



全日病 NEWS 3/15

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.797 2013/3/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

新専門医制度の骨格まとまる。総合診療専門医が誕生

専門医の在り方に関する検討会 2017年度から研修開始。細部は第三者機関で設計、13年度に準備組織

厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」は3月7日、各学会の裁量で資格を付与してきた方法を、第三者機関が統一基準にもとづいて診療領域ごとに認定する仕組みに置き換える、新たな専門医制度の枠組みをまとめた。報告書は前回会合の案から大きく変わったところはない。同日の議論でも、骨格に影響する修正はなく、細部の修文を経て3月内に公表される。(新制度の骨格は2月15日号を参照)。

基本領域の資格をとった上でサブスペシャリティ領域の資格を得る二重構造とする新専門医制度は、基本領域に総合診療を位置づけ、「総合的診療能力を有する」専門医を誕生させる。

また、各基本領域の研修プログラムに「地域医療」や「初期診療能力」に関する研修を取り入れることを求めるなど、総合的診療能力をベースに専門医養成を図る視点を打ち出している。

その一方で、「臨床研修制度の見直しに当たっては臨床研修と専門医研修との連続性にも配慮することが必要」と記し、先行する初期臨床研修に、専門医研修を効果的にするプログラムの編成を求めている。

そうした上で、2017年度から専門医研修をスタート、3年制であれば20年度に新たな専門医が誕生すると展望した。

現行専門医に関しては、各学会が現行基準を新基準に近づける方向で見直した上で資格更新されるとしたものの、その移行時期については「17年度から可能」と「20年度から可能」の両論を併記、第三者機関の判断に委ねた。

総合診療専門医を含め、研修プログラム作成基準、研修施設の基準、資格の認定・更新基準、名称を含めた診療領域とサブスペシャリティ領域の設定など、具体的な設計は新たに設立される第三者機関において決められる。

報告書は第三者機関の設置主体には触れず、「医療関係者や国民代表等からなる準備組織を設ける必要がある」とのみ言及した。

したがって医療界の総意にまかされた格好だが、関係者の間には、日本専門医制評価・認定機構を第三者機関とする



▲新専門医制度は11年10月から17回かけて最終報告が出た。(閉会に際し挨拶する原医政局長)

方向で合意が得られている。

報告書には、専門医制度を「関係法令等への位置づけを検討することが望ましい」と記されたが、報告書は全体として、新専門医制度に対する行政の影響を排除し、医療界の自律した統治にゆだねるプロフェッショナル・オートノミーの立場でまとめられている。

同日は、上記の表現に加え、報告書の各所に書き込まれた新たな専門医制度を医師偏在の緩和につなげる視点をめぐって、賛否両論が繰り返された。

構成員の多くは、「医師の偏在は複合的な矛盾の結果であり、その解決を専門医制度に求めて、若い医師を不足地域に送り込むことは認められない」として、法令化とともに新専門医制度を「地域医療の安定的確保」に結びつ

ける視点に反対した。これに対して、田原医事課長は報告書案を擁護した。

一方、患者代表の立場で議論に参加している構成員は、「新たな専門医制度には地域医療をどう守るのか、医師不足の解消にどう寄与するのかというメッセージがみられない」とし、「である以上、先生方のいうように削除した方が、かえって分かりやすい」と論難するひとコマもあるなど、とりまとめの最後で、重要なテーマに関する議論の不足が浮かび上がった。

検討会后、事務局(医政局医事課医師臨床研修推進室)は、報道陣に「新専門医制度と地域医療の安定的確保を結びつける考え方は構成員の中にも賛成意見がある。両論併記とすることになる」と述べた。

中小病院の医療機能を調査。回答病院は概ね「地域一般病棟」と一致

全日病「地域一般病棟」に関する調査報告書 機能分化の議論で参照されるべきデータ。本格的な調査を厚労省に呼びかける

全日病が昨年行なった調査から、中小病院が地域で提供している医療の実態が、全日病が提唱してきた「地域一般病棟」の機能とおおむね一致していることが分かった。調査結果は「『地域一般病棟』に関する調査報告書」として、3月7日に公表された。

調査報告は、診療報酬を含む機能分化議論で「地域一般病棟」の役割が適切に評価されるべきであると指摘。中小病院の医療機能の、より本格的な調査を行なうべきであると厚労省に呼びかけた。(2面に調査結果の詳細)

調査は、医療保険・診療報酬委員会(猪口雄二委員長)が、地域で果たしている中小病院の役割を明らかにするとともに、その機能実態を「地域一般病棟」と照合させるために、「地域一般病棟」と同様の機能を担っていると思われる一般200床未満の会員病院を抽出、昨年6~7月に実施した。調査には松田晋哉産業医科大学教授の協力を得た。

87病院からレセプト等のデータを得て分析したところ、(1)平均在院日数は比較的短く、看護基準は7対1、10対1が中心、(2)緊急入院の対応、急性期疾患の対応が多い、(3)他一般病床からの受け入れが多く、積極的にリハを行なっている、(4)在宅等復帰率が極めて高く、訪問看護指示、退院調整等の連携医療を積極的に行なっている、等が分かった。

