



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2013 3/1

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 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.796 2013/3/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

医療事故調査の仕組みを提言。対象を死亡例に限る

日本病院団体協議会 四病協の見解と基本的に一致。わが国主要病院団体の見解が足並み揃う

11病院団体が参加している日本病院団体協議会は2月22日の代表者会議で、医療事故調査の仕組みに対する見解を承認した。

見解は「診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方」と題し、「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」(座長・神野正博全日病副会長)がまとめた。

医療事故調査に関する日病協の見解は、1月にとりまとめられた四病協の見解と基本的に一致する内容となった。(6面に全文を掲載)

日病協の見解は、(1)死因究明制度と医療外紛争処理や補償制度は別に設立されるべきである、(2)調査は個人責任の追及という結果をもたらすものであってはならないことを前提とした上で、①院内事故調査委員会による調査、②地方に設置する院外事故調査委員会(チーム)への報告、③匿名化した上で中央事故調査機関への報告という3層構造からなる調査制度を提言。

併せて医師法第21条に触れ、「その立法の精神に戻り、拡大解釈しないものとする」ことを求めている。

医療事故調査の仕組みに関しては、四病協が1月23日の総合部会で「診療に関連した予期しない有害事象(死亡・重大事故)の調査のあり方」と題した見解を承認している(2月1日号参照)。

調査対象について、四病協は「重大事故」を含めるとしているのに対して日病協は死亡例に限定していること、さらに、院外事故調査委員会(四病協は「院外事故調査検証委員会」)への報告について、四病協は「病院が重要と判断した有害事象」としているの対



して日病協は原則全例としている。この2点を除くと、日病協の見解は四病協と同じ内容でまとめられている。

四病協に続いて日病協の医療事故調査制度設計議論取りまとめに尽力した全日病の神野副会長は、同日の代表者会議で、「細部にわたっては11団体の間で意見の違いがあるが、我々医療者として、予期しない死亡事故にどう対応すべきかという点にしばって意見を集約、大きな枠組みで合意に達するこ

とができた。医療外紛争処理や補償制度と関連づけると議論はまとまらない。それは、今後、いわば2階部分の話として議論していけばよいだろう」と語った。

わが国病院の6割近くを組織する四病協に続いて、8割近くの病院が結集する日病協がほぼ一致した見解を打ち出したことで、医療事故調査をめぐる制度設計議論は、大きく前進するものとみられる。

“準拠点”としてがん診療病院を整備。拠点病院と広域グループ指定

がん診療提供体制のあり方検討会 事務局提案を大筋了承。拠点病院とがん診療病院の要件検討でWGを設置

2月22日の「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」に、事務局(健康局がん対策・健康増進課)は、前回(1月25日)に提起した、すべての2次医療圏に原則1つ整備するとしてきた拠点病院(がん診療連携拠点病院)の現行体制に、新たに、準がん拠点病院や高度専門病院との群指定を導入するという考え方を具体化した案を提示した。

事務局案の概要は以下のとおり。前回案における準がん拠点病院は「地域がん診療病院(仮称)」に、群指定はグループ指定に、それぞれ言い換えている。(1)拠点病院の空白医療圏を中心に、「(地域)がん診療病院」と拠点病院との

グループ指定を行なう(医療圏を超えた広域指定)。

(2)空白医療圏対策とは別に、「特定領域で高度な診療機能をもつ医療機関」についても、「がん診療病院」として既存の拠点病院とグループ指定する(同一圏内の指定)。

(3)以上のグループ指定については都道府県が主体的に調整する。そのために可能な範囲で柔軟な制度とする。調整に際して、都道府県は自らが果たす役割を明確にする。

(4)空白医療圏対策として、拠点病院の要件のうちの放射線療法、研修開催、診療実績、人材配置等について一定程

度の緩和を図る。

(5)PDCAサイクルを確保するために拠点病院に対する実地調査を行ない、実績や活動状況を評価し、課題を明らかにし、必要に応じて改善を求める。(6)拠点病院の新しい機能として、国際基準に対応した多施設共同臨床研究を実施できる体制の強化を追求していく。

提案の中で、「がん診療病院」の要件イメージとしては、①高度な技術を要さない手術(患者数の多い胃・大腸・乳がん等)、②外来化学療法、③緩和ケア、④相談支援、⑤がん登録、⑥拠点病院や在宅医療提供機関との地域連携、などを例示している。

この提案に、神野構成員(全日病副会長)は、「拠点病院とがん診療病院の間に、パスの共有、がん診療の標準化、共同の研修という軸がしっかり確保されていれば患者は安心する。この面をどうスタンダードなものにしていくかが新しい制度の環となる」と賛意を表わすとともに、課題を明らかにした。

事務局案のうち、拠点病院の要件緩和、とくに放射線療法を要件から外す点については少なからぬ構成員から反対意見が示されたが、検討会は事務局提案を大筋で了承し、拠点病院とがん診療病院の各要件について下作業を行なうWGの設置を決めた。

処方箋電子化実施を基本了承。2、3年後めどに省令等を改正

医療情報ネットワーク基盤検討会 条件が整備された地域から順次実施。だが、解決されるべき課題も

厚生労働省は2月20日に開かれた「医療情報ネットワーク基盤検討会」に処方箋の電子化に向けた報告書案を提示、大筋で了承された。文案の修正を図った上で、次回会合でとりまとめる予定だ。

「電子処方箋の実現について」と題した報告書案は、(1)電子処方箋を認めていないe-文書法厚生労働省令と医師法を含む関連の法令諸規定を2、3年後をめどに改正し、(2)実施環境の整った地域から順次電子化の運用を認める、(3)実施地域は、①2次医療圏等の圏域内の医療機関・薬局の分布が網羅的であること、②電子署名が必要であることから当該圏域にHPKI(なりすましや改ざん等を回避するために保健医療福祉分野で適用される認証基盤)が普及していること、③紙による交付にも対応できることの3点が確保されていること、というもの。

電子処方箋のシステムは、医療機関による特定の薬局への患者誘導が禁止

されていることから、医療機関から薬局に電子処方箋を直接送信することは認めず、処方箋のASP(ソフトウェアの機能をネットワーク経由で提供する事業者)サーバーに送り、患者が出向いた薬局で本人確認を得てダウンロードする方法をとる。

今回の方針は電子処方箋を可能とするものであり、電子処方箋の交付を義務化するものでも、紙による交付を禁止するものではない。

処方箋の電子化は、これまで、東大医学部附属病院、沖縄県浦添市、香川県高松市などで実証事業が行なわれ、成果を収めてきている。

政府の規制改革方針や日本再生戦略等で電子化の実施が求められている中、時間をかけて行なわれてきた処方箋電子化の検討は、実証事業の積み重ねを経て、その運用条件が明確化されるにいたり、ようやく実現へ工程が定



められることになる。

ただし、HPKIの整備、ASPの機能、多重使用を回避する手順、患者に発行するカードなど、実務的に解決しなければならない課題が多く残されている。紙の処方箋との併用も医療機関や

薬局には悩ましい問題だ。

厚労省は、今後も取り組まれる実証事業を通じて電子化に伴う問題やその解決策の検討を重ね、留意事項を整えるなどした上で、2~3年以内に、省令改正を決めたいとしている。

定期代議員会・定期総会開催のご案内

下記日程で第100回定期代議員会・第89回定期総会を開催します。

社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

- | | | | |
|-------|---|-------|---|
| 1. 日時 | 2013年3月23日(土) 午後1時 (定期総会は定期代議員会後に開催いたします) | 3. 議案 | (1) 2013年度事業計画(案) (2) 2013年度予算(案) (3) その他 |
| 2. 場所 | ホテルグランドパレス3F白樺 東京都千代田区飯田橋1-1-1 Tel.03-3264-1111 | | |

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

地域の实情に応じた医療提供体制へ 我々は提言実現に向けた活動を強化しなければならない

社会保障税一体改革の中で示された医療介護機能再編のシミュレーションでは、今後の取組の方向性として、「入院医療の機能分化・強化と連携」及び「地域包括ケア体制の整備—在宅医療の充実・在宅介護の充実」を目指すこととされ、昨年の診療報酬介護報酬同時改定を手始めに医療法等関連法も改正して、その実現を図ることが明らかとなった。

安倍内閣になり、委員も一新された社会保障制度改革国民会議が再開となったが、1月21日の会議における委員等の発言は、地域医療の今後に

関して注目に値するものであった。各委員共、地域特性を考慮した取り組みの必要性を共有している一方、過去の医療改革の基本的考え方が、財源との関係も考慮した医療のあり方を問うものであったはずで、原点に立ち返った議論が必要という意見も出されている。

「医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みを導入するとともに、その情報を活用し次々回の医療計画においてその地域にふさわしい地域医療のビジョンを策定し、地域の实情に応じた医療機能の

分化と連携を推進し、均衡ある地域医療の発展を図る」というのが厚労省の示している方向性である。

実際に、病期ごとの医療機能の定義から、看護師配置と診療密度の兼ね合い、「地域一般病棟」として一つの病棟で複数の医療機能を持つ病棟の位置づけ、地域性及び地域性以外の要件の確認など、多岐にわたる検討が行われる予定である。

