



全日病 NEWS 12/15

21世紀の医療を考える全日病 2012

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.792 2012/12/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

厚労省 特定行為で修正案。対象行為を半減

看護業務検討WG 特定行為の定義に「看護師による病態確認を伴う行為」を追加

12月6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、事務局(厚労省医政局看護課)は、特定行為の定義に「プロトコルにもとづいて看護師が患者の病態確認を行なう」という考え方を追加、それを踏まえて見直した特定行為のリスト案を提示した。

意見募集にかけた分類案はBと判定された94項目をすべて特定行為としたが、事務局の修正案は、9項目をBからC(一般の医行為)に変更した上で、残る項目についても、前述の考え方に加えて項目統合を図るなどの見直しを行なった結果、現時点での特定行為を45項目とした。

この修正案によって特定行為の数は当初案の半分に減る。同日のWGは突然の特定行為縮小提案に戸惑いを隠せず、当初案を支持する声が上がると一方で、より縮減を求める意見も示されるなど、議論は紛糾した。

事務局が提示した特定行為修正案は、当初案でBに分類された項目を精査した結果、①「実施時期の判断」で切り分けられた10項目を当該各行為の「実施」に統合する、②小児・成人で分けられた項目や「抗菌薬の投与」と「感染徴候時の薬物の投与」で別立てにされた項目をそれぞれ統合する、③看護師による病態確認が想定されない、あるいは他職種が実施している等の13項目を特定行為から外す、④9項目は分類区分そのものを「一般の医行為」へと変更する、というもの。

残る15項目については、病態の確認を伴う行為かどうかを引き続き検討した上で特定行為とすべきかどうかを判断するとして「要検討」とされた。

前出の④は分類そのものをBからCへ変更することによって特定行為の対象外となるが、①～③に関してはB(技術的な難易度または判断の難易度が高い行為)という分類に変わりはない。

これまで、Bとされた行為をすべ

て特定行為とみなした。しかし、新たな定義を得て、一部の行為については特定行為の指定を見送るというのが修正案の考え方である。

修正案が示された背景には、チーム医療推進会議や看護業務検討WGで「包括的指示と具体的指示の違いが明らかでない」といった疑問や批判が相次いだことがある。包括的指示の定義を明確にしない限り、一般看護師が具体的指示で行なう行為との差別化ができず、大学院等で指定研修を修めるべき看護師の規定も曖昧にならざるを得ない。

今回の修正案は、包括的指示においては看護師が、具体的指示においては医師が患者の病態を確認するとし、2つの指示の違いを「プロトコルにもとづく患者病態確認の担い手」に求めた。そして、包括的指示の下では看護師が病態確認を担うというプロセスをもって特定行為の新たな定義とした。

その上で、「このような流れにより特定行為を実施する看護師は指定研修を



受けなければならない対象となる」と規定した。

包括的指示下の特定行為実施プロセスに看護師による病態確認を位置づけることによって、例えば、検査等の病態確認を想定しない行為を特定行為から外すことができる。加えて、他職種と重なる行為をも外すことで、看護師による「業務独占」や「囲い込み」といった他職種の懸念を払拭できる。

しかし、修正案で示された包括的指示と具体的指示からなる特定行為実施にいたる手順(別掲)はあまりに細かく、WGでは「現場の感覚から乖離している」との批判を浴びた。

神野構成員(恵寿総合病院理事長・全日病副会長)は、「フローは模式的に過

ぎる。このとおりやれと言われたら現場はもっと混乱する。もっとシンプルでもいい。要は“プロトコルにもとづいて実施しなさい”というのが包括的指示ではないか」と、ロジックに偏したフローに疑問を呈した。

さらに、特定行為についても、「狭い枠で臨むべきと考える。医療の重要な一員として向上していきたいという看護師のニーズに応えるために、療養の世話は看護補助に委ねていくとともに、OJTなどを通じて(特定行為を実施する能力を養う)ランクアップの道を整えるべきではないか。本格的な研修を必修とするのは狭い範囲の行為でよい」という見解を表明した。

□特定行為の考え方について(案)

1. 特定行為の考え方(案)

○「包括的指示・具体的指示が行われてから診療の補助が行われるまでの流れについて(案)」(12月6日の看護業務検討WG)を踏まえると、特定行為とは、
 ・行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があることに加えて、
 ・予め対象となる病態の変化に応じた行為の内容が明確に示された特定行為に係るプロトコルに基づき、看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為となるのではないかと

2. 「B1」又は「B2」とされた行為の整理(案)

1.を踏まえ、「B1」又は「B2」とされた行為を以下のように整理してはどうか。
 (1)看護師が行う病態の確認行為があると考えられるもの
 ・看護師が行為を実施する上で、病態の確認行為があるものは特定行為として位置付ける。
 (2)看護師が行う病態の確認行為があるか等検討を行う必要があるもの
 ・医師の診察後に看護師が実施する行為のうち、看護師が行う病態の確認行為があるか否かを精査した上で、特定行為として位置付けるか否かを検討する。
 (3)その他
 ・看護師が行う病態の確認行為が想定されないもの、他職種が行為を実施するもの及び「技術的な難易度又は判断の難易度」の評価を見直したものについては、特定行為としない。
 ・実施時期の判断と実施を分けている行為は統合して1つの行為とする。