調査報告書は、回答病院のこうした特徴を「地域一般病棟の医療機能と概ね相違がない」と総括。「様々な地域で中小病院の医療機能が有効に機能していることが示唆された」と評価した。

分析データから「地域一般病棟」の機能を説明するファクターを抽出した結果、①消化器系疾患・連携機能対応、②脳血管疾患・救急対応機能、③整形疾患・リハビリ対応機能、④非定型的な病態の救急機能、という4つの因子が得られた。

これら因子の累積寄与率は47.4%であるため、「地域一般病棟」の特徴を半

分程しか説明できていない。これについて、調査報告書は、回答病院は「類型化が困難な疾患や患者を診ている可能性が考えられる」と指摘した。

さらに、「非DPC病院では疾患名が明確につきにくい急患を受けていることが明らかになった。この因子は、救急車による入院率があまり高くないことから、比較的軽度の病態の高齢者が救急(ウォークイン)もしくは通常外来から入院している例が多い」と推定。

その上で、「こうした患者を診ているということは、24時間365日、必要に応じて入院医療を提供できる体制を整備することを通じて地域医療・在宅医療を支える、地域一般病棟の特徴のひとつであろう」と評価した。

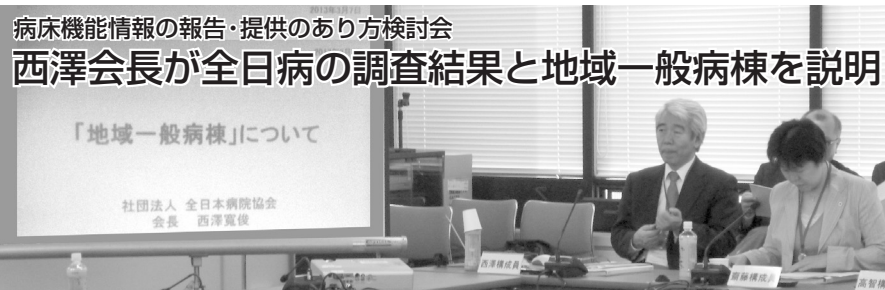
一体改革は病床機能の分化と連携(集中)を進めようとしている。その中で、これまで幅の広い概念で捉えられてきた一般病床が、高度急性期、一般急性期、亜急性期等に区分されようとしている。しかし、こうした病期の視点とともに、急増していく高齢者の複雑多様な病態に、入院と在宅の各医療が機能をどう分担・連携し、対応していくのかという視点もある。

調査報告書は、その考察において、「救急医療、一般的な急性期医療、在宅医療支援等は、今回の回答病院の主体である地域の一般病床が担う役割であろう。また、超高齢化により救急患者も高齢者が増加しており、特に急速

に高齢者が増加する都市部においてこそ、ここに示された地域一般病棟の医療機能が必要になる」と指摘。

「病院機能分化における医療制度や診

療報酬の議論において、地域包括ケアの推進に役立つ地域一般病棟の医療機能が評価されることを大いに期待したい」と結んでいる。



西澤寛俊会長は、3月7日の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で「『地域一般病棟』に関する調査報告書」を報告、併せて「地域一般病棟」の概念を説明した。

西澤会長は、一体改革に示された2025年の改革シナリオに「地域一般病床」があることに言及。「地域一般病床」は、例えば12年度改定で導入された、「医療資源の少ない地域に配慮した」施設基準や算定要件を緩和した、概念的には高度医療から亜急性期までの機能を想定した病棟・病院を意味するもので、全日病が提唱している「地域一般病棟」と必ずしも一致しないと解説。

2025年改革シナリオのパターン2にある「軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等」に該当するものこそ「地域一般病棟」にはかならないと強調した。

同時に、軽症急性期、2次救急、在宅支援という多面的機能を担う「地域一般病棟」は、むしろ、高齢者が増加をたどり、その救急需要が高まる都市部にこそ必要とし、「病院の7割近くを占める中小病院をうまく活用するためにも、その機能を明確にしていくべき

である」と論じた。

「重急性期とどう違うか」という質問には、「急性疾患を診る地域一般病棟は一般病床の1つであり、重装備を必要としない急性期である。高齢者が多いのが特徴であり、入院期間の面からは亜急性期(サブアキュート)にかかる。亜急性期にはポストアキュートというべき、重装備の病院から直ちに在宅復帰できない患者を受け入れる機能もある。地域に密着している地域一般病棟は、その両方をもたなければならない。これを分断すると、地域における連携がとりづらくなる」という見解を示した。

さらに、「日本の病院は診療所から始まり、地域の必要に根ざし、有床診を経て今にいたった。地域のニーズにそって変化してきたはずの病院が、今、何をしているか分からないと、あまり評価されていない。そこで、2001年に四病協が、中小病院が果たしている役割を整理したものが地域一般病棟であった。しかし、これまでそれを裏づけるデータがなかった。今回の調査によって中小病院の機能が明らかになった」と、調査の意義を明らかにした。

中小病院の医療実態調査 「地域一般病棟」の機能が浮き彫りに

「地域一般病棟」に関する調査報告書 急性期医療、他一般病床からの受入とリハの実施、高い在宅復帰、在宅支援等



▲猪口副会長は会見で中小病院の医療機能実態と地域一般病棟についてレクチャーした(3月7日)

