があるとの認識を共有した。

四病協は今回から4カ月の任期で、全日病が会議運営を担当し、西澤会長が議長を務めている。



介護給付費のデータ分析体制など保険者機能強化を議論

厚労省・介護保険部会

ケアマネジメントの特定事業所集中減算に批判が相次ぐ

介護保険制度改正に向けて検討している社会保障審議会介護保険部会（遠藤久夫部会長）は4月22日、介護給付費適正化のための地域差分析について議論したほか、ケアマネジメントのあり方をめぐって意見を交わした。

厚労省は、地域差分析に関して説明。介護費用総額が2016年度予算ベースで約10兆円に達し、制度創設時の約3倍に膨らむ見通しであることを明らかにした。制度の持続可能性を確保するには、介護需要の地域差を生む要因を把握し、介護給付費の適正化を進める必要があると述べた。

介護給付費の適正化に関しては、各都道府県において2008年度より介護給付適正化計画を策定している。各市町村においても、地域支援事業の任意事業に①要介護認定の適正化②ケアプランの点検③縦覧点検・医療情報との突

合を初めとする適正化事業が位置づけられている。

しかし厚労省は、実態分析は十分ではないとし、その理由として統計データの分析能力の不足（専門的な知識を有する職員の不足）、平常業務の多忙さなどをあげた。

また、要介護認定のチェックやケアプラン点検についても、市町村の規模によって取り組みに差があることを明らかにした。とくに、ケアプラン点検への取り組みは弱く、2013年度の実施率は60.8%にとどまる。

一方、厚労省は地域包括ケアの「見える化」システムを構築して、2015年7月から稼働させている。2016年7月には、年齢調整後（各保険者等の人口構成の違いを除外したもの）の要介護認定率や1人当たり給付費等のデータ提供が始まるなど、今後も拡充してい

く方針だ。

同システムを活用すれば、都道府県や市町村は、自らの分析を他の地域と比較できるが、分析能力や担当職員の不足がそれを阻んでいる。

委員からは、「介護保険も国保と同様に、都道府県に移し、市町村の役割と負担を軽減すべきではないか」などの意見があった。

一方、ケアマネジメントに関する議論では、特定事業所集中減算（80%を超えると200単位減算）に対する批判が相次いだ。これは、ケアマネジメント業務の偏在集中を回避するために一定の基準を上回ると介護報酬を減額するものだが、多くの利用者を引き受けることに対し、ペナルティを課するのは不合理との意見があった。

保険者によるケアプラン点検の義務化を求める声には「市町村に分析能力

を求めるのは難しい」と、疑問を呈する意見があった。

介護支援専門員の調査によると、約70%から「記録する書式が多く手間がかかる」と、過重な事務負担を指摘する意見がある。これを踏まえ、ケアマネジメント業務の全面IT化を推進すべきとする意見もあった。

ケアマネジメントにおいて医療介護の連携の観点から、専門職種や専門機関を有機的に結びつけるための方策を議論する中で、「ケアマネジャーの6割が病院主治医との連携に心細さを感じている」との指摘がなされた。これに関しては、介護支援専門員に対する医療知識の研修に力を注ぐべきとする意見もあった。

介護保険部会は来年度予算編成にもらみ、年末のまとめに向けて、議論を続ける予定だ。