過去6回にわたり「病院のあり方報告書」作成時に、近未来の医療介護提供体制に関する検討をしてきた全日本病院協会としては、その提言の

実現のために一致して活動を強化すべきである。検討会出席中の西澤会長の活躍に期待するのみではなく、地域特性を正確に調査したデータを作成して、会員病院の設立地域に合った体制作りが行われるようにしなければならない。

データ作成には、幸い信頼性の高い高橋泰先生監修の「2次医療圏データ」と会員病院からの最新の地域情報を対比させたうえで、どのような医療提供体制が望ましいかの青写真も提出できるようにすべきである。(T)

労使両団体と自治体に意見聴取。医療団体のヒアリングは行なわず

社会保障制度改革国民会議 「給付重点化・本人負担引上」が主テーマ。政局が影響、いまだ各論に至らず



▲記者会見に臨む清家篤国民会議会長(中央)と遠藤久夫会長代理(左)

2月19日に開かれた社会保障制度改革国民会議は会合は経済系団体のヒアリングに終始し、各論の議論に入らなかった。

昨年11月30日の初会合からすでに4回目、安倍政権になってから2回目となるが、月1回のペースで開かれる国民会議で制度改革の議論は進まず、論点の確認・整理にすらいっていない。

3党が合意した社会保障制度改革の期限は8月21日。したがって、これまでのペースでいく限り、今後の会合機会は5~6回とみられる。こうした状況に「会議は空転」という声だけでなく、「社会保障改革は先送りか」と危惧する向きもある。

2回機会を与えた理由は語らなかった。

日程確保に苦しんでいるのは確かなようで、記者会見における「月2回開催しなくてよいのか」という質問に、清家会長は「委員の皆さんは超多忙な方ばかり。なかなか日程の都合がつかない」と、繰り返し答えた。

こうして、着実に給付抑制・本人負担引き上げに向けた議論が進んでいるようにみえるが、しかし、各論に踏み込んだ本格的な議論にはいたっていない。

この背景には、国民会議の議論と並行して制度設計の枠組みや具体的施策の方向を打ち出す立場の3党実務者協議が機能していないことがある。

自公民の3党は、週1回程度実務者協議を開き、国民会議で議論するテーマを政党の立場から具体化していくことで合意したが、各党の思惑から協議は進んでいない。

例えば、民主党は税による最低保障年金の創設や後期高齢者医療制度の廃止を新制度に反映させるよう求めているが、自民党内には「過去の国政選挙をみても年金や医療は敗因となりやすい。深入りするべきではない」といった意見が根強いなど、「現行制度が基本」とする自公両党は民主党の土俵に上る気はない。

実際、実務者協議は1月18日に再開したものの、「国民会議の議論に影響を与えることは避ける」という建前を口実に、その後は開店休業が続いている。かくて、7月の参院選挙をめぐる思惑が3党協議を機能停止させ、それが官僚に影響を与え、国民会議の舵取りをファジーなものにさせているというのが実状だ。

安倍首相は2月20日の参議院予算委員会で、社会保障制度改革を「参院選後に先送りすることは毛頭考えていない」と述べ、参院選までに成案を打ち

出す意向を表明した。

社会保障制度改革推進法は「社会保障制度改革を行うために必要な法制上の措置は、この法律施行後一年以内に社会保障制度改革国民会議の審議結果等を踏まえて講ずる」(第4条要旨)と定めており、その期限は8月21日に迫ってきている。

これについて、社会保障と税の一体改革担当である甘利大臣は、同日の予算委員会で「法制上の措置は一般的に法案提出を意味するが、法案要綱や骨子の閣議決定など柔軟な対応も想定される」と、8月21日までに閣議決定にもちこめば適法との考えを示した。

社会保障と税の一体改革は、給付と負担の適正化や高齢者医療に焦点が当てられているが、実は、病床機能の区分明確化と連携やチーム医療など医療提供体制の構築をどうしていくかというところに根幹の問題がある。議論し尽くされた感のある給付と負担の問題に対して、医療提供体制の問題は国民会議ではほとんど意見が交わされていない。

法律が定めた期限という制約はあるが、厚労省の審議会を排除して有識者による会議を設置したものの、政局に引っ張られて議論低調を余儀なくされ、関係団体からの意見聴取も十分行なうことなく、残り5~6回の会合で答えを出せというのは、「拙速を超えてセレモニーに近い」(報道陣)との懐疑も出るほどだ。

「参院選までの時間稼ぎとの見方もあるが」と、その点を記者会見で何度もつかれた清家国民会議会長は、「次回ヒアリング終了後には各論の議論に入り、期限には間に合わせたい」と淡々と答えるのみであった。

2月19日の国民会議は、経団連、経済同友会、日商、連合を招いて意見聴取した。

経済同友会は道州制を前提に、74歳以下は現行どおり、75歳以上は7割が税負担で3割が本人負担という財源負担で「道州」が運営主体となる公的医療保険制度、公的介護保険については「介護保険施設開設主体の多様化」と2割の自己負担を提言した。

日本商工会議所は、企業や現役世代の社会保険料負担余力は限界に達していると訴え、「増加し続ける企業の公的負担のあり方に焦点をおいた」制度見直し議論を求めた。日本経済団体連合会は、医療給付費総額管理制導入の検討を呼びかけた昨年11月の提言を紹介しつつ、「社会保険料と税の一体的見直しが急務」として社会保険料負担の見直しが要望の軸におくなど、各団体とも、これ以上の保険料負担を回避するために給付の重点化と自己負担割合の引き上げを主張した。

こうした医療費適正化の合唱に対して、委員である大島伸一国立長寿医療研究センター総長は、「例えば終末期医療で胃瘻をどこまでやるかなど、現場では、医師と患者が相談して医療を決めている。皆さんは盛んに医療費適正化を主張される。であれば、保険者

として、どこまで医療を受けたいのか決めていただけないか」と反問した。

会議後の記者会見で、国民会議の清家篤会長(慶應義塾長)は、「これは大変重い指摘。保険者もすぐには答えを出せないだろう」と所感を表わした。

15人の委員のうち医師は2人に過ぎず、4回の会合を通して、ほとんどの意見が「給付と負担の均衡」という理念にもとづいて交わされている。しかし、大幅な負担増が期待できない中、「給付と負担の均衡」は、もっぱら給付の重点化したがって抑制が不可避とする見解に行き着く。それは委員だけではない。同席する政治家も、公費抑制という見地から給付抑制の必要を積極的に説いているのが国民会議の実態だ。

この日も、財務省の山口副大臣は、「医療と介護は保険料の伸び以上に公費の負担が増えている。現役世代の保険料負担の抑制は、あくまで給付の重点化、効率化をはじめとする給付構造の改革で実現していくべき。公費負担割合の引き上げには慎重に対応すべきと考えている」と進言した。

厚労省の秋葉副大臣も、「社会保障の持続可能性の観点からは給付の重点化・効率化も検討される必要があり、この具体化が急務である」と発言、財務省と足並みを揃えた。

8月21日までに法的措置はできるのか?

国民会議は急遽2月28日に会合をもち、知事会、市長会、市町村会、財政制度等審議会(財務省)のヒアリングを行なう。

「医療団体のヒアリングは行なわないのか」との本紙質問に、国民会議の

中村事務局長(内閣官房社会保障担当室長)は「月1回の日程確保で精一杯であり、他関係団体を含め、現時点で予定はない」と述べ、日程の都合を理由に患者や現場の声をくみ上げる機会は設けられないとしたが、保険者にのみ

清話抄

平成25年2月2日土曜日東京のホテルメトロポリタンエンドモントにおいて午後5時30分から午後7時30分まで全日本病院協会「平成24年度第2回若手経営者の会」が開催された。講演は、川原経営総合センター 代表取締役社長 川原文貴氏による「病院経営のための財務諸表の見方と活用法」であった。全国

から約50名の若手経営者が集まり真剣に講演に耳を傾けていた。

講演内容は表記されたものに留まらず、参加者の真剣な質問から今後の「税金関係」「病院における収益の今後の予想」にまで及んだ。若手経営者といっても立場は様々である。医師である方、そうでなく経営にたずさわられている方。経営を自ら行っている方、NO2・3で関わっている方などである。しかし、立場は違っても病院経営にかかわっている人

間として、その真剣さは同じであった。

その後行われた懇親会においては病院種別・規模別にテーブルが分けられたが、そのようなことにはとらわれずに幅広く交流が行われた。皆保険制度という制度の上での医療における地域差は大きい。土地の費用・人件費によりその経営状態も変わる。また、過疎地においてはその存続が問題となる。

様々な経営母体の差・地域の差を認め、皆保険制度維持のもと現実に必要

な病院は経済状況にかかわらず国民の為に存続することが大切である。

以前、現日本医師会長の横倉義武氏に「地域医療」の反対語を質問したことがある。「専門医療」等の言葉を期待していたのであるが、回答は「管理医療」であった。

私たちはこれからさらに管理される医療でなく、地域の為に自分たちの病院は自分たちで守る気持ちを忘れずに病院経営をしていかなければならない。(竹)