全日病は一般病床200床未満の中小病院が地域で提供している医療の実態を調査した「『地域一般病棟』に関する調査報告書」をまとめ、猪口雄二副会長が3月7日に厚労省の厚生日比谷クラブで会見、その内容を詳しく説明した。

調査から、地域の中小病院が、救急医療、一般的な急性期医療、在宅医療支援等で果たしている役割が浮き彫りとなり、調査報告書は「地域一般病棟の概念と概ね一致する」と評価した。

以下は、記者会見における猪口副会長の発言要旨である。(1面記事を参照)

「地域一般病棟」は、2001年に、四病協において全日病中心にまとめられた。2次圏よりも小さな医療圏を想定し、地域の中小病院(一般病棟)がどのような医療機能をもつことが望ましいかを概念にしたものである。それは、連携をベースにした、以下の4つの機能からなる。

1つが急性期医療。軽～中等度の急性期入院需要に応え、高度な医療が必要と判断された場合には基幹病院等に紹介転送するというものである。

2つ目は亜急性期。いわゆるポストアキュートであるが、リハビリもしくは病状不安定、抗がん剤療法等、急性期以降の引き続く入院を担う。

3つ目が救急。救急指定病院もしくは救急対応として、主に軽～中等度の救急を担い、必要に応じてより高次の救急医療機関に転送する。もしくは、救急救命センター等からの受け入れを担う。

4つ目が在宅療養の支援機能。在宅療養支援診療所との連携もしくは自ら在宅療養支援病院となり、地域の在宅療養を支えていくというものである。

一体改革では、2025年における病床機能分化のイメージ図に「地域一般病棟」というものが示された。これは、診療報酬でいうと、例えば12年改定で新設された特定一般病棟入院基本料等を意味する。すなわち、医療資源が少ない地域の200床未満病院は病棟ごとに看護基準を変えられる、あるいは72時間規制が外れるといったものだ。

これが「地域一般病棟」と同じように捉えられたが、我々は少し違うのではないかと思っている。そこで、全日病として、現状の中小病院が提供している医療を調査、地域医療における役割を明確にして今後の方向性を示すとともに、医療機能分化や地域包括ケア推進の議論の中に「地域一般病棟」の必要を提言することにした。

一般病床が200床未満の、地域一般病棟と同様の医療を提供していると思われる会員病院を175抽出。調査票とともに、昨年6～7月の調査期間中に入院した患者のレセプトを収集した。

回答が得られたのは87病院(回答率49.7%)で、そのうちの30病院(34.4%)がDPCを導入。また、8病院(9.2%)が亜急性期入院医療管理料を算定していた。

全病床の平均は119床、そのうち一般病床は86床。平均在院日数は全体で19.6日であるが、DPCかつ一般病棟入院基本料のみ算定の病院は13.7日であった。

一般病棟入院基本料の看護基準は7対1が41.4%、10対1が37.9%と、両者で全体の約80%を占めた。調査時点で、回答病院の33.3%(29病院)が在宅療養支援病院を届け出ている。

集計の結果、回答病院の入院患者紹介率は30.5%であった。在宅等復帰率は90.1%と極めて高く、最小値でも55.3%であった。その内容は、「介護施設への入所率」12.9%、「外来における治療率」77.2%というもの。

緊急入院率は44.1%。その内訳は「救急搬送率」が15.0%、「ウォークイン」が28.9%である。地域別で比較すると、「政令指定都市」における「緊急入院率」、「中でも「救急搬送率」が高かった。病

床種別では、緊急入院率は「DPC病院で一般病棟入院基本料以外も算定している病院」が56.1%、中でも「ウォークイン」が36.7%と高かった。

入院経路は、「他の一般病床から」が17.2%、「一般病床以外から」が1.9%、「介護施設から」が9.5%、「外来から」が71.2%となっている。このうち、「介護施設から」は「非人口集中地区」が16.0%、病床種別では「DPCを導入していない、一般病棟入院基本料以外も算定している病院」が13.3%と、それぞれ高かった。

退院経路は、「他の一般病床へ」が8.3%、「一般病床以外へ」が1.7%、「介護施設へ」が12.9%、「外来における治療へ」が77.2%であった。退院時の紹介率は23.1%であった。この場合も、「介

因子分析「類型化できない疾患を地域で診ている病院」の存在が示唆

「地域一般病棟」の機能を説明する因子を探ることを目的に、調査票、レセプト、疾患の各データをもちいて因子分析を行なった結果、「地域一般病棟」としておおむね下記の特徴が導かれた。

- 因子1. 消化器系疾患と連携に対応する機能
腸閉塞、小腸大腸の良性疾患、胆管結石等臓器系疾患に対応。診療情報提供料にも負荷があり、連携による早期退院を行なっている。DPC病院が担っている傾向が強い。
- 因子2. 脳血管疾患と救急に対応する機能
脳血管疾患に対応。特に救急車による入院の受入れに対応し、時間外による手術も行なう。早い段階からリハを実施し、脳血管の発症から復帰への対応機能を担う。
- 因子3. 整形疾患とリハに対応する機能
整形疾患に対応。運動器リハや退院時リハビリテーション指導も担う。
- 因子4. 非定型的病態の救急に対応する機能
脳の障害(その他)、その他の消化管の障害、詳細不明の損傷等といった疾患名が明確につきにくい急患に対応。救急医療加算・退院時調整加算の算定に特徴があり、入院時から早期退院を見越した対応を担う。非DPC病院が担っている傾向が強い。

