



# 全日病 NEWS 10/15

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 清話会ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.788 2012/10/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

## 72時間規定 入院基本料要件の是非で診療・支払の意見平行

中医協・診療報酬基本問題小委 入院基本料 中長期の視点と次期改定に向けた論点を整理、あらためて議論

基本診療料のあり方について検討している中医協・診療報酬基本問題小委員会

事務局(厚労省保険局医療課)は、入院基本料の算定要件である月平均夜勤時間(72時間規定)と重症度・看護必要度の2つを取り上げ、前者は改定検証調査、後者は入院医療調査と厚生労働科研の結果を踏まえて、そのあり方について議論を行なうことを提案した。

これに対して診療側は、個別要件の議論を先行させることは入院基本料の検討を次期改定に向けた要件見直し議論に終わらせることになりかねないと反対を表明、入院基本料については、論点を中長期と短期に分けた上で、両者それぞれ議論するべきであると主張した。

この提案に支払側も原則的に賛意を示した。その結果、森田委員長(学習院大学法学部教授)は「中長期の基本的な議論と次期改定を見据えた議論が錯綜している。その辺を整理して、あらためて議論したい」と、同日の議論を締め括った。

基本診療料のあり方に関する検討作業について、基本小委はこれまでに、入院基本料の議論を先行させることを確認。さらに、入院基本料の基本的性格を議論すること、かつ、看護師配置に偏した入院基本料の現行評価を見直すという方向についても支払側・診療側は合意している。それにもかかわらず、事務局は10月3日の基本小委に、72時間規定と看護必要度のあり方という各論に関する提案を行なった。

その主旨は、72時間規定に関しては、その充足・非充足と離職率の間に相関性があるかと思わせるデータを示した上で、「離職率に影響する要因は様々なものがありうる」として、「月平均夜



勤時間要件が及ぼす効果・影響の調査を踏まえて、そのあり方を議論する」というもの。

看護必要度についても、様々な指摘があることから、「入院医療等の調査・評価分科会での調査や厚生労働科研の結果をもとにして議論してはどうか」と提案した。

これらの提案は、72時間要件と看護必要度のあり方議論を2014年度改定の検討項目に位置づけることを確認したという点で意義が大きい。しかし、入院基本料の評価はどうあるべきかというテーマに対して各論にとどまることから、基本となる議論を先行させなければならぬというのが診療側の考えだ。

議論の冒頭、診療側西澤委員(全日病会長)は、「基本診療料のあり方については、中長期的な論点と次期改定に向けて対応すべき短期的な論点とがある。議論に際しては、そのどちらに当たるかを明確にしてほしい」と発言、前回(8月22日)に続いて各論を提起した事務局に釘を刺した。

そして、72時間規定に関しては、「72時間の是非がどうこうではなく、それが入院基本料の要件に入っていることが問題である。過去に加算という方法もあったが、我々はそういう議論を望んでいる」と述べ、主題は入院基本料算定要件であることの是非であるという認識をあらためて表明した。

診療側は、看護職の労働環境改善に努めることは当然とする一方で、72時間規定を入院基本料の算定要件から外すべきという認識で一致。看護師配置基準に偏した入院基本料評価を見直すという視点を踏まえて、72時間要件の不合理性を多々指摘した。

これに対して白川委員(健保連専務理事)は、「入院基本料の算定要件全体について議論するべき」と主張しつつ、「72時間がなぜ問題なのか理解できない。実態として困っていることがなけ

れば、この議論は不毛ではないか」と、72時間規定の非要件化に異論を唱えた。花井委員(連合総合政策局長)と福井専門委員(日看協常任理事)も72時間要件を支持した。

その一方で、白川委員は、「医師に負荷がかかっている現状をいい方向に向かわせる要件設定があり得るのか。それを議論したい」とも述べ、入院基本料の要件議論の中で、医師の負担軽減につながる視点も課題に取り上げる意向があることを明らかにした。

### 看護必要度 内容見直しを求める意見相次ぐ

「重症度・看護必要度」に関して、診療側は「看護必要度という語が一人歩きしている」と批判。「名称を含めた検討が必要」と提起する中、「重症度」「患者の全身状況」「医療必要度」「医師の判断必要度」と言い換える案を示した。

看護必要度については、診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」が実施する入院医療調査の12年度調査項目に入っており、13年3月には結果報告がまとまる。

他方、12年改定の過程で「急性期病院におけるせん妄や認知症の増加、看護必要度A項目に循環器病態の処置が多いこと、専門病院の基準のあり方を検討する必要性」などについて意見が示されたことから、厚生労働科研で緊