医療法改正法案は今国会提出を予定

全国厚生労働関係部局長会議 医療機能報告制度と在宅医療を位置づける。特定行為実施看護師研修制度(保助看法)も

厚生労働省は2月19日と20日に全国厚生労働関係部局長会議を開催、各都道府県の厚生労働担当官に2013年度的重要施策について説明した。

堀江大臣官房参事官(総務担当)は東日本大震災厚生労働省復興対策本部について説明する中で、政府として災害救助法を厚労省の所管から内閣府に移すことが決まり、その法案を今国会に提出することを明らかにした。

原医政局長は、2012年度補正予算で地域医療再生基金を積み増したことに触

れた上で、「医療提供体制は各地域で様々である。将来の高齢化を見据えてどのように再編、どのような機能を確保していくか。それぞれの地域で考え、将来を見据えた提供体制に再生基金等を活用していただきたい」と呼びかけた。

続く医政局重要施策の説明の中で、吉岡総務課長は病院病床機能の報告制度に言及。報告制度を医療法に位置づけると述べた上で、「2014年度から医療機関による自主的な取り組みを開始する」と展望。



さらに、在宅医療の医療法への位置づけ、保助看法への「特定行為の明確化と特定行為を実施する看護師研修制度」の書き込みを法改正の課題にあげた。吉岡課長は、また、「医療サービス

提供体制の改革は国民会議の重要な検討項目に1つになっている」とした上で、「国民会議の議論を踏まえながら、医療法等の改正法案を今国会に提出していきたい」と言明した。

全国厚生労働関係部局長会議(厚生分科会)から 2月19日

*以下は各局長・課長の説明に医政局資料を加味して編集部が整理した。

■医政局の重点事項

1. 医療提供体制の改革について(吉岡総務課長)

(1) 地域の実情に応じた医師確保対策
・2013年の医学部入学定員は前年から50人増の9,041名と過去最大になる。このうち、地域枠入学定員(予定)は476名である。

・地域医療支援センターの運営経費(30ヵ所)として13年度予算案に9.6億円を計上した。

・新たな専門医の仕組みについて検討が行なわれている。17年度に研修が開始されることを想定し、12年度末までに最終報告書を取りまとめられる見込みだ。

(2) 病院・病床の機能の明確化・強化

病院の病床をそのまま増やしていくのは非現実的。医療機能の分化を推進し、地域のニーズに対応して機能に応じた医療資源を投入、入院医療の強化・効率化を図る必要がある。

急性期の医療機能は消費税財源を活用して充実を図ることになるが、急性期を過ぎても患者がその病棟にとどまっていたり非効率。適切に亜急性期や回復期などの病棟に流れていく状況を作っていかなければならない。亜急性期、回復期等の体制を整える必要がある。

そのために、医療機関が都道府県に自らの医療機能を報告する仕組みを導入する。この仕組みは医療法に位置づける。

この報告制度にもとづいて都道府県は地域医療のビジョンを策定。どの医療機関がどのような機能を担っているかといった地域における提供体制の現状を把握し、今後、それぞれの地域で必要となる医療機能を、量的な面も含めて考えることができる。(各医療機関は)都道府県が策定するビジョンを経営戦略の指標として活用することができる。

報告制度は2014年度から医療機関による自主的な取り組みを始め、それを行政や医療関係団体がバックアップしていく。まずはそこから開始したい。

都道府県は、それにもとづいてビジョンを策定していただく。これは13年度からの医療計画には間に合わないの、その次の18年度からの医療計画に位置づけてさらなる取り組みを進める、という流れで考えている。

(3) 在宅医療・連携の推進

在宅医療の法的位置づけを図るとともに、施策を総動員して、その推進を図る。

予算面では、12年度補正予算案地域医療再生基金(後出)を積み増した。13年度予算においても各種事業を実施する(後出)。制度的には、13年度からの5ヵ年の医療計画に、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を明記する。また、在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正を考えている。

(4) 医療従事者間の役割分担とチーム医

療の推進

チーム医療については、「高度な専門知識と技能等が必要な行為の明確化」と「特定行為を実施する看護師の研修制度創設」に向け、年度内に一定のとりまとめが見込まれている。

その他に、①診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となる行為を新たに業務範囲に追加、②歯科衛生士によるフッ化物塗布や歯石除去等の予防処置を歯科医師の「直接の指導」の下での実施から緊密な連携を図った上での実施、とする改正を図る。

以上が現在進めている医療提供体制の改革に関する対応である。医療サービス提供体制の改革は国民会議の重要な検討項目の1つになっている。国民会議の議論を踏まえながら、医療法等の改正法案を今国会に提出すべく準備していく。

2. 地域医療に関する諸課題について(梶尾指導課長)

(1) 医療計画の推進

・次期医療計画においては2次医療圏の見直しの検討も課題としているが、結果として見直しをしない場合は、その理由を明記していただく。

・医療計画の実効性をあげるためには、都道府県が数値目標や施策の進捗状況を評価し、必要な見直しを行なうPDCAサイクルが必要。医療計画の評価・改善を支援するため、13年度に「医療計画の評価等に関する検討会」を設置、①「必須指標」「推奨指標」を含めたより有効な指標の検討、②5疾病5事業ごとに優れた事例の紹介等を行なう。

・また、保険局のNDB(ナショナルデータベース)を都道府県に提供。それを含むデータを指標とし、数値目標の達成状況、施策・事業の進捗状況を2次医療圏単位で把握、評価してもらう。これをサポートするために、13年度以降の予算措置でNDBレセプトデータ等の集計・可視化を図るとともに作成支援ソフトを開発し、都道府県に提供する。

(2) 地域医療再生基金

12年度の予備費を活用して380億円(被災3県と茨城県が対象)を、補正予算案において500億円(47都道府県が対象)を積み増した。

事業例としては、南海地震等に備えた医療機関施設整備費の増加(後出)、地域枠の医学生に対する修学資金の貸与などの医師確保対策、在宅医療推進事業などを想定している。

地域医療再生計画の実施期間は、これまで13年度末までに事業を「完了」としていたが、今回の補正予算を契機に、13年度末までに「開始」した事業を対象とする。

3. 予算案における地域医療機能強化の取り組み(鎌田経済課長)

医療施設耐震化として、12年度予備費に災害拠点病院・救命救急センター

を対象とした医療施設耐震化基金の積み増しに357億円を確保したが、12年度補正予算案では、2次救急医療機関のうち、特に耐震性の低い施設を補助対象とした医療施設耐震化臨時特例基金を406億円積み増している。

また、「南海トラフの巨大地震に関する津波高・被害想定」で最大津波高10mを超える県に、自家発電装置の上層階への設置や災害危険地帯に所在する病院の移転に活用できる地域医療再生臨時特例交付金(500億円の内数)を盛り込んだ。

各都道府県は、耐震診断を実施した上で、特に耐震性の低い施設(Is値0.3未満の病院)の耐震化に医療施設耐震化臨時特例交付金とともに地域医療再生臨時特例交付金を活用し、防災対策に努められたい。

■健康局の重点事項(矢島局長)

◎感染症対策

・予防接種法改正法案を今国会に提出する。定期接種の対象(一類)に3疾病を追加、二類疾病は政令で追加できるようにする。また、副反応制度を法的に位置づけ、医療機関から厚労大臣への報告を義務づける。

・「新型インフルエンザ等対策特別措置法」施行に向けた有識者会議の中間とりまとめが2月7日に公表された。特措法は5月までに施行され、その後、政府行動計画とガイドライン、そして都道府県行動計画と市町村構想計画がそれぞれ策定される。

◎がん対策

・新・がん対策推進基本計画が昨年6月に閣議決定され、緩和ケアの推進、がん登録の推進などの課題、07年度からの10年目標と個別目標が示された。この1月に小児がん拠点病院が指定されたが、13年度以降、全国の中間病院を整備していく。

・現在、緩和ケアの取り組みやがん診療提供体制整備の検討が進んでいる。

◎健康日本21(第2次)の推進

・13年度から始まる「健康日本21(第2次)」を効果的に推進するために、生活習慣病の発症予防と重症化予防の効果的な事例を収集したい。近日中に事務

連絡でお伝えする。

・12年度中に標準的な健診・保健指導プログラムの改訂をとりまとめる。

■老健局の重点事項(原局長)

◎認知症の施策

認知症施策推進5ヵ年計画が13年度から始まる。今後目指すべきは「早期・事前的な対応」である。そのために、①標準的な認知症ケアパスの作成・普及を図り、15年度以降の介護保険事業計画に反映させる、②「認知症初期集中支援チーム」は15年度以降の制度化を検討する、③早期診断等を担う医療機関を12~17年度で約500ヵ所整備する、④15年度以降すべての市町村で地域ケア会議を実施する、などの取り組みを進める。

◎介護保険総合データベース

厚労省は要介護認定データ収集と介護保険レセプトデータを統合させた介護保険総合データベースを構築すべく、現在、集計・分析ができる体制を整えている。

◎介護予防Webアトラス

介護情報の「見える」化として、地理情報システム(GIS)を用いて介護予防事業報告や各種統計データを地図上に表現し、ウェブ上で閲覧できるシステムを構築した。自治体内の情報共有化や自治体間の比較を可能とする、「地域診断」支援ツールである。

◎サービス付き高齢者向け住宅

大都市周辺の市町村から「サ高住の増加に伴い、介護給付費の負担が増大するのではないかと」の懸念が出ている。都道府県は高齢者居住安定確保計画に市町村別の供給目標を定めることで、サ高住の計画的立地を進めることができる。各都道府県は福祉部局と住宅部局が連携を深め、市町村と協議し、計画を策定するようお願いする。

◎2015年度の介護報酬改定

老健局としては15年度に制度改正と報酬改定を同時実施する。消費税率の引き上げに伴う介護報酬改定の前倒しは行なわない。介護保険部会には今年12月までには意見を取りまとめたいただき、来年の通常国会には法案を提出したい。

医療課長通知 会計検査院から改善勧告。医療・介護の給付調整を求める

厚生労働省は2月19日付で各都道府県と地方厚生局宛に医療課長通知(保医発0219第5号)を発出、管下の医療機関等に医療と介護の給付調整を適切に行なうよう周知徹底を求めた。

医療課長通知には、昨年10月26日付で会計検査院長が厚生労働大臣に是正改善処置を求めた文書が添付されている。

それによると、会計検査院が、国保連合会で実施しているレセプトの突合せによる情報が国保と後期高齢者医療制度でいかに活用されているか27府県

について会計実地検査をしたところ、60医療機関と79薬局で給付調整されることなく重複請求がなされ、これにかかわる110の保険者で1万6,897件、計1億4,356万円の支払過多が生じていたことが判明。会計検査院として、市町村と広域連合における関連部局間の連携が十分確保されるよう厚労省に指導を求めるものであった。

医療課長通知は、この旨を関係方面に通知するとともに、医療関連団体にも事務連絡を出して同通知の主旨の周知を求めた。

臨床研修制度見直し議論が開始。年内に結論

医師臨床研修部会 神野副会長 専門志向強化を求める意見に総合診療能力の養成を擁護

医道審議会医師分科会の医師臨床研修部会が2月21日に半年ぶりに開かれ、2015年度研修から適用される医師臨床研修制度の見直し議論を開始した。同部会は夏の中間まとめで骨格を固め、年内にも新制度の全体設計をまとめる予定だ。

大学医学部の委員は、「医学教育と専門医教育という前後のつながりを踏まえて議論すべき」「前回の見直しで解消できなかった医師不足を解決する方向の見直しにすべき」など、基本理念の見直しを含む、医学部が期待する方向の議論を求めた。

こうした意見に、神野正博委員(社会医療法人財団薫仙会理事長・全日病副会長)は総合診療能力の醸成を謳う基本理念を強く擁護。公立病院の委員もこれに同調するなど、議論は初回から、大学医学部と研修病院の間の認識の違いを浮き彫りにした。

04年度に創設された医師臨床研修制度は、主に大学医学部の側から、「地域に医師を派遣する機能をもつ大学医局の機能を弱め、医師不足顕在化のきっかけをつくった」などの批判が強まった結果、導入5年目の見直しで研修プログラムの弾力化や研修医募集定員の見直し等が図られ、10年度研修から適用された。

今回の議論は15年度研修から適用される2回目の見直し内容を決めるもの。だが、医師臨床研修部会を前に、すでに、制度を見直す論点を明確化するためのWGの議論で、プライマリケア面の研修が弱体化していることからプログラムの弾力化をやめることを希望する研修病院と、逆に、専門教育との一体性を強めるとともに、地方により研修医を集めたいとする大学医学部との間で意見の違いが明らかになっていた。

11名からなる部会は、大学医学部が5人、一般病院が公的3人、民間3人という委員構成である。医学部5人のうち3人が地方の大学である。

議論の冒頭、医学部の委員は「臨床研修制度の前には医学教育が、後には専門医教育がある。見直しはどこまでのスパンを視野に取って考えるのか」と口火を切った。

専門医制度の検討会は、報告書素案に「臨床研修と専門医研修との連続性にも配慮することが期待される」と書き込み、臨床研修制度見直しの議論に、効果的・効率的な専門医研修に貢献する臨床研修プログラムを採用するよう期待が寄せられている。医学部委員の発言は、こうしたことを踏まえた問題提起である。

これを、桐野座長(国立病院機構理事長)は「それは基本理念に関係する。ただし、基本理念の修正となると、かなりきちんとした議論が必要。それは次回以降にしたい」と受け止めた。

これに対して、神野委員は、「本格的な高齢化社会に突入し、在宅や認知症の問題が今まで以上にクローズアップされている。基本理念に基本的診療能力を身につけると謳われているよう



▲神野副会長(中央)は臨床研修部会で医師臨床研修の基本理念を擁護した。

に、認知症や在宅医療といった課題に対応できる医師を育成していくことが重要ではないか」と提起。

さらに、「がん拠点病院や3次救急に患者が集中している問題もある。そうすると、例えば、救急なら2次急、がんでは準拠点病院、災害医療でも“準拠点病院”といった、次のレベルを診られる医師の育成が求められている。そういう意味からも、理念が謳うプライマリケアはより重要視されてしかるべきではないか」と訴えた。

一方、医学部の委員は「プライマリケアは結構なこと。しかし、それを身につけるためにはコモディシーズだけでなく、色々な疾患と多くの症例を診る中で診断能力を高めなければならない」と反論、さらにスーパーローテーション方式を否定するなど、08年の見直し議論と同様、専門志向の臨床研修を求めた。

これに、神野委員は、「弾力化プログラムを受けた研修医の調査で、十分研修できていない診療科があることが

判明している。しかも、この弾力化によっても大学にいく研修医は増えていない。この結果を評価することが大切ではないか」と指摘。

その上で専門医との関係に言及して、「過疎地の公立病院に専門医をいくら置いてもプライマリケアを診る医師がいないと病院は成り立たない。大切なことはプライマリケアを診ることができる医師が、キャリアパスの1つとして専門医になることだ。そうすれば、その医師は大学の派遣機能で地方に赴任しても専門分野とプライマリケアをともに診ることができる」と論じた。

この日は、必修科目と選択科目や地域枠とマッチングの関係など論点の全般が論じられたが、医学部委員からは終始、「1つの方向性をもって議論しないとしない」として、医学部教育→臨床研修→専門医研修の連続性と継承性を強調する意見が示された。さらに、研修医をより地方に集めるべきとも強調した。

厚労省 看護師が特定行為を実施する法的枠組の報告案を提示

チーム医療推進会議 反対意見で次回に持ち越し。両論併記の可能性も

2月22日のチーム医療推進会議に事務局(厚労省医政局医事課)は、看護師が特定行為を実施する法的枠組に関する同会議の考え方をまとめた報告案(「特定行為に係る看護師の研修制度案」)を提示、議論のとりまとめを求めた。

座長の永井良三自治医科大学学長は「次回までにまとめた」と宣して一人一人に意見陳述を要請。ほとんどが事務局案に賛成したが、藤川構成員(日医常任理事)と片田構成員(日本看護系大学協議会代表理事)は反対を表明したため、この日のとりまとめは見送られた。

「特定行為に係る看護師の研修制度案」(別掲)は当制度を法的に位置づける保助看法と関係省令の要綱を記したもので、その骨子は、(1)特定行為を保助看法で明確化し、具体的内容は省令等で定める、(2)医師の指示の下、プロトコールに基づいて特定行為を行なう看護師には指定研修の受講を義務づける、(3)特定行為を行なう一般の看護師には、特定行為の研修を受けることを努力義務とする、からなる。

特定行為の追加・改廃は常設審議会では決められるほか、研修機関の指定基準も審議会で決定する。大臣が研修機関を指定する際は審議会の意見をきかなければならないなど、省令事項の決定プロセスも明示されている。

この方法によると、特定行為にかかわる看護師研修制度は、法制化後、まず29項目の特定行為で始まり、研修施設に関しては、研修施設指定基準を審

議会決定したのちに、審議会に諮問した上で指定するというかたちをとる。

したがって、現時点で指定研修の内容は方向性とイメージにとどまり、具体的には法制化後にあらためて審議されることになる。

この「先送り」に対して、片田構成員は、日本看護系大学協議会の立場から、「研修制度のあり方や内容を不明にしたまま法制化を決めることには反対である」とした。「法制化ありきの議論ではないか」というわけである。

片田構成員は「グレーゾーンとされるものが特定行為というかたちで整理されることはよい」としつつも、「それは医政局長通知でも可能なこと」と法令化には異議を唱えた。その理由の1つに、「専門看護師や認定看護師が担ってきたものがあり、それとの関係性が不明である」ことをあげた。

法律の枠外で実績を積んできた専門

看護師等の役割が新たな制度にとって代われ、法制化によって教育内容が指定基準でしられることに、あるいは看護系大学院中心とみられてきた研修機関に病院の参画が認められる方向性に、専門看護師教育を担ってきた団体として強い不満を感じているようだ。

こうした反対意見には、賛成側から、「看護系大学院ではNPの養成も行なわれている。(看護系大学協議会の意見書に“考慮すべし”と記載されている)高度実践看護師制度とはNPのことではないか。我々はNPの議論をするつもりはない」といった批判も出た。