今回の調査で、中小病院(一般病床)が行なっている医療として、①平均在院日数は比較的短く、看護基準は7対1、10対1が主体、②救急車受入れ、緊急入院の対応、外傷・内視鏡手術・脳血管疾患等の急性期疾患の対応を多く行なっている、③他一般病床からの受け入れも多く、リハビリを積極的に行なっている、④在宅等復帰率が極めて高く、訪問看護指示、退院調整等の連携医療を行っている、等の特徴が示された。

地域(政令指

護施設へ」の退院は、地域別では「非人口集中地区」(19.3%)が、病床種別では「非DPC・一般病棟入院基本料以外も算定している病院」(17.6%)が、それぞれ高い。

地域別にみた場合、「政令指定都市」における「救急車搬送率」および「非人口集中地区」の入退院経路における介護施設の割合が高いことを除くと、大きな差は認められなかった。

病床種別でみると、「DPC・一般病棟入院基本料以外も算定している病院」で緊急入院率が、「非DPC・一般病棟入院基本料以外も算定している病院」で入退院経路における介護施設の割合が高かったことを除くと、病床種別間に

大きな差は認められなかった。

一般病床患者のレセプトからみた疾患構成を、全国のDPC(準備)病院(2011年度)とMDCレベルで比較したところ、回答病院は「神経」「外傷」が9%、「筋骨格」が2%上回っていた。「神経」は脳梗塞・脳出血などが、「外傷」では骨折などが該当するとみられる。逆に、「女性」「眼科」「腎尿路」「耳鼻」「新生児」は5～2%下回っていた。

一方、回答病院の疾患別構成を上位60%までみると、肺炎・急性気管支炎と脳梗塞がそれぞれ8%と多く、股関節大腿近位骨折4%、心不全と小腸大腸の良性腫瘍が各3%と続き、上位31疾患で全体の60%を占めている。

定都市・人口集中地区・非人口集中地区)によって提供している医療に大きな差異はなかった。これらの結果は、全日病が提唱している地域一般病棟の医療機能と概ね相違がなく、様々な地域で中小病院の医療機能が有効に機能していることが示唆される。

因子分析を行なったものの、4因子の累積寄与率は47.4%であり、地域一般病棟の特徴を半分程度しか説明することができなかった。その理由として、類型化が困難な疾患や患者を診ている可能性が考えられる。

また、因子4の「非定型的な病態の救急機能」を抽出する中で、非DPC病院では疾患名が明確につきにくい急患を受けていることが明らかになった。この因子は、救急車による入院率があまり高くないことから、比較的軽度の病態の高齢者が救急(ウォークイン)もしくは通常外来から入院している例が多いと考えられる。こうした患者を診ているということは、24時間365日、必要に応じて入院医療を提供できる体制

を整備することを通じて地域医療・在宅医療を支える、「地域一般病棟」の特徴のひとつであろう。

医療機能の分化と集中が進められることにより、今後、大規模病院の機能は高度急性期機能に集約されると考えられる。

一方、救急医療、一般的な急性期医療、在宅医療支援等は、今回の回答病院の主体である地域の一般病床が担う役割であろう。また、超高齢化により救急患者も高齢者が増加しており、特に急速に高齢者が増加する都市部においてこそ、ここに示された「地域一般病棟」の医療機能が必要になる。

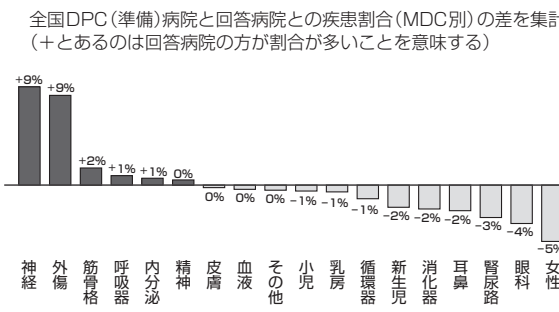
本調査は予備調査のため、対象病院の抽出には限界があったので、今後は大規模調査を実施することが求められる。医療費からみた「地域一般病棟」の特徴も検証を行なう必要がある。

病院機能分化における医療制度や診療報酬の議論で、地域包括ケアの推進に役立つ「地域一般病棟」の医療機能が評価されることを大いに期待したい。

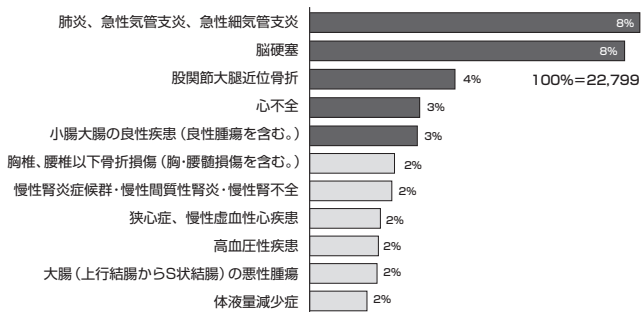
■入院経路の集計結果(平均値) ※表中で全体値よりも高いものに網掛けをしている。

