



# 全日病 NEWS 7/15

発行所/公益社団法人全日本病院協会  
発行人/西澤 寛 俊  
〒101-8371 東京都千代田区猿楽町2-8-8  
住友不動産猿楽町ビル 7F  
TEL (03)5283-7441  
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.805 2013/7/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 報告案を提示。特定機能病院に「専門特化」の類型

特定機能病院・地域医療支援病院のあり方に関する検討会 とりまとめに西澤会長等が異議。なお議論続行で合意

6月28日の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」に、事務局(厚生省医政局総務課)は両病院類型の新たな要件をまとめた報告案を示した。

新たな要件は、一部がより厳しい方向で手直しされているものの、基本的には、前回(5月30日)提示した考え方を踏襲。「特定領域の特定機能病院」の具体的要件を示したほか、新たな要件を2014年4月に施行する方針を明記した。

事務局は早期のとりまとめを求めたが、西澤構成員(全日病会長)は「報告案には十分議論が尽くされていない事項が盛り込まれている」としてさらなる議論の必要を提起、他の構成員からも疑義が示されるなどしたため、とりまとめは次回以降にもちこされた。

報告案によると、特定機能病院は現行タイプ(総合型)とがん・脳卒中・心臓病等に専門特化したタイプ(特定領域型)の2類型に分けた上で、「総合型」には、(1)別定16診療科の標榜、(2)医師配置基準の半数以上が専門医、(3)紹介率50%以上・逆紹介率40%以上などの要件が、「特定領域型」には、(1)16診療科のうち10以上の標榜、(2)紹介率80%以上・逆紹介率60%以上、(3)先駆的な診療の実施、専門的人材(他医療機関)の育成、主導的臨床研究・医師主導治療の実施と、総じて「総合型」よりも厳しい要件が、それぞれ課せられる。

地域医療支援病院の新たな要件は、(1)紹介率・逆紹介率は現行どおり(ただし紹介率から救急搬送患者数を除く)、(2)共同利用も現行どおり、(3)救急搬

送患者受け入れを独立要件とし、①2次医療圏(または救急医療圏)の救急搬送の5%以上、②救急医療圏の人口が一定以上の地域は上記に加えて年間1,000件以上の受け入れを要件とする(ただし、救急搬送受入数と基準値の乖離がやむを得ない範囲にあると認めるときは承認を行なうことができる=特例規定)、(4)地域の医療従事者に対する研修は、院内職員向け研修を除いて年12回以上主催する、というもの。

地域医療支援病院には、努力目標ながら、「退院調整部門の設置」「地域連携パスの策定」「その役割の地域への情報発信」という要件が新たに設けられる。

今回の報告案は前回の内容を踏まえたものだが、「特定領域の特定機能病院」紹介率の具体的設定や、地域医療



支援病院の救急受入要件に盛り込まれた特例規定や努力目標など、前回までの議論にはなかった事項が少なくない。この日は、特定機能病院を区分する際に用いられた「総合型」という呼称に「総合病院とまぎらわしい」との異論が唱えられ、事務局は再検討する意向を示した。

上記以外には報告案に対する大きな異論は出なかったため、一見とりまとめは可能と思われた中、複数の委員が議論の進め方に異議を唱えた。

1人は島崎委員(政策研究大学院大学教授)で、特定機能病院に新たな類型を加えるとした点に、「これは医療法によらずに改正するという今回議論の枠を超えるものだ」と疑義を示した。

もう1人は西澤委員(全日病会長)で、

「我々は機能強化の視点から要件の見直しに賛成した。しかし、十分に議論されることなく、特定機能病院を2類型としたり、地域医療支援病院の救急要件に実績が足りなくても承認できるという特例を設けるなどには疑問が残る。このままでは医療部会で色々な批判を招く可能性がある。もっとしっかりと議論してはどうか」と批判した。

地域医療支援病院の救急受入要件に書き込まれた特例規定(前出)については、堺委員(日病会長)も「これによって救急受入要件がなし崩されることはないか」と懸念を示すなど、細部に関して議論が尽くされたとはいえないというのが検討会の状況だ。

検討会は次回も議論することで合意、とりまとめは次回以降に持ち越された。

## 四病協 施設基準と人員配置等で見直しを要望

四病院団体協議会(四病協)は「診療報酬における施設基準および人員配置に関する要望」をまとめ、7月11日、医療保険部会・診療報酬委員会の猪口雄

二委員長(全日病副会長)を初めとする4団体の代表が宇都宮医療課長に面談、2014年度改定で実現するよう求めた。

要望事項は、(1)特別入院基本料の算



▲猪口委員長(左から2人目)は宇都宮医療課長(右から3人目)に要望事項の実現を求めた。

定基準の変更、(2)人員配置を満たさなくなった場合の施設基準算定の変更、(3)医療法人員基準未達保険医療機関の取扱いの変更、(4)特定入院料算定基準要件の変更、(5)精神保健指定医の現状を踏まえた配置要件の変更、の5点。

このうち(1)は特別入院基本料算定方法を見直すよう求めるものだ。特別入院基本料は、看護基準を満たさない場合に入院基本料等の点数を大幅に減らす項目として2006年改定で新設された。

その一方、10年改定では、7対1と10対1に「月平均夜勤72時間要件のみ満たせない場合は入院基本料の80%の点

数を算定する」激変緩和措置が創設されていることから、今回、同様の措置を他の入院基本料・特定入院料にも適用するよう求めた。

(2)は、医師、看護要員、平均在院日数、月平均夜勤時間等に設けられている、「3ヵ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動は届出の変更を要さない」などの特例措置をリハビリテーション施設基準等にも適用すべきというもの。

(3)では、医師標欠において、「70%超」でも算定できる入院基本料等が、さらには「50%以下」でも減算ながら算定可能な入院基本料がある中、小児入院医療基本料や緩和ケア病棟入院料などは100%を満たすことが算定条件となっている現状の見直しを求めている。

## 非常勤当直医の常勤換算 外来応需の2次救急病院等は“分母倍化”不要

厚生労働省は、6月10日付の立入検査要綱一部改正通知に、外来の応需体制をとる2次救急医療機関、救急告示病院、精神科病院等で当直に当たる非常勤医師の常勤換算は、非常勤医師の常勤換算と同様に計算する旨明記した。

通知は「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱の一部改正について」(医政発0610第11号)。

非常勤医師の常勤換算は「1週間の当該病院の医師の通常の勤務時間により換算」して計算されるが、当直に当たる非常勤医師の場合は、分母を「病院で定めた医師の1週間の勤務時間の2倍とする」というのが現行の規定。

ただし、「交代制勤務などにより通常と同様の診療体制をとっている場合」は、「その時間にその体制に加わって勤務する非常勤医師の換算は1週間の当該病院の医師の通常の勤務時間により換算する」として、「分母倍化」規定

の対象外とされている。しかし、これまで、「通常と同様の診療体制をとっている場合」として例示されてきたのは「夜間の外来診療や救命救急センターなど」であったため、立入検査で2次救急医療機関等は「分母

倍化規定」の対象とみなされ、救命救急センターと比べて不公平に取り扱われてきた。そのため、2次急や精神科の病院などからは改正を求める声が高まっていた。

この問題は、すでに1年前に、厚生省医政局と日本医師会との間で「2次救急医療機関等も「通常と同様の診療体制をとっている場合」に該当する」との解

釈で合意していたが、明文化されなかったために旧来解釈で臨む都道府県が多く、事態は改善されなかった。

しかし、今回の改正によって、外来の応需体制をとる2次救急病院等の非常勤当直医は他の非常勤医師と同様の常勤換算が全国一律に適用されるため、当直医の確保に苦しむ病院にはまさに朗報となった。

## 介護保険総費用8兆円超える

7月3日に公表された「2011年度介護保険事業状況報告(年報)」によると、2011年度の介護保険費用(介護予防を含む)は前年度の7兆8,204億円から4,017億円(5.1%)増加、8兆2,253億円になった。

利用者負担を除いた給付費も7兆2,536億円から3,730億円(5.1%)増の7兆6,298億円と、12年度に8兆円を超える可能性が高い。

高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費を除く給付関係費用は7兆9,409億円

(利用者負担を除く給付費は7兆1,936億円)であった。

## 厚労省が人事異動

厚生労働省は7月2日付で、事務次官に村木厚子社会・援護局長、厚生労働審議官に榮潤潤医薬食品局長、健康局長に佐藤敏信環境省総合環境政策局環境保健部長等の人事異動を行なった。▲医政局総務課長土生栄二(医政局国立病院課長)▲同医事課長北澤 潤(健

要介護(要支援)認定者数は11年度末で530.6万人と前年から24.4万人増え、制度創設時(2000年=256.2万人)の2倍を超えた。

康局疾病対策課肝炎対策推進室長)▲同経済課長城 克分(内閣府参事官)▲同研究開発振興課長一瀬 篤(大臣官房付)▲同国立病院課長古川夏樹(社会・援護局保護課長)▲同総務課医療費適正化対策推進室長安藤公一(社会・援護局総務課長補佐)▲保険局総務課長大島一博(保険局保険課長)▲同保険課長鳥井陽一(大臣官房総務課企画官)

# 褥瘡の“川上”は在宅。入院だけの対応には限界ありと判明

## 入院医療等の調査・評価分科会 褥瘡対策で議論白熱。神野委員、高齢社会に向けて「覚悟」を求める

中医協・診療報酬調査専門組織の入院医療等の調査・評価分科会は6月26日の会合で、2012年度入院医療等調査結果から褥瘡患者に関する集計結果を分析、対策のあり方について議論した。

事務局(厚労省保険局医療課)は、集計結果から、①褥瘡有病率はケアミックス型で多く、院内褥瘡発生率は療養病棟で多い、②褥瘡ハイリスク患者ケア加算を届け出ている医療機関は、届け出していない医療機関に比べると褥瘡有病率、入院時褥瘡保有率、院内褥瘡発生率が低い、(3)入院時褥瘡保有率は増加傾向にあり、入棟前の居場所は一般病棟は自宅が多く、療養病棟は自院および他院の病床が多い、(4)ケアミックス型の療養病棟における入院時褥瘡保有患者は自院病床からの入院が高い、(5)褥瘡危険因子を保有する患者、褥瘡ハイリスク項目を保有する患者はほとんどの病院・病棟で増加傾向にあることなどを導き、分科会に検討を求めた。

議論の冒頭、神野正博委員(恵寿総合病院理事長・全日病副会長)は、「調査結果から、在宅→救急→一般病棟→療養病棟という褥瘡患者の流れを読み取ることができる。本来川下である在宅が、褥瘡では川上になっている。在宅における褥瘡対策が重要である。一部では、これからは治す医療ではなく支える医療であるとして経管栄養や胃瘻をたしなめる論調がうかがわれる。むしろ、この2つを措置することなく在

宅に戻す結果、褥瘡が生まれ、結局は入院に持ち込まれるという構図があるのではないか」と、問題の所在を明らかにした。

他の委員からは、「深く治りにくい褥瘡は在宅で生まれる。これを何とかするにはもう少し手当て(診療報酬)をつけるしかない」「予防をもっと評価すべきではないか」など、在宅の段階で十分な対策を講じる必要とそれを診療報酬で積極的に評価すべきとの声があがった。

その一方で、「在宅に限らない。入院時の対応ももっと充実させる必要がある」「現在の加算はアウトカム評価ではない。治療に対するインセンティブを考えた方がよい」など、より全体的な対応を求める意見も出たが、診療報酬を積極的に動員させる必要で分科会の意見は一致した。

その中で、筒井委員(国立保健医療科学院)は療養病棟で褥瘡がQIに採用されていることを指摘し、「全病棟で測ることも重要な対策になるのではないか」と提起した。

こうした議論の一方、神野委員は、ケアミックス型で褥瘡有病率と入院時褥瘡保有率が高いという調査結果について、「中小病院が多いケアミックスは地域の駆け込み寺になっている。そこには、在宅で容態が悪化した高齢者が2次急を介して入り、ある程度安定してから療養に移るといった流れができて



▲神野副会長(左から2人目)は褥瘡対策の議論に「覚悟」を提起した

いる。ケアミックスには、そうしたポジションがあるという点を理解してほしい」と現状を説明。

その上で、「問題は、本当に褥瘡を治すというのであれば、医療界には、ターミナルを含め、お金と労力をかける覚悟が求められるという点にある」と述べた。

「この問題を中医協で議論するのであれば、支払側を含めて覚悟が必要だ」と論じる神野委員の提起は、おざなりな対応はたちごっこに終わること、すべての入院病床と在宅医療そして介護にいたる地域包括ケアの視点にまで立って、患者を苦痛から解放する手立てを総合的に講じなければならないこ

と、高齢社会になるほどそうした取り組みに「ヒト・モノ・カネ」が求められることなど、覚悟と本気を求める意味を込めて比喩したものであり、それだけに問題の深刻さを浮き彫りにする発言でもあった。

「褥瘡対策と栄養は密接な関係にある。NSTをしっかり評価していくことも重要」「すでにある褥瘡対策チームにかりつけ医や訪問看護師などの在宅メンバーを加えていく必要がある」「褥瘡対策の予防と管理を分離した上で、パスによって整理していく発想も大切」など、この日は具体的な対応策が飛び交い、褥瘡対策に込める各委員の意気込みがうかがわれる分科会となった。

### □褥瘡対策にかかわる論点

- ・褥瘡有病率が増えていることから、褥瘡対策の一層の推進についてどのように考えるか。
- ・院内褥瘡発生率や褥瘡の危険因子等を保有している患者の割合が増えていることから、入院時のアセスメント等褥瘡対策を推進するとともに病棟横断的に褥瘡の発生状況を把握することについてどのように考えるか。
- ・入院時褥瘡保有率が高くなっており、自宅が入棟前の居場所として多いことから、在宅における褥瘡対策の推進についてどう考えるか。

# 細部にわたる論点で様々な意見。議論集約にはなお時間が?

## 医師臨床研修部会 事務局は次々回に報告素案を用意。8月以降、全体像を基に各論を詰める議論

医道審議会医師分科会の医師臨床研修部会は、6月27日の会合に京都府と青森県の各関係者を招いて、研修医募集定員数設定に対する意見をきいた。また、公立陶生病院(愛知県)から、名古屋大学方式にもとづいて実施されている同院の臨床研修に関する報告を得た。

研修医の募集定員は、医師臨床研修制度が開始された2004年度からは一定の範囲で各病院が募集定員を自由に設定できたが、都市部病院への研修医集中を是正するために、10年度の研修から受入数等の実績等を踏まえて研修病院の定員数を決めるとともに、各都道府県には募集定員の上限を設けるなどの方式を導入する一方、これによって定員数が大幅に減ることがないように激変を緩和する措置をとってきた。

2015年度からの医師臨床研修制度見直しについて議論している医師臨床研修部会は、制度改正の見直しに伴い、「募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにする」激変緩和措置を13年度をもって止めることで合意している。

ヒアリングは激変緩和措置廃止に対する意見を聞くために行なわれたもので、現行方式によって定員数の増加が図れた青森県と激変緩和の廃止で定員数減少が免れない京都府を招聘した。

京都府の説明によると、措置廃止が反映される15年度からの研修医の募集定員は、措置の有無によって29%(-82人)も変化するという。これは、また、13年度の採用実績(265人)からは32.0%(-85人)も落ち込むものであり、同じく影響を受ける東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県の減少率が1桁から10%前後にとどまるのと比べても、「突出した影響を受ける」と説明した。