急研究が取り組まれている。この研究について、事務局は「モニタリングや処置に関する項目の妥当性などを研究している。年度内に報告書がまとまる予定」と説明した。

嘉山委員は、看護必要度の内容見直しの必要性を述べる一方で看護必要度のA項目に言及。「これは医療必要度あるいは医師の判断必要度のことであり、医師が判断した内容の業務が出ている点で医療業務度といってもいい」と指摘、「ここに認知症も加えらるとすっきりする」と提起した。

事務局は、厚生労働科研がそうした見直しの視点を含めて看護必要度の妥当性を含めて研究していることを確認した。

## 自治体病院「公立病院改革プラン」の達成率は8.8%

最終年度の黒字達成病院は全体の53%にとどまる

総務省は9月28日に「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果(2011年度)」を発表した。

総務省は2007年に「公立病院改革ガイドライン」を策定、病院事業を実施する地方公共団体に08年度内に「公立病

院改革プラン」を作成、09年度から3年で経営を効率化するよう求め、全病院の黒字確保をめざすよう要請した。

今回の発表は、改革プラン最終年度を迎えた、全国公立病院の経営状況に関する調査結果、したがって改革プラン

実施状況の調査結果である。

それによると、全国に886ある自治体病院のうち、2011年度の経常収支が黒字となったのは全体の53%(470病院)にとどまった。改革プラン開始前08年度の黒字病院は30.2%であったから大

幅な前進であるが、全体からみると改善は遅々として進んでいない。

各病院は収支、人件費負担、病床利用率の3指標からなる数値目標をもっているが、11年度にすべて達成した病院は8.8%にとどまった。

こうした結果から、総務省は、東日本大震災の被災地を除いた地域に関して「赤字病院は改革プランの抜本的見直しが必要」とみている。

## 大学病院の不正請求 支払側が詳しい報告と対応策を求める

10月3日の中医協総会で、支払側は東京医科大学茨城医療センターによる診療報酬不正請求問題を取り上げ、事務局(厚労省保険局医療課)に、保険医療機関指定取り消しにいたった経過をたずねるとともに、不正請求の内容やこれまでの指導・監査実施状況等について詳しい報告を求めた。

同医療センターによる診療報酬不正請求問題とは、2008年から09年にかけて多額にのぼる不正請求を行なった事実が発覚、関東信越厚生局から12月1日付で保険医療機関の指定取り消し処分を受けたことをいう。

支払側の石山委員(経団連)は閉会間際にこの問題を取り上げ、事務局にこれが故意によるものか否かをたずねた。事務局は「故意に不正な診療報酬の過大請求があったと判断している」と答えた。

同委員は「過去に遡って不正請求の件数や金額を示してほしい」と、同様の事例に関する詳細な報告を求めた。

白川委員(健保連専務理事)は「見過ごされている不正請求が相当あると思う。不正受給しても一部だけ返済し、あとはその医療機関の利益になっているのが実態ではないか」との認識を示し、「不正があった分を100%返還させ

る仕組みをぜひ設けてほしい」と、不正請求への監視と事後対応を強化する

### 厚生労働大臣に三井氏。3役の5人中3人が医療人

野田首相は10月1日に第3次改造内閣を発足させ、新たな厚生労働大臣に三井辨雄(みついわかお)衆議院議員を任命した。厚生労働副大臣には櫻井充参議院議員が、同政務官には梅村聡参議院議員と糸川正晃衆議院議員が就任した。副大臣の西村智奈美衆議院議員は留任となった。

三井氏は薬剤師、櫻井氏と梅村氏は

必要を訴えた。森田会長(学習院大学法学部教授)は「大変重要な問題だ。事実関係やその他報告も含め、別の機会に時間をかけて議論する」と締め括った。



医師と、厚生労働政務3役の5人中3人が医療人によって占められた。ただし、梅村政務官は労働行政担当となった。

# 飯田常任理事「医療団体も調査費用で負担を分かすべきではないか」

医療事故調査のあり方に関する検討部会

調査費用負担で多様な考え。次回に「捜査機関との関係」について議論

医療事故調査の制度設計に向けて議論を進めている「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、9月28日の会合に日本医療安全調査機構を招き、モデル事業として診療関連死の原因究明を実施している調査機関の実務体制について説明を受けた。

引き続き議論では「調査費用の負担のあり方」を中心に意見を交わしたが、予定していた「捜査機関との関係」に関する議論は時間切れのため次回に持ち越された。

厚生労働省の補助事業として日本内科学会を母体にした諸学会の協力で2005年9月にスタートした「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」は、10年4月から日本医療安全調査機構に継承され、全国10地域で展開するにいたり、現在までに180事例にのぼる調査申請を受けている。

モデル事業の実績とノウハウを背景に、同機構は、医療事故調査制度の第3者機関になることを自らの使命に課している。

その機構の東京地域代表矢作直樹氏は、事業の目的を「診療関連死の原因を究明して再発防止に役立てること」とした上で、対象を「死因が一義的に明らかでない死亡事例等」と定義、「医師法21条にもとづく届出の対象となるものは対象にならない」と補足した。

