



# 全日病 NEWS 6/1

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.779 2012/6/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 関西、北海道、九州、四国各電力に「計画停電の準備」を指示

政府の節電方針 電力使用制限令は回避。計画停電必至の関西は除外地域なしの可能性

夏に向けた電力需給のひっ迫が全国的に避けられない情勢になりつつある。とくに関西電力では、大飯原発3・4号機の稼働停止が続くと、昨夏の東京電力管内で想定された電力不足よりも厳しい状況になる恐れがあると見られている。

そうした中、政府は5月18日に「電力需給に関する検討会合」と「エネルギー・環境会議」の合同会合を開き、東北と関東両電力会社を除く各電力会社管内における計画停電を含む需要抑制(節電)の方針(今夏の電力需給対策)を決定した。

関西電力とともに北海道、九州、四国の各電力管内については計画停電に向けた準備が打ち出された。電気事業法にもとづいて大口需要家の電力使用上限を定める電力使用制限令の発動は見送られた。

昨年3月に東京電力が行なった計画停電は東京23区の多くは対象からはず

されたが、大飯原発3・4号機の再稼働が危ぶまれる関西電力では、大阪市中心部も含めた管内全域を対象に計画停電を実施する方向で検討しており、関西地区への影響はきわめて大きなものが見込まれる。

政府の節電方針は「医療機関等については停電による影響をできる限り緩和する」としているが、東電の場合、通電対象は公的を中心とした急性期病院に限定された。計画停電が予想される地区の医療・介護等の施設は十分な

備えが求められる。

政府方針は「火力発電所の活用が増える結果、本年秋以降、電気料金上昇のリスクも高まる」としており、東電と同様、節電協力で疲弊する医療機関等は値上攻勢にさらされる可能性もある。

### 「今夏の電力需給対策—各電力会社管内の需要家に対する要請」から

#### (1) 全国(沖縄を除く)共通の節電要請

大口需要家・小口需要家・家庭それぞれに、7月2日～9月28日の平日(8月13日～15日を除く)に「数値目標を伴わない節電」を要請する。その上で、東京電力と東北電力を除く電力会社管内ごとに、一定期間は「数値目標を伴う節電」を要請する。

①北海道電力管内は一昨年比-7%の節電を要請する。(対象期間は7月2日～9月14日の平日。期間中の8月13日～15日を除く=以下同)

②東北、東京電力管内は数値目標を伴

わない節電を要請する。(7月2日～9月28日の平日)

③関西電力管内は一昨年比-15%の節電を要請する。(7月2日～9月7日の平日)

④中部電力・北陸電力・中国電力管内は一昨年比-5%の節電を要請する。(7月2日～9月7日の平日)

⑤四国電力は一昨年比-5%の節電を要請する。(7月2日～9月7日の平日)

⑥九州電力は一昨年比-10%の節電を要請する。(7月2日～9月7日の平日)

#### (2) 需給ひっ迫時の対応

万が一に備えて、関西電力管内ととも

に九州電力、北海道電力、四国電力管内において、計画停電の準備を進めておく。1回の停電時間を2時間程度にするよう配慮、1日複数回の計画停電の実施をできる限り避けるように努める。

併せて、医療機関等の緊急かつ直接的に人命に関わる施設等については可能な範囲で停電による影響をできる限り緩和する。

また、在宅で人工呼吸器等の医療機器を使用する患者への対策の徹底等に取り組む。

## 四病協・日医 9電力会社に医療機関への電力供給を要望

関西電力「7月2日から9月7日まで1日2回の計画停電の可能性がある」

四病院団体協議会と日本医師会は5月25日、東京都内の電気事業連合会で9電力会社との話し合いをもち、今夏実施が見込まれる計画停電について、すべての医療・介護施設および居宅患者・被介護者等に電力供給が行なわれるよう配慮を求めた。

会合には、四病協から安藤高朗全日病副会長と長瀬輝誼日精協副会長が、日本医師会からは今村聡副会長、高杉敬久常任理事が出席したほか、厚生労働省と経済産業省の担当官がオブザーバーとして同席した。

会合で、電力需給のギャップがもっと

も深刻とされる関西電力の担当者は、「現在の試算では最大で450万kwほどの電力不足が生じる可能性があり、7月2日から9月7日までの間に1日2回の計画停電を行なう可能性がある」と説明した。

計画停電について、四病協と日医は「万一計画停電が実施される場合は医療機関はすべて通電対象としてほしい。それができない場合、各電力会社は通電対象をどうするか各県の医師会・病院団体と協議してほしい」と、政府等によるリストで一方的に通電対象を決めることがないよう善処を求めた。

これに対して、電気事業連合会の側



▲9電力会社に医療機関等への通電確保を要請する今村日医副会長

は「各県医師会等と調整行なうよう国の指示があればそれに従うことになる」

と回答、対応は政府方針にもとづくと説明した。

## 都病協 電気料金引き上げに反対。病院の結集を呼びかける

納得ある説明ない限り値上分の支払いを拒否。病院団体等に協力を要請

東京都病院協会(河北博文会長)は、東京電力の電気料金引き上げに対して、値上げの内訳や経営合理化の内容が不明であるなど電気料金値上げの合理性が認められないとして反対を決めるとともに、弁護士に委任した上で、値上げ分の支払いを拒否するという反対行動を各病院に呼びかけている。

具体的には、①弁護士を代理人にたてて東電に値上げの合理性を問う、②合理性が確認できることなく契約更新時期を迎えた場合は従前の電気料金の

範囲内で支払を継続する(そのために自動引き落としをやめる)、③以上を病院が結集して行なうために、主旨に賛成する病院は共通する弁護士に東電との交渉等を委任する、というもの。

都病協は、全日病など四病協4団体のほか、東京都医師会、全国社会福祉協議会、東京都社会福祉協議会などに協力を求め、傘下会員病院に委任状の提出を要請した。その結果、委任状提出に応じた病院数は5月28日現在で190に達している。

こうした反対行動に関して、都病協の猪口雄二常任理事(全日病副会長)は「値上げ分は決着がつくまで別途積み立てしておく。したがって不払い運動ではない」と説明。さらに、東電による通電停止の懸念に対しては、「患者の

生命を預かる医療機関が値上げの合理的根拠を問うために行なう行動であり、通電停止という措置を講じることは考えられないというのが、我々と弁護士の一致した判断である」と述べている。

### 全日病 都病協の反対活動を支援

全日本病院協会は東電による一方的な値上げに反対する活動への都病協の支援要請(5月10日付)を受け、これを支

援する立場から、東電管内の会員病院に「都病協の値上げ反対活動に賛同・協力」を要請する5月14日付文書を送付した。

### 清話抄

最近とみにモンスター患者が多くなっている気がする。何かあれば患者の権利としてクレームを述べる患者・家族が多い。

医療は決して安全ではない。そもそも故障者を治すのが医療であり、故障がすべて完治するのは、特に人間のよ

うに複雑な生き物には無理であるということに国民は無理解すぎるような気がする。これはマスメディアに責任があるとも考えられるが、医療者側にも若干の責任があると考えている。

一時期、説明責任(アカウントビリティ)という言葉が流行したが、これには透明性(トランスパレンシー)という言葉が対語で存在する。医療者側は患者に対する検査・診断・治療に対して、どのように考え、検討し、その結

論を得たかという診断決定プロセスを患者に開示することが透明性の確保であり、この診断決定プロセスを患者に説明して納得を得ることが説明責任である。患者に同意書を提示し一般的なリスクを説明して承認を取ることが説明責任ではない。

しかし、「言うは易く行なうは難し」であり、今の病院では医療者にこのような透明性と説明責任を充分果たすだけの時間的余裕がないのも事実であ

る。さらに根本的な問題は、病院には無数のデータは存在するが、意味のあるデータ(情報)がないことである。

ギャベージン・ギャベージアウトではないが、ゴミを入れればゴミしか出てこない。透明性と説明責任を果たすには自前の情報が絶対に必要である。臨床指標などの自前の情報をきちんと構築して、それを基に説明責任を果たせる時代の来ることを切に希望している。(永)

# 主張

## 役員の任期制限・定年と病院職員の「婚活」を検討してはどうか 組織の新陳代謝や活性化を図る視点から2つの提案

全日本病院協会の会員数も西澤会長を始めとする執行部の尽力により2,360を超え、喜ばしい限りである。しかし、全日病が日ごろ主張する意見・提言などは医療行政等になかなか反映しにくい状況にある。

私は、このような状況の中で発想の転換を行い、組織の新陳代謝や活性化を図る視点から、2つの提案を行いたい。

1つめは、我々の後に続く若い世代についての提案である。

最近の晩婚化・少子化はゆゆしき

問題であり、各病院とも未婚の医師・看護師など結婚してない職員が多数勤務していることと思う。これは国家的な問題であるが、全日病としては何らかの方法を使っていわゆる「婚活」をすべきと思う。

全日病という全国ネットを使えば、意外と成立する可能性は高いかもしれない。これにより病院の後継者問題の解消にも役立てるかもしれない。また、全日病の存在も知れ渡り、広報活動の一端にもなりえらと思う。

方法としては、多数の会員・職員が一堂に会する全日本病院学会を利用できればと思う。ぜひ前向きに検討してもらいたい。

2つめも大胆で誤解を招きやすい発言であるが、役員の任期制限や定年制の導入を検討してもらいたいと思う。ちなみに、全国47の都道府県医師会の中で上記の制度を導入している県は数県しかない。内規として明文化されずに実行されている県も含めてである。

この件は非常に導入しにくい制度

であるが、組織の新陳代謝や活性化という意味では大変重要なことと思う。

公益法人化に伴い、すべての会員を平等に扱うという観点からすると、導入には制度上の困難を伴うかもしれない。しかし、将来のことを考えると役員の新陳代謝を常に行い、新しい考えの導入を意識的に図る努力をすることは極めて重要なことであると思っている。

以上の2つを今月の主張とする。

(K)

## 審査機関の統合 医療保険部会は統合推進反対で一致

### 保険者の58%が判断を留保。厚労省の試算は統合による削減効果を否定

5月24日の社会保障審議会・医療保険部会は国民健康保険連合会と社会保険診療報酬支払基金の統合について議論したが、部会は「統合によるメリットはない」という点で一致した。

統合議論は、昨年12月8日に衆議院決算行政監視委員会が行なった「審査の効率化を図り、医療費を削減するため、統合に向けた検討を速やかに進めるべきである」とした決議に端を発している。決議は「6ヵ月以内に報告」するよう求めている。

遠藤久夫部会長(学習院大学経済学部教授)は「議論の結果をよしなに衆議院に報告してほしい」と事務局(厚労省保険局総務課)に要請、「統合に関する議論はこれで打ち切る」と宣した。

事務局は、前回(5月11日)の部会に、統合に対する意見を全国の保険者にたずねた結果を示した。アンケート調査

は、3,449の保険者を対象に4月に実施、2,825の保険者から回答を得た(回答率81.9%)。

その結果は、「統合すべきである」が28.6%、「統合すべきではない」が13.7%と、統合賛成が相対多数となったが、「どちらともいえない」という回答が57.8%を占め、半数以上が判断を留保した(数字はいずれも5月23日に発表された最終確定数)。

判断を控えた理由をみると、「メリット・デメリットが明確でない」「メリットとともにデメリットもある」という意見に代表されるように、統合の詳細と展望が明らかでない現時点では成否の判断がしかねるという点が慎重な回答につながっている。

事務局は、また、衆議院決算行政監視委員会の求めに応じて統合がもたらすコストメリットを展望した試算を作

成、部会に報告した。

それによると、国保連が存続した場合の費用削減額は、統合から14年間で総計920億円、支払基金が存続した場合は826億円。他方、両機関がそれぞれ合理化を進めながら存続続けた場合の費用削減額は1,082億円と見込まれ、衆議院の「統合によって医療費は削減される」という“予断”を否定する結果となった。

統合によって生じるコストメリットは、管理職と総務系職員の削減による人件費削減が大きいですが、逆に、電算等システムの切り替えと関連機器更改による投資コストが高くつくというのが主な理由だ。担当官は「これ以外に、システムの切り替えによって、保険者と保険医療機関に多大な負担が生じる」と指摘した。

同日の医療保険部会は支払基金と国

保中央会の両理事長がそれぞれ自機関における合理化の取り組みについて説明を行なった。その中で、国保中央会の柴田理事長は、健診・保健指導、医療、介護等の各種データを活用して、生活習慣病の状況や要介護度と疾病の関係など被保険者の健康課題を把握、そこから予防対策等を明確にして保険者の保健事業に反映させるとともにその効果を検証するために「国保データベース」の構築を進めており、2013年10月に稼働を始める予定であることを明らかにした。

柴田理事長は「国保データベースに各国保連合会とつなぐ共同処理センターを設ける。これによって、災害時に被災者の給付情報だけでなく既往歴や薬歴なども分るので、避難先での受診に活用できるようになる」と説明した。

## 予防接種部会が提言 「新たに7ワクチンを定期接種にすべし」

5月23日に開かれた厚生科学審議会の感染症分科会・予防接種部会は、新たに7ワクチンを、基本的に全額公費負担となっている定期接種にすべきという第2次提言をまとめた。7ワクチンは子宮頸がん予防、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘、おたふくかぜ、成人用肺炎球菌、B型肝炎で、いずれも現在、任意接種の対象となっている。

法改正の遅れがあり得ることを見越し、このうち、2012年度末までワクチン接種緊急促進臨時特例交付金事業によって全市町村で実施される子宮頸がん予防、ヒブ、小児用肺炎球菌の3ワクチンは13年度以降も継続される必要が

あるとして、その予算措置を求めた。

提言は、また、(1)予防接種の総合的な推進を図るための計画(仮称)を策定

する、(2)評価・検討組織を設置し、前出計画の策定など予防接種施策全般について総合的・恒常的な評価・検討を行

なう、(3)副反応報告制度を整え、予防接種法対象の予防接種に関する副反応報告を医療機関に義務づけるとともに、副反応報告と薬事法上の副作用等報告のルートを厚生労働省宛に一元化する、ことなどを提起している。

## 中医協 保険収載等の判断に費用対効果評価を用いるかの検討を開始

中医協に設置された費用対効果評価専門部会は5月23日に初会合を開き、医療技術の保険収載に費用対効果評価を導入する方法の検討に着手した。

専門部会のテーマは、医療技術の評価に費用対効果という視点を取り入れ、そのルールを明確にして制度化するというもの。対象には技術、医薬品、医療機器・材料が含まれる。

費用対効果評価の導入は、①新規収載や廃止の判断、②新規収載または改定時の価格評価、③収載や先進医療適性にかかわる優先順位づけ、④制度化を考える場合の判断基準に採用するなど多方面におよぶ活用が考えられ、その影響はきわめて大きい。

4月25日の総会で事務局(厚労省保険局医療課)は対象として「粒子線治療」

を例示したが、支払側からは医薬品を対象に取り上げるべきという声があがった。議論が新規医薬品に及ぶことを懸念して、日本製薬工業協会を初めとする日欧米の製薬団体はその導入に反対を表明している。

事務局は年度内に、次期改定で試行的に導入する方向で論点をまとめたたいとしている。

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)



●ご加入のお申込み、お問合せは...

(株)全日病福祉センター

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

# 専門医の認定を担う第三者機関の設置でほぼ合意

専門医の在り方に関する検討会 論点提示まで議論進む。総合医はこれからの議論。8月に中間、年度末に最終報告

「専門医の在り方に関する検討会」で、「総合医」を含む専門医制度のあり方をめぐる議論が進んでいる。昨年10月設置以来、学会、関係団体、医療機関を対象にヒアリングを行ってきたが、事務局(厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室)は5月18日の第7回会合に、これまでの議論で浮き彫りとなった論点案(素案)を示した上で、8月に中間方向をまとめたいとして、より踏み込んだ議論に入るよう求めた。

議論において、専門医の認定を担う第三者機関を設置するという点はほぼ合意に達している。

この第三者機関の構成母体については、池田康夫構成員(日本専門医制評価・認定機構理事長)から「日本医学会、日本医師会、病院団体、全国医学部長病院長会議、学識経験者等」という提案がなされているが、同日の会合では「医療を受ける側も参加した第三者機関とすべき」という意見も出た。

## 専門医 提供体制の中に位置づけて制度設計

ただし、認定機構による専門医認定には、専門医の地域偏在という問題が指摘されている。実際、認定機構がまとめた専門医の都道府県別分布などに関する調査報告は、すべての基本診療領域で専門医が大都市に集中している現状をあらためて明らかにしている。

この点については議論でも再三指摘

この意見に高久史磨座長(自治医科大学長)が賛同、「報告書に第三者機関の具体案を盛り込む」意向を表明した。

新たな制度は既存の専門医に及ぶものではなく、新しく医師臨床研修に臨むなどの新人医師を対象とするという点も概ねコンセンサスが得られている。

第三者機関による認定となると、個別学会単位ではなく、診療領域単位の専門医制度とする案が有力となる。

その場合に、診療領域単位をどう設計するかという問題が生じる。日本専門医制評価・認定機構は、加盟学会認定医を認定する上で、18の基本領域をベースとした上で必要に応じてサブスペシャリティ領域の資格を認定するという2段階制を採用しているが、この資格設計をそのまま継承するかについては踏み込んだ議論にはいたっていないものの、「更新制」の問題ともども、現時点で構成員の間から特段の異論は出ていない。