このため、京都府は、措置廃止への対応として、①医師を養成するための医



師派遣に対する評価(医師派遣加算算定方法の見直し)、②医師確保困難地域など地域医療の充実(地域枠加算の新設)、③国際的な医学研究への評価(医学研究加算の新設)を設け、募集定員数の調整を図るよう要望した。

これに対して、青森県は、制度開始移行順調に募集定員数を増やしてきたが、現行制度になってからさらに定員枠を増やし、青森県医師臨床研修対策協議会による合同の取り組みの効果もあり、マッチング率も40%台から60%近くへと向上した結果、採用数(13年度実績で76人)も増加傾向で推移していることを明らかにした。

激変緩和措置で合意していることもあり、窮状を訴える京都府の説明に、部会の委員からは特段の意見は出なかった。

一方、公立陶生病院の酒井和好院長は、全国最大規模で知られる名古屋大学病院・関連病院の臨床研修ネットワーク(70病院)に参加している研修病院として、同院における「非入局スーパーローテーション方式」にもとづく研修の現状と成果について報告した。

「当院は定員16名にマッチング率は毎年100%。(3年目の先輩が必ず1名現場で指導する)屋根瓦方式のプライマリーケアとスペシャリティの融合に共感して、全国から研修医が集まってくる。しかも、過去5年次にわたって、8割が後期研修で引き続いて当院に残った」という公立陶生病院であるが、激変緩

和措置の廃止に対しては、「我々のネットワークも定員が減る。地域医療に大きな影響が生じるとみている」と懸念を示した。

ヒアリングが終わり、この日は、①研修医の処遇等の確保、②第三者評価、③都道府県の役割、④制度運用上の問題、⑤研修の中断と再開・修了、⑥地域医療の安定的確保、について議論した。

第三者評価について、神野委員(恵寿総合病院理事長・全日病副会長)は、「研修病院の評価方法は多々あるだろうが、最初の試みとしては病院機能評価がよいのではないか」とあらためて提起した。これに対して、大学病院の委員は難色を示す意見を表明した。

神野委員は、また、指導医に講習会受講を義務づける件を取り上げ、「これは必須とすべきだ。プログラム責任者の受講も、せめて努力義務ぐらいにはするべきではないか」と主張した。

「研修の中断と再開・修了」に関しては、主に、女性研修医の出産・育児と鬱などのケースの取り扱いが議論された。

現行の規定は、「中断とは途中で臨床研修を中止する場合を指し、原則として病院を変更して研修を再開する。未修了とは、研修終了の評価において、修了基準を満たしていない等の理由により管理者が当該研修医の臨床研修修了を認めないことをいうもので、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行なう」というもの。

こうした規程に、神野委員は、「出産の場合は特にそうだが、病気で中断した場合も別の研修病院に移るとするのはどうか。元の病院で再開させるべきではないか。また、中断というのは特殊なケースに限られるべきだろう。メンタルな病気の場合も環境が変われば改善されることもある」と疑問を投げかけたが、他の委員からも、「出産がなぜ中断になるのか」「出産と障害を同列にみるのはおかしい」などの疑問や批判が相次いだ。

「地域医療の安定的確保」に関しては、主に、地域枠の取り扱いが論じられた。事務局も「マッチングの中に地域枠をどう位置づけるか。かつ、それはどういう枠組みであるのかをきちんと議論したい」と要請した。

ただし、バリエーションに富む地域枠の実態は今ひとつ定かではない。委員からは「文科省と協議し、各大学に地域医療枠に関する実態を報告させるべきではないか」という注文も出た。

「地域医療の安定的確保」に関連して、神野委員は地域医療支援センターを取り上げ、「都道府県に圏内拠点病院の医師を過疎地に派遣させる役割を課すことは可能なのか」と疑問を示した。

ヒアリングに応じた青森県の担当者は「大学病院に対しては強制力がなければ難しい」と都道府県として率直な実感をのぞかせた答弁を行なったが、「医師の能力を見極める必要がある。医局が絡まないと派遣はムリだ」と醒めた見解を示す大学の委員もいた。

桐野部会長(国立病院機構理事長)は「もう一度各論の議論を行ない、それ以降は、報告素案を基に全体像を描いた議論とし、とりまとめに入りたい」と述べ、8月以降、とりまとめの議論に入る方針を明らかにした。

# 看護師を除くコメディカル業務範囲の検討に着手

チーム医療推進方策検討WG 医療各職の団体が要望を多数提出。業務拡大とともに資質向上の仕組みを希望

チーム医療推進会議に付設されている「チーム医療推進方策検討WG」が6月26日に10ヵ月半ぶりに開かれ、看護師を除くコメディカルスタッフの業務範囲の議論を開始した。

冒頭、事務局(厚労省医政局医事課)は、今秋の医療法等改正で同時に法改正等が行なわれる診療放射線技師と歯科衛生士の業務に関する見直し内容について紹介。

診療放射線技師に関しては、「医療現場で抜針等、現行の診療放射線技師の業務範囲に含まれていない行為が相当程度実施されている」とした上で、「多様な医療スタッフが互いに連携・補完し合い、それぞれの専門性を最大限に発揮するチーム医療を推進するために、診療放射線技師の業務範囲を拡大する必要がある」と論じ、①造影剤の血管内投与、②下部消化管検査におけるカテーテルの挿入と造影剤および空気の注入の2行為を、診療放射線技師の業務範囲に追加する改正を行なうと説明した。

歯科衛生士に関しては、予防処置を実施する場合に緊密な連携が確保されていなければ歯科医師は必ずしも立ち会うことを要さないというもの。

いずれも、コメディカルスタッフの業務範囲にかかわる解釈の明確化あるいは解釈の変更である。この日の会合は、まさに、そうした議論に着手するもので、議論の素材として日本薬剤師会と

チーム医療推進協議会を招いてヒアリングを行なった。

日本薬剤師会の要望事項は、在宅訪問時の薬剤師業務として、(1)医師の処方せんにもとづいて内服薬等の計数調剤を行なう、(2)調剤薬交付時に、処方医への疑義照会を行った上で薬剤の計数変更を行なう、(3)患者等から求めがあった場合に、処方医の同意を得た上で調剤剤の使用に関する実技指導を行なう、などの行為を位置づけてほしいというもの。

一方、16の医療関係職で構成されるチーム医療推進協議会は、法改正を伴うものと伴わないものとに分け、つごう14団体からの要望事項を列挙して提示した。

総括的な要望事項としては、(1)卒前教育におけるチーム医療教育の推進、(2)専門職の質向上のための臨床研修システムの確立、(3)免許更新制度の推進、(4)包括的指示の積極的な運用と活用範囲の拡大、(5)全職種的身分法への「連携」項目の追加、をあげた。

個別項目に、まず、法律改正等を伴う要望事項として、①「卒後臨床研修制度の確立」(日本診療放射線技師会)、②放射線治療における肛門からのカテーテル挿入、③包括的指示にもとづいた微生物学的検査等検体採取の実施、④包括的指示に基づいた臨床心理士による心理相談(各種心理検査など)の実



施、⑤臨床心理職の国家資格化の早期実現などが列挙された。

法律改正を伴わない要望事項としては、⑥救命救急センターへの社会福祉士の配置、⑦包括的指示に基づく病棟における管理栄養士業務の拡大(緩和ケア領域または摂食機能療法領域)、⑧包括的指示にもとづくチーム医療による訪問リハの提供(作業療法士または理学療法士)、⑨理学療法士の病棟配置、⑩集中治療室への臨床工学技士の配置を初め、多数の項目が並べられている。

こうした要望には、各職業務とは次元の異なる事項も多く含まれており、中には、免許更新制度の推進、全職種的身分法への「連携」項目の追加(いずれも日本救急救命士協会)と不可解な事項もある。

また、「包括的指示にもとづく」という表現を多用した項目が多く、構成員からは「包括的指示の乱用はいかなるものか」と揶揄される一幕もあった。

要望事項には「免許更新制度」という一項があるが、これは、厳格な意味の資格更新ではなく、生涯学習的な研

修を重ねる中で、その修了歴を名簿登録に書き込むという発想であるという。

この「免許更新制度」にしても、「卒後臨床研修制度の確立」にしても、その理由を「若い人達はなかなか勉強しない。制度的な手立てがない中で強制もできない。インセンティブとして何らかの研修制度を創設してほしい」と説明したチーム医療推進協議会のメンバーには、医療系の委員から、「制度や法令の強制力に頼ろうというのは安易ではないか。まずは自律したプロフェッショナル意識が必要では」との批判が投げかけられた。

とは言え、努力目標である新人看護師研修制度が通知等の行政指導を得て看護師の底上げをもたらしつつあるように、厚労省が関与した仕組みを通して、医療技術やチーム医療など医療の進歩に対応できる人材を輩出していきたいというのが、この日出席した各団体の希望。業務範囲の拡大と医療各職の資質向上は裏表の関係というのが各団体共通の認識であり、そのために何らかの制度的担保を望んでいることが判明したヒアリングであった。

チーム医療推進のための看護業務検討WG

## 特定行為追加案を検討。指定研修プログラムで種々の意見

7月4日のチーム医療推進のための看護業務検討WGに事務局(厚労省医政局看護課)は、(1)特定行為に指定する行為案として残された項目の検討結果、(2)指定研修の枠組み案を提示した。

同WGは、特定行為に指定する行為について1月18日の会合で29項目に絞り込んだ案で合意しているが、27項目に関しては「要検討」とされ、前回(5月13日)の会合で、前島構成員ほかに「要検討」項目の検討が要請されていたもの。

検討作業は関係団体にも意見を聞いた結果をこの日示した。その結果、27項目のうち13項目が特定行為に該当するとし、13項目については非該当、1項目は判断を保留した。

非該当14項目のうち4項目は「主として臨床検査技師が当該行為を行っており、チーム医療の視点から看護師の特定行為とすることは適当ではない」と判断。4項目は「看護師一般が医師の包括的指示に基づき当該行為を実施している」ことを根拠の1つとした。

その4項目のうちの2項目は「WHO方式がん疼痛治療法等に基づく痛みの

強さや副作用症状に応じたオピオイド(または非オピオイド・鎮痛補助薬)の投与量調整」。

判断が保留された項目は「大動脈バルーンポンピング(IABP)チューブの抜去」および「IABP離脱のための補助頻度の調整」で、「抜去時の大出血の可能性があり侵襲性が非常に高いことから、行為名、行為の概要を変更する」との意見が付された。

神野正博構成員(恵寿総合病院理事長・全日病副会長)は検討結果に賛同の意を示した。その上で、「特定行為は、医師の包括的指示の下で、指定研修を受けた看護師がプロトコルに基づいて実施するというものであり、指定研修を受けない一般の看護師も医師の具体的指示の下で実施できる。このことを特定行為リストには必ず明記してほしい」と注文をつけた。

多くのメンバーも検討結果を肯定的に受け止めたが、一部の構成員は、非該当とされた「オピオイド(または非オピオイド・鎮痛補助薬)の投与量調整」と判断保留となった「IABPチューブの抜去」を特定行為にすべきとの見解

を示したため、この2点めぐって様々な意見が交わされた。

前者については、特定行為とした場合の在宅医療への影響を懸念する声が多く示された。その一方で、「この行為は在宅への影響をおもなばかって外した。しかし、在宅、緩和ケア、疼痛外来と、臨床場面によって意味は違ってくる」として、判断の難易度等に留意すべきという意見も示された。

この意見に対しては、「ここではWHO方式による疼痛管理がテーマであり、新たなレベルの行為を意味するものではない」という見解も表わされた。

IABPについては「抜去と離脱調整を一体にした上で特定行為にしてはどうか」という提案が示され、複数の構成員から同意する声があがった。

特定行為に関して、事務局は、この日の案を基に「さらに幅広く関係団体の意見を募り、そうした見解を踏まえてWGで結論を出す」意向を表明した。

指定研修に関する枠組み案は、特定行為を一定の領域と行為群に区分した上で、①研修機関を領域別に指定する、②研修機関は複数の領域を担うことも

できる、③受講者は領域内行為群の一部を受講することもできる、というもの。

併せて、看護師籍に登録する際に、修了した指定研修の領域とともに行方群を明記する考えを明らかにした。

領域の区分は、おおまか、急性期、亜急性期、長期療養・在宅からなり、研修プログラムは、共通領域と区分ごとの行為群から構成される。行為群によっては複数の領域で重複して教えられることになる。

神野構成員は、亜急性期とみられる領域の考え方について、「亜急性期の機能と患者像は、現在、医政局と中医協で議論が進んでいる。その内容を踏まえた領域設定であるべきではないか」と、整合性の確保を求めた。

他の構成員からは、「コアの研修と行為群の研修の比重はどうか」「認定看護師等が受講しやすいプログラム構成となるか」などの意見が相次いだ。事務局案ではイメージが十分つかめず、手探りの議論となった。

事務局は、この日の意見を踏まえ、次回会合に、より具体的な指定研修の組み立て案を提案したいと釈明した。

## 検証調査結果 緊急往診や看取りがゼロの機能強化型在支診・在支病も

中医協総会 厚労省 往診や看取り実績を重視した在支診・在支病評価を提起

6月26日の中医協総会は、2014年度改定に向けた課題として在宅医療を取り上げ、(1)在支診・在支病、(2)特定施設・高齢者住宅における在宅医療をテーマに議論した。

在支診・在支病の届出数(12年7月1日)は、在支診が1万3,758、在支病が746(従来型344、連携強化型264、強化型138)と、とくに在支病は、強化型を新設した12年改定によって1.7倍になった。1医療機関あたり担当患者数も、12年改定を挟んで、在支診が46.9人から65.8人へ、在支病は96.3人から134.9人へと、とも

に40%増加している。

事務局(厚労省保険局医療課)は、改定検証調査(12年4月~9月)の結果から、前改定で導入した機能強化型の在支診・在支病に、①緊急往診がゼロの施設がある、②看取りゼロの施設があると指摘。

従来型の在支診・在支病については、①緊急往診5回以上という施設がある、②看取り2回以上という施設がある、③機能強化型へ移行するに当たって常勤医3名以上の配置と定期的カンファレンスがハードルになっている、という

状況を示した。

さらに、機能強化型を含む在支診・在支病に関して、①「緊急入院を要する際に連携先で病床が確保できなかった経験が複数回ある施設」が一定数あること、②「主治医ではない患者に対する緊急往診は一部に限られている(ほとんどの緊急往診は主治医が行っている)」という実態を明らかにした。

その上で、事務局は、(1)在支診・在支病評価における往診や看取りの取り扱い、(2)機能強化型における医療機関連携のあり方、(3)緊急時入院先を増や

すための評価の仕方、を論点にあげた。

事務局が実態報告の論拠とした検証調査は12年度上半期を対象としたもので、したがって、12年度改定の効果を測るには十分なものとはいえない。

診療側西澤委員(全日病会長)はこうした事実を指摘し、より長期な動向把握が必要と発言。「この7月1日の届出数を踏まえた上で、さらに検討を続けるべきである」と述べ、他の診療側委員とともに、正確な実態と課題を踏まえた議論とすべく、新たなデータを踏まえて慎重に考察する必要性を提起した。

# 高額薬剤への対応 包括点数を入院期間Iで償還する方式の拡大で合意

DPC評価分科会 厚労省 14年改定後の課題に医療機関群の「医療機能分化との整合性」を提起



▲DPCの議論を見守る中医協の診療側委員(手前の3人)

6月28日の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、2014年度改定にかかわる算定ルールの見直しと医療機関群Ⅱ群の要件の見直しについて検討。併せて、14年度改定以降の課題についても議論した。

事務局(厚労省保険局医療課)は、算定ルール等見直しの課題として、(1)高額薬剤に対応する点数設定方式の取り扱い、(2)DPC病床から亜急性期病床への転床への対応、(3)入院期間Ⅲ経過後の高額な材料・薬剤を用いた検査の取り扱い、(4)退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルール、(5)持参薬への対応、の6点を提起した。

(1)は、高額薬剤を使用する疾患について、在院日数の延長を抑止するために、入院期間が短くても要した医療費が償還できるよう、入院基本料を除く包括範囲の1入院あたり点数を入院期間Ⅰの点数に組込んだ点数設定方式をどうするかという問題である。

この方式は、前回12年度改定で、試行的に22の診断群分類に導入された。

12年度上半期のデータから、事務局は「試行導入した22の診断群分類のうち20で平均在院日数の短縮が認められた」とし、①当該方式の継続、②高額薬剤を使用する22以外の診断群分類にも当該方式を適用する、③高額薬剤だけでなく高額な材料を用いる検査等にも広げる、ことを提案。分科会はこの提案を概ね支持、事務局に、次回会合にその具体案を示すよう求めた。

(2)は、DPCを算定する病床から亜急性期入院医療管理料を算定する病室への転床が、入院期間Ⅱが始まる11日目と同Ⅲが始まる20日目に集中している事態にどう対応するか、という問題提起である。

この問題は過去中医協総会や最近の入院医療分科会でも取り上げられている。事務局は「転床の背景に点数の格差がある」と指摘、対応の必要を認めた。しかし、入院医療分科会で亜急性期の議論が行なわれていることから、「その議論の行方を見守りつつ、DPCとしての対応を考えていくのがよ

いのではないかと説明。分科会もそうした方向を了承した。

(3)は、特定入院期間が過ぎて出来高算定になってから高額な材料・薬剤を用いる検査が行なわれることへの対応を問うもの。

すでに、悪性腫瘍患者への化学療法にかかわる分類や特定の薬剤(成分)名を冠する分類には、「入院期間Ⅲまでに当該検査が実施されなかった場合、Ⅲを超えた日以降に実施された当該検査の薬剤費、材料費は算定できない」というルールが導入されている。

事務局の提案は同様ルールの適用を他の診断群分類にも拡大するというもの。しかし、一部の委員から「レセプト

のチェックが難しい」という懸念も出たため、(2)と併せて、秋口に再度議論することで合意した。

(4)の「退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルール」に関しては、現在、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の契機となった傷病名コードの上6桁が同じ場合は前回入院と一連の入院であるものとみなし、入院期間の起算日は初回入院の入院日として算定する取り扱いになっている。

事務局は、一連の入院とみなすか否かについて、①再入院時は「入院の契機となった傷病名」によって評価して

## 美原常任理事「質」と「役割」を基準にⅢ群病院の分化再編を提起

医療機関群Ⅱ群の要件に関しては、「①診療密度、②医師研修の実施、③高度な医療技術、④重症患者に対する診療の各実績要件がすべてⅠ群の最低値をクリアする」という現行方式を継続することが確認されている。

問題は各要件の具体的な評価手法をどうするかという点で、事務局は②を除く各要件とも「現行評価方法の継続」を提起。②の医師研修の実施についてのみ、「協力型臨床研修指定病院の臨床研修医数は評価対象から除外する」と提案、分科会は事務局方針を支持した。

この医療機関群のあり方に関連して、14年度改定以降の検討課題がとりあげられた。テーマは、①医師派遣機能の評価、②外科系以外の高度な医療技術の評価、③急性期病床の医療機能の分化との整合性の3点。

医師派遣機能は、金田道弘委員(金田病院長)がⅡ群病院の要件および評価項目に位置づけるよう再三提起してきたもの。この日も、「後期研修ぐらいの時期に、例えば3ヵ月単位で地域研修を義務づけではどうか。大学病院に準じる機能の発揮によって地域も蘇り、医師も総合的に診る能力が身につく、すべてがうまくいくのではないかと発言、急性期大型病院の機能に位置

づけるよう提案した。

外科系以外の医療技術の評価は、とくに工藤翔二委員(結核予防会複十字病院長)が、内科系の治療実績をⅡ群要件に組み込むよう求めてきた。いずれも、次期改定以降の課題ではあるものの、事務局として正式な検討テーマにとりあげた。

最後の「急性期病床の医療機能の分化との整合性」は、一体改革が掲げる病床機能分化の追求に沿うもので、医政局で議論されている病床機能情報報告制度とそれにもとづくチーム医療ビジョン策定と連動するテーマだ。

このテーマに関連して、美原盤委員(脳血管研究所附属美原記念病院・全日病常任理事)はⅢ群病院の再編の必要性をあらためて提起し、次のように論じた。

「入院医療分科会の資料によると、7対1病院は大きく、平均在院日数の短い大規模病院と平均在院日数の長い小規模病院の2つに分かれるという。7対1の中には効率性が低く、複雑性も低い、肺炎等の患者が多い病院があるが、医政局の検討会の考え方によると、これらは亜急性期の病院に当たる。つまり、DPC病院の1部は亜急性的な機能をもっているということであるが、それと急性期機能とが一緒にⅢ群に入っ

ているのがおかしいのではないかと。Ⅲ群のあり方を見直し、しっかり分けることを検討していただきたい」

美原委員は、また、亜急性的な機能をもつ病院を振り分ける一助として入院経路をDPCコードに組み込むことを提案。さらに、医療機関別係数が基礎係数に偏重し、機能評価係数Ⅱの比重が小さいなど、全体に大規模病院に有利な評価方式になっていることがⅡ群をめぐるDPC病院の確執の背景にあると指摘。

「いい医療を提供する病院が報われる診療報酬にするべきである」と述べ、「機能評価係数Ⅱの点数配分」を見直すよう訴えた。

これに対して、金田委員は、「Ⅱ群やⅢ群の病院は2次医療圏で急性期の中心的役割を果たしている。そこで、質だけの評価でいくと、質を追求するあまりに医療圏内で急性期病院同士の競争が起きかねない。質だけでなく、その医療圏で果たしている役割、つまり、質と役割の両面からの評価があってこそ、初めて、協調しながら、一緒に責任をもっていくシステム作りができる。そういう、役割を評価する視点を、とくにⅢ群の中に入れていく必要がある」という見解を述べた。

# 「高齢化で2次救急は極めて重要。診療報酬評価の充実が必要」

救急医療体制等のあり方検討会 加納常任理事 救急告示医療機関と2次救急医療機関の一元化を求める

6月26日の「救急医療体制等のあり方に関する検討会」は、これまでの議論を踏まえて、救命救急センター、2次救急医療機関、初期救急、小児救急の各領域ごとに課題と論点を整理し、総合的な議論を行なった。

事務局(厚労省医政局指導課救急・周産期医療等対策室)は「中間取りまとめ」の構成案を示し、意見集約を意識した議論を求めた。

焦点となった1つは小児救急医療体制で、事務局は、①地域のMC協議会への参画、②救命救急センターの小児救命救急センター併設あるいは両センター間の連携強化、③高度な救命医療や専門医療を対象に都道府県の枠を超えたブロック別の拠点化を図る、などを論点にあげた。

小児救急医療とともに焦点となった2次救急医療体制に関しては、①高齢者搬送は2次救急で対応するというコンセンサスと3次救急がバックアップする仕組みづくり、②2次救急医療機関を評価する指標の開発とその結果にもとづいた支援、③MC協議会に参画して実施基準の策定や実施に協力していくこ

と、などの必要をそれぞれ課題とした。

この2次救急に関連して、(1)救急告示医療機関と2次救急医療機関の一元化、(2)救急患者の定義をめぐる議論が展開された。

(1)は1997年12月の「救急医療体制基本問題検討会報告書」ですでに提起されている課題であるが、都道府県によって判断が違うこともあり、二重構造と化したまま現在にいたっている。

この違いは、例えば、2012年度改定で新設された夜間休日救急搬送医学管理料では、「地域医療支援病院、救急告示病院又は救急告示診療所、病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院のいずれかで都道府県の医療計画に記載されている2次救急医療機関又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること」等が施設基準とされ、救急を担っているからといって届出できるとは限らないように、診療報酬算定の違いにも反映している。

この点について、加納繁照構成員(加納総合病院理事長・全日病常任理事)は、「救急告示か2次救急かという

ことで診療報酬が違ってくる。指定の有無で診療報酬に差がつくことがないよう、ぜひ、一元化の推進をお願いしたい」と注文した。一元化を求める声は他の構成員からもあがった。

加納構成員は、これ以外にも、「今後は在宅診療、高齢者救急、がん治療がますます重要課題となり、いずれも患者は都会中心にあふれていく。増加する患者を2次救急で受け入れるシステムづくりが急務ではないか」「救急患者の90%以上は2次救急医療機関が対応している現状がある。診療報酬における評価を検討すべきである」と発言。

高齢化をたどる中で在宅に重点をおいた提供体制を構築する上で2次救急医療の整備は不可欠であるが、それは診療報酬評価の充実と不可分であるという主張を展開した。

「積極的に救急対応を行っている病院に加点をしていく必要がある」など、他の構成員からも同様の意見が示された。

加納構成員は、また、3次救急に対しても、「高齢者救急の切り分けができていないために、3次救急が看取り

救急となってしまっている。医師数や患者数から、地域に必要な救命救急センターの数を逆算していく必要がある」「高齢化によって都会の人口構成が変化していく中、救命救急センターも集約化が求められていくのではないかと指摘。事務局の論点を支持するとともに補強した。

救急患者の定義に関して、事務局は「通常の診療時間外および緊急的に医療を必要とする患者等」(97年12月の前出報告書)という従来解釈を示す一方、「救急車等によって救急搬送される患者」(2012年3月の救急医療の体制構築に係る指針)と搬送手段に触れている解釈もあることを紹介。一律に定義することの難しさを認めた。

構成員からは、「急性期医療と時間外医療では対応が異なる。両者をどのように切り分けて対応していくかをしっかり議論する必要がある」「生活パターンの変化に伴って受診パターンも変化が起きている。こうした状況を捉えていくべきではないか」といった意見が出たものの、具体的な定義にはいたらなかった。