	全体	地域別			病床種別				
		政令指定都市	人口集中地区	非人口集中地区	DPC		非DPC		
					一般のみ	その他	一般のみ	その他	
紹介率	30.5%	33.1%	27.4%	32.8%	35.9%	26.6%	23.6%	32.7%	
在宅復帰率	90.1%	89.6%	90.2%	90.3%	86.6%	91.4%	90.6%	90.3%	
緊急入院率	44.1%	53.2%	39.3%	43.4%	35.1%	56.1%	41.5%	42.5%	
救急ルート									
救急車搬送率	15.0%	25.0%	10.6%	12.7%	15.3%	19.4%	12.1%	14.1%	
ウォークイン率	28.9%	28.1%	28.8%	30.0%	19.7%	36.7%	29.2%	28.2%	
入院ルート									
他の一般病床からの入院率	17.2%	14.9%	18.7%	17.2%	14.0%	9.5%	10.3%	22.7%	
一般病床以外からの入院率	1.9%	1.5%	2.5%	1.3%	0.7%	0.8%	0.5%	2.9%	
介護施設からの入院率	9.5%	6.9%	7.2%	16.0%	3.1%	6.8%	4.3%	13.3%	
外来からの入院率	71.2%	76.7%	71.6%	65.0%	82.1%	82.8%	84.9%	60.5%	
退院ルート									
他の一般病床へ転院率	8.3%	8.5%	8.5%	7.7%	10.0%	8.4%	8.1%	7.9%	
一般病床以外への病床に転院率	1.7%	1.8%	1.3%	2.1%	3.7%	0.2%	1.3%	1.8%	
介護施設への入所率	12.9%	10.6%	10.2%	19.3%	4.8%	10.2%	6.2%	17.6%	
外来における治療率	77.2%	79.0%	80.0%	70.9%	81.9%	81.2%	84.4%	72.7%	
退院時の紹介率	23.1%	24.8%	21.3%	24.2%	25.4%	22.8%	16.7%	24.4%	

■入院患者の疾患構成とDPC(準備)病院との比較



■回答病院の疾患別構成



厚労省 医療法等改正法案の骨子を示す

全国医政関係主管課長会議 病床機能分化に診療報酬活用も検討。「13年度は全病院への立入検査を」

厚生労働省は3月4日に全国医政関係主管課長会議を開き、各都道府県医政主管部局に医政局の2013年度施策の概要を説明した。その中で、吉岡つを総務課長は、今国会に提出を予定している医療法等改正法案の骨子を明らかにした。

改正事項は、(1)病床の機能分化の推進(医療法)、(2)在宅医療の推進(医療法)、(3)医師確保対策(医療法)、(4)チーム医療の推進(保助看法等)、(5)臨床研究の推進(医療法)、(6)その他(医師法)の6点が柱となる。

「病床の機能分化の推進」とは、各医療機関が医療機能を都道府県知事に報告する仕組みを医療法に創設するとともに、それを経て把握した地域の医療機能の現況と将来の方向を医療計画の必要的記載事項に追加する、というもの。

この医療機能報告制度は14年度に施行され、各都道府県は、それにもとづいて「地域医療のビジョン」を策定、機能分化の取り組みを補助金等を活用して支援する。これに加え、「診療報酬を活用した方策も検討する」と吉岡総務課長は明言、医療機能分化への取り組みが14年度診療報酬改定の重要項目となる可能性を示唆した。

これによって、「地域医療のビジョン」に示された病床機能分化の推進は、各都道府県における医療提供体制整備の方針となる。ただし、必要的記載事項への追加は18年度からの施行となる。

この18年度からの施行について、吉岡課長は「18年度からでは遅すぎないか」とのご指摘をいただいている。その点は、社会保障制度改革国民会議の議論も踏まえながら考えてまいりたい」と、前倒しの施行に含みを残した。

「在宅医療の推進」については、5疾病5事業と同じく、医療計画に、在宅医療についても達成目標と医療連携体制を記載することを医療法で義務づける。新たに5疾病へと加えられた精神医療は、これまでの4疾病と同様、省令事項に書き込まれる。

在宅医療に関しては、現行医療法で「居宅等における医療の確保に関する事項」が医療計画の記載事項とされているが、達成目標と医療連携体制の記載までは義務づけられていない。在宅医療は、すでに、作成指針で医療計画への記載が定められているが、後追い

救急医に対する手当では13年度から縮減

医療事故の仕組みについて、吉岡課長は「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」における議論は一巡したと指摘。「医療関係の団体は第三者機関を民間組織とすることで概ね一致しているが、意見が分かれているところもあり、引き続き議論が必要だ」としつつ、「そろそろとりまとめに向けた深堀にした議論が必要」との認識を明らかにした。

また、産科医療補償制度について、その申請期限は満5歳の誕生日までであるため、制度を創設した09年に生まれた幼児は来年の14年に補償申請期限を迎えることを説明。「当制度を知ら