そして、①病院が依頼してくる事例が対象（遺族からの依頼は受け付けていない）、②地域ごとの当番病院（解剖契約病院等）で解剖を行なう、③解剖には第3者の法医学者、病理医、臨床医が立ち会う、④評価分析（地域評価委員会）には法律関係者が出席、事例に応じて看護師、薬剤師、医療安全の専門家等も参加する、⑤6ヵ月を目安に結果をまとめて遺族に報告する（評価結果説明会）と、基本となるフローを説明した。

「評価分析に法律関係者も参加する」点については、「遺族が理解可能な説明となるような表現上の助言を得ることが主たる目的」と解説。また、事例

ごとの窓口として総合調整医と調整看護師を配置するが、とくに、遺族・病院・調査関係者間の連絡とコミュニケーションを担う調整看護師の役割がきわめて重要であると強調した。

さらに、一定程度の機能をもつ病院（要件を設定）に関しては、第3者性を担保した上で、機構から専門家を派遣して自院で解剖する方法も始まっていると、「協働型」方式を紹介した。

事例ごとに10人前後で組織される地域評価委員会を支える人的資源については、各学会の協力で2,995人にのぼる専門医に登録を得、1年間で255人を選任する（10年度）体制が確保できていることを明らかにした。

病理医や解剖医等の確保が困難なことから事例受付が東京に偏って関東全域に広がっていないとの指摘に、日本医療安全調査機構の事務局は、「現在は、遺体の搬送が可能な圏域であれば受け付ける方針に転じている」と説明した。これを踏まえ、有賀構成員（昭和大学医学部教授）は「モデル事業のノウハウを活用すれば中小病院でも院内調査を行なうことが可能だ」と評価した。

質疑応答の中で、矢作氏は、「原因究明・再発防止を目的としているが、調査依頼してくる病院には遺族と対立しているケースもある。純粋な原因究明だけでなく、遺族の納得を得るためというように、申請する病院にも様々な理由がある」という実態を明らかにした。

こうした日本医療安全調査機構の認識に対して、飯田構成員（練馬総合病院理事長・全日病常任理事）は「事業の対象というのがよく分からない。医師法21条該当事例は対象外というのが21条の解釈は人によって異なる中、誰が判断



するのか。「死因が一義的に明らかでない死亡事例」というのも解釈が難しい。一見言葉は明快だが、この表現は現場にとっては不明確であり、私には理解できない」と疑問を唱えた。

日本医療安全調査機構のHPにも、同事業について「警察署に届け出られた事例についても、モデル事業の対象となることがある」という説明が出ている。

矢作氏は、事業対象に曖昧さが拭えないという指摘に理解を示しつつ、「この事業は、病死と異状死しかなかった中に、もう1つのチャンネルをつかった。不明な点は何でも究明していこうという点で、ある意味、駆け込み寺的な役

割を果たしている」と説明。その先駆性を訴え、理解を求めた。

これに対して飯田構成員は、「駆け込み寺すなわちADRが大切なのは分かる。その事業の必要性も認める。ただし、それは原因究明・再発防止とは異なる」と指摘。同構成員が手がけた調査の中に「患者家族への説明に窮していたがモデル事業に持ち込んだのでうまくいった」事例があったことを例に出し、「どうも目的が異なるものまで受けているのではないか。それでは人手も足りなくなる。対象を真の原因究明・再発防止に絞ってはいかがか」と論じた。

## 調査費用負担「国の支援」は全員一致

調査費用の負担をめぐる議論で、高杉構成員（日医常任理事）は「実績と経験に富む日本医療安全調査機構が第3者機関へと転換してもよい」と提起し、費用の予測は同機構の検証から可能と論じた。

調査費用には第3者機関による調査活動費とともにその運営費が含まれる。調査と評価の対象、その手法、事務所を配置する地域数など、制度設計いかなりでは膨大な予算が求められる。

構成員からは「調査の対象と範囲を明確にしないと費用の話はしにくい」との疑問も出たが、原則レベルの考え方は、①社会保障の一環として国が拠出する、②国とともに患者も負担する、

③国とともに医療機関や医療団体も負担する、という3通りに分かれた。

国が負担する方法に関しても、「調査を依頼した病院に診療報酬上の加算を認める」「地域医療支援センターなど既出の財政支援を活用する」など、案は多岐にわたった。

一方、有賀構成員は、「日本医療機能評価機構が行なっている医療事故情報収集制度の予算の使い方について議論すべきではないか」と問題提起した。

そうした中、飯田構成員は「制度設計によって変わるが、基本的には国の支援を受けつつ、医療団体も負担をしていくべきではないか」との考えを表明した。

## 中協 改定検証調査、年内実施5件の調査票を了承

10月3日に開かれた中協総会は2012年度改定結果を検証する特別調査のうち、12年度内に実施する5項目の調査票案を了承した。事務局（厚労省保険局医療課）は10月末から11月にかけて調査票を送付、年内には調査票の改修を終えたいとしている。結果は12年度内に報告される。