一方、日本医師会の藤川構成員は、

□特定行為に係る看護師の研修制度案(概要) *文中「医師」は「医師又は歯科医師」と読み替える

○医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行なう必要のある行為(特定行為)を保助看法で明確化する。特定行為の具体的な内容は省令等で定める。特定行為は限定列举方式とする。その追加・改廃は常設の審議会で決定する。
○看護師が特定行為を実施する場合に、以下の研修を受けることを制度化する。
・プロトコールに基づいて特定行為を行なう看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関で、厚生労働省で定める基準に適合する研修(指定研修)の受講を義務づける。
・指定研修が義務づけられない、特定行為を行なう看護師には、保助看法上の資質向上の努力義務として、特定行為の実施に係る研修を受けることを追加する。

多数ある診療補助行為を一つ一つ法令で規定することには限界があることなどの理由をあげ、法的枠組みそのものを否定。現場でも意見が分かれていることから、報告のとりまとめは両論併記にすべきであると主張した。

両論併記とする藤川構成員の意見に2名の構成員が同調した。

審議会や検討会は慣行的に全会一致を旨としている。一部に反対意見があっても多くは座長預かりなどのかたちでとりまとめを押し切る。しかし、今回は反対を貫くメンバーが比較的多くいることもあり、両論併記という体裁でまとめられる可能性が出てきた。

・制度施行後一定期間内に研修を受けなければならないとする経過措置を設ける。
・特定行為が追加され、その内容が研修内容も変更する必要がある場合には、当該内容に係る追加の研修義務が生じる。
○厚生労働大臣は、研修機関の指定を行う場合には審議会の意見を聴かなければならない。
○特定行為に応じた研修の枠組みは指定研修機関の指定基準として省令等で定める。指定基準の内容は審議会で検討の上決定する。
○厚生労働大臣は、指定研修を修了した看護師の申請により、当該研修を修了した旨を看護師籍に登録するとともに、登録証を交付する。看護師籍への登録は研修の修了を確認するためのものであり、新たな国家資格ではない。

2012年度 地域防災緊急医療NW・フォーラム(第15回)開催のご案内

主催 ● 全日本病院協会
日時 ● 3月9日(土) 16:00~20:00
会場 ● 東京都内 東医健保会館2Fホール 東京都新宿区南元町4番地
テーマ ● 『近年の異常気象による災害—東南海地震、富士山噴火、集中豪雨など』
参加費 ● 無料
※詳細は全日病HPをご参照ください。

規制改革で最先端医療を推進、「産業競争力を強化」

規制改革会議 その具体策として「保険外併用療養の更なる範囲拡大」

安倍内閣によって復活された規制改革会議(議長＝岡素之住友商事相談役)は2月15日の第2回会合で、6月とりまとめに向けた規制見直しの本格的議論を開始した。規制改革の方針は安倍内閣が6月にまとめる新成長戦略に盛り込まれる。

同日の規制改革会議に例示された検討課題は医療を含む重点4分野の59項目。その中に「保険外併用療養の更なる範囲拡大」が盛り込まれた。

規制改革会議の岡議長は2月18日の産業競争力会議にペーパーを提出、そこに、最先端医療の推進に向けた具体策として「混合診療の容認」と明記、産業競争力会議の有識者議員の立場からも「混合診療解禁」に取り組む考えを明らかにした。

規制改革会議は1月24日の第1回会合で安倍首相から諮問を受けたが、その際、安倍首相は「産業競争力会議の戦略目標を達成するために規制改革の実現に重点的に取り組んでいく」考えを示し、当会議は「産業競争力会議との連携を密にしていく」ことを確認した。

その産業競争力会議が1月23日に開いた第1回会合に、有識者議員である規制改革会議の岡議長がペーパーを提出、わが国の産業競争力強化に向けた課題に「最先端医療の推進」「薬事法改正も視野に入れた国際的イコールフットリングの実現」をあげた。

その産業競争力会議の親組織である日本経済再生本部の1月25日の会合に、安倍首相は、「雇用関連、エネルギー・環境関連、健康・医療関連を規制改革

の重点分野とする」旨の指示(当面の政策対応について)を示し、その中で、「世界に我が国の医療関連産業が展開して国富の拡大につながるように、大胆な改革を推進する」とうたった。

これを受けた2月15日の規制改革会議は、(1)通常の年間日程で規制改革の諸課題に取り組む、(2)健康・医療、エネルギー・環境、雇用、創業と産業の新陳代謝等の分野別にワーキンググループを設置し、今年6月をめどにとりまとめる、(3)前出4分野にかかわらずとくに重要性と緊急性の高い案件を選定し、6月より前倒しのとりまとめを目指す、という方針を決めた。

同日の規制改革会議には重点4分野の課題例示として59項目が示された。そのうち、「健康・医療」の分野は「保

険外併用療養の更なる範囲拡大」を含む13項目。社会福祉法人に対する外部監査義務化の検討もあげられている。

「保険外併用療養」については「先進的な医療技術全般(薬剤を用いない医療技術、再生医療等)にまでその範囲を拡大すべきではないか」と記された。

同日の規制改革会議は検討課題案を大筋で了承。月1回の規制改革会議を2月にもう1回開き、そこで、4分野別WG分野別の検討対象と重要・緊急案件の具

体的テーマを決定することを確認した。規制改革会議の岡議長は、2月18日の産業競争力会議に「第1回産業競争力会議提出資料の補足説明資料」と題したペーパーを提出、そこに、最先端医療の推進に向けた具体策として、「混合診療の容認」と明記した。

2月25日の規制改革会議に、岡議長は大田弘子議長代理(政策研究大学院大学教授)と連名のペーパーを提出。実現困難な項目を最優先案件とした上で、WGではなく、委員全員で議論いきたいと提案し、最優先4案件の1つに「一般用医薬品のインターネット等販売」をあげた。

□これまでに提起されている課題の代表例(「健康・医療」から抜粋) 2月15日の規制改革会議

- ・再生医療の推進
- ・保険外併用療養の更なる範囲拡大/保険診療と保険外診療の併用制度について、先進的な医療技術の恩恵を患者が受けられるようにする観点から、先進的な医療技術全般(薬剤を用いない医療技術、再生医療等)にまでその範囲を拡大すべきではないか。
- ・レセプト等医療データの利活用促進
- ・治験前臨床試験データの有効活用
- ・遠隔診療の普及
- ・処方箋の電子化
- ・介護事業の効率化/社会福祉法人は外部監査を活用することが適当とされているところ、積極的に活用されておらず、不適切な会計処理が散見されるとの指摘がある。社会福祉法人の経営の透明性を向上させるとともに、競争原理によるサービス向上を実現する観点から、経営の一層の効率化を図り得る仕組みにすべきではないか。

特措法施行を前に行動計画やGLの内容を提言

新型インフルエンザ等対策有識者会議 「帰国者・接触者外来」等一般医療機関に依拠。入院は公的病院に優先受入を求める

昨年5月に公布された新型インフルエンザ等対策特別措置法(特措法)の施行(公布から1年以内)に向け、制定される政省令など内閣総理大臣への提言内容を検討してきた有識者会議の「中間とりまとめ」が2月7日に公表された。

「中間とりまとめ」は、新型インフルエンザ等の発生に備えた医療体制など、政府が改定する行動計画やガイドラインに盛り込まれる事項とそれぞれの考え方を整理している。

医療体制の確保については、厚労省・新型インフルエンザ専門家会議の「新型インフルエンザ対策ガイドラインの

見直しに係る意見書」(2012年1月31日)の内容が「概ね妥当」とした。

具体的には、09年の新型インフルエンザ対応の際に、第2段階(国内発生早期)で患者が「発熱外来」に集中して機能しなかったことを踏まえ、「海外発生期から地域発生早期」には「帰国者・接触者外来」を設置して対応。「感染症指定医療機関だけでなく、身近な地域で受診できるよう、概ね人口10万人に1ヵ所程度」確保することを求めている。

「地域発生早期」に新型インフルエンザ等と診断された者には、「原則と

して、感染症法に基づき感染症指定医療機関等に移送し、入院勧告を行う」とした。

「地域感染期」には、「帰国者・接触者外来」の設置と感染症法に基づく入院措置を中止し、原則として一般の医療機関で新型インフルエンザ等の患者の診療を行なう。地域全体で医療体制が確保されるよう、例えば外来では「軽症者をできる限り地域の中核病院以外の医療機関で診療する」など、医療機関の連携を図ることが重要と提起。さらに、入院診療は「原則として入院診療を行う全ての医療機関」で行なう

が、地域の実情に応じて、「感染症指定医療機関等のほか、公的医療機関等で入院患者を優先的に受け入れるように努める」方針を示している。

また、政令で定める医療関係者(有資格者)に対する協力の要請・指示について、特措法は、実費の弁償と医療関係者の死亡・罹患等に対する損害の補償を定めているが、この要請・指示を出す状況や弁償・補償の考え方を明らかにしている。

このほか、先行実施する予防接種(特定接種)の対象となる医療・介護従事者の範囲などを整理している。

医療短信 BRIEF

■医師等資格確認検索システムを改修

厚生労働省は2月15日に「医師等資格確認検索システム」の改修内容を公表した。この夏をめどに新システムを稼働させるとしている。

「医師等資格確認検索システム」は医師および歯科医師の資格取得有無を判別するもの。現在は氏名と医籍登録年しか確認できないが、改修後には、

氏名、性別、生年月日、登録番号、登録年月日の5項目を入力、すべての項目が一致している場合にのみ「該当有り」と表示され、登録しているかどうかを判明する。

■2011年度保険医療機関等の指導・監査等の実施状況

厚労省が1月31日に発表した「2011年度保険医療機関等の指導・監査等の実施状況」によると、11年度の保険医療機関等の取り消しは45件、返還金額

は82億9,401万円であった。45件の内訳は医科保険医療機関20件、歯科保険医療機関21件、保険薬局4件。

■「健康・医療戦略厚生労働省推進本部」を設置

厚労省は2月22日、「健康・医療戦略厚生労働省推進本部」を設置すると発表した。「医薬品」「医療機器等」「再生医療」「国際展開」の4つのタスクフォースを設け、健康寿命の延伸、世界最先端医療の実現、医薬品・医療機器

等の開発促進と関連産業の発展などに総合的に取り組む。

政府が同日付で内閣官房に設置した「健康・医療戦略室」に対応、医療、医薬品、医療機器を戦略産業として育成し、経済再生の柱とすることを目指す。

■「地域ケア会議」のQ&Aをまとめる

厚生労働省老健局振興課はこのほど「『地域ケア会議』に関するQ&A」をまとめ、2月14日付事務連絡で各都道府県介護保険担当課に送付した。

全日病厚生会 病院総合補償制度に 「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

●ご加入のお申込み、お問合せは… **(株)全日病福祉センター**

支払側「前改定の在宅評価は不十分。算定基準の緩和も検討したい」

中医協総会 在宅医療で議論。改定挟んで在支病は170%に急増。「在支病と在支診の役割分担」の提起も



▲診療側は「在宅医療はどこが担うのか」と論点を提起した。(2月13日の中医協総会)

2月13日の中医協総会は在宅医療をテーマに取り上げて意見を交わした。「在宅医療の充実」は、2025年の医療・介護提供体制構築に向けた重要な課題となっており、2012年度診療報酬改定でも、答申附帯意見に「在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行う」と記され、現在、検証調査が行なわれている。

したがって、秋口以降の14年度改定議論でも重要な論点として議論が予定されているが、事務局(厚労省保険局医療課)は、あえてこの時期にフリートリーディングを提案した。

議論において、支払側の白川委員(健保連)は、前改定では「地域ケア包括体制といった全体のコンセプトが固まらない中、一部評価の見直ししかできなかった」との認識を披露、「14年度改定に向けて全体のコンセプトをどうしていくか話し合う必要がある」と提起した。

さらに、「在宅といっても、一般医科だけでなく、精神疾患、認知症、歯科、薬剤とがある。次回改定では、それらを横に切って、横断的に議論する仕掛けを事務局として考えていただきたい」と、論点の組み方に注文をつけた。

その一方で、「診療報酬上の施設基準などの算定基準が在宅を進める上で障害となっている部分があるのかないのか。色々な制限があって動きにくい部分もあるのではないかと、その辺も検討していきたい」と、届出と算定の要件緩和に前向きな姿勢をのぞかせた。支払側からは、また、「在支診と在支病の役割分担を整理しなければなら

い」という論点を示された。

一方、診療側の嘉山委員は、「在宅でどういう医療が提供されているか、クオリティがどうなっているか、検証されていない」と指摘。在宅を担当する医師の教育の必要性にも触れ、「検証と教育合わせて、医政局や医師会等と一緒に制度化するべきだ。その上で、それに対する診療報酬の上積みも考えられる」と論じた。

嘉山委員は、また、「在宅医療はどこが担うのか」とも提起した。

この論点に、診療側委員からは「医師会中心に各地にそうした体制を整えればよい」「群市区医師会が市町村と連携してコントロールしていく仕組みが必要」と、地方医師会を主体とした意見が示された。

同時に、「中小病院や有床診などを活用した日本型のシステムを創り出す」必要も提起された。

事務局によると、在宅療養支援病院の届出数は、11年の442から、改定を挟んだ12年には746へ170%も増えている。746ある在支病の内訳は、従来型が344(46%)、連携強化型が264(35.4%)、

強化型が138(18.5%)で、連携強化型の連携医療機関数は平均3.1となっている。前改定で届出の要件が緩和されたために急増したわけだが、7月1日現在の届出数であるため担当患者などの実績はまだ少ない。この点を支払側がなぜかと質したが、診療側の西澤委員(全日病会長)は「まずは在宅に取り組もうということだけで在支病に参入している。4月からスタートしたので実績は年間のものではない。これから自ずと出てくるだろう」と説明した。

この日の総会には、在宅医療の診療報酬算定における不適切な事例が紹介された。その1つが訪問看護で、事務局は「特別訪問看護指示書を交付して医療保険で請求する」ケースや「一時的に頻回に訪問看護が必要な場合以外に特別訪問看護指示書を交付する」事例がみられる、と指摘した。

もう1つが訪問診療料。事務局は、マンション業者が特定の医療機関と居住者に関する独占診療契約を交わし、医療機関からリベートをとる「患者紹介ビジネス」があるとし、「患者の選択を制限しているおそれがあることに加え、過剰な診療を行っている可能性がある」とした。

訪問看護の事例については、診療側委員から「すべてが不適切といえるかどうか」との疑問があった。

他方、より不適切と紹介されたのは、介護保険で参入が許されている民間事業者が手がけるサービス付高齢者住宅の事例であるが、その所管は都道府県かつ介護保険の部局であり、中医協の及ぶ問題ではない。この問題を明らかにするために、この時期に在宅医療が議論テーマにあがったと邪推することもできる不可解な提起ではあった。

四病協 在宅療養支援病院の実態調査を実施

四病協の在宅療養支援病院に関する委員会(委員長・梶原優日本病院会副会長)は在宅療養支援病院を届け出ている病院を対象にアンケート調査を実施した。

同調査は2011年3月にも実施しているが、その時点の届出病院は約360に過

ぎなかった。今回は、前改定で施設基準が変わったことから届出病院は約800病院へと倍増している。次の診療報酬改定が1年後に迫っていることから、改めて実態を把握し、要望と提言につなげるというのが調査の目的だ。

調査内容は前回の調査票を踏襲した

上で、新たに「単独型」か「連携型」かを問う設問など若干の項目を追加した。調査は全届出病院が対象で、ファックスを用いて行なう。調査票はすでに2月半ばに発送を終えており、2月内の回収を目指している。

院内事故調、院外事故調、中央事故調の3層構造で調査・検証

日本病院団体協議会「診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方」(全文) *1面記事を参照

1. 目的

- (1) 診療に関連した予期しない死因究明制度の設立の目的は、診療に関連した予期しない死亡の原因分析とそれによる再発防止を図り、もって医療の質と安全の向上、および医療の透明性・公明性・信頼性を確保することである。
- (2) 医療の不確実性の中で、医療側が自律的に再発防止のための死因究明に専念するために、医療外紛争処理や補償制度はこの死因究明制度とは別に設立すべきである。
- (3) 医療は、かつては個人によってなされてきたが、現在は多職種連携の上に成り立っている以上、診療に関連した予期しない死亡の調査は医療従事者個人の責任追及の結果をもたらすも

のであってはならない。

- (4) 有害事象の報告・学習システムのためのWHOガイドラインに基づき、原因究明のために、院内事故調査委員会が収集・作成した資料及び報告書は、当事者に不利となる使われ方をすべきではない。

2. 定義

ここで「診療に関連した予期しない死亡」とは、疾病の自然経過や診療行為に関連し、説明ができない予期しないものをいう。故意または悪意の場合は除外する。

3. 医療機関における医療安全確保及び診療に関連した予期しない有害事象への対応

- (1) 当該医療機関は、診療に関連した予

- 期しない死亡が発生したときに、遺族の意志にかかわらず、院内事故調査委員会を設け、原因を究明する調査を行う。必要に応じて、解剖やAiを実施する。
- (2) 院内事故調査委員会の設置にあたり、医師会、病院団体や大学等に支援を依頼することができる。
- (3) 調査報告書に基づき、病院は遺族への説明を適宜行う。
- (4) 診療に関連した予期しない死亡例は、原則として原因究明のために地方に設置する院外事故調査委員会(チーム)へ、遺族の意志とは関係なく検証を求めることとする。
- (5) 院外事故調査検証委員会(チーム)は、第三者によって構成する。各地方で、医師会、病院団体、大学病院等の医療

- 専門職(事故に関係する専門領域の医療関係者を含む)で構成し、院内事故調査委員会の資料を検証する。
 - (6) 院外調査報告書の結果の遺族への説明は、病院が適宜行う。
 - (7) 院外事故調査検証委員会は、匿名化した上で中央に設けられた中央事故調査機関に報告し、中央事故調査機関は医療関係者以外の意見も加えて、原因究明のための事例収集とともに再発防止に重点を置いた中立性の高い報告書を作成し、広く注意を喚起する。この調査機関として、日本医療機能評価機構等を発展的に活用する。
- ### 4. 医師法第21条
- 医師法第21条は、その立法の精神に戻り、拡大解釈しないものとする

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

＜称号＞ メディカル クラーク

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、35年余にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- ＜実技Ⅰ＞ 患者接遇
- ＜学 科＞ 医療事務知識
- ＜実技Ⅱ＞ 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

＜称号＞ 医事業務管理士

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する、平成23年度より開始の試験です。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- ＜実技Ⅰ＞ 患者接遇・院内コミュニケーション
- ＜学 科＞ 医事業務管理知識
- ＜実技Ⅱ＞ 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

＜称号＞ ドクターズクラーク 【主催】 社団法人 全日本病院協会 財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- ＜学 科＞ 医師事務作業補助基礎知識
- ＜実 技＞ 医療文書作成

●試験の詳細な資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

特定行為分類案 専門・観血・侵襲的項目で「実施不可」が多数占める

「医行為の分類に関するアンケート」 調査結果 検査・薬剤の項目には、チーム医療として他技術職に委ねるべきという意向が

病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)が会員病院を対象に昨年9月に実施した「医行為の分類に関するアンケート」の結果がまとまった。

調査は、厚労省の検討会で、看護師が行なっている医行為のうち「特定行為」を医師の包括的指示のもとで実施できる能力が認証された看護師を養成する制度が検討されていたことを受けて実施された。

検討会は、特定の医行為を明確にするために2010年夏に実施した「看護業務実態調査」の結果を踏まえて、同調査で取り上げた203項目の医行為を、絶対的医行為(A)、行為の難易度が高い医行為(B1)、判断の難易度が高い医行為(B2)、一般の医行為(C)などに分類。B1・B2に区分されたものを「特定行為」とした上で能力認証看護師が包括的指示のもとで実施できるとする案をまとめ、昨年9月に意見募集を行なった。

そこで、同委員会としてこの医行為分類案を取り上げ、全会員病院の病院長と看護部門長を対象に、(1)各行為を特定医行為として能力認証看護師に実施させることの賛否、(2)チーム医療の観点から本来どの医療職種が実施すべきか、という点をたずねたもの。

回答は病院長が382件(回答率16.2%)、看護部門長が410件(17.4%)。

検討会では96項目が「特定行為」に分類されたが、この調査では、そのうち、病院長では27項目、看護部門長の回答では26項目で、認証看護師による実施は「不可」とする回答が「可とする」回答を上回った。病院長、看護部門長とも、多くがより専門的、観血的、侵襲的項目であった。

とくに、検査や薬剤に関連する項目については、チーム医療の観点から、任せられるところは他の技術職に委ねるべきであるという意向がうかがわれ

る回答結果であった。

実施可能とする項目については、ほとんどの項目で病院長と看護部門長の間に有意な差が認められなかった。

有意な差が認められた項目をみると、①より観血的、侵襲的な処置というよりも、希少で専門的な処置に関して看護部門長の方が病院長より可とする率が有意に低い、②臨床現場で速やかな投与が必要とする薬剤の選択・投与では、医師の手を待つ時間的余裕がない非常時かつ予後に影響すると認識される場合には看護部門長の方が病院長よりも可とする率が高い、③褥瘡などの創傷処置では看護部門長の方が病院長よりも可とする率が高い、④人工呼吸器装着中患者のウィニングスケジュール作成と実施でも看護部門長の方が病院長よりも可とする率が高い。

以上の結果を踏まえ、調査結果報告

書は、検討会がまとめた認証看護師と「特定行為」に関する仕組み案について、以下のとおりの見解を表わしている。— 包括的指示のもとで、能力認証された看護師による特定医行為を実施を受け入れることができるかどうかという判断は、現場における病院長も看護部門長も、その行為が医学の進歩とともに標準化され、十分に研修機会が存在し、身近に医師と看護師が協働できる項目であるかどうかによって考えられる。

したがって、特定医行為は時代とともに推移するものであり、絶対的医行為とされるものでも、標準化や研修機会の多様化とともに特定医行為となり、特定医行為もまた、一般看護師が包括的指示で実施できる行為となりうる。

この制度の導入議論に必要なことは、医療の標準化と研修機会の多様化であると考えられる。

2012年度第11回常任理事会の抄録 2月16日

【主な協議事項】

●2013年度事業計画案

2013年度事業計画案が承認された。第3回理事会・第10回常任理事会(1月10日)に提示されたものに、前文の一部修正が加えられた。

●2013年度予算案

2013年度予算案が承認を得た。

●「医療基本法案 全日病版(たたき台)」について

病院のあり方委員会がまとめた「医療基本法案 全日病版(たたき台)」が諮られ、承認を得た。

●地域一般病棟に関する調査報告書

医療保険・診療報酬委員会が実施した「地域一般病棟に関する調査」結果の報告書が承認を得た。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。

- 茨城県 笠間市立病院 院長 石塚恒夫
- 群馬県 城山病院 理事長 李 雅弘
- 埼玉県 指扇病院 理事長 鈴木慶太
- 埼玉県 戸田中央リハビリテーション病院 院長 佐藤信也
- 富山県 あさひ総合病院 院長 東山考一
- 石川県 金沢脳神経外科病院 理事長 小市勝之
- 石川県 森田病院 理事長 森田孝文
- 長野県 伊那中央病院 院長 川合 博
- 岐阜県 みどり病院 院長 松井一樹
- 愛知県 中部ろうさい病院 院長代理 加藤文彦
- 大阪府 植木病院 理事長 植木重文
- 大阪府 浪速生野病院 理事長 生野病院 生野弘道
- 大阪府 大阪医科大学附属病院 教授 出口寛文
- 大阪府 第一東和会病院 理事長 飯田 稔

- 大阪府 星光病院 理事長 山本光男
- 大阪府 耳原総合病院 院長 奥村伸二
- 兵庫県 あんしん病院 院長 岩崎安伸
- 兵庫県 済生会兵庫県病院 院長 山本隆久
- 和歌山県 須佐病院 理事長 須佐忠史
- 和歌山県 和歌浦中央病院 理事長 山本好信
- 愛媛県 西条市立周桑病院 院長 雁木淳一
- 福岡県 樋口病院 理事長 松村 順
- 熊本県 熊本地域医療センター 院長 廣田昌彦

ほかに1名が退会した結果、在籍会員数は2,420人となった。

【主な報告事項】

●「医行為の分類に関するアンケート」の結果
病院のあり方委員会が全会員病院を対象に実施した「医行為の分類に関するアンケート」の結果が報告された。

●プライマリ・ケア検討プロジェクトの設置
第9回常任理事会で設置が認められたプライマリ・ケア検討プロジェクトが2月8日に初会合をもち、西澤会長、猪口副会長、神野副会長、丸山常任理事、織田常任理事出席の下、丸山常任理事を本プロジェクトの担当理事とすることを決めた旨の報告があった。構成メンバーは今後追加される予定。

●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

2013年1月18日付で以下の15会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

- ◎一般病院
- 北海道 坂泌尿器科病院 更新
- 群馬県 沼田脳神経外科循環器科病院 更新
- 東京都 厚生中央病院 更新
- 東京都 綾瀬循環器科病院 更新
- 神奈川県 西横浜国際総合病院 更新
- 京都府 西京都病院 更新
- 岡山県 岡村一心堂病院 更新

- 福岡県 宗像水光会総合病院 更新
- 大分県 大分岡病院 更新
- ◎療養病院
- 東京都 康明会病院 新規
- 沖縄県 ちゅうざん病院 更新
- ◎複合病院
- 北海道 豊岡中央病院 新規
- 宮城県 石巻港湾病院 更新

- 大阪府 永山病院 更新
- 岡山県 宮本整形外科病院 更新
- ◎付加機能(リハビリテーション)
- 岩手県 盛岡整温泉病院 更新

2013年1月18日現在の認定病院は合計2,408病院。そのうち、本会会員は947病院と、会員病院の39.5%、全認定病院の39.3%を占めている。

大阪 総合評価加算研修会を197人が受講



全日病が主催する「総合評価加算に係る研修会」が2月23日、24日の2日間、大阪市内で開催され、197人が受講した。昨年9月の東京開催に続いて今年度2回目、大阪は09年月以来2回目の開催となる。

診療報酬の総合評価加算は、総合的

な機能評価に係る適切な研修(16時間以上)を修了した医師が1名以上いることを算定要件としている。座学(1日目)とワークショップ研修(2日目)からなる当研修会は当該要件を満たすもので、受講申し込みは、毎回定員を上回る状況が続いている。

一冊の本 book review

医療経営白書2012年度版
病医院大転換期における医療“経営”イノベーション

発行/(株)医療企画 定価/5,250円(税込)

本書は、2012年度を「病医院大転換期」ととらえ、従来続いてきた医療経営を見直し、改めて自院の方向性を決めるために必要なノウハウを集約した重要な手引書である。特に「都道府県別医療資源情報」は、医療資源の現状を偏差値化し地域医療に必要な情報を集約している画期的な情報であり、これほどまでにまとめたものは今までに世に出てはいない。医療計画の策定、地域状況の把握、今後の病医院の経営戦略に医療関係者必読の書である。(竹)

あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための 充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

医療基本法案の「全日病版(たたき台)」をまとめる

第11回常任理事会が機関決定。四病協の医療基本法案検討作業に提出

2月16日に開かれた全日本病院協会第11回常任理事会は、病院のあり方委員会(徳田 禎久委員長)がまとめた「医療基本法案 全日病版(たたき台)」を承認した。

全日病は、病院のあり方委員会で2000年から医療基本法の検討を行ってきたが、医療基本法をめぐる議論が活発化していることから機が熟したと判断、同委員会で法案をまとめ、全日病の考え方として、四病協の医療制度委員会に提示することにしたもの。

飯田修平常任理事は2月28日の四病協・医療制度委員会に「全日病版(たたき台)」を提出、その内容を説明した。医療制度委員会は昨年3月に公表された日医案、全日病案、さらに近々まとめられる日病案を俎上にのぼらせて検討を進めることを確認した。

これまで医療をつかさどる基本法として医療法が位置づけられてきたが、医療界には長く、施設法の趣き強い医療法に対して、医療の概念や医療提供の理念・方針などを明確にした、医療制度と関係法の根幹となる基本法が必要ではないかという意見が根強くあった。

医療基本法は1972～73年にかけて具体化され、与党案と野党案が国会審議にかけられた結果、ともに廃案となった経緯があるが、その後も、制定を求める声や具体化を探る動きが続いた。

全日病は、「病院のあり方に関する報告書(2002年版)」の冒頭で、「もともとは施設基準法から発展した現行医療法を改変する『医療の基本法』制定に向けて努める必要がある」と提起したが、具体案の作成にいたることはなく今日まできた。

厚労省の「ハンセン病検証会議の提

言にもとづく再発防止検討会」報告書(第1部・09年3月)で医療基本法の制定が提言されたことから再び議論の機運が高まり、日本医師会12年3月にその「具体的提言」をまとめた。

こうした議論の高まりを受け、四病協においても12年4月の総合部会で医療基本法案の検討に着手することが決まった。

医療基本法案の検討を委ねられた医療制度委員会は一般病床の医療機能調査を終えた後に議論を開始することを決めたが、そこにいたる討議で前出日医の案が重要な検討資料としてあげられ、その論旨に沿った議論を望む声が委員の間にあった。

こうした経緯に、全日病は、議論を建設的に進めるためにも全日病の見解を明らかにする上で機が熟したと判断、病院のあり方委員会で検討してきた内容を法案としてまとめたもの。



四病協の議論に資するという意味からタイトルに「たたき台」と記した「医療基本法案 全日病版」は、日医案にみられる権利あるいは平等といった「曖昧」な表現を排し、医療を実践していく上で国民、行政、医療人がともに共有されるべき考え方をシンプルにまとめている。

2月28日の四病協・医療制度委員会に「医療基本法案 全日病版」を提示した飯田常任理事は、その趣旨を「医療基本法は先行する案がいくつかでているが、その多くが権利・義務の関係に拘泥しているきらいがある。この問題を追求していくと議論はまとまらない。大切なことは、国と地方自治体、医療提供者と患者それぞれの責務を明確にした上で、医療における信頼の創造に向かう理念を示すことである」と



▲全日病の医療基本法案を説明する飯田常任理事説明。

「各団体から案をいただき、医療事故調査制度の問題と同様、病院団体さらには医療界あげて1つの法案にもっていきたい」と語った。

同日の医療制度委員会は、日本病院会の案も含めて議論を進め、できるだけ早くに医療基本法案の四病協版をまとめることで合意した。

医療基本法案 全日病版(たたき台) 2013年2月16日 常任理事会承認

第1章 総則

第1条 (目的)

この法律は、憲法25条の理念に基づいて、医療が国民の生命と健康を守る重要な役割を担うことにかんがみ、医療の基本理念及び原則を定めるとともに、国、地方公共団体等の責務及び医療に関する施策の基本的事項、ならびに医療を提供する者、医療を受ける者をはじめとする国民の役割を明らかにし、医療提供者と患者等の信頼関係にもとづいた医療を実現することを目的とする。

第2条 (基本理念)

- ①医療は、人間の尊厳と生命の尊重を旨とし、個人の人権に配慮しつつ、医療を提供する者と医療を受ける者との信頼関係にもとづいておこなわれなければならない。
- ②医療は、重要な社会基盤、社会資本であり、効率的かつ有効に活用しなければならない。
- ③医療に関する施策は、国民の相互扶助と連帯を基に、公共の福祉に資するものでなくてはならない。

第3条 (医療の概念)

①医療

医療とは、健康保持、健康増進、疾病予防、治療、リハビリテーション、看取りを含む複合かつ一連の健康に関するお世話であり、それを目的とした専門職による行為をいう。

②医療提供者

医療提供者とは、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他、医学・医療に関する専門的な知識、技能を用いて、人

間の疾病の治療、予防、健康の保持、増進および機能の維持、回復等の業務に従事する者をいう。

③患者

患者とは、じょく婦、治験等の被験者を含む、医療の提供を受ける者をいう。

④利用者

利用者とは、健康診断、健康に関する相談等で医療機関を利用する者をいう。

第4条 (国及び地方公共団体の責務)

国及び地方公共団体は、国民及び住民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するために、以下の施策を講じることとする。

- ①良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制確保のための基本方針の策定
- ②良質かつ適切な医療提供体制の構築と、それを担保する医療保険制度の構築
- ③医療提供体制および医療保険制度に関する調査及び研究
- ④医療提供体制の量的、質的確保に係る目標設定とその実現
- ⑤施策の経過及び結果を定期的に評価し、継続的に医療の質向上に努力

第5条 (医療提供者の責務)

医療提供者は、医療倫理・職業倫理に則り、医療は侵襲行為であることを十分に認識し良質かつ適切な医療を行わなければならない。医療提供者は以下の責務を負うこととする。

- ①社会との連帯・連携に留意する。
- ②組織横断的活動に留意する。
- ③関係者との信頼関係の構築に留意す

る。

- ④科学的、標準的かつ適切な業務に留意する。
- ⑤良質かつ適切な医療を行うよう努める。

第6条 (国民や患者の責務)

国民や患者は、日常から自らの健康に関心をもちその増進に努め、社会的連帯の考え方の下に、医療施策に関する相応の負担と適切な受療に努めなければならない。

第2章 医療提供体制を確保するための施策

第7条 (必要な施策)

- ①良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制確保のための基本方針の策定
- ②良質かつ適切な医療提供体制の構築と、それを担保する医療保険制度の構築
- ③医療提供体制および医療保険制度に関する調査及び研究
- ④医療提供体制の量的、質的確保に係る目標設定とその実現

補足資料

第5条(医療提供者の責務)と第6条(国民や患者の責務)の補足説明

| | 医療提供者の責務 | 国民や患者の責務 |
|---|--------------------------|----------------------------|
| ① | 自己の健康管理、啓発、研鑽に心がける | 健康増進、維持あるいは回復に心がける |
| ② | 患者や業務の異常に早く気づき、対処する | 不調、異常に早く気づく |
| ③ | 定期的に自己評価・第三者評価をする(組織と個人) | 定期的に健康診査をする |
| ④ | 相談、協力、連携できる同僚や医療機関を持つ | かかりつけ医を持つ |
| ⑤ | 異常に気づいたら原因を究明し、改善する | 異常に気づいたらかかりつけ医に相談する |
| ⑥ | 患者の状態に適応した医療を行う | 機能に応じた医療機関を受診する |
| ⑦ | 患者や家族にわかり易い説明を心がける | 医療機関では、既往、経過、現症、家族歴等を正直に話す |
| ⑧ | 診断・治療の方針と経過をはっきり伝える | 希望をはっきり伝える |
| ⑨ | 患者の気持ちや話しを理解しようと努力する | 医療者の話しを理解しようと努力する |
| ⑩ | 患者や家族の希望に応える努力をする | 検査、治療に協力する |

医療・福祉の賃金水準は12業種で5番目 2012年度医師の所定内給与は平均79万円

厚労省が2月21日に公表した「2012年賃金構造基本統計調査(全国)の概況」によると、医療・福祉分野の平均賃金(12年6月)は、男性が34万8,300円(平

均39.6歳、平均勤続年数8.0年)と前年から0.7%増加。建設、製造、運輸、情報通信など12業種のうち5番目の賃金水準に位置した。

一方、女性は24万7,200円(同40.0歳、7.6年)と0.1%の増加にとどまったが、賃金水準は、男性同様、12業種で5番目であった。

医師の平均賃金(従業員規模10人以上)は、「所定内給与額」が78万9,300円、「きまって支給する現金給与額」が87万9,300円、「年間賞与その他特別給与額」が88万3,400円となっている(平均41.2

歳、平均勤続年数5.2年)。

他の職種をみると、薬剤師34万3,200円(39.1歳、7.4年)、看護師29万1,800円(37.3歳、7.1年)、准看護師25万5,700円(46.3歳、10.3年)、診療放射線・エックス線技師31万5,400円(37.0歳、10.1年)、臨床検査技師は28万500円(37.0歳、10.5年)、理学療法士・作業療法士は26万6,700円(31.2歳、5.0年)であった。