ず法的な位置づけを行なうことになる。同時に、新たに「在宅医療拠点」についても明記される見通しだ。

「医師確保対策」に関しては、都道府県に、医師確保支援などを担う地域医療支援センター(仮称)の設置を努力義務として課す。同センターは2011年度から設置が始まり、今年度までに20道府県を対象に予算事業が生まれ、723名の医師を各県内の医師が足りない医療機関に斡旋・派遣するという実績を上げている(12年11月末時点)。

医政局は13年度予算案に30カ所を対象にした運営経費の助成金を計上しているが、医療法に設置の努力義務化を盛り込むことによって、一挙に全国展開したいと考えている。

「チーム医療の推進」に関しては、診療補助行為のうちの特定制を明確化するとともに、医師の包括的指示の下で行なう看護師に所定の研修受講義務を課すこと、さらに、診療放射線技師については業務範囲を拡大を、歯科衛生士に関しては業務実施態勢の見直しを図るといったもの。

「臨床研究の推進」では、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中核を担う臨床研究中核病院を医療法で制度化する。このほか、研修だけでなく、教授や臨床研究という目的の場合も外国医師等が国内で行なう医行為等を認めるという医師法改正を行なう。

特定機能病院と地域医療支援病院については医療法に定める要件以外は省令改正事項になる。吉岡課長は、両病院の要件見直しに向けた実態調査結果が年度内にまとまるとして、「調査結果にもとづいた要件見直しを来年度早々にまとめたい」とした。

ないまま申請期限が過ぎ、補償対象にもかわらず補償を受けることができないという事態が生じることのないよう、広報・周知の徹底を図る必要がある」とし、各都道府県に、管下医療機関と住民への周知を要請した。

吉岡課長は、医師や看護師等の勤務環境改善を目指す「医療分野の『雇用の質』の向上のための取り組み」にも言及。13年度予算案に盛り込んだ予算事業を紹介して「これら事業を活用しつつ、各都道府県における主体的な取り組みが必要」と檄を飛ばすとともに、4月に医政局に担当室を設置すること、近々関連通知を出すことを明らかにした。



▲医政局総務課は、各都道府県担当官に、医療法等改正法案について説明した。

梶尾指導課長は、国交省において「建築物の耐震改修の促進に関する法律(耐震改修促進法)」が改正され、旧耐震基準の、病院等一定規模以上の特定建築物は耐震診断が義務化され、結果が公表されることを明らかにした。

その上で、全国病院の1割でいまだ耐震診断が行なわれていない現状を紹介。法改正に伴って国交省に耐震診断の補助制度が設けられるが、厚労省も医療施設運営費等補助金(医療施設耐震化促進事業)等が13年度予算案に計上されているとし、それらを活用した耐震診断と改修工事を勧奨するよう都道府県によびかけた。

また、救急勤務医に対する手当について、13年度予算案では財源が縮減されているため、11年度以前から支給してきた医療機関には従前の1/2を3/1に、12年度から支給を始めた医療機関は従前の1/2に補助基準額をそれぞれ引き下げ、13年度から新規に支給する医療機関には補助は行なわないことになると説明、留意するよう求めた。この理由について、梶尾課長は「12年度診療報酬改定における救急医療評価の充実等を踏まえた」と説明した。

さらに、へき地医療拠点病院につい

て「へき地医療の実績を有しない病院が存在する」ことを指摘。各都道府県に、へき地医療における医療活動を実施できるよう支援・指導を行なった上で、改善が見られない場合は指定の見直しも含めた検討」を要請した。

梶尾課長は、また、医療法にもとづく立入検査を取り上げ、「実施率は上がってきているが10年度は94.6%にとどまった。13年度はすべての病院に少なくとも年1回はできるように、100%未満の自治体にはとくにお願いしたい」と訴えた。

梶尾指導課長に続いて、老健局の朝川振興課長が壇上にあがり、医療と介護の連携が地域包括ケアの重要な部分であるとして、「医療と連携する介護側の立場に立って」地域ケア会議について説明、「在宅医療を推進する上で地域ケア会議との連携がうまくいくよう」各自治体に指導・助言を求めた。

このほか、田原医事課長は昨年9月に施行した「死因究明等推進法」について説明。「施行から2年以内に死因究明等推進計画が策定される」として、厚労省として「監察医制度のあり方も含めた死因究明制度の今後のあり方について検討する」方針を明らかにした。

医療法等の一部を改正する法律案(仮称)の概要

1. 病床の機能分化の推進(医療法関係)
 - ・各医療機関が、その有する病床の医療機能(急性期、亜急性期、回復期等)を都道府県知事に報告する仕組みを創設。
 - ・医療計画の必要的記載事項として、報告の仕組みを通じて把握した地域の医療機能の現況及び地域医療の将来の方向を追加。
2. 在宅医療の推進(医療法関係)
 - ・医療計画において在宅医療について5疾病5事業と同様、達成すべき目標や医療連携体制に関する事項の記載を義務づけ。
3. 医師確保対策(地域医療支援センター(仮称)の設置)(医療法関係)
 - ・都道府県に対して、キャリア形成支援と一体となって医師不足医療機関の医師確保の支援等を行う地域医療支援センターの設置の努力義務規定を創設。
4. チーム医療の推進
 - ・診療の補助のうち高い専門知識と技能等が必要となる行為を明確化するとともに、プロトコール(手順書)に基づきその行為を実施する看護師に対する研修の仕組みを創設。(保健師助産師看護師法関係)
 - ・診療放射線技師の業務範囲の拡大及び歯科衛生士の業務実施態勢の見直し。(診療放射線技師法、歯科衛生士法関係)
5. 臨床研究の推進(医療法関係)
 - ・日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院として位置づける。
6. その他
 - ・外国医師等が国内で行う医行為等について、研修目的の場合に加えて、教授目的や臨床研究目的の場合を新たに認める。(外国医師等が行う臨床訓練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律関係) 等