調査項目は、①小児救急や精神科救急を含む救急医療を評価した影響、②在宅医療の実施状況と医療・介護の連携状況、③訪問看護を評価した影響、④医療

安全対策や患者サポート体制を評価した影響、⑤在宅歯科医療、からなる。

12年度に実施する調査は全部で6項目だが、一般名処方・加算の状況および後発品の使用状況に関する調査は、

## 中協 13年の実調 消費税負担の項目が検討課題に

10月3日の中協総会は、調査実施小委員会を近々開き、2013年6月に実施する医療経済実態調査の検討を開始することを決めた。13年2月をめどに

すでに9月に実施されている。

13年度には、⑥病院勤務医の負担軽減と処遇改善の状況、⑦慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含めた認知症医療の状況、⑧疾患別

調査設計を含む実施案をまとめる方針だ。

調査小委の検討課題として、事務局は、①回答率の向上策、②消費税項目

リハビリテーションの実施状況、⑨周術期等口腔機能管理評価の影響、の4項目について調査が行なわれる。

総会で、診療側は診療報酬改定の影響を把握する調査としては回収率が低迷していることを指摘。回答した医療機関や患者に偏りが出ることへの懸念を示し、事務局に工夫改善を求めた。

の調査、③6月単月データの廃止などを例示。このうち、過去の実調で負担実態の詳細な把握が見逃されてきた消費税に関する調査項目は、「消費税負担問題を論じている分科会の議論を踏まえて決定する」としている。

## 厚労省 患者情報の第3者提供に警告

厚生労働省は10月1日付で事務連絡を各都道府県と保険者に送付、一部の保険者、医療機関、薬局で患者の個人情報本人の同意なく第3者に譲渡・売却されているとの情報が複数寄せられているとして、個人情報保護法および関連通知にもとづいた適正な取り扱いがなされるよう、関係団体等に対する周知と指導を要請した。

事務連絡は、①直接的に特定個人を識別できる情報を削除した場合でも、他情報との照合によって特定個人を識別できる場合、その情報は個人情報に該当する場合があること、②個人情報

を第3者に提供する場合、個人情報保護法23条の4項目に該当する以外は、原則としてあらかじめ本人の同意

を得なければならぬことを明らかにした上で、③レセプト等の情報を第3者に提供するには「レセプト情報・特定健診等の情報に関するガイドライン」に定められている4項目を参考にするよう求めている。

同主旨の事務連絡は、すでに本年の8月3日付で各都道府県宛に送付されているが、今回は、より広範囲の関係機関・団体を対象に注意をよびかけたもの。

## 国大附属病院看護師の平均年収は472万円

文部科学省がこのほど公表した「国立大学法人等の役職員の給与等の水準（2011年度）」によると、国立大学法人の病院看護師の平均年間給与は472万円（前年度比1.7%増）であった。

国立大学法人等の給与等水準は

「独立行政法人等の役員の報酬等及び職員の給与の水準の公表に関する政府決定及び総務省が定めるガイドライン」にもとづいて、文科省とともに当該各法人ごとに、毎年公表されている。

それによると、全国に42法人あ

る国立大学附属病院看護師の平均年間給与は545.3万円～427.7万円と病院間の開きが大きい。

医療経済実態調査（2011年）による医療法人の看護職員平均給与年額は439万円（前年度比0.5%増）であり、国立大学病院が7.5%上回っている。

# 高齢社会の在宅医療拠点「地域一般病棟」をどう実現するかが課題

中小民間病院が担うべき役割。全日病の調査を踏まえ、その具体的な姿を示したい

神奈川学会／特別講演「高齢社会を支える社会的インフラとしての地域一般病棟の重要性」(要旨)

産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授 松田晋哉

高齢化にともなって急性期医療を必要とする患者が増えつつあるが、今、とくに都市部では受け皿がないために、患者が急性期にとどまるという状況が起こっている。加えて、医療技術の進歩によって急性期疾患で亡くなるケースは減り、継続的医療を必要とする患者が増えていく。つまり、急性期の後に、長い、いわゆるポストアキュートの時期がくる。その結果、看護ケア、リハケア、ADLケアを必要とする患者が増えてくる。しかも、ターミナル期を在宅で過ごす患者が増えてくるので、この在宅ケアを支える仕組みをどうつくっていくかが重要になってくる。

恐らく、今の診療所外来の延長線上にある在宅医療ではなく、入院医療の延長線上としての在宅医療をどうつくっていくかが課題になるであろう。高齢化社会に向かう中で、この部分をどう体系化していくかが非常に大きな課題になってくるのではないかと。