がなされ、同日の論点案には「第三者機関は医師不足や地域偏在・診療科偏在の是正にも効果があるように運用すべき」と書き込まれたほか、「診療科や地域における医師の適正数を誘導する方法を専門医制度に設けること」や「医療提供体制全体の中で医師の専門性分布や地域分布についてグランドデ

ザインを作ること」、さらには、「地域医療支援の観点から、専門医の制度設計に地域偏在は是正のための具体的な仕組みを盛り込むこと」などの提案や問題提起があげられた。

専門医制度を医療提供体制の中に位置づけて制度設計する方向性は、各構成員ともその必要を認めている。その1つは、身近な医療機関からどう専門医につなげるかというアクセスの流れであるが、もう1つは、地域偏在の解消にどこまで迫れるかという点である。

## 総合医 制度設計で多岐にわたる意見

一方、専門医制度を設計する上で最大の課題が「総合的な診療能力を有する医師」の位置づけである。構成員からは「専門医は狭い範囲を深く診るが総合医は幅広く診る。この、幅広く診ることの重要性を理解していただきたい」「総合医は全体を診るが、専門医は部分であり、臓器別である」など、総合医の定義にかかわる意見が相次いだ。

こうした意見に、高久座長は「総合医は基本領域の1つに位置づけたい」という認識を表わした。

しかし、病院と診療所という医療機関による性格の別、総合医から専門医につながるというアクセスのあり方、さらには、その養成プログラムについても「単に診療各科をローテートすればよいということではない」と現行の初期

ただし、後者については、高久座長も「地域の偏在をコントロールするというのは専門医制度だけでは難しい」と述べ、「医療関係者による別の機関を地域ごとに設ける」という仕組みが必要という見解を示した。

この課題は「国の関与の在り方についても検討するべきである」という論点と重なる部分もあり、「プロフェッショナルオートノミー」とどう整合性をつけていくか、今後の議論が注目されるどころだ。

臨床研修制度の見直しを前提とした意見が続出するなど、名称を含め、総合医に関する意見は多岐に分かれている。

さらに、総合医に関する意見にも、主に病院を想定したものと診療所を想定したものとのニュアンスの違いもみられ、意見集約にいたるには、なお多くの議論が必要な見通しだ。

専門医も総合医も、ともに、卒前教育、初期臨床研修、後期研修等をととした養成プログラムと体制をどう設計するかという大きな命題が残っている。いずれも時間のかかる議論が見込まれるところだが、事務局は、概算要求に反映させるために8月には大枠を固め、2013年3月末までの報告書とりまとめまでに、なんとか制度の体系をまとめたいとしている。

## 「係数Ⅱは評価項目が増えれば他項目の配分は減る」

DPC評価分科会 Ⅱ群とⅢ群の報酬格差で配分等見直し検討の提起出るも議論広がらず

5月29日のDPC評価分科会は、分科会として次回改定に向けて検討すべきDPC制度の事項と検討日程、さらに、DPC調査の新たな課題と2012年度に実施する調査テーマについて合意した。

分科会では、複数の委員から、(1)医療機関係数における基礎係数の割合が機能評価係数に比べてきわめて大きいためにDPC病院Ⅱ群とⅢ群の間に大きな報酬格差が生じているので基礎係数の配分割合の見直しを検討してはどうか、(2)不明確であるⅡ群とⅢ群の間の線引きのあり方を再検討してはどうか、(3)機能評価係数Ⅱに置き換わる暫定調整係数の病院間の差が大きいので、残り3回の改定で実際に見合ったものに調整してはどうかなど、重要な指摘と論点提起が行われた。

こうした問題提起に小山分科会長(東邦大学医学部教授)は消極的に対応、事務局(厚労省保険局医療課)も簡潔な説明に終始したため、全体の議論へと広がることはなかった。

しかし、これらの提起はDPC病院Ⅲ

群に位置づけられた病院間で噴出しつつある疑問と不満を代弁するかたちで今後も行なわれるとみられ、次回改定に向けた制度運用議論の中で避けられない論点になる可能性がある。

また、「次回改定で機能評価係数Ⅱの項目を現行6項目から増やした場合に他項目への配分は減ることになるのか」という質問に、医療課の迫井企画官は「事実関係として、係数Ⅱの財源割合は固まっているので、項目が増えれば他の項目への配分は影響を受ける」と説明。暫定調整係数と機能評価係数Ⅱの財源が固定される中、評価項目の改廃は財源中立の下で行なわれることをあらためて明らかにした。

### 次回改定に向けた検討課題と日程

#### 1. DPC制度のあり方に係る検討

①2012年秋までに基礎係数(医療機関群の要件を含む)と機能評価係数Ⅱ(項目と評価手法を含む)の次回改定対応に係る基本方針案をまとめる。

②13年秋までに診断群分類の見直し原

案をまとめる。

③13年秋までに基礎係数と機能評価係数Ⅱの具体案をとりまとめる。

#### 2. DPC制度運用上の課題に対する検討

④機能評価係数Ⅱの体制評価指数の評価項目について、あらかじめ医療機関と地方厚生局・都道府県間で確認した結果を毎年秋に届け出る方式を導入するものとし、12年夏までに医療機関別係数の確認手順や手続きを明確化する。

⑤算定ルール等の見直し案(入院日Ⅲを超えて実施された検査の取扱い等)は13年末までに結論をとりまとめる。

⑥適切なDPCコーディングに関する対応案(コーディングに関するマニュアルの作成、コーディングの現状(質)に関するモニタリング(評価手法)の開発等)は13年末までにとりまとめる。

⑦現行の医療行為(出来高算定項目)デ

### DPCに関する調査(案)

□今後の調査で新たに対応すべき課題等

(1) 外来診療の評価  
(2) 施設機能の評価  
現行の医療行為(出来高算定項目)デ

ータ以外の人員配置状況も把握できるよう、調査様式(様式3)の見直し、又は特別調査の実施を検討する。

#### (3) 診療情報活用の評価

各医療機関におけるDPCデータを元にした医療の質的な評価指標の公表について、今後の機能評価係数Ⅱの評価項目としての検討に資するような実態調査等の現状把握を行う必要がある。

(4) 総合病院精神科診療の現状の分析評価

#### □2012年度に実施する調査(案)

##### ○退院患者調査

(1) 重点的に評価・分析を行う項目  
退院先の状況、再入院・再転棟の状況、DPC病院の精神科病棟における入院医療の現状(新規)

(2) 新たに実施・拡充する項目  
外来診療に関する調査(新規)、施設機能に関する調査(様式3=拡充)

(3) モニタリングとして行う調査  
平均在院日数、入院経路(救急車による搬送、緊急入院、他院からの紹介等)、退院時転帰、患者構成

##### ○特別調査

診療情報活用に関する調査(新規)、施設機能に関する調査(様式3で対応できない場合=必要に応じて)



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

# 介護事業経営調査委員会 消費税率引上に対する対応を検討

## 改定検証に加え、生活期リハ、介護施設における医師・看護師の役割も実態調査

5月17日に開催された社会保障審議会・介護給付費分科会は、同分科会に付設されている調査実施委員会の名称を介護事業経営調査委員会に改め、介護報酬改定の基礎資料としている諸調査の実施について検討を行なうことを決めた。

改称前の調査実施委員会は、①介護事業経営概況調査、②介護事業経営実態調査、③介護従事者処遇状況等調査の調査設計と集計・分析方法等を検討するために、前改定直後の2009年4月に設置された。

前出委員会は、今回の名称変更に加え、上記3調査に「介護事業経営分析等調査」を加えた4調査の結果から次期介護報酬改定に向けた課題を抽出するべく、その調査スキームの設計と集計・分析などを担う。

新たに加えられた介護事業経営分析等調査は、事業所規模の拡大が進まない訪問看護事業所等の経営状況を規模別に分析するなど、より詳細な経営分

析を行なう目的で、事務局(厚労省老健局老人保健課)が実施を決めたもの。

同日の分科会では、委員から、「処遇加算の実施状況を詳しく捕捉してほしい」という声があがった。また、「各事業所のキャッシュフローの状況を把握してほしい」という要望も出た。

処遇加算について、宇都宮老人保健課長は、「当該事業所から来年7月までに提出される処遇状況報告にもとづいて、加算が処遇改善に使われた否かが調査分析される」と説明した。

一方、既存報酬で補填されている消費税について、「3年後の次期改定は8%引き上げに対応しなければならない。早期に検討を進め、方針を固めてほしい」という注文も、委員から出た。

介護事業経営調査委員会は、消費税引き上げに対する介護保険制度上の対応についても議論する予定だ。

事務局は、また、次期介護報酬改定に向けた検討資料を得るために実施す

る調査項目を提案、分科会の了承を得た。調査対象は、①2012年度改定効果を検証する項目、②同改定の審議結果をまとめた審議報告に盛り込まれた検

討必要事項からなり、具体的な調査設計は、同じく分科会に4月に付設された「平成24年度介護報酬改定検証・研究委員会」が行なう。

### □2012年度介護報酬改定の効果検証等調査項目

(1) 12年度改定効果検証 ①12年度実施(13年3月をめぐりに報告) ・サービス付き高齢者向け住宅について、協力医療機関との連携状況、受入可能な介護度や医療の必要性等についての実態調査 ・介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の検証 ・短期入所生活介護等における緊急時のサービスの提供状況 等 ②13年度実施 ・リハビリ職と介護職との連携の実施状況 等	①12年度調査実施(13年3月をめぐりに報告) ・認知症に対して現在実施されているサービスの実態調査 ・介護事業所、介護施設における医師、看護師が担っている役割の実態調査 ・生活期に実施されているリハの実態調査 (13年度の調査項目は12年度調査結果報告を踏まえて検討・決定する) ※ケアマネジメント、ケアプランについては、「ケアマネジャーの資質向上と今後の在り方に関する検討会」等で検討する。
(2) 「12年度介護報酬改定審議報告」で検討が必要とされた事項	

## 「被災に備え、あらかじめ施設間で相互支援協定の締結を」

### 東日本大震災 施設の要介護高齢者への支援状況等について調査研究結果が報告

5月17日の介護給付費分科会に、事務局は「被災時から復興期における高齢者への段階的支援とその体制のあり方」に関する調査研究結果の概要を報告した。

東日本大震災で被災した高齢者を対象に行なった調査から、被災時から復興へと段階に応じた高齢者への支援のあり方について検討を行なったもので、2011年度老人保健事業推進費等補助金を得て富士通総研がまとめた。

その中に被災病院と医療支援側に参加となる指摘がある。

同報告から、介護施設間の被災時と平時における施設連携等および災害派遣介護チームに関する考察部分を、抜

粋して紹介する。

●被災した施設の避難に関する沿岸部のアンケート結果によると、利用者の受入れ先の確保については、「直接施設間で交渉」が39.4%、「同一法人・関連グループの紹介」が21.1%と、当事者間での調整によるものが上位を占めた。

ヒアリングからは、一刻を争う中、直接事業者間で話し合うことで、それらが実現するまでの時間短縮と合意形成がしやすくなる等の意見があった。

●あらかじめ災害発生と同時に自動的に動くシステムを整備しておくことが必要である。そのためには、施設間で災害時の避難と受入れ等に関する相互支援の協定を締結し、それを都道府県に

届け出しておくことで介護保険事業としての継続が図られるよう、制度としても整えておくことが有効と考えられる。

協定先については、災害時には迅速な対応が求められることから、同一都道府県内もしくは隣接都道府県の同種もしくは類似の施設とすることが望ましく考えられる。

●施設自らが連携するのに適切と思われる施設を探し、協定を結ぶことが望ましいと考えられるが、それが困難な場合には自治体等が仲介を行うことが想定される。

●共同訓練や研修会等で交流を深め、常日頃から顔の見える関係を築いてお

くことが有効であり、協定の主旨と背景、内容を双方の施設の職員全体が認識していることが必要である。

●災害発生直後には余り遠くない範囲で相互支援が行うことができる体制づくりが有効であるが、災害発生から一定時間経過したステージ以降では、災害派遣介護チームの他に協定先施設による支援も継続して想定される。

この場合、自ら実施するサービスや考え方が同じもしくは類似する等の観点から、関係団体等を通じての職員派遣の希望も聞かれた。

特に災害発生から一定時間経過したステージ以降は関係団体を通じての派遣が増えることが想定されるが、その場合も都道府県による職員派遣は継続していると考えられるため、重複を避けるべく、関係団体等の派遣については関係団体から情報提供されるよう周知しておく必要がある。

## 「急性期」と「重度・慢性」患者に一般病床と同じ配置基準を提案

### 厚労省が精神病床の人員基準見直しで具体的な論点提起

厚生労働省に「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」が設置され、精神病床について、病期にもとづいて医療法の人員配置標準を見直す方向の議論が進んでいる。

検討会は、2010年6月に閣議決定された「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」で「精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について検討し、平成24年内を目途にその結論を得る」とされたことを受けたもの。

検討会は「患者の状態像に応じた機能分化や医療の質に応じた人員体制のあり方等について検討する」としてこの3月23日に設置されたが、今国会の会期が大幅に延長されることを想定している厚労省は、医療法改正に間に合わせるべく、6月をめぐりに議論の集約を見込んでいる。

その4回目の会合(5月16日)に、事務局(社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課)は、要旨以下の論点を提起した。

- (1) 急性期(3ヶ月未満)は「医師・看護師の配置基準を一般病床と同様にする」
- (2) 急性期後(1年未満)は「リハや地域移行支援のための精神保健福祉士等も含めた多職種での人員配置(看護師以外の職種を含めて3:1の人員配置とする等)を考え、医師についても現行と同様の配置でよいか検討する」
- (3) 今後の長期入院(例えば1年以上)については、継続的に医療の必要性が高い患者を除いて入院外治療へ移行させる
- (4) 継続的に医療の必要性が高い重度・

慢性の患者像を明確にした上で、これら患者に対する人員配置は一般病床の配置基準と同様とする

(5) 現在の長期入院(1年以上)者もできる限り地域移行を目指した取り組みを進めるが、その際、より生活支援を重視した人員配置や療養環境をどのような基準でどのように確保していくべきか検討する。

この検討会に、日本精神科病院協会(山崎学会長)は「長期入院者のうち、高齢で要介護度が高い者を、精神科病院の病棟を介護老人保健施設に転換して処遇する」という提言を示しているが、この提言の是非も論点の1つに入っている。

### 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。

# 医行為203項目の分類案を提示。4割前後が特定行為

チーム医療推進のための  
看護業務検討WG 「医行為に該当しない」分類に疑問と違和感が噴出

認証看護師等に実施が認められる特定行為を明確にするために、看護師の業務を医行為としての難易度で分ける作業を進めている「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」は、5月28日、前回(4月23日)のWGで検討した56項目に続いて147項目に関する分類案を検討した。56項目のうち4項目は前回から分類区分が修正された。

また、この日のWGに事務局(厚労省医政局看護課)は検査と薬剤に関する医行為分類の考え方を示したが、それを踏まえて、147項目のうち4項目に「実施」という行為が追加(細分化)されたために分類案は合計で207項目となった。その結果、とりあえずの対象とした看護業務実態調査(2010年実施)で取

り上げた医行為(203項目)の分類案が出揃った。

207項目のうち、認証看護師等が実施できる特定行為は最低で75項目、現時点で「又は」とされて他分類との区分が判断保留されたものを加えると最高92項目となる。取り上げられた医行為の36%~44%が特定行為に振り分けられる公算が強い。

事務局は、引き続き、看護大学院等における養成調査試事業とその修了者が医療現場で実践している業務試事業でそれぞれ実施されている行為、さらには、その他検討上必要な行為についても分類を試みて医行為分類案をまとめあげ、認証看護師養成のカリキュラム案ともども関係学会等の意見を募った上で最終案を仕上げる方針だ。



前出の意見は、この通知を根拠にチーム医療の下で薬剤師の業務拡大を願う立場からなされたもので、処方提案や検査結果の1次評価は医行為であることは変わりはないが、看護師の診療の補助からは外してはどうかという意味と思われる。

しかし、「医行為」と「診療の補助」は重なり合う概念である。それが別概念であるかのように捉えられる背景には、認証看護師が特定医行為を実施できるようにすることを強調するためか、「診療の補助」という言葉を控え、一環して「医行為」という表現を打ち出している厚労省の意図が見え隠れする。

Eに分類された行為は、いずれも現場では診療の補助として認識されてきた。にもかかわらず「医行為ではない」とされたため、WGの委員は違和感を隠せないのである。

問題は「診療の補助」の定義であり、仮に、「診療の補助」が医行為と医行為以外からなるのであれば、「医行為には当たらない」というカテゴリーは成立

することになる。

医行為を業として行なえるのは医師のみ(医師の独占業務)であるが、看護師のみは医師の指示の下に医行為を業として行える(診療の補助=看護師の独占業務)。看護師以外の医療関係職種が医行為を実施できるのは、各資格法に定められる診療の補助だけとなる。その結果、各資格法の診療の補助は限定されるため、看護師による診療の補助ともども、通知によって行為ごとに実施の適否が明確にされてきた。

そうした中、前述の医政局長通知は、例えば、薬剤師には「医師に対し積極的に処方を提案すること」を、診療放射線技師には「画像診断における読影の補助」を、それぞれ資格法に定められる診療の補助業務として認めたのである。

しかし、今回の医行為分類で、読影の補助や処方提案がEにあたりとされた結果、薬剤師や診療放射線技師においては診療の補助とされる医行為が、看護師においては医行為ではないと定義される矛盾が現出した。

## 次回WGで「E」の定義と医政局長通知の関係を説明

では何故、「処方の提案」や「検査結果・画像の1次評価」をEに入れたのか。分類にかかわった構成員は「薬剤師や検査技師等他職の関与を考慮した結果だ」という。つまり、他専門職がもたら業とする行為は認証看護師等が実施する医行為からは外した方がよいという「チーム医療の発想」に従った結果だという。

だが、その裏には、他専門職が関与する業務は医行為ではないとすることで自由裁量に行なえるようにする、同時に、自由裁量の範囲を拡げるという意図もあるようだ。

実際、156項目の分類案でEとされた「飲水の開始・中止の決定」「食事の開始・中止の決定」2項の欄外(委員のコメント)には「Eと整理することで、看護師がある程度自律して行動できる

のでないか」と記されている。

こうした認識に立つ有賀座長(有賀徹昭和大医学部教授)は、Eの定義に違和感を抱く委員に対して「がちがちの考え方では認証看護師はうまくいかない。各職の業務が絡み合っているのがチーム医療。従来の考え方に立つのではなく、より現実的、柔軟に考えるべきではないか」と主張する。

しかし、医政局長通知は「より現実的、柔軟に考える」立場から看護師以外の専門職の診療の補助の範囲を拡大した。その行為を、今度は看護師の視点から「医行為ではない」と定義するのは明らかに矛盾しており、ご都合主義ととられかねない。

委員からの疑問の声に、事務局は今回のWGで、Eの定義と医政局長通知の関係について説明することを約した。

## 調査対象の1/4が「医行為に該当しない」?!

事務局が新たに示した「看護師が実施する薬剤(検査)に関する行為の分類の考え方」によると、薬剤にかかわる看護師の業務は、①投与量の調整が必要な継続使用薬の場合および投与の必要性・タイミングの判断が必要な臨時薬の場合は、いずれも判断の難易度に応じてB(特定行為)またはC(一般の医行為)という分類になるが、②薬剤の種類(剤型・規格)の変更が必要な場合は「医師に処方の提案を行なう」ことからE(医行為に該当しない)に分類される、としている。

一方、検査にかかわる看護師の業務については、①医師指示の具体化である実施の決定および実施(検査のための検体採取は除く)はBまたはCという分類になるが、②結果の評価(検査レポート、画像等の1次的評価)はEに分類され、③1次的評価を含む検査結果を踏まえた医師の診断はA(絶対的医行為)となる、としている。

こうした判断基準にもとづく結果、「処方変更の必要性を医師に提案する」行為と「検査結果をまとめる・1次評価を行なう」行為はいずれも「医行為に該

当しない」とされた。

この分類案によると、看護師が診療補助として実施しているとして実態調査の対象となった203行為には「医行為には該当しない」ものが1/4近く(50項目前後)もあることになる。これをめぐって委員からは疑問が相次いだ。

神野委員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)は、「医行為ではないとされるEには狭義と広義があるのではないか。例えば、事務職ができる行為を含めてEとするのか、看護師がする業務を前提としてEとするのか。分類案は、判断、評価、提案に当たる行為をEとしているが、それらが狭義のEあるいは広義のEにどう該当するか、きちんと定義する必要がある」と提起。

さらに、「Eが医行為ではないとすると誰が行なってもよいのか。そうすると立入検査から何からすべてに影響が及ぶ」と疑問を投げかけた。同様の疑問は他の委員からも示され、「違和感がある。再整理すべきではないか」という声があがった。

## 「診療の補助」という表現を手控え「医行為」を貫く厚労省

そうした中、薬剤師の委員は「医行為ではないというからおかしい。(看護師の)診療の補助には入らないと定義してはどうか」という見解を示した。

2010年4月の医政局長通知には、チーム医療の視点から医師等と協働して実施すべき薬剤師の業務が具体的に示されている。

## シリーズ／個人情報保護に関するQ&A ～実際の事例から学ぶ～ 第11回 個人情報保護担当委員会

全日本病院協会は平成17年から個人情報保護に関する調査・検討を行ない、認定個人情報保護団体として、情報提供、研修会開催、会員病院および患者の相談を受けています。『他院の事例を知りたい』というご意見を多数頂き、「全日病ニュース」に10回(2009年4月15日号~2010年2月15

日号)連載し、『病院における個人情報保護Q&A(じほう)』を出版しました。その後も、様々の相談が寄せられており、新たな事例を紹介いたします。第11回目の今回は患者の家族間の権利に関する事例です。

# 患者の家族間の権利に関する事例

## 【事例：患者の長女から当協会へ相談】

母が退院後にどの病院に転院したか病院に問い合わせましたが、「法律があるから教えられない」と言われました。現在は妹夫婦が母の面倒を看っており、母と接触ができません。

病院に母の居場所を教えてもらいたいため、内閣府に相談したところ、人権侵害の可能性を指摘され、全日病に相談するよう、連絡先を教えられました。

## 【病院の対応】

患者には認知症があり、次女と長男が

代理人で、連絡先も把握しています。患者の情報を長女に開示してはいけないということにはなっていません。当院は患者の転院先を把握していますが、本当にその病院に転院したかどうかは分からない為、転院先の病院名は問い合わせがあっても伝えない規則になっています。

## 【当協会の判断】

病院の回答には不適切な部分が多くみられます。長女への開示が制限されていないことを認識しているにも関わら

ず、長女に開示しない根拠が不明です。また、実際にどこに転院したかを確認していないとしても、病院の規則として開示しないとすると根拠はありません。病院が把握している範囲で開示すべきです。

患者本人の意思表示が不明であり、だれが代理権を有するかは不明である以上、長女に教えることとなります。入院時の書類にだれがサインしたかは関係なく、子供には同じ権利があるので、長女にも見舞等により親子の関係を保つという正当な権利があります。

また、仮に次女または長男が成年後見人であっても、長女が会うことによって本人の病状が悪化するなど特別な事情が無い限り、面会を断ることはできません。(※成年後見は本人を保護する制度であり、他人の権利を制限するものではありません。)

トラブルを回避するためには、次女あるいは長男から聞いて下さいと回答してもよいが、それでも教えてくれないから聞きたいと言われれば、回答する必要があります。

(委員長 飯田修平)

# 疲弊する放射線下の医療機関。除染と医療職の確保が急務

## とくに看護師不足が深刻。ただし、派遣は長期を希望

全日病災害対策本部副本部長の猪口正孝常任理事は、福島原発災害の影響を受ける福島県会員病院等の視察結果

を5月19日の第1回理事会・第2回常任理事会に報告した。東日本大震災に被災、なおかつ放射

線災害下にある医療機関の現状を把握し、今後の支援の方向性検討に資する目的で4月26日、27日に11施設・機関

を訪問、現況を把握するとともに意見をたずねたもの。以下に視察報告の概要を掲載する。

「福島県医療機関視察報告」(速報版)から

全日病災害対策本部副本部長 猪口正孝(常任理事)

### □総括報告

#### 1) 福島県の状況

一般公衆の年間被ばく線量限度は1ミリシーベルトとされているが、これを環境放射線量に置き換えると0.23  $\mu$ Sv/hr以下ならば日常生活レベルと考えられる。

現在、太平洋沿岸部(浜通り)のいわき市は0.1~0.2  $\mu$ Sv/hr程、南相馬市も0.15~0.2  $\mu$ Sv/hr程なので比較的レベルといえなくもないが、東北本線に沿った中通り地方は0.5~0.7  $\mu$ Sv/hrと高値である。

その中通り地区は生活規制を受けてはいない。しかし、低値であるにもかかわらず南相馬市は計画的避難区域と緊急時避難準備区域に指定され、様々な制限を受けている。こうした放射線の実態と風評が若い世代の人口動態に強く影響を与えている。

一方、避難が長期化しているために、避難住民と避難先住民との間で感情的な支障が生じている。浜通り地区はもとも医療過疎が問題であり、福島県立医大が中心となって支えているものの、ほぼ限界点に達している。全国からの支援は継続的ではあるが、1人の滞在期間は1週間から1ヵ月程であることも問題である。

#### 2) いわき市の状況

いわき市の空間放射線量は低く、医学的に問題となる環境放射線量ではない。このため避難していた地元住民が戻りつつあるだけでなく、20~30km圏内の住民も流入している。

救命救急センターの市立総合磐城共立病院や2次救急医療機関が機能しているため、医療が混乱している状態ではない。

しかし、A病院は、医療過疎に加え、人口流入増加によってオーバーフローの状況にあると訴える。決定的な医師不足ではないが、かなり疲労がたまっている状態だという。とくに看護師は、慢性的な欠乏状態かつ過労状態である。

いわき市の医療機関に支援するならば、長期的に滞在できる医師、看護師の派遣や国への要望等が考えられる。

#### 3) 郡山市と福島市の状況

両市とも空間放射線量が高い。医療機関は必死の努力で従業員を繋ぎ止めている上、福島県立医大の支援もあり、医師はほぼ充足している。震災の影響は少なかったが、事態が長期化するに当たって、高放射線による影響が徐々に表れてきているという。

C病院は、付設看護学校の卒業生が当該病院に就職しても、奨学金償還期間が過ぎると辞めて圏外に移住すると訴えている。子育て中の看護師と若い看護師、つまり30代以下の看護師が徐々に県外へと移住するため、看護師不足が深刻であると訴えている。

空間放射線量が0.5~0.7  $\mu$ Sv/hrの地域にあるD病院は「このままここで診療を続けるのかどうか問題だ」としている。両市に必要なのは看護師の派遣と除染である。

#### 4) 南相馬市の状況

空間放射線量が低いにもかかわらず、福島第一原発から近いために40歳代以下が流出している。人口7万5,100人の

うち実際に生活している住民は4万4,300人である。

市外に移された入院患者の帰還も進んでいない。移動搬送費が当事者負担である、避難地域にいた方が補助金が出るなどから、地元に戻すことを望んでいない家族が多いと聞く。

高齢者が残っているため医療の需要は高い。しかし、医師や看護師をはじめとして若い従業員が移住しているため、病院は病床を全稼働できない状態にある。

相双医療圏の南相馬市は、浜通りとして、3次救急はいわき医療圏に依存してきた。しかし、原発事故によって、浜通りは北の相双と南のいわきが分断された。このため福島市との間でMC(メディカル・コントロール)が統一されたが、長距離かつ山道であるため十分とはいえない。こうした状況から医療機関の再編が起こりえる地域といえる。

急性期中心のD病院は移転を計画しているため、急性期は市立総合病院に集中している。その市立総合病院は「長期化する療養患者の転院がはかどらないため、療養病床を増やしたい」としている。

復旧・復興政策が粗く、裏目に出た

ものが多かったことから、医療関係者は政府に期待をしておらず、自分たちで何かせねばならないという意識が強い。

支援するならば看護師の派遣となるが、もともと医療過疎であった地域であるため、看護師を継続的に集めるのは容易ではない。風評被害への対応を政府に求めることも必要と考えるが、距離の問題をどのようにするかが課題である。

#### 5) 相馬市の状況

空間放射線量が低く、原発からも離れている点でいわき市と状況が似ているが、流入人口が少ないこと、医師である市長が震災当初から医療を配慮した政策をとったため、医療人の流出は少なかった。医療に関しては震災前と比べて大きな問題がなかった地域で、一つのモデルケースになりうる地域である。

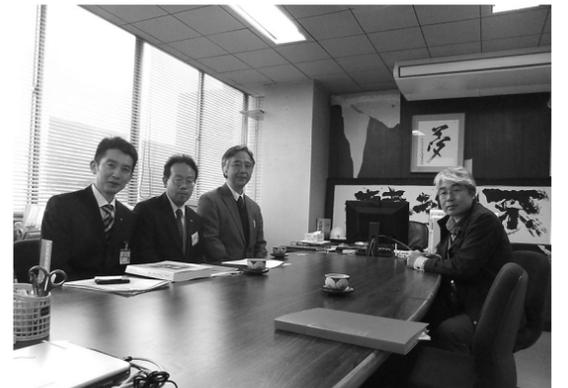
#### □まとめ

福島県の浜通り地方、中通り地方に対する医療支援を行うならば、看護師の需要に対応することが全地域を通じて望まれていることと言える。

しかし、現実には放射線量の高いところや風評被害の地域があり、キメの細かい対応が必要である。

そのほか、地元医療人から情報をえて、具体的な対応を行うよう政府に求めていくことが後方支援になると思われる。

根本的な解決は除染であろうが、現実的には膨大すぎて想像すらできない。では、放射線量が減少するのを待つしかないのか。放射線障害に敏感な若い世代に帰還を促すことは無責任であろう。この時代を作ってきた40代以降世代の献身的な対応が必要なのかもしれない。



▲猪口常任理事(右)は福島県の被災病院を視察した

## 20km圏内の民間病院が孤立。閉鎖の危機

### □訪問先医療機関等の声から(要旨)

#### A病院(民間病院)

仮設住宅の患者は被災証明書を持参すれば医療費は無償ということもあり、患者数は増え、病院はオーバーフローしている。この状況の中で福島医大からの医師のサポートはなく、政治的な理由で南相馬市立病院に派遣されている。医師・看護師の派遣については、1年くらいの派遣期間であれば歓迎である。

#### B病院(民間病院=精神科)

鬱やPTSDの患者が増えている。震災後、作業療法士は減少した。また、原発の影響で、仙台や郡山の作業療法士専門学校卒業生をいわき市には推薦できないと言われる。風評被害を払拭するキャンペーンをしてほしい。

#### C病院(民間病院)

震災前は320床の体制であったが185床となった。看護師とともに技術スタッフが減少した。震災前は7対1を確保できていたが、今後は10対1とする予定だ。減少理由は放射線への不安による離職である。

やはり看護職が欲しい、派遣期間については、1週間単位では慣れたところに現場から離れてしまい、あまり意味がない。

#### E病院(民間病院)

震災で近隣の総合病院などの診療能力が低下したため、自院の患者数は増えた。この辺りは0.7~0.8  $\mu$ Sv/hrである。1年は我慢できたが一向に改善されないため、看護師は家族に説得され、職場からの離脱が続いている。

除染は郡山市が対応しているが十分ではない。放射線量のレベルを下げな

いと看護師の県外流出は止まらない。行政(県)にしても、先が見えないことから賠償問題だけが先んじており、目前の復興の取組みが遅れている。地元ではなすべき案が浮かんでこない。

#### 福島県病院協会(全日病福島県支部)

福島原発から20km圏内にある民間病院が孤立している。6月までもつかどうか分からないところが4病院ある。現状を訴えても国や県は動かない。また、国が復興基金を配分しているが、県外流出した看護師が戻ってくる場合はその基金を充てられるが、そうでない場合は、基金が充てられないというのが実情だ。

#### E病院(公立病院)

住民は戻っていない。ゼロリスクを求める人は絶対に戻ってこない。医師、看護師は不足し、レントゲン技師は呼出し体制である。230床あったが現在は140床体制で、実態はケアミックス状態である。患者の受け皿がないので新規患者を受入れることができないが、これは看護師不足が最大の原因である。看護師の人件費を国が補助して欲しい。また、復興特区として、海外

の看護師を派遣してほしい。

#### 福島県医師会

看護師は不足しており、県内でコミットし合うことが大事である。看護師は最低でも3ヵ月はいてほしいが、現在は2週間や1ヵ月の短期希望の看護師が多い。また、看護師は生活水準が高いところを望んでいるという実態がある。

#### F病院(民間病院)

199床のところ、現在は93床しか再開できていない。震災時に、警察、自衛隊が90人の療養患者を県外に移送してくれたが、その後の対応はない。移住者に東電から1人月10万円が支給されていることが、元の病院に戻らない理由の1つだ。

放射能汚染の下で医療に従事しているのであるから、危険手当を出してほしい。野田総理が視察に来たときに、診療報酬でへき地加算のような対応を要望したが、その後、厚労省から補助金で解決するとの回答があった。しかし、補助金は課税されるため意味がない。

### 一冊の本 book review

#### 『医療防衛 なぜ日本医師会は闘うのか』

今村 聡・海堂 尊 共著 発行 ● 角川書店定価 ● 800円(税込)

日本医師会の副会長に、医療ジャーナリストとその友人の医学部5年生が質問で迫っていくというスタイルの本書は、複雑な「医療とお金」の問題を素人にも分かりやすく解きほぐしてくれる。医療の財源として考えられている消費税が、一方で医療の持続性を危うくするというパラドックス。本書は、医療と消費税について、国民を巻き込んだ議論のきっかけとなるだろう。



亜急性期病床

# 中小病院における医療提供と医療費の実態調査を企図

医療保険・診療報酬委員会 調査結果から地域一般病棟の機能をあらためて深化・明確化

医療保険・診療報酬委員会(猪口雄二委員長)は5月18日の会合で地域一般病棟に関する実態調査を行なう方針を確認、調査設計等の準備に着手した。

地域一般病棟は、四病協が2001年9月にまとめた報告書(今後の高齢者医療のあり方について)において「急性期治療を行う医療機関」の1類型として初めて提起され、02年7月に四病協がとりまとめた提言(医療提供体制のあるべき姿)で、あらためて医療法上の一般病床として提案された。

こうした提起を受け、全日病は02年9月に機関決定した「病院のあり方に関する報告書(2002年版)」で、地域一般病棟の機能を「リハ機能、ケアマネ機能、急性期病棟からの受け入れ、在宅医療の後方支援等を行い、比較的軽症の急性期医療にも対応可能な病棟である」と深化させ、「各地域の中小規模病院が参加することで、高齢者中心に利用者の必要度に合った医療提供が可能となる」と、その担い手に中小病院を想定した。

地域一般病棟の提言によって急性期医療の受け皿となる亜急性期病床に対する関心と理解が高まった結果、04年4月の診療報酬改定で亜急性期入院医

療管理料が実現した。しかし、亜急性期入院医療管理料は主にポストアキュートの患者を受け入れる病床として運営されている。

亜急性期入院医療管理料は、今回改定で、回復期リハ病棟入院料との統合こそ見送られたものの、さらにその機能が狭められた。

その一方、「社会保障・税一体改革」の2025年モデルにおいて、「亜急性期・回復期」は一般病床からDPC病床を控除した病床枠として描かれており、その展望も定かではない。

加えて「地域に密着した病床」や「地域一般病床」という病床イメージが示されたが、その定義が明確でない中、地域一般病棟と混同して受け取っている向きも少なくない。

こうした現状を踏まえ、一体改革に沿った医療提供体制の制度変更が行なわれようとする中、中小病院における医療提供の実態をあらためて捕捉した上で、選択肢たりえる地域一般病棟の概念と機能を再度明確にするために、医療保険・診療報酬委員会は亜急性期病床の実態調査を行なうことにした。

同日の議論には産業医科大学医学部の松田晋哉教授(DPC評価分科会長代



理)と東邦大学医学部長谷川友紀教授も参加、亜急性期病床調査の実施方法等について助言を行なった。

長谷川教授は「厚労省は“地域に密着した病床”を過疎地に限定して導入したが、そうした病床は都市部にも必要だ。急性期は今後も早期退院を促し続けるが、増加をたどる高齢者の複合病状が増えていくため、急性期を終えた患者を受け入れる病床はさらに必要になる」と指摘、亜急性期病床の実態を明確にするために精緻な調査が必要であると述べた。

松田教授も「地域一般病床的な病床は都会にも地方にも必要だ。在宅高齢患者の医療ニーズに応じる上で、ここ

を拠点に地域にネットワークが構築されなければならない。このネットワーク機能は入院基本料の加算として評価されてよい」と強調するなど、亜急性期病床が機能しなければ急性期は成り立たないという認識を示した。

全日病は04年に亜急性期に関する実態調査を行なっているが、今回は、都市部、都市近郊、地方といった地域要素とともにDPCなど支払面からも調査対象を類型化、さらに、電子レセプトのデータを得ることによって亜急性期にかかわる診療行為と医療費の詳細分析を行ない、DPC病院との関係性を含めた中小病院の実態と展望を明らかにする方向で調査設計を進める方針だ。

## 2012年度第1回常任理事会の抄録 4月21日

### 【主な協議事項】

#### ●2011年度事業実績報告

「2011年度事業実績報告書案」および「2011年度事業報告書案」が承認を得た。

#### ●公益法人の定款・定款施行細則等

本会が移行を予定している公益社団法人の定款案、定款施行細則案、会費取り扱い規程案および役員の報酬等に関する規程案がいずれも承認を得た。

#### ●新たな評価項目「一般病院1版」の検討結果

新たな評価項目(機能種別版・一般病院1版)の検討結果が提示され、日本医療機能評価機構に提出するとして承認を得た。

#### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。  
北海道 札幌道都病院 理事長 秦 史壯  
東京都 日扇会第一病院 理事長 八辻行信  
神奈川県 海老名総合病院 院長 内山喜一郎  
神奈川県 ハートフル川崎病院 理事長 横川 秀男  
石川県 千木病院 院長 興村哲郎  
三重県 花の丘病院 理事長 松本隆史  
大阪府 向山病院 理事長 多田正知  
兵庫県 西宮敬愛会病院 理事長 大塚久喜  
広島県 府中市民病院 理事長 多田敦彦  
広島県 府中北市民病院 理事長 多田敦彦  
山口県 下関市立豊浦病院 院長 上領頼啓  
福岡県 田川新生病院 院長 光永吉宏  
福岡県 東筑病院 理事長 早川知宏  
ほかに7人が退会した結果、在籍会員数は2,354人となった。

### 【主な報告事項】

#### ●「終末期の対応と看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」報告書

2011年度老人保健健康増進等事業「終末期の対応と看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」報告が報告された。

#### ●2011年度会費免除会員にかかわる支部還付金について

支部還付金について、2011年度会費を免除した東日本大震災被災会員に関しては、義援金より相当額を手当てすることによって当該支部に交付する方針であるとの報告があった。

#### ●電気料金値上げに関する緊急要望等について

四病協として、東京電力の電気料金値上げ方針の撤回を求める緊急要望書を3月21日付で民主党(興石幹事長)に提出した

こと、併せて、東電管下の会員病院を対象に四病協が3月に行なった東電との契約等実態に関するアンケート調査結果の報告があった。

#### ●HOSPEXJapan2012における全日病主催プログラムについて

11月に東京で開催される「HOSPEX Japan2012」で全日病が主催するプログラム枠について報告があった。

#### ●委員会・特別委員の追加

医療制度・税制委員会に特別委員として川原丈貴氏(公認会計士)が加わった旨の報告があった。

#### ●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)

2012年3月2日付で以下の20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 函館脳神経外科病院 更新
  - 北海道 北見病院 更新
  - 北海道 函館中央病院 更新
  - 北海道 札幌山鼻病院 新規
  - 岩手県 盛岡友愛病院 更新
  - 茨城県 総合守谷第一病院 更新
  - 埼玉県 さいたま記念病院 更新
  - 千葉県 柏厚生総合病院 新規
  - 東京都 有明病院 更新
  - 京都府 千春会病院 更新
  - 徳島県 水の都記念病院 更新
  - 愛媛県 財団法人積善会付属十全総合病院 更新
- ◎精神科病院
  - 福岡県 聖ルチア病院 更新
- ◎療養病院
  - 東京都 三愛病院 更新
  - 兵庫県 西宮協立リハビリテーション病院 更新
- ◎複合病院
  - 北海道 協立病院 更新
  - 栃木県 藤井脳神経外科病院 更新
  - 三重県 ヨナハ総合病院 新規
  - 広島県 山陽病院 更新
  - 山口県 阿知須共立病院 更新

3月2日現在の認定病院は2,437。そのうち、本会会員は914病院となった。



## 2012年度第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月19日

### 【主な協議事項】

#### ●2011年度事業実績報告

「2011年度事業実績報告書案」および「2011年度事業報告書案」が承認を得た。

#### ●2011年度決算報告

2011年度決算報告(案)が承認を得た。2011年度決算書には、収支計算、正味財産増減計算、貸借対照表、財産目録のそれぞれに支部と全日本病院学会の財務内容が計上されたとの報告があった。

#### ●公益法人の定款及び定款施行細則等

本会が移行を予定している公益社団法人の定款案、定款施行細則案、会費取り扱い規程案および役員の報酬等に関する規程案がいずれも承認を得た。

#### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の入会が承認された。  
北海道 札幌南病院 理事長 小笠原篤夫  
北海道 帯広病院 院長 及能健一  
茨城県 勝田病院 理事長 直江哲郎  
埼玉県 埼玉協同病院 院長 増田 剛  
千葉県 玄々堂君津病院 理事長 永島嘉嗣  
京都府 京都ルネス病院 理事長 富士原正人  
京都府 向日回生病院 理事長 近藤誠隆  
山口県 鹿野博愛病院 理事長 齋藤 淳  
ほかに2人が退会した結果、在籍会員数は2,360人となった。

以下の賛助会員入会が承認された。桂ヶ丘クリニック(北海道、代表者・橋本政明理事長)

東京ダイヤルクリニック(東京都、代表者・草野敏臣理事長)

浜松町ハマサイトクリニック(東京都、代表者・草野敏臣理事長)

賛助会員数は105人(団体)となった。

#### ●人間ドック実施指定施設の承認

人間ドック実施施設として以下の指定が承認された。

- 日帰り人間ドック
  - 愛知県 富田病院
- 日帰り人間ドック実施指定は482施設となった。

### 【主な報告事項】

#### ●福島県会員病院の視察報告

福島原発災害下にある福島県会員病院の視察結果について報告があった。

#### ●病院機能評価事業に対する提言について

5月の日本医療機能評価機構・評価事業運営委員会の決定内容について報告があった。また、第1回常任理事会で示された病院機能評価事業に対する批判と病院機能評

価委員会における評価事業見直しに向けた提言を検討するという課題について、病院機能評価委員会で検討した結果の対応方針について説明があった。

#### ●電気料金値上げに反対する取り組みについて

東京電力の電気料金値上げに対する反対活動として、東京都病院協会が進めている取り組みの現状について報告があった。

#### ●支部長の交代

栃木県支部長が比企達男氏から藤井卓氏(藤井脳神経外科病院理事長)に交代した旨の報告があった。

#### ●「2011年病院における地球温暖化対策自主行動計画フォローアップ報告」

「病院における地球温暖化対策自主行動計画」に基づく2010年4月～11年3月の数値目標達成度や温暖化対策の取組状況などに関するフォローアップ調査の結果が報告された。

#### ●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)

4月6日付で以下の19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 新さっぽろ神経外科病院 更新
  - 北海道 小笠原クリニック札幌病院 更新
  - 千葉県 千葉市立海浜病院 更新
  - 東京都 柳原病院 更新
  - 京都府 京都武田病院 更新
  - 福岡県 村上華林堂病院 更新
- ◎精神科病院
  - 青森県 さくら病院 更新
  - 石川県 松原病院 更新
- ◎療養病院
  - 神奈川県 湘南ホスピタル 更新
  - 佐賀県 順天堂病院 更新
  - 鹿児島県 加治木温泉病院 更新
- ◎複合病院
  - 東京都 森本病院 更新
  - 神奈川 湘南中央病院 更新
  - 神奈川県 相模台病院 更新
  - 島根県 安来第一病院 新規
  - 福岡県 栄光病院 更新
  - 福岡県 戸畑けんわ病院 新規
  - 福岡県 共立病院 新規
  - 宮崎県 潤和会記念病院 更新
- ◎付加機能(リハビリテーション機能)
  - 東京都 初台リハビリテーション病院 新規
  - 島根県 安来第一病院 新規

4月6日現在の認定病院は2,438。そのうち、本会会員は923病院となった。

# 全日病学会 9月21日、22日に横浜市みなとみらいで開催

第54回全日本病院学会 in 神奈川 「地域医療の最前線」がメインテーマ。一般演題登録すでに600件を超える

全日本病院協会が主催する第54回全日本病院学会が神奈川県支部(赤枝雄一支部長)の担当で9月21日、22日に横浜市みなとみらいで開催される。1997年第39回以来15年ぶりの横浜開催である。

「第54回全日本病院学会 in 神奈川」が掲げるテーマは『「地域医療の最前線」～みなとみらいから未来へ～』。メインテーマの『地域医療の最前線』には疲弊した地域医療を再建を担う一般病院が取り組む医療連携の自覚が、サブテーマの「みなとみらいから未来へ」には「開催地から被災地の皆様方と共

に明るい未来への思い」(赤枝学会長)が込められている。

第53回の沖縄学会には全国から延1,700人が参加、一般演題も513題にのぼった。

会員数が2,360人を超えた全日本病院協会の学会は、横浜という絶好の好立地を得て、昨年を上回る参加者、演題数を記録するものと期待されている。神奈川学会に対する演題登録もすでに600件に達している。

会場(パシフィコ横浜)

がたたずむ、横浜港に臨む横浜みなとみらいは、年間5,900万人(2011年)が訪れる、21世紀を代表する未来都市である。その横浜みなとみらいを、第54回全日本病院学会は、少子高齢化社会における地域医療のあり方を問ひ、情報発信する場にしようとしている。

「第54回全日本病院学会 in 神奈川」の概要と準備状況を報告する。



## 横浜みなとみらいの WHO'S WHO

### ★横浜ランドマークタワー



70階建(高さ296m)の横浜ランドマークタワー。

### ★ドックヤードガーデン

イベントスペースやオープンテラスとして利用されているドックヤードガーデンは、日本に現存する最古の石造りドックヤードであった旧・横浜船渠(のちの三菱重工横浜造船所)第2号ドック(明治29年竣工)を復元・保存したもの。第1号ドックは国の重要文化財に指定されている。

### ★帆船日本丸



1930年に進水した文部省の航海練習帆船。国の重要文化財に指定されているが、展示施設として入場できる。すべての帆を広げる総帆展帆が年に12回実施されている。

### ★運河パーク

運河沿いに整備されている公園で、運河越しに自動車道(鉄道廃線跡を利用した遊歩道)が眺められる。ここからビル群の夜景が楽しめる。

### ★横浜赤レンガ倉庫(赤レンガパーク)

明治・大正時代に建設された歴史的建築物。現在は文化施設や商業施設として使われている。付近一帯は広場と公園を備える赤レンガパークとして整備されている。

### ★横浜ベイブリッジ

1989年9月27日に開通した長さ860mの斜張橋(吊り橋)。

### ★パシフィコ横浜

世界最大級の国際会議場、展示ホール、ホテル(ヨコハマ グランド インターコンチネンタルホテル)からなるコンベンションセンター「横浜国際平和会議場」。通称は「パシフィコ横浜」。2010年にアジア太平洋経済協力首脳会議(APEC)が開催された。

### ★よこはまコスモワールド

世界最大の時計型大観覧車「コスモクロック21」が人気のテーマパーク(遊園地)。入園料は無料、アトラクションはチケット購入が必要。

## 第54回全日本病院学会 in 神奈川

テーマ 「地域医療の最前線」～みなとみらいから未来へ～  
 学会長 赤枝雄一(全日本病院協会神奈川支部長)  
 期日 9月21日(金)～22日(土)  
 会場 神奈川県横浜市西区みなとみらい パシフィコ横浜

## 主なプログラム (依頼中を含む現時点の予定講師であり、今後変更されることがある)

シンポジウム(テーマ) / 消費税、神奈川県「マイカルテ」プロジェクト ほか  
 特別講演 / 日本医師会、厚生労働省、高橋泰国際医療福祉大学教授、松田晋哉産業医科大学医学部教授  
 招待講演 / プロスキーヤー三浦雄一郎氏、ハンブルグ大学堂元又巖教授、救急ヘリ病院ネットワーク 國松孝次理事長、徳島大学病院安井夏生病院長 ほか  
 委員会企画 / 病院のあり方委員会、医療の質向上委員会、医療従事者委員会  
 ランチョンセミナー / 14講座(2日間)

### ■演題応募

演題応募の締め切りは6月8日(金)正午。演題カテゴリーは27。応募方法等詳しくは全日本病院学会ホームページ(全日病HPのトップページから入れる)を参照。

### ■事前参加登録

事前参加登録はオンライン登録にて受付中。事前登録の締め切りは7月20日(金)。

### ■参加費(参加費には抄録集が含まれる)

	全日病会員の皆様		一般・学生の皆様	
	理事長・院長	左記以外の方	一般	学生
事前登録	30,000円	10,000円	12,000円	当日のみ
当日登録	35,000円	12,000円	15,000円	3,000円

\*懇親会参加費 事前登録 3,000円、当日登録 4,000円

## 第54回全日本病院学会 in 神奈川運営事務局

〒101-8449 東京都千代田区猿樂町1-5-18 千代田ビル  
 株式会社ICSコンベンションデザイン内  
 TEL 03-3219-3541 FAX 03-3219-3577  
 E-mail : ajha54kanagawa@ics-inc.co.jp



## 利用目的範囲超えても善意の情報取得には免責を提案

### 意図的な情報漏えい等は罰則を強化

医療・介護等における個人情報の保護強化を図るとともに当該情報を活用する基盤を包括的に整える特別法に向けた議論を行なっている合同会議の5月24日の会合に、厚生労働省は、情報を漏えいした場合の罰則を現行個人情報保護法等より強化することを、論点として提案した。

他方で、医療を提供するために情報を取得した場合などには罰則を免除するという考えも俎上にあげられた。

罰則強化の対象となる行為としては、意図的な情報漏えい、明示された目的の範囲を超えた情報取得、情報の目的外利用、不正利得を得るための第三者への情報提供などが例示された。

その一方で、必要な情報の活用に医師等が萎縮することがないように、利用目的範囲を超えて情報を取得した場合でも、医療提供のための善意あるいは学術研究のための情報取得については免責するという案も論点として示された。

## 10対1経過措置は6月末まで。新たな届出が必要

厚生労働省は5月25日付事務連絡を各地方厚生(支)局に送付、2012年度診療報酬改定によって看護必要度等測定・

評価の実施が要件となった10対1入院基本料届出の経過措置が6月30日で終わるため、7月1日以降引き続き10対1

を算定する保険医療機関(3月31日時点で一般病棟看護必要度評価加算または急性期看護補助体制加算の届出を行っているところを除く)は施設基準の届

出を行なう必要があるとして、管内の医療機関に周知徹底するよう協力を要請した。

## 病院事務長研修コースが開講

全日病の「2012年度第11回病院事務長研修コース」が5月12日に東京都内で開講、47名が受講した。来年1月までの8単位(各単位2～3日)を履修、自院の経営健全化計画を作成して理事長・院長に経営戦略を提言することが達成目標となっている。

プログラムの全課程を修了、かつ、所定の基準を満たした受講者には全日本病院協会が認定する病院管理士の資格が付与される。現

在まで377名が登録されており、全日病学会やフォローアップ研修などの継続研修に熱心に参加している。