産業力競争会議「健康長寿社会の実現」が重点課題

内閣官房は3月5日、産業力競争会議が重点的に取り上げる7つの課題を個別に議論する「テーマ別会合」の議員構成を発表した。重点課題の1つが「健康長寿社会の実現」。テーマ別会合では、民間議員が作成した資料等にもとづき、関係関係を含めて議論を行なう。

このうち、「健康長寿社会の実現」の会合は、佐藤議員(みずほフィナンシャルグループ社長)が主査、新浪議員(ローソン社長)が副主査となるほか、長谷川議員(武田薬品工業社長)と三木谷議

員(楽天社長)が参加する。

一方、2月15日の内閣府・規制改革会議は、重点分野に「健康・医療」「エネルギー・環境」「雇用」「創業等」の4点をあげるとともに、6月の成長戦略に規制改革方針を盛り込むために、各テーマともWGを設置して具体的検討を進めることを確認した。

2月25日の同会議は、委員全員で議論する最優先案件として「一般用医薬品のインターネット等販売」を含む4点を定める一方、それ以外の案件を検討

するために、各WGが担当する検討課題を提示した。

医療分野からは、再生医療の推進、医療機器に係る規制改革の推進、革新的医薬品の薬価算定ルール等の見直し、医薬品に係る治験前臨床試験の有効活用、一般健康食品の機能性表示の容認、保険外併用療養の更なる範囲拡大、医療のIT化の推進(遠隔診療処方箋等の電子化の推進)、介護事業の効率化の8項目があげられた。

同日は、また、各WGの委員分担を決めた。健康・医療WGは、翁(座長・日本総研理事)、安念(中大教授)、金丸(フューチャーアーキテクト社長)、佐々

木(イー・ウーマン社長)、林(弁護士)、森下(阪大教授)の各委員からなる。

3月8日の同会議は各WGに参加する専門委員を決めた。健康・医療WGには、土屋了介が研究会理事、松山幸弘がキャノングローバル戦略研究所研究主幹、竹川節男医療法人社団健育会理事の3人が参加する。

この日の会議はWGの検討項目の中から優先的検討項目を決めた。健康・医療WGについては、「再生医療の推進」「医療機器に係る規制改革の推進」「一般健康食品の機能性表示の容認」「医療のIT化の推進」が優先事項とされた。

「マニュアル」指摘の“不適切”なコーディング事例を調査

中医協総会 14年度改定の医療技術評価・再評価の対象に医学管理等を追加

2月27日の中医協総会に、DPC評価分科会が実施を決めたコーディングに関する特別調査案が諮られた。

特別調査は、コーディングに関して、分科会委員にDPC病院の間に大きな違いや不適切なケースがみられるという指摘があることを受けて実施するもので、ヒアリングとアンケート調査からなる。

ヒアリングは、適切なコーディングに向けた取り組みを行なっている医療機関を対象に行なう。

一方、アンケート調査は、「コーディングマニュアル案」で「医学的に疑問とされる可能性がある」とされている5つの傷病名を取り上げ、それらコードの選択割合が著しく高い約130病院に、その選択理由や院内のコーディング体制などをたずねるというもの。

5つの中には「心不全」や「呼吸不全(その他)」があるが、コーディングマニュアル案は、例えば「心不全」を医療資源病名とするケースに、「原疾患として心筋症、心筋梗塞等が明らかな場合は心不全として処理せず、原疾患を医療資源病名として選択する」と、あるいは「呼吸不全(その他)」を選んだケースについても、「前例と同様に、原疾患として、肺の悪性新生物や肺炎等が明らかな場合は、原疾患を医療資源病

名として選択する」などと指摘、注意を喚起している。

したがって、“不適切な”選択をしている医療機関から、コーディングの背景にある状況を把握、「どのような取り組みが必要か」を探ろうとするものだ。

このアンケート調査では、同時に、「コーディングマニュアル案」に対する現場の意見もたずねる。

「コーディングマニュアル案」とは昨年

12月7日の同分科会に途中報告された「DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド」のことで、同分科会会長代理を務める松田晋哉産業医科大学医学部教授の研究班が作成を進めている。

同日の中医協総会は特別調査の主旨は了承したものの、調査に添付される「コーディングマニュアル案」が提出されなかったため、責任のある判断を下せないとして、正式な承認は控えた。

事務局(厚労省保険局医療課)は「未完成原稿であるため提出は控えた」と釈明しつつも、後日、中医協委員には開示することを約し、条件付で承認を得た。

同日は、医療技術評価分科会から「2014年度改定に向けた医療技術の評価・再評価において、これまで対象外とされていた特掲診療料の医学管理等を対象に加える」旨の報告がなされ、中医協総会はこれを了承した。