□特定行為実施のプロセス(事務局が提示した図より「医師の指示」以降のフローを抜粋)

●包括的指示の流れ

「医師が包括的指示で実施可能と判断」→「医師が患者を特定した上で、看護師にプロトコルに基づき特定行為を実施するよう指示」→「医師により特定された患者について、看護師がプロトコルに規定された病態の範囲にあるかの確認を行う」→「範囲に合致していることを確認」→「看護師が特定行為を実施(必要に応じて看護師が医師に再確認や提案を行う)」→「看護師が医師に結果を報告」

●具体的指示の流れ

「包括的指示では実施困難と判断」→「医師が患者を特定した上で、その病態を確認し、看護師に特定行為を実施するよう指示」→「看護師が特定行為を実施(看護師が医師に随時報告を行いながら具体的指示を求める)」→「看護師が医師に結果を報告」

コーディングマニュアルに着手。来年度前半に完成

DPC評価分科会 DPCデータ病院指標で素案。今後、評価係数Ⅱの項目案として議論

12月7日に開かれた中医協・診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会で、松田委員(産業医科大学医学部教授)は「コーディングマニュアル」の作成状況を、また、藤森委員(北大病院地域医療指導医支援センター長)は、DPCデータにもとづく「病院指標の作成と公開」の素案をそれぞれ報告した。

診断群分類の適用については、留意事項通知で「当該患者の傷病名、手術、処置等、副症病名等に基づき主治医が判断する。傷病名は医療資源を最も投入した傷病をICD10から選択する」とあるが、細かなルールが確立されていない。そうした中、「不適切なコーディング」

や「コーディングの質の病院間格差」の指摘が増えたため、今年4月の分科会で「コーディングマニュアル」の作成を決め、DPC研究班に作業を委ねたもの。

松田委員は、(1)DPCの基本的な構造、(2)DPCを分類するためのプロセス、(3)傷病名の選択について留意すべき具体例の3章からなる「DPC/PDPS傷病名コーディングガイド(案)」の概要を説明した。

「傷病名の選択について留意すべき具体例」では、「医学的に疑問とされる可能性のある傷病名選択のいくつかの例」「医療資源病名が未確定の状態、疑わしい場合、結果的に診断がつかなか

った場合への対応」「病態の続発・後遺症の分類」などの項目を立て、主要病態や症状を例示してコード選択の具体的な留意点を詳しく解説する予定という。

松田委員は、また、補足資料として、別冊「DPC分類選択のための傷病名、ICD分類等の基本」を予定していることを明らかにした。さらに、「DPCに関する各種解釈に不整合がみられる」と指摘。このガイドではDPCの通知や疑義解釈も取り上げ、より整合性のとれた解釈を打ち出す考えを表明した。

事務局(厚労省保険局医療課)は2013年度前半に試行版を完成、DPC各病院に送付したいとしている。

「病院指標の作成と公開」については、12年度改定の議論で機能評価係数Ⅱの追加項目案として提起されたが、次回改定に向けた議論の中で評価対象項目や公表フォーマットについて検討する方向性が確認されている。

藤森委員は提起した者として今後の議論に供したいとし、病院指標の考え方(素案)を提示。「様式1」をもとに診療科別症例数、5大癌の初発再発患者数など7項目の指標案を提案した。

病院指標案に対しては委員から多様な意見が出た。その中には「機能評価係数Ⅱの評価項目にすることは反対。本来は医政局の補助金対象とすべきではないか」という意見もあったが、分科会は病院指標のさらなる具体化を藤森委員に要請、引き続き検討することを確認した(コーディングマニュアルと病院指標の各案は2面に掲載)。

「DPC病院に医師あたり症例数増加の傾向はない」

DPC評価分科会 化学療法等の外来実施抑制も示唆されず—11年度DPC調査結果から評価

12月7日の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会に、事務局(厚労省保険局医療課)は2011年度DPC特別調査結果のうち、化学療法等の外来・入院別実施状況と医師あたりの患者数等の動向の各調査結果を分析・評価した報告を提出した。

化学療法、放射線療法、短期滞在手術などについて、DPC病院は再入院を誘導するために外来での実施を抑制しているのではないかと懸念が一部にあるが、今回の報告ではそうした結果は得られなかった。

また、平均在院日数短縮化がおよぼす影響として医師の負担増大が懸念されているが、小児科・心臓血管外科・放射線科・麻酔科の医師数と医師あたり症例数の分析からはそうした結果は得られなかった。以下は結果の概要である。

□化学療法等の外来・入院別実施状況調査

①化学療法

2010年度の化学療法外来実施率はDPC病院と準備病院とで比較したところ、DPC病院の方が有意に外来実施率が高い。経年的にもDPC病院は毎年有意に上昇している。外来実施率のばらつきを医療圏ごとに見ると、DPC病院の方が準備病院と比較してばらつきは少ない傾向にあった。DPC病院における化学療法の外来実施率と各種指標との相関は、いずれの項目についてもほとんど相関関係は認められない。

②放射線療法

準備病院と比してDPC病院の方が有

意に外来実施率が高い。経年的にもDPC病院は2年間では有意に上昇している。DPC病院における放射線療法の外来実施率と各種指標との相関については、三次医療圏の人口とある程度の正の相関が認められる。

③短期滞在手術基本料に係る手術等

○消化器・一般外科系の手術・検査

準備病院と比較したところ、DPC病院の方が有意に外来実施率が高い。

○心臓カテーテル法による諸検査

外来実施率はDPC病院で2.4%、準備病院で2.5%と低く、一般的には入院で行われていると考えられる。

○白内障関連手術

外来実施率はDPC病院で19.1%、準備病院で27.9%とあまり高くなく、多くは入院で行われていると考えられる。

○体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

外来実施率はDPC病院で39.1%、準備病院で30.3%とあまり高くなく、半数以上は入院で行われていると考えられる。

以上よりDPC病院で再入院による化学療法・放射線療法がこれらの外来実施を抑制していることを示唆するデータは得られなかった。

□医師あたりの患者数の動向調査

○小児科

2010年度の小児科の医師1人あたり症例数を比較したところ、DPC病院の方が有意に症例数が少ない。経年的にも、DPC病院は2年間で1人あたりの症例数が有意に減少しているが、準備病院は毎年の比較で有意な変化を認めない。

1施設あたりの小児科医師数もDPC病院は毎年有意に増加しているが、症例数は2年間で有意な変化がない。これに対して、準備病院では医師数、症例数ともに有意な変化を認めない。

○心臓血管外科

DPC病院と準備病院の比較で両者の間に有意な差はない。年次推移をみると、DPC病院の1施設あたり医師数に有意な変化はないが、症例数は毎年有意に増加している。準備病院の医師数も有意な変化がないが、症例数は2年間では有意に増加している。

○放射線科(放射線治療に携わる医師に限る)

医師あたり症例数を比較したところ、DPC病院の方が有意に症例数が多い。経年的には、両者ともに医師あたり症例数に有意な変化を認めない。1施設あたりの放射線治療に携わる医師の数、放射線治療症例数の年次推移では、

DPC病院は2年間でともに増加傾向にあるが、準備病院ではともに有意な変化がない。

○麻酔科

医師あたり全身麻酔症例数を比較したところ、両者の間に有意な差は認めない。経年的には、DPC病院の医師あたりの症例数が年々増加しているが、準備病院は有意な変化を認めない。DPC病院は医師数、症例数ともに毎年有意な増加がある。準備病院は医師数は変化ないが、症例数は2年間で有意に増加している。

○考察

各科の医師あたり症例数を比較したところ、放射線治療の医師を除いて、DPC病院は準備病院と比較して有意に医師あたりの症例数が多いという結果は認めなかった。ただし、準備病院の医療機関の数が少ないことに留意する必要がある。

11年度調査の分析結果「DPC病院に医療の質低下はない」

12月7日の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、事務局(厚労省保険局医療課)から、DPC病院の医療の質が低下している徴候は示唆されないとする「DPC導入の影響評価に関する2011年度調査結果の分析・評価」の報告を受けた。

「治癒・軽快の状態で退院する患者の割合」はDPC病院の方が準備病院より高く、予期せぬ再入院率も両者に有意差が認められないなど医療の質低下を

示すデータはなく、一方で、平均在院日数の短縮と後発医薬品の使用割合など効率化の進み具合が高いとしている。

報告は、退院患者調査と再入院・再転棟調査(特別調査)の結果について、「医療の質」「患者の選別」「効率化の進展」の3点からDPC参加前後の変化とDPC病院と準備病院間を比較したものが、DPC参加年次の病院群によっては救急医療入院患者の割合が低下するなど、一部ばらつきのある結果となった。

□DPC/PDPS傷病名コーディングガイドの概要 12月7日のDPC評価分科会資料から *1面記事を参照

<p>□基本構成</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 序文 2. DPCの構造 3. 傷病名の選択について、留意すべき具体例 <p>別冊補足資料「DPC分類選択のための傷病名、ICD分類等の基本」</p> <p>□「DPCの構造」の重要なポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 医療資源病名は、一入院で一つを決定する。 (2) 医療資源病名と、実施した手術や処置との間に「乖離」がある場合は、その理由を診療録へ記載するとともに、レセプトのコメント欄または症状詳記への記載が望ましい。 	<ol style="list-style-type: none"> (3) 医療資源病名は、病態を最も適切に表すものにするべきである。 (4) 入院時併存症と入院後発症の副傷病名は適切にもれなく記載すべきである。 <p>□「傷病名の選択について、留意すべき具体例」の重要なポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 医学的に疑問だとされる可能性のある傷病名選択のいくつかの例 <ol style="list-style-type: none"> (1) 「心不全」を医療資源病名とする場合 (2) 「呼吸不全(その他)」を医療資源病名とする場合 (3) 「手術・処置等の合併症」を医療資源病名とする場合 	<ol style="list-style-type: none"> (4) DIC等の続発症を医療資源傷病名とする場合 (5) 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの(Rコード)の多用について <ol style="list-style-type: none"> 2) 医療資源病名が未確定の状態、疑わしい場合、結果的に診断がつかなかった場合への対応 3) 医療資源病名がICDにおける複合分類項目に該当する場合 4) 病態の続発・後遺症の分類 5) 急性および慢性の病態の分類 6) 処置後病態および合併症のコーディング 7) その他の留意すべき傷病名選択について
--	--	---

□各病院指標の作成と公開(案) 12月7日のDPC評価分科会資料から *1面記事を参照

<p>DPCデータから全国統一の定義と形式に基づいて病院指標を医療機関自ら作成し、市民向けに情報公開を進める。単に数値を示すことが目的ではなく、その数値の意味、自院の強みと課題を市民目線で分かりやすく解説をすることが本旨である。</p> <p>この作業を通じて医療機関が自院を絶え間なく見直し、またDPCデータの精度が向上することも期待される。また、市民も日本の急性期医療の現状を過大あるいは過小評価なく知ることが期待される。</p> <p>「病院指標」の基本構成</p> <p>○指標公開の目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市民への情報公開 ・様式1の精度向上 ・分析力と説明力の向上 <p>○使用するデータ</p> <ul style="list-style-type: none"> 様式1、DPCコード、様式4 <p>○必要なソフトウェア(集計結果を表またはグラフで示す)</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般的な計算ソフト、簡便な 	<p>データベースソフト</p> <p>全ての医療機関が対応できるよう、まずは最も産出が容易な様式1から作成する指標とする。時期が成熟すればEファイル、Fファイルも用いた指標に拡大する。</p> <p>データの期間は直近の1年間とし、データの期間を明示する。</p> <p>指標例</p> <p>○年齢階級別退院患者数</p> <p>自院の一般病棟の年齢階級別(10才刻み)患者数。単に数値を示すだけでなく、自院の特性等について必要にして十分な解説を添える(以下の指標にすべて共通)</p> <p>○診療科別症例数トップ3</p> <p>各診療科別に症例数の多い分類について、DPCコード、名称、症例数、自院の平均在院日数、全国の平均在院日数、転院率、平均年齢、患者用パス、解説を示す。</p> <p>○初発の5大癌のUICC病期分類別ならびに再発患者数</p>	<p>○成人市中肺炎の重症度別患者数等</p> <p>成人の市中肺炎につき、重症度別に患者数、平均在院日数、平均年齢を示す。</p> <p>○脳梗塞のICD10別患者数</p> <p>脳梗塞の病型別の患者数、平均在院日数、平均年齢、転院率を示す。それぞれ発症3日以内とその他に分けて記載する。</p> <p>○診療科別主要手術の術前・術後日数等の症例数トップ3</p> <p>診療科別に手術件数の多い順に上位3術式について、症例数、術前日数、術後日数、平均年齢、転院率、患者用パスのURLを示す。</p> <p>○その他</p> <p>医療の質の改善に資するため、あるいは様式1の精度向上を図るため、敗血症、播種性血管内凝固、手術・術後の合併症、その他の真菌症について、入院契機病名の同一性の有無を区別して患者数と発生率を示す。</p>
---	--	--

介護保険も高額投資消費税負担の実態調査を実施

厚生労働省は介護保険における消費税負担の実態を捕捉するために「介護サービス施設・事業所の設備投資に関する調査」の実施を決め、12月4日の介護事業経営調査委員会に調査実施の概要案を示すとともに、関係団体から意見を聞いた。

介護事業経営調査委員会は社会保障審議会介護給付費分科会に付設された専門的作業を担う機関。

調査案によると、介護保険の18サービス全4,109事業者(介護保険3施設は各500)を抽出、1月に調査を実施、3月末をめどに介護給付費分科会に報告する。

ヒアリングには全国老人福祉施設協議会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会など13団体が招かれ、調査項目等に対する意見・要望を陳述した。

調査について、事務局は「高額投資に係る消費税負担の状況に関する実態調査だ」と説明、「何をもって高額とするかは調査結果から明らかにしたい」としたが、中医協・診療報酬調査専門組織の消費税分科会が実施する調査と同様に、介護事業者の固定資産台帳から過去5年の固定資産を抽出する方針だ。

支部訪問 全日病各支部の現状と地域医療の課題を探る

全日本病院協会は47の都道府県すべてに支部(准支部)をもっている。各支部は地域に存する病院の入会申請を受理する機関である一方、支部会員を束ねて独自な地域活動に取り組み、必要に応じて都道府県との折衝窓口ともなる。

支部組織と支部活動の充実ぶりは全日病が誇りとする特徴であるが、その発足経緯、会員病院の特性、医療他団体との関係、地域医療事情の相違を映して、各支部の組織と活動の実



全日病の岩手県支部(岩淵國入支部長=写真)は岩手県私立病院協会に支部を置いている。同協会は1983年に設立され、現在、岩手県支部長の岩淵國入氏(特定医療法人清和会会長)が会長を務めている。

岩手県私立病院協会に加盟している民間病院数は25。県内には民間病院が57あるので、組織率は44%となる。岩手県には日本精神科病院協会の支部もあるが、岩手県私立病院協会、全日病岩手県支部、日本医療法人協会岩手県支部の3団体は「岩手三協会」と呼ばれる緊密な連携を保っている。

岩手三協会は09年度から事業計画を共にし、役員会、事務長会、総看護師長会、夏期合同事業(総会、表彰式、学術講演・特別講演)、秋期合同事業(秋期講演会)を合同開催している。

岩手県支部の会員は現在18病院だが、その多くが県私立病院協会や医法協の会員にも名を連ねている。こうした事情は他の2団体も同様で、岩手三協会はまさに「三位一体」の関係にある。

四国4県に匹敵する広大な面積をもつ岩手県には94の病院がある。その内訳は公的36(うち県立病院は21)、民間58と、公的病院とくに県立病院の割合



福島県支部の松村耕三支部長(全日病理事・財団法人磐城済世会松村総合病院理事長=写真)は、2011年3月11日の東日本大震災で大きな被害をこうむった。

松村支部長の法人グループは、松村総合病院こそいわき市の内陸7kmに位置しているが、舞子浜病院(精神科単科)、長春館病院(医療療養)、老人保健施設、介護事業所等は、同市内の海岸から200mにある。ここが津波に襲われた。

「海岸の松林を越えてきた。6m以上はあった。があつと波が引いて、向こうまで海の底が見えた。そこからだあつと壁が立って寄せてきて、松林を越えろとどおんと下に落ちて、すると波がすごい勢いになる。あつという間に1階を抜けていった。3施設の1、2階が全部流されてしまった」と述懐する。

壊滅したこれら施設群は、しかし、奇跡的に犠牲者を出さなかった。

「その理由は防災訓練をちゃんとやっていたから。毎年2回。とくに、震災前の12月には津波を想定した訓練をしていた。寝たきりの高齢患者や精神科の患者は指定場所まで避難できない。そこで、上の階に上げようということで、おぶれる人はおぶる。それができない患者は担架代わりに毛布を使った。これをやっていたから、津波が来るといふ情報を得てから25分ぐらいで全員が3階以上に避難することができた」。

私病協、医法協と事業を共にする岩手県支部

“公的王国”の岩手県。民間病院は医療計画等の医療行政に関与できず

がきわめて高い(11年8月現在)。

岩手県のこうした特徴を、岩淵國入岩手県支部長は“公立病院王国”と言い表わし、「岩手県内の民間病院の患者割合は外来・入院とも50%を割っている。岩手県の医療提供体制は全国的にも特殊である」と指摘した。

岩手県は、知事部局に医療供給体制等を担う保健福祉部がある一方で、「県立病院の整備」を目的とした医療局が執行機関の筆頭におかれている。県立病院の多い新潟県にも病院局があるが、「医療行政で局体制をとる県庁はきわめて異例だ」と岩淵支部長は述べた。

岩手県は医療審議会医療計画部会で「岩手県保健医療計画」の中間案を年内にもまとめ、意見募集の結果を踏まえ、来年3月に医療審議会が答申する予定という。

新たな計画では、9つある2次医療圏のうち5つの圏域設定が見直される。5疾病5事業の医療連携体制については、来年3月～5月に医療機関調査を実施、7月に疾患・事業別の医療機関名を公表する予定だ。

医療審議会は医師会、歯科医師会、岩手医大、薬剤師会、看護協会等からなる。5名の医師会委員はすべて診療所で、病院団体代表は1人もいない。

ほかに5名いる専門委員には日精協岩手県支部が選ばれている。これは医療計画の原案をつくる医療計画部会も

態は様々であり、抱える課題も多様だ。

公益社団法人への移行準備を進める中で、全日病は、ガバナンスの観点から本部と支部の関係改善に努めるとともに、実態に即した組織形態の採用を認め、その活動強化を図った。

全日病支部が変革をたどろうとする中、どういう現状と課題に直面しているか、各支部と地域医療の実情を探ってみた。開始にあたって、東日本大震災から1年半が過ぎた東北地区は岩手県支部と福島県支部を訪問させてもらった。(このシリーズは不定期に連載します)

同様に、やはり日精協が専門委員として参画しているが、一般私立病院の団体は選ばれていない。

各都道府県には地域医療対策協議会が設置されている。岩手県の協議会は県側を除くと11名の委員からなるが、医療系の7名は県医師会、岩手医大、岩手県国保診療施設運営連絡協、済生会病院、自治医科大の岩手県同窓会、岩手県地域医療研究会で占められ、病院団体は出ていない。

こうしてみると、“公立病院王国”岩手県の医療施策は県医師会、岩手医大、公的病院との意見調整を経て打ち出されており、私立病院団体は圏外におかれているという実態が分る。

医法協の岩手県支部長を兼任する岩淵支部長は、全国老人保健施設協会岩手県支部の前支部長、岩手県介護老人保健施設協会の前副会長を歴任、現在は岩手県私立病院協会の会長を務めるなど地域医療の要ともいべき立場にあるが、「医療審議会には呼ばれたことがない。地域医療対策協議会にも参加したことがない」という。

必ずしも県当局とのパイプ強化を意識することがなかった病院団体支部の活動を振り返り、「我々はちょっとおとなし過ぎたようだ。(行政を呼んだ講演会・勉強会を)来年度の事業の1つに考えてみてほしいかもしれない」という思いを表わした。

原発後遺症の対応に追われる福島県支部

県病院協会との連携を重視。牽引する会員の出現に期待

幸い松村総合病院は建物の一部損壊ですんだため、3施設から患者を引き取り、自院患者と4施設の職員合わせて700名以上が同病院に集まった。ところが、福島原発の事故で3月14日以降、いわき市住民の大半がいなくなった。

「2週間は水が出なかった」。加えて、放射能汚染という風評からいわき市に誰もこなくなった。物資は郡山までしかこない。「店はどこもやっていない。給食材料は入ってこない、医薬品もこない。第一ガソリンがない」。職員と患者は“籠城”を余儀なくされた。

1週間ほどで電話が回復、メールも使えるようになった。そこでHPで被害を報告。Twitterのアカウントを取得し、日々の情報をツイートしていった。

その結果、おつき合いのある病院などから支援物資が大型トラックで届けられ、危機を回避できたという。報道で窮状を知ったボランティア団体や全国の個人からも物資が寄せられた。残留していたいわき市民から届けられた飲料・食料品には励まされたという。

被害額は建物だけで5億、人件費等運転資金で7億の12億円。これを社会福祉医療事業団から借りてしのいだ。被災施設に対する政府交付金で4割ぐらい返済できたという。国の補助金もかなり早く出たためいち早く建物の補修が発注でき、5月連休の頃に松村総合病院はほぼ原状に復した。沿岸部の3施設は同年の12月に復旧工事が完了、通常の診療へ復帰することができたと語った。

松村支部長は、かつて、常任理事か

つ病院のあり方委員会の委員として『病院のあり方報告書』2004年版まで名を連ねたが、その後、理事に退くとともに委員会活動から退いた。その理由の1つに臨床現場の人手不足をあげた。

「地方に医者がいなくなった。一番ひどいときは、25名ぐらいた常勤医が半分に減った。定年退職した先生達に助けてもらってある程度まわっているが、先の先は極めて難しい」という。これは震災前の事態である。

震災によって医師、看護師等の不足は一気に表面化した。全体として住民は戻りつつあるが、原発事故の影響で、福島県の医療機関は新たな社会問題に直面しているという。

「ここでは津波よりも原発の後遺症が大きい。いわき市には2万5,000人の住民が避難してきた。医療機関の機能は戻ったが、小さな市に匹敵する患者(住民)が増えた。しかし、医療スタッフは以前より減っている」と、松村支部長は、いわき市に代表される、避難住民受け入れ地域で表面化している医療の需給ギャップをあげた。

「一番足りないのは常勤医だ。医者を1年ぐらい、看護師を20人ほど派遣してくれる病院があるだろうか。それは大学病院でも無理だ。でも、人口が半分になった南相馬市には今も福島県立医大から16名の医師が派遣されている。だが、県は、いわき市にはどの病院にも医者1人送ってこない」と現状をつまびらかにし、「これは政治の問題ではないか。厚労省や文科省の課長クラスが頻繁に視察にくるが事態は一

その一方で、「多くの民間病院は重度急性期の後方病床として機能している。公的病院とは、今後もよい連携を保っていかなければならない」と、地域の事情を踏まえた上で医療提供体制等に物申していくという考え方を示した。

また、「岩手県は公益法人を偏重するきらいがある。全日病が公益社団になれば県の見方も変わる可能性がある」という期待感を表わした。

東日本大震災では沿岸部の公的3病院が全壊、同1病院が半壊した。それ以外は公的と民間合わせて59病院が一部損壊したものの、内陸部を中心に1/3の病院は被害を免れた。全壊した公的3病院はその後仮設下で診療を再開している。

かくて震災からの復興が始まったが、「沿岸部の人口減少が大きく、それが回復するかが、今、大きな問題になっている」という。加えて、「高い高齢化率と深刻な看護師不足という問題がある」。

手薄な医療資源に加えて震災を契機に表面化したこれらの問題が、岩手県の医療提供体制を支えてきた県立病院にも産科、小児科、脳外科の縮小あるいは診療所への転換を促すというかたちで表われ、「それが民間病院の診療体制にも影響を与えている」と、岩淵支部長は地域医療が直面している問題点を明らかにした。

向に改善されない」と嘆じた。

松村支部長の苦悩と葛藤は県政や国政に対する現場の無力感に根ざしている。

南関東の1都3県を超える広大な面積を有する福島県には139の病院があり、そのうち111病院(80%)が被災した。放射能の警戒区域にある病院は今も再開のめどが立っていない。県内の病院は震災から同年末までに勤務医を3.5%(71人)失っている。

県は11年12月に「福島県復興計画(第1次)」を策定、「災害時にも安心できる保健・医療・福祉提供体制の構築」を打ち出した。また、県全体の医療提供体制復興として「福島県地域医療再生計画(3次医療圏)」を策定するなどしたが、大部分が警戒区域の双葉エリアの復興見通しは白紙状態のままである。

福島県支部は45の会員病院を擁するが、こうした現状に「支部としての対応は難しい状況だ」と松村支部長は説明する。1つには松村支部長自身がいわき市での医業経営に追われていることがあるが、これまで同県の民間病院を牽引してきた財団法人の病院など、核となるべき会員病院の結束や発言力にかげりが出ていることもあると、支部が置かれている状況を明らかにした。

ただし、「(原子力事故の損害賠償などで)今は福島県病院協会が頑張っている。そこに事務局をおいている福島県支部は、福島県病院協会との緊密な連携を大事にしていきたい」と、厳しい現実におかれている支部の現状を率直に認めた。

厚労省 地域・診療領域ごとの専門医数調整の仕組みを提案

専門医の在り方に関する検討会 専門医養成プログラムに地域医療の実践を設ける案も



限らず、この制度を法律にどう落とし なければならない」(平林構成員)と、 込んでいくかという議論をそろそろし 議論の行きつ戻りつを案じる声も出た。

□地域医療の安定的確保に向けた専門医の養成について (事務局素案)

中立的第三者機関が運営する新たな仕組み

【専門医の質】

- 専門医となるために経験すべき症例数等を設定する。
- 養成プログラムを用意し、複数の医療機関(研修病院群)で専門医研修を担う。
- 研修病院群の養成プログラムは訪問調査等により評価する。

【病院の受入定員(養成数)】

- 病院群内の患者数、研修体制等により、専門医研修を受ける医師の受入定員(養成数)を、プログラムごとに設定する。

【研修の状況】

- 専門医研修中の医師数、地域分布を把握する。

【専門医の養成数の調整】

- 各病院の受入定員(養成数)の設定状況及び地域分布等を踏まえ、全国・都道府県レベルで各診療領域の専門医の養成数を調整(養成数の調整にあたっては患者数、医師不足状況、専門医定着状況、病院の研修体制、地域の実情等を総合的に勘案)。

【地域(へき地を含む)の病院・診療所での研修実施】

- 研修病院群の中に地域の病院・診療所を含め、一定期間、地域の病院・診療所で専門医研修を行う養成プログラムを支援。

↓
地域医療の安定的確保

□専門医養成数や医療提供体制における専門医等に関する論点 (事務局案から)

【専門医の養成数について】

- ・専門医制度に診療科や地域ごとの医師適正数誘導策を設けることをどう考えるか。
- ・専門医養成数の設定にあたり国や都道府県内のバランスに配慮することをどう考えるか。
- ・当該都道府県の考え方を養成数に反映させる方法について、どう考えるか。
- ・臨床研修のマッチングシステムを参考とすることについて、どう考えるか。

【医療提供体制における専門医】

- ・養成プログラムの地域への配置のあり方など、地域医療が改善するような制度設計を行うことをどう考えるか。
- ・養成プログラムにへき地や医師不足地域における研修を取り入れるなど、地域偏在・診療科偏在の是正の効果に視点を置くことをどう考えるか。
- ・例えば、一定期間の地域従事を要件とする奨学金を受給する専門医研

修生や「総合医」等を対象にへき地や医師不足地域における研修を取り入れることをどう考えるか。

・大学病院等の基幹病院が地域の協力病院と連携(病院群を形成)して専門医の養成プログラムを作成することをどう考えるか。

・病院群の養成プログラムで「地域医療の実践」を必須とすることについてどう考えるか。

【専門医の位置づけ】

・新たな専門医の医療制度上の位置づけの必要性をどう考えるか。

・広告等の見直しの方向性(新たな専門医の位置づけ等)をどう考えるか。

・医師が他領域の専門医等を紹介できるようにする上で情報開示の内容をどう考えるか。

【国の関与のあり方】

・専門医を認定する新たな仕組みに対する国による関与のあり方についてどう考えるか。

11月29日に開かれた「専門医の在り方に関する検討会」に、厚労省は、①全国・都道府県レベルで診療領域ごとに専門医養成数を調整する仕組みを導入する、②専門医養成プログラムに地域医療の実践を設ける、などの提案を行なった。

「養成数の調整」に対して、一部からは医師偏在解消のツールとなりがねないことへの警戒と反発が示されたが、少なからぬ構成員は「専門医数の調整は必要」という認識を表わした。

「地域医療の実践」とは、「研修病院群に地域の病院・診療所を加え、一定期間、地域の病院・診療所で研修を行なう」というもの。この趣旨に強い異論はなく、地域に出るための支援策等について意見が交わされた。

厚労省の提案はいずれも専門医養成と地域医療の関係性にかかわるテーマ。今回は総合医を中心に議論することになっているため、検討会は地域医療の問題を次回の議論でも取り上げることを確認した。

同日の専門医あり方検討会は、(1)専門医の養成数、(2)医療提供体制と専門医、(3)国の関与のあり方、(4)専門医の位置づけ(医療制度面あるいは情報開示との関係等)をテーマに予定していた。

これらのテーマに対して、事務局(厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室)は、「専門医の養成数や医療提供体制における位置づけ」という括りで多様な論点(別掲)を提示。その上で前述2点を含む提案(事務局素案=別掲)を行なった。

論点と提案にあるように、研修病院群、マッチング、病院群や都道府県ごとの定員など、事務局は現行の初期研修制度をベースに専門医の制度設計を考えていることが分る。

その中で重要な意味をもつのが、「病院群に地域の病院・診療所を含め、一定期間、地域の病院・診療所で専門医研修を行う」「プログラムで地域医療の実践を必須とする」「養成プログラムにへき地や医師不足地域における研修を取り入れる」という提案だ。

こうした考えを示した論点に「地域偏在・診療科偏在の是正の効果に視点を置く」と記されたことから、一部の構成員は「専門医制度を偏在是正のツールにしてはならない」と強く反発した。

しかし、他方で、「こうした提起は必要。プログラムには地域性が反映されるべきである。これが地域医療安定のツールになるというのをおかしいが、逆に、この制度によって地域医療がおかしくなっても困る」(池田構成員)、「新たな制度が専門医の偏在とならないためにどうしたらよいかという視点で議論すべき。いつまでも不毛な議論をしてよいのか」(平林構成員)といった声が出るなど、構成員の意見は分かれた。

プログラムにへき地医療等の実践を組み込むという提案には、偏在是正ツール化に反対した側からも、「へき地での医療は周辺領域を学ぶ貴重な機会。学会で作る養成プログラムには一定期

間の地方配置を組み込むようにすべきだ」(桃井構成員)と支持する声が出た。

偏在是正をめぐる活発な議論を、田原医事課長は「我々は専門医制度と偏在の問題に多大な関心をもっている。本日も必要な議論がなされて理解がより深まったと考えている」とまとめた。

これに関連して、専門医に対するインセンティブ(診療報酬評価)を提起する向きもあるが、その一方で「インセンティブは必要だが、必ずしもドクターフィーとは限らない」(池田構成員)と、制度設計の中で専門医の権威をいかに確保していくかという問題意識を披露する声があった。

インセンティブになりえる1つが広告だが、専門医の広告は自由標榜制見直しと一体で考えるべきとの声が強い。その早期決着(制度開始と並行実施)を求める意見がある一方で、「専門医制度が安定して国民の信頼を得た後のテーマではないか」(小森構成員)という見解も示された。

高久座長は、米国を引き合いに「専門医でないと広告できないという方向が将来的には考えられる」という認識を示した。

専門医に関する情報開示に関しては、「情報はオープンであるべき。それを認めない専門医には資格を付与しないぐらいにしてよい」(山口構成員)とする強い意見もあった。

国の関与については専門医に関するデータベースを求める声が多い。専門医分布把握の必要は事務局提案でも触れられているが、5年後の医師動向が診療科別・地域別に掌握でき、ハードベースの医療提供体制整備がソフトベースに変わっていく可能性がある。

これに関連して、「DPCのデータを学会に提供すれば、地域ごと診療科ごとの現状が把握できて専門医不足や格差が分かるのではないか」(今構成員)との提案が示された。

広告と標榜科の問題は法令がらみの話になるが、構成員からは、「これに

70~74歳2割負担や総報酬割全面導入の13年度実施は見送りか

医療保険部会 医療保険部会とりまとめは年明け。予算編成には現行方式継続で臨む?

11月28日に開かれた社会保障審議会の医療保険部会は、協会けんぽの財政対策や70~74歳の患者負担特例措置などについて議論した。

全国健康保険協会(協会けんぽ)管掌健康保険に対する財政支援として、政府

は10年に健保法等を改正し、①国庫補助率をそれまでの13%から16.4%に引き上げる、②加入者割(各保険者の加入者数に応じて按分)で算出していた被用者保険間の後期高齢者支援金分担額を、同方法による算定は全体の2/3に圧縮

し、残る1/3は被保険者の総報酬額に応じて分担する(総報酬割)、などの特例措置を10年度から12年度まで適用した。

したがって13年度以降の対応をどうするかという課題があり、事務局(厚労省保険局総務課)は同部会に総報酬割の全面導入などの案を提示し、方針のとりまとめを求めている。

同日の議論で、協会けんぽに対する財政支援に関しては、概ね、当面は現行支援策を継続するという方向性でまとまった。

70~74歳の窓口負担については、現在の1割特例をやめ、本来の2割に戻すべきとの意見が大勢を占めたが、新た

に70歳になる人から順次実施するか、そうした激変緩和措置なく実施するかという方法論のレベルで意見が分かれた。

事務局は予算編成に向けた意見集約を12月上旬に行なう予定であったが、解散総選挙を迎えたため年明けに先送りした。政局にもよるが、次期政権による予算編成には現行措置の継続という方針で臨まざるをえないと事務局はみている。

ただし、国民会議の検討結果を踏まえた方針が次期政権で明確になることから、国民会議の議論に反映させるために、年明けには、医療保険部会として方向性を打ち出したいとしている。

四病院団体協議会賀詞交歓会—新年の集い—開催のご案内

全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の4団体は2013年の新年の集い(賀詞交歓会)を下記要領で開催します。

日 時 ● 2013年1月10日(木) 午後5時30分~午後7時30分(受付開始午後4時30分)
 会 場 ● 東京都内・ホテルオークラ東京 本館1F「平安の間」
 会 費 ● 1万円(当日受付にて申し受けます)

問い合わせ先 四病協賀詞交歓会運営事務局(公益社団法人日本精神科病院協会 北原・中村・河井)
 Tel. 03-5232-3311 Fax. 03-5232-3315