急性期病院に関しては、DPCのデー

タが公開されていく中で、患者による病院の選択が進むだろう。その中で、病院は、患者のニーズや動向に応じて変わらざるを得なくなる。そういう時代に向けてソフトランディングするために医療機能の体系化をどうやっていくかを、今から考えなければいけない。

今やがんは慢性疾患になった。2人に1人ががんになるということを考えると、ターミナル期も含むがん患者の在宅医療をどう支えていくのか。恐らく、これを一つの切り口として、これからの在宅医療をつくっていかねばいけないだろう。

がん治療についていえば、急性期のがん治療を担う病院に対して、その後の、維持期の化学療法を別の病院が引き継ぐというような分担が、地域で生じつつある。今後は、こういう体系をつくっていかないといけないが、ここに、急性期医療やポストアキュート医療の機能分化の仕方が出てくるのではないかと。



数としてつけていくという作業をしていきたいと考えている。

厚労省は、地域に密着した病床として公立病院をイメージしていたようであるが、私は、ここは中小民間病院が担うべき役割になってくるだろうと考えている。

地域一般病棟を持つ病院の役割は、実は、地域包括ケアへの対応という点でも重要になってくる。それは、医療施設が提供している安心保障機能を地域に開放していくという発想である。見守り、配食、買い物などの多様な生活支援サービスや高齢者住宅の整備にきちんと対応をしていくということが、これからの医療機関には求められてくる。これは医療がやらなければいけないと思う。

地域包括ケアについては医療や介護の提供体制ばかりが問題になっているが、高齢期の生活保障というところに医療機関としてどういうふうにかかわることができるのかということも考えなければいけないだろうと思う。

川崎市で民間病院が、病院+在宅ケアセンター+高齢者住宅という究極の複合施設をつくっている。これは公立病院では無理で、経営に自由がある民間病院でないと難しい。

私は地域一般病棟的なものを医療計画の中にも何とか位置づけたいと思っている。そのためには、現状がどうなのかということ把握しないといけない。

ナショナルデータベースから傷病構造を把握していくと、例えば、福岡県の飯塚では9割以上の患者が飯塚医療圏で急性期医療を受けているが、回復期・亜急性期になると北九州に行っている。療養病床になるとほとんどが飯塚の病院にかかっている。つまり、飯塚医療圏には介護も含めた亜急性期のベッドが不足しているということが分った。

## 「地域一般病棟」を診療報酬と医療計画に位置づけたい

一般病床におけるケアミックス化が重要

私は、今の一般病床を無理やり療養病床にする必要はないと思っている。むしろ、これからは、一般病床におけるケアミックス化が重要になってくるのではないかと。

地方によっては、急性期や亜急性期の病床だけでなく、療養病床も機能させなければならない病院が結構ある。これは都心の病院にもある。そうすると、それぞれの地域、それぞれの病院が置かれている状況で、いわゆるケアミックス化をどう実現していくかという方法論を考えないといけない。その場合に、その機能をつなぐものが、多分、地域一般病棟だろうと考える。

この地域一般病棟に関するデータベースが全日病の調査のできることで、それに基づいて、地域一般病棟の具体的なあり方というのをこれから提示していきたいと考えている。

2025年までに診療報酬の改定が4回あるが、消費税率の引き上げが2回込まれるので、改定のチャンスは2回ぐ

レセプトから連携関連の診療報酬がどのくらい算定されているかというのを計算すれば、その地域の連携の状況を指標化することができる。一方、在宅関連のレセプトがどのくらい出ているかを計算すれば、その地域でどのくらい在宅が進んでいるかということが分る。こういうデータを見ることで、なぜ自分の地域は連携が進んでいないのか、なぜ自分の地域は在宅が進んでいないのかということをも明らかにしていき、例えば、この地域一般病棟的な役割を持った病院がある地域とない地域でどうなっているかということと比較していって、その問題の解決のための糸口をつかんでいこうと、今、そういうことを考え、やっているところである。

このように、データから地域の傷病構造が明らかになると、自院の位置づけに関するデータを比較することによって、その地域全体でどういうふう機能分化をしていくのかを考えることができる。そういう時代が、この何年かのうちにやってくるだろう。

そうは言っても、では、DPCをやっていない病院はどうしたらいいのだということになるが、電子レセプトをDPC用に展開して分析をするという方法論を大体つくり上げた。その場合のデータ転換ソフトなども無料で配り、かつ、関連したセミナーもやりながら、皆さんに考えていただくような仕組みをつくってきたいように思っている。

いずれにしても、DPCとナショナルデータベースによって地域の優先課題が分ってくる。そこで大切なことは、こういうデータに基づいて関係者の方に議論をしていただく、そして、あるべき体制に向けてソフトランディングする仕組みをどういうふうにつくっていくかということである。

## 訪問看護をもつ病院を拠点とした在宅支援のネットワーク

その核が「地域一般病棟」

2025年の病床機能分化と連携のイメージが示されたが、これに向けて、一般病床から長期療養の方への流れをどうつくっていくかということが厚労省の政策課題になってくる。

注目すべきは2025年のイメージにある「地域に密着した病床」である。これが一般病床としてあるというのが重要である。まさにこれが地域一般病棟であり、この機能をどういうふうにつくっていくかということが、これから2年間の大きな課題になっている。

かつて、どういう条件があればターミナルの患者が在宅で過ごすことができるのかという調査を行なった。その結果、かかりつけ医があること、後方病院があること、24時間対応してくれる訪問看護があること、これがとても重要であるということが分った。

つまり、地域にナースステーション機能を確保するというのが地域一般病棟の重要な機能の1つになるのではないかとと思われる。これがないと在宅医療を支え切れない。これは、介護保険の訪問看護ステーションでは無理だろう。もう1つ、がんなどの在宅患者に対応した薬局をどう確保していくかということも大切であり、地域一般病棟として考えなければいけない機能だろう。

フランスには在宅入院制度というのがあり、全ての急性期病院に在宅入院チームが設置されている。そこには調整医師、調整看護師、PT、OT、栄養士、薬剤師等が配置され、調整医師の処方に基づいて看護師がケアプランをつくって、実際のサービスのコーディネーションをするわけだが、そこに開業医や介護PTなども絡みながら、在宅で、化学療法、疼痛緩和ケア、人工呼吸の管理さらにはターミナルケアなど、患者の入院治療を提供するという制度である。

## データから地域医療の優先課題状が分る

ソフトランディングする仕組みをどうつくるか

今、全日病で地域一般病棟の機能に関する実態調査をやらせていただいている。電子レセプトのデータをDPCの様式1、Eファイル、Fファイルに擬似展開

これは入院であるので退院がある。つまり、患者が家のベッドを病院のベッドとみなして入院治療をやっているという仕組みで、診療報酬も入院としてDRG方式で評価され、診断群分類も開発されている。こういうものを日本に持ってくるという発想もある。

また、フランスの自治体には、イギリスのソーシャル・ケア・トラストをモデルとしたレゾ・ド・ラ・サンテという保健ネットワークができてきている。このポイントは、ネットワークそのものにお金がついているということにある。

日本にもモデルがないわけではない。尾道医師会の終末ケアシステムでは、かかりつけ医による在宅医療を、病院、医師会、訪問看護がトータルで支える仕組みを実現している。

この地域連携をどうつくっていくかである。今の在宅療養支援病院とか在宅療養支援診療所は患者の自己負担が大きくて使いにくいし、提供する側にとっても提供しにくいものがある。この負担を軽減するためには、ネットワークそのものに点数をつける、レゾ・ド・ラ・サンテのような保健ネットワークという考え方でやっていかねば在宅医療は進んでいかないと、個人的には考える。

つまり、在宅療養を支援する、訪問看護部門を有する病院を拠点としたネットワーク。そこが在宅療養支援診療所を支援して、そこにケアマネジメントの方々や連携するような形をつくって、これ自体をネットワークにして、ITを活用して情報を共有する。このネットワークそのものに診療報酬をつけていくという仕組みである。

これからは、こうした連携を保障しながら在宅療養を支援していくというのが地域一般病棟の重要な機能の1つになってくるのではないかと。

して、どういう医療行為をどのくらいやっているかということ进行分析している。そこから地域一般病棟の具体的な機能を明らかにしていき、それを点

# 既存専門医は新制度後に新たな基準で更新

専門医の在り方に関する検討会 「認定機関の財政は医療者が原則負担」で概ね合意



▲挨拶する原徳壽医政局長

専門医制度について各論の検討を進めている「専門医の在り方に関する検討会」は、10月3日の会合で、主に「専門医の更新」と「認定機関」をテーマに取り上げた。その結果、①基本領域の専門医は1標榜を原則とし、資格を複数取得しても維持が難しい更新基準を設ける、②既存の専門医は新制度開始後に新たな基準の資格更新を受ける、③認定機関の財政は基本的に医療者が負担する、という3点で概ね合意した。

①について、一部の構成員からは「厳格に過ぎると自分の領域しか診ないという専門医ばかりが助長されないか。この点は運用上の議論が必要」と疑問符がつけつけられた。また、3次救急における救急専門医と外科、麻酔科等専門医あるいはリハ専門医と整形外科や脳神経外科等専門医との重複を例にあげ、「現場医師のモラルやキャリアアップを考えると、資格の複数取得はむげに否定できない」とする異論も出た。

しかし、「基本領域とサブスペシャリティ領域の関係と考えれば両立できる。サブについてどう設計するかという今後の課題になる」(山口構成員=虎の門病院院長)という指摘もあり、「原則1標榜という考え方は貫くべき」(桐野構成員=国立国際医療研究センター理事長)という意見が多数を占める中、Wボード容認は否定された。

もっとも、Wボードを制度的に禁じるという強硬意見はない。「仮に複数取得ができて更新の段階で維持ができなくなる」(池田構成員=日本専門医制評価・認定機構理事長)と、実績重視

で臨む厳しい資格更新条件を課すことによって実体上維持ができなくなるという見方が大勢だ。

「総合医・総合診療医」と基本領域専門医資格の複数取得は認めるべきという意見に対しては、「総合医も専門医である限り安易なWボードは認めるべきではない。他の専門医資格と同等の厳しい条件を維持してほしい」という意見(小森構成員=日医常任理事)もあり、両案の調整が残された。

②については、各学会が認定した既存の専門医と新制度下で第三者認定機関によって認定される専門医との関係が論点であるが、議論が十分深まったとは言えない。

法の制定などが順調に運んだ場合、2016~17年から新制度による後期研修(専門医研修)がスタート、5年後の21~22年度に新たな専門医が誕生する。その間も、当該学会による旧基準の専門医が誕生、既存専門医は更新を重ねていく。

どのタイミングで更新基準を厳しくしていくか、あるいは移行期に誕生する専

門医の認定基準をどうするか。池田構成員は「(移行期にも)各学会の専門医は第三者機関も認定するW認定をとりたい」という願望を述べたが、山口構成員を除くと特段の意見は出なかった。

③の認定機関に関しては、まず、小森構成員が「プロフェッショナル・オートノミーを基盤に運営することが我々の合意。そのためには運営資金は医療者が負担するべきではないか」と提起、「日医としても相当額を出す用意がある」と言明した。同構成員は、「今も各学会には認定に伴う資金が入っている。その一定額を上納したらよい」としたが、他の構成員からは「各学会の専門医特別会計を認定機関に移行できないか」という注文も出た。

ただし、「周辺部分の費用は政府が負担するべき」というのが全体の意見。その対象として、研修指導医と研修機関に対する支援、専門医の分布把握等調査、専門医偏在是正にかかわる施策などが例示された。

偏在是正に関して、検討会の意見は、「新たな専門医制度を偏在是正の視点で設計することは賛成だが、偏在是正実現のツールとしてはならない」(桃井構成員=自治医科大学医学部長)という声に代表される。

では、偏在是正にどう取り組んでい

くのか。その点については、「専門医の地域別分布に関するデータ把握に努め、そうした傾向がみられれば(政府に)対策を打ってもらいたい」という以上の案は示されなかった。

「地域偏在への対策として、研修機関を各地に分散させ、地域で研修を終えて認定される仕組みができないか」という声に、高久座長(自治医科大学)は「指導医がいないと研修医が送れない。地域の行政、大学、医師会が話し合って研修機関を絞っていかないと難しいだろう」と否定的に答えた。

池田構成員は「核となる病院が教育病院となり、複数の病院と連携してプログラムを作っていく。グループによるプログラム作成が必要」と、初期臨床研修の方式を模す発想を示した。

同日の検討会は、専門医養成プログラムにおける基本診療能力の獲得をどうするか、また、認定と更新認定でそれをどうチェックするかという点も議論され、その中で、医学部教育と初期臨床研修のプログラムとの整合性確保の必要が強調された。「臨床研修制度部会とのすり合わせが必要」という意見も出た。

## 弾力プログラムの下、産科・小児科等の研修不足が判明

臨床研修制度評価に関するWG とりまとめに向けた議論を開始。神野副会長がプログラム見直しを提起

2015年度からの医師臨床研修制度見直しにおける課題抽出の作業を行なっている「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」の9月27日の会合に、事務局(厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室)は、議論とりまとめに向けた論点案を提示した。

WGは、また、2012年度厚生労働科研として取り組まれた臨床研修制度に関する調査研究について、3人から報告を受けた。

その1人、福井参考人(聖路加国際病

院長)は、2011年度の2年次研修医を対象に「臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数」を調べた結果を報告した。調査対象は、10年度から実施されたプログラム弾力化(専門医志向)の下で研修を終える最初の研修医である。

調査結果から診療科別の履修状況を見ると、産婦人科、小児科、精神科の研修期間の短さと未履修率が高いことが顕著で、とくに、産婦人科の経験症例数が皆無という研修医が10.4%にも達していることが分った。こうしたこ

とから、福井参考人は「到達目標を達成していない人に修了証書が出されている可能性がある」と懸念を示した

前出調査結果等を踏まえて行なわれた議論では、「到達目標」で経験すべき手技や症状を定めている「経験目標」を整理する必要や研修内容・結果に対する評価の向上を求めるなど、様々な見直しを求める意見が相次いだ。

事務局が示した論点の1つに、現行プログラムの「研修診療科及び各診療科ごとの研修期間」の妥当性を問う項

目があり、「10年度から選択必修となった外科、小児科、産婦人科、精神科についてどう考えるか」「プログラムの自由度(選択診療科の研修期間)をどの程度認めるべきか」など、調査結果を踏まえたテーマがあげられている。

こうした論点を踏まえ、神野構成員(社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長・全日病副会長)は、「臨床研修の理念として『プライマリーケアの基本的診療能力を身につける』を謳うのであれば、医師として本来あるべき姿を追求するプログラム構成とすべきではないか」と述べ、現行プログラムの見直しが必要であるとの認識を示した。

### 医療事故調査制度

## 統一見解へ議論を開始。大枠は概ね一致

日病協・診療関連死WG 各団体が考え方を発表。基本的視点と各論で意見分かれる

再開なった日本病院団体協議会の「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」は、10月5日の会合で各病院団体から医療事故調査の仕組みに対する考え方の発表を受け、本格的な議論を始めた。

再開第1回のWG(8月27日)は座長に神野正博全日病副会長を選出。厚労省の宮本医療安全推進室室長から医療事故調査制度の検討状況について説明を受けた後、自由討議を行なった。

その中で、日病協・代表者会議の深尾議長は、「できれば12月までに意見

集約をしていただきたい」と要請した。

10月5日の会合では、全国自治体病院協議会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本病院会、独立行政法人労働者健康福祉機構、全日本病院協会の6団体が医療事故調査制度に対する考え方を発表、質疑応答を行なった。

各団体とも、調査制度の目的を「原因究明・再発防止」とすること、また、院内事故調査組織と外部の第三者機関からなる2層構造で臨むことでは概ね一致した。

しかし、中には、患者家族への説明・

納得を目的に包摂し、ADRにつなぐプロセスを含む制度設計の考え方もあるなど、「(刑事・民事による)責任追及」とは一線を画すという点で、一定の認識の違いがみられた。

また、捜査機関との関係をどうするかという点では各団体とも葛藤がみられ、免責制度の導入を求める声がある一方、「調査で得られた発言等は裁判資料にさせないという仕組みを含む制度とすべき」という意見も示された。

このほか、「懲罰」というプロセスの是非をめぐる賛否の意見が示されたほか、院内調査能力の見地から大病院を対象に制度設計し、中小病院につい

ては別途議論すべきといった主張も出るなど、多様な意見が交わされた。

各団体の発表を踏まえ、神野座長は「まず、リスクマネジメントで臨むのか、それともセイフティマネジメントで臨むのかという、基本的な視座の違いがある」と指摘、今後、議論を深めていく上で重要となる論点の所在を明らかにした。

WGは、次回会合に日本医師会担当理事を招き、日医が作成した医療事故調査制度案を基に意見のすり合せを行なうことを決めた。

一部委員から提案が出たWGの名称変更については、意見が分かれたため、代表者会議に諮ることで合意した。

### 2010年度立入検査の結果

## 看護師より医師確保に苦しむ病院の割合が8倍も高い

厚生労働省は9月20日に医療法にもとづく立入検査の2010年度結果を公表した。実施施設は8,199(実施率94.6%)。遵守率は全項目を通して98.1%と、前年度(97.8%)を0.3ポイント上回った。

医療従事者数に関する遵守率は96.2%(前年度95.5%)。毎年度上昇を続けている医師数の遵守率は91.8%と、初めて90%台にのった。地域別では、最も低い北海道・東北が81.6%(77.8%)なのに対して最も高い関東は95.7%(94.4%)と、14.1ポイントの開きがある。

看護職員数の適合率99.4%(99.2%)。地域差をみると、最も低いのが関東の98.4%(98.4%)、最も高いのが四国の100%(99.3%)と、医師数とは異なる様相を示している。

全体で見ると、「医師数100%以上、看護職員数100%未満」の病院が1.0%であるのに対して、「医師数100%未満、看護職員数100%以上」の病院は8.0%もあり、看護師よりも医師確保に窮している病院が多いことが同結果からも明らかとなった。

### 審議会報告のメール送信を開始

広報委員会 全会員にアドレス再確認をよびかける

全日本病院協会は、役員が出席している厚労省検討会等の報告を会員にメール送信するサービスを10月から開始した。第6回常任理事会(9月20日)で実施が決まった。

会員向けのメール送信は、全日病役員が委員として参加している各種検討会の報告文を事務局が短期間にとりまとめ、全会員に一斉送信するとい

うもの。

現在、全日病会員は大半が事務局との連絡用にメールアドレスを登録しているが、中には、アドレス変更を更新していない、あるいは登録をしていない会員もみられる。広報委員会(織田正道委員長)は、アドレスの確認チェックと登録を全会員に再度呼びかけている。