DPC分科会 係数Ⅱ追加項目とⅢ群のあり方等改定議論を4月から開始

2月20日のDPC評価分科会は、2014年度改定に向けた検討課題ごとの議論日程を確認した。14年度改定の検討課題は、すでに、昨年8月の分科会で基本方針を決めている。

検討課題ごとの議論は、(1)医療機関群のあり方、(2)機能評価係数Ⅱのあり方、(3)診断群分類等の見直しの3点はいずれもこの4月以降に検討を始め、秋頃までに結論を得るが、(4)算定ルール等の見直しについては、この秋頃から議論を開始して12月までに結論を得る、というタイムテーブルとなる。

(1)については、①DPC病院Ⅱ群各要件の算出方法、②同病院Ⅲ群のあり方

が検討課題になっているが、(2)には「新規の評価項目について(病院指標の作成と公開に関する議論を含む)」、(3)には「CCPマトリックス(重症度を考慮した評価手法)の導入」、(4)には「適切なコーディングの推進」と、それぞれ新規の検討項目が提起されている。

このうち、「Ⅲ群のあり方」に関して、小山分科会長(東邦大医学部教授)は「14年度改定でⅢ群が再編される可能性はないのではないか」との認識を披露したところ、事務局は「現時点で、次回に間に合わないとか間に合うとかといった状況にはない。そこはニュートラルである」と述べ、分科会長の発



言を訂正した。
また、機能評価係数Ⅱに「病院指標の作成と公開」の評価を追加するという論点に関連して、複数の委員から「病院機能評価やJCI認証などを評価してはどうか」という提案が示された。

日本看護協会 「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」を正式決定

日本看護協会(坂本すが会長)は、看護職員の勤務環境を向上させる自主的取り組みの指針として「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」の作成を進めていたが、その初版がこのほどまとまり、3月7日に公表した。

GLは「夜勤・交代制勤務に関する勤務編成基準」として11項目を提案、全国病院の看護管理者に、これを参考に現行勤務体制の見直しに取り組むよう呼びかけている。

「勤務編成基準」は昨年3月に当初案を修正した内容と大きな変更はないが、「1回の夜勤後の休息」について「おおむね24時間以上を確保すること」としていた表現を「おおむね24時間以上を確保することが望ましい」と緩和している。

当初案(2011年12月公表)で「準夜勤、中勤などを含む」としていた夜勤定義は、昨年3月に「夕刻から開始し22時前に終了する準夜勤、中勤などは『夜勤』とはみなさない。したがって、その回数は『夜勤回数』には加えない」と修正されたが、今回の最終策定版もこの考えを受け継いでいる。

そのほか、GLは「(看護職の増員や夜勤者の総労働時間の短縮など)より根本的な解決のためにも、診療報酬などの見直しも含めた国としての取り組みを継続的に求めていく」考えを表明している。

日看協は、GLを「今後必要に応じて改訂していく」としているが、各病院とも労基法を遵守した上で、それぞれの事情に応じて様々な工夫を凝らして夜勤シフトを組んでいるのが実態。今回のGLがどの程度看護師の勤務環境改善につながるか、看護現場の反応は様々だ。

■夜勤・交代制勤務の「勤務編成の基準」(日看協)

- 基準1 勤務と勤務の間隔は11時間以上あける。
- 基準2 勤務の拘束時間は13時間以内とする。
- 基準3 夜勤回数は、3交代制勤務は月8回以内を基本とし、それ以外の交代制勤務は労働時間などに応じた回数とする。
- 基準4 夜勤の連続回数は2連続(2回)までとする。
- 基準5 連続勤務日数は5日以内とする。
- 基準6 休憩時間は、夜勤の途中で1時間以上、日勤時は労働時間の長さや労働負荷に応じた時間数を確保する。
- 基準7 夜勤の途中で連続した仮眠時間を設定する。
- 基準8 夜勤後の休息(休日を含む)について、2回連続夜勤後にはおおむね48時間以上を確保する。1回の夜勤後についてもおおむね24時間以上を確保することが望ましい。
- 基準9 少なくとも1ヵ月に1回は土曜・日曜ともに前後に夜勤のない休日をつくる。
- 基準10 交代の方向は正循環の交代周期とする。
- 基準11 夜勤・交代制勤務者の早出の始業時刻は7時より前を避ける。

【本基準の特徴】(抜粋要旨)

- 本基準は夜勤を含み交代制勤務を行う看護職を対象としており、夜勤専従勤務者や日勤専従勤務者、当直や待機(オン・コール)などは対象として想定していない。
- 本基準は現場の状況や実現可能性を考慮し、科学的見地から望ましいとされている基準よりも緩和されている場合もある。
- 本基準はすべての項目を一度に満たさなければならないということではない。地域性や各施設の特性・職員ニーズや実現可能性などを考慮して、各施設で優先順位を決定し、可能な範囲で進めること。
- 勤務編成の変更はそれに関わるすべての看護職と家族などに多大な影響を与える。職員の意見を十分に聞き、一部の看護単位から試行導入するなど、慎重な導入をお願いする。

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

個人情報が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 3222-5327 FAX 3222-0588
(03) (03)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター