



全日病 21世紀の医療を考える全日病 2012 NEWS 7/15

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 清話会ビル
 TEL (03)3234-5165
 FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.782 2012/7/15 <http://www.ajha.or.jp/> [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

専門医制度に「医師偏在是正の仕組み」を導入

専門医の在り方に関する検討会 専門医制度中間報告で大筋合意。2013年度に第三者認定機関を設立か



厚労省に設けられている「専門医の在り方に関する検討会」は中間まとめに向けた議論の最終局面を迎えている。7月6日の会合で制度設計の基本骨格となる中間まとめ案の大筋が固まった。

中間まとめ案では、(1)若い医師を対象に専門医制度を設計、既に専門医を取得している医師については別途の対応を図る、(2)専門医の認定は中立的な第三者機関が行なう、(3)18の診療領域を専門医制度の基本領域とし、その上でサブスペシャリティの専門医を取得するという2段階の仕組みとする、(4)総合的診療能力を有する医師の認定は専門医の1つとして基本領域に加える、(5)専門医資格は更新制とする、(6)専門医制度に地域偏在・診療科偏在是正の具体的な仕組みを導入する、などが提言される見通しだ。

事務局(医政局医事課医師臨床研修推進室)は、次回8月3日の検討会で中間報告をまとめるとしている。合意を見た論点中心にまとめて2013年度予算概算要求に反映させるとともに秋以降の各論議論につなげ、13年度内に第三者機関を立ち上げたいとしている。

専門医の基本的な仕組みがほぼまとまった。検討会のメンバーには日本専門医制評価・認定機構の池田康夫理事長が参加、積極的に発言して議論を引っ張ってきたが、専門医制度の大筋は同機構が構想してきた方向とほぼ一致している。

ただし、更新に関して、小森構成員(小森耳鼻咽喉科医院院長・日医常任理事)は日医の生涯教育制度受講を要件とするよう強く求めた。これに対して、複数の構成員から異論が示されたが、小森構成員は倫理や医療安全などの一部受講でもよいと譲歩しつつも主張を続け、高久座長(日本医学会長)も肯定的な姿勢を示している。

新たな専門医制度の議論は、第三者機関による認定、したがって専門医の認定基準や専門医養成プログラム作成を統一する方向に向っていることに特徴があるが、これに加えて、専門医養

成・認定の仕組みを医師不足や地域・診療科偏在の是正につなげる方向で合意が形成されている点も特徴の1つだ。

中間まとめ案にも各所にそうした見解が示されているが、事務局は同日の検討会に「地域医療の安定的確保について(たたき台)」と題したペーパー(別掲)を提示。①専門医研修を複数の医療機関(教育病院群)で担う、②病院の受入定員を研修プログラムごとに設定する、③全国レベル・都道府県レベルで各診療領域の専門医養成数を管理・調整、④一定期間、地域の協力病院で専門医研修を行なうシステムを構築、専門医養成の過程に地域間・診療科間偏在の解消につながる調整機能をビルトインする、という案を示した。

事務局は、中間まとめに際して、前出案で合意が得られない場合も、「たたき台」を参考資料として添付、その後の具体的な検討に供する方針だ。

「総合診療能力を有する医師の認定」で意見が分かれる

総合診療能力を有する医師の認定に関しては、その性格づけ、位置づけ、名称という点で、合意にはいたっていない。

名称については「総合医」と「総合診療医」の2案があがっているが、それ以上に意見が分かれているのは、総合という概念をプライマリーケア(初期診療)

の領域でとらえるのか、あるいは幅広い診療能力という意味から専門診療の領域にも求めるのかという点で各構成員で意見が錯綜している。

これに加えて、初期診療に位置づける場合でも、主に地域医療の視点から定義するのか、病院医療にその役割を求めるのかという点で見解が微妙に異なっている。

地域医療の面から総合診療能力の必要性を提唱する構成員は「かかりつけ医」という名称を提案、「かかりつけ医を総合医とし、学会が認定するものは総合診療医にするというのが日医内部での定義である」(高杉博愛クリニック院長・日医常任理事)と主張する。

これに対して、高久座長は「病院の総合診療科の医師が総合診療医であるべきで、総合医というのは介護とか産業医などより幅広い概念ではないか」という認識を示した。

その一方、福井構成員(聖路加国際病院院長)は「社会的アプローチという側面が重視されるのが総合医だ。将来的には病院総合医と院外の総合医、

最短で2018年度に新たな専門医が誕生か

事務局の考えでは新たな専門医認定にいたる道のりは最短で6年、3年の研修期間を挟み、2018年度に新制度下の専門医誕生が可能としている。

そのスケジュール案によると、13年度に第三者機関を設立(各領域の基準作

つまり家庭医とに分化していくことだろう」と、主に病院を想定した医師のイメージを語った。

こうした意見とは別に、「総合能力は専門医にも求められている。ただし、それと基本診療領域に位置づけられる総合診療能力とは違う。その書き分けを明確にしてほしい」と、専門診断能力が期待される各領域専門医に全人的アプローチを求める意見が交錯するなど、意見集約が難しい状況にある。

こうした中、池田構成員は、「日本専門医制評価・認定機構では7月から専門性をもった総合診療能力医の議論を開始した。9月には一定の結論を示せる」と発言、議論の継続を提案した。

事務局は、制度骨子を整理する中間まとめは合意事項を中心に成文化し、合意にいたらないところは両論併記で臨む考えだ。

総合診療能力をもつ医師養成についての合意形成は容易ではない。それだけに日程を切った議論ではなく、医療界全体が参加した議論の深まりが期待されるところだ。

成・研修プログラムの認定)、14年度に定員設定、専門医研修プログラム希望者の募集開始・試験等を実施、15年度に第1期専門医研修を開始、3年後の18年度に第1期専門医の認定、という道筋が考えられている。

医療機関の部門別収支調査 8年間の成果を踏まえ調査方法の検証へ

医療機関のコスト調査分科会 2011年度調査報告まとまる。検証作業と並行して12年度調査を実施

診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会が7月4日に1年ぶりに開かれ、2011年度医療機関の部門別収支調査報告書案を了承した。報告書案は中医協総会に諮られる。

11年度調査は2,899病院に協力を依頼、応諾した361病院で調査を実施したが、すべての調査票提出が得られたのは181病院、そのうちDPC以外は23病院であった。

10年度調査の集計対象は187病院、そのうちDPC以外は9病院と、11年度調査でDPC以外病院の増加が目立ったが、最終集計にいたった病院数は前年より減少した。

361病院から181病院へと減ったのは、医師勤務プレ調査(82病院が辞退)と部門設定調査(52病院が辞退)の2工程が主たる理由。

「医師勤務プレ調査」は、最終段階で行なう「医師勤務調査」の作業負担軽減を目的に行なわれるもので、診療科別の医師勤務時間捕捉が中心。

勤務時間内の勤務内容割り振り、非常勤医師の勤務時間把握などを行ない医師一覧表を作成するのだが、医師の単位行動別把握と勤務時間に該当するか否かの精査などに各病院が悩み、毎回集計病院数が減少する原因となっている。

各病院の診療科や部署を調査書所定の入院、外来、中央診療、補助・管理の各部門に対応させる「部門設定調査」も作業の事務負担が大きいといわれている。

こうして得られた11年度のレセプト診療科別収支は、入院では、全12科のうち内科、循環器科、皮膚科、産婦人科の4科が赤字、外来は全科で赤字となった。入院外来合わせた収支は、外科、脳神経外科、泌尿器科が黒字、他の診療科は軒並み赤字という結果となった。

診療科群別収支では、入院は内科群、精神科群、産婦人科群、皮膚科群、麻酔科群の4領域のみが赤字であったが、

外来はすべての診療科群で赤字を計上。麻酔科群の外来は132%もの赤字であった。

こうした結果に対して、事務局(厚

改定資料へ、検証を踏まえた引き続き開発が課題

11年度調査結果に対して、石井委員(公認会計士)はDPC以外の中小病院の参加が増えなければ目的を達しないと指摘。

さらに、麻酔科群の異常な赤字などを例にあげ、「調査の集計方法と手法が適切であるのか、一度検証してはどうか」と提起した。

「調査設計に戻って検証する必要がある」など、他の委員からも同様の指摘がなされた。

こうした意見を受け、事務局は、12年度調査を今秋実施するとともに、現行の部門別収支調査方法を検証する作業に着手する方針を表明した。

診療所に対して病院は診療科別の収支が把握されていないことを1つの契

労省保険局医療課)は、回答病院数が少ないことなどを理由に、診療報酬改定の資料には使わず、参考にとどめるとしている。

機に、「医療機関の部門別収支調査」は03年度から実施されてきた。

それは、収支結果を得ることよりも、正確な部門別収支の調査方法を確立することが目的であった。

09年7月の基本問題小委は、08年度までの調査結果を踏まえ、現行の調査手法を「精度が高い」と評価したが、調査病院を増やすための簡素化など、部門別収支調査は、いぜん課題を残している。

今回の分科会の意見は、将来的に診療報酬改定の基礎資料とすることを目指すにはさらなる改善が必要であるという見地から、新たな検証を踏まえた、引き続き開発作業を提起するものとなった。

厚労省 包括的指示と個別的指示との関係性について定義を示す

看護業務検討ワーキンググループ ひとつひとつの行為ごとに医師の指示を仰ぐのが「個別的指示」?

特定能力認証看護師の制度設計を進める「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」の6月27日の会合に、事務局(厚労省医政局看護課)は、2011年度の養成調査試行事業および業務試行事業の各実施状況について最終報告を示した。

特定看護師(仮称)を養成する試行事業に参加したのは修士課程が7大学院(11課程)、大学院以外の研修課程は1研修機関(3課程=すべて日本看護協会看護研修学校)。予定を含む修了者は修士課程が41人、研修課程は17人。修士11課程のうち、3課程は修了者がゼロであった。

2年間で所定のカリキュラムを履修する修士課程の修了評価として医学部と同様のOSCEを採用しているのは2課程、OSCE以外の技術チェックは5課程に過ぎない。修士論文と思われる「課題研究」を課したのは3課程と少なく、多くは筆記試験(8課程)、レポート(7課程)、口頭試問(7課程=以上、重複を含む)と、比較的簡易な卒業認定にとどまっている。

卒業認定の評価に医師が関与しているのは8課程。残りの3課程は看護教員のみによる評価と、試行事業とはいえ、安直な養成体制が読みとれる結果となった。

こうした現状に、神野正博構成員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)は「大学院は研究が目的のはず。このような時間数のカリキュラムをこなす大学院は修士論文を課しているのか」と質した。「把握していない」という事務局答弁に、「職業訓練大学院に

なってしまうのではないかと危惧する」と懸念を示した。

事務局が作成した2年課程のカリキュラム案をみた前原構成員(防衛医大教授)も、「これだけきついカリキュラムでは修士論文は無理だ」と認証看護師養成に偏しかねない修士課程のあり方に不安をのぞかせた。

事務局はカリキュラム案に関する新たな論点案を提示、議論を求めた。認証看護師養成のカリキュラム案は、大学院の2年課程と大学院以外の8ヵ月課程(事務局は最近「8ヵ月程度」としている)に分かれる。

2年課程は、急性期やハイリスク状態の患者に対応する「クリティカル領域」と慢性疾患の患者に対応する「慢性期領域」に分かれ、8ヵ月課程は「救急領域」「皮膚・排泄ケア領域」「感染管理領域」の3領域からなる。

この2年課程に関して、事務局はカリキュラムの共通化を提案している。2年課程で医行為分類案に盛り込まれたうちの21項目の習得が期待されているが、そのうちの15項目が共通するというのが理由だ。

これに対して、8ヵ月課程は共通部分を踏まえつつ、各領域独自のカリキュラムが考えられている。

構成員からは「2年間で医行為分類案(203項目以上)をカバーするのは難しい」と、事務局案を案じる声があがった。医行為分類作業の中心的役割をはたした前原構成員は「慢性期とクリティカルには共通する部分もあるが、一緒にするのは無理がある」という認識を示した。

業務独占でない診療補助行為は「医行為ではない」

事務局は、203項目に関する医行為分類案について医行為名に分割・統合を加えた修正案を示した上で、203項目以外に追加する5項目の分類案を提示した。

5項目は調査試行事業の10年度と11年度修了生が業務試行事業で実施した行為から抽出したもので、「熱傷の壊死組織のデブリードマン(分類評価はB1)」「腐骨除去(B1)」「エスマルヒ、タニケットによる止血処置の実施(C)」「血管結紮による止血(B1またはB2)」「抗けいれん剤(成人)の選択・使用(B2)」からなる。

事務局は、203項目に含まれない診療補助行為について、さらなる追加を検討するとしている。

事務局は、また、医行為分類案に寄せられた構成員からの疑問に対する回答を示す中で、「E(医行為ではない)と分類された行為は看護師の業務であることからC(一般の医行為)に分類されてしかるべきではない」という意見

を取り上げ、「医療関係職種の業務における行為の類型について」とする考え方を提示した。

- その考え方は、
- (1) 医師を含む医療関係職種の業務は3つの行為類型からなる。
 - (2) その1つは「法令上、医行為(診療の補助)として業務独占の対象とされる行為」であり、これは分類の上でA~C(またはDの一部)とした。
 - (3) 2つ目は「法令上、医行為(診療の補助)としての業務独占はないが、専門的な教育を受けた者でなければ実施が困難な行為」であり、これはEに該当する。具体的には「患者に対する医行為の実施等につなぐ行為」または「患者に対する医行為と患者の療養生活の間に位置づけられる行為」である。これらは専門的教育が必要であることから、養成カリキュラムに盛り込む必要がある。
 - (4) 3つ目は「法令上、業務独占とはされ



ておらず、また、専門的な教育を受けていなくても実施可能な行為」である。これもEに該当するが、当該行為は分類対象にはない。

(5) Eと分類された行為に対して「Cに分類されるのではないかと」の指摘があった多くは(3)のEに位置づけられる。

この事務局見解は、看護師による診療補助として業務独占でない行為はE(医行為ではない)に位置づけられるというもの。

これとの関係で、事務局は、医行為分類案におけるEの評価と齟齬があるのではないかと構成員からの疑問が相次いだ。コメディカルの診療補助行為範囲の拡大を認めた2010年4月30日付医政局長通知の内容を、以下のように整理してみた。

- (1) 薬剤師を例にとると、通知では、①薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて医師等と協働して実施する、②薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について医師に処方提案する、③薬物療

法を受けている患者に薬学的管理(副作用の状況の把握、服薬指導等)を行なう、④定期的に副作用発現状況の確認等を行なうために処方内容を分割して調剤することがあげられ、このうち①~③について今回の分類ではEとされた。

(2) これは、前出資料「医療関係職種の業務における行為の類型(案)」によると、「法令上、医行為(診療の補助)としての業務独占はないが、専門的な教育を受けた者でなければ実施が困難な行為」となり、Eに該当するものではあるが、薬剤師であっても実施できる行為と整理できる。

この事務局説明によると、「業務独占はないが専門的な教育を受けた者でなければ実施が困難な行為」は「医行為の実施等につなぐ行為」または「医行為と患者の療養生活の間に位置付けられる行為」とされ、事実上、医行為性が否定される。すなわち、薬剤師による処方提案は診療補助行為ではあるが医行為ではないという、はなはだ心もとない結論が導かれることになる。

個別的指示のイメージに神野副会長が反論

事務局は、さらに、医師による包括的指示と個別的指示との関係についても事務局の考えを明らかにした。

それによると、「指示が成立する前提条件」は、①対応可能な患者の範囲が明確であること、②対応可能な病態の変化が明確であること、③指示を受ける看護師が理解しえる程度の指示内容が示されていること、④対応可能な範囲を逸脱した場合に、早急に医師から指示が受けられる体制が整えられていること、からなる。

その上で、包括的指示とは「看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、医師が患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為について一括した指示」であり、具体的指示とは「医行為を実施する際に伴う様々な判断について、看護師が裁量的に行う必要がないよう、できるだけ詳細な内容をもって行われる指示」である、と定義される。

この説明で、事務局は「発熱時の指示(座剤等の投与・挿肛)」を例示。そ

の中で包括的指示に対する具体的指示のあり方について、看護師と医師との間の頻繁なやりとりの上に成立するというイメージで表わした。

このイメージは、そのとおり実践すると、医師と看護師の業務負担感が倍増すると思われるほど、ひとつひとつの行為ごとに指示を仰ぐものであった。

こうした事務局見解に対して、神野構成員は、「ひとつひとつの行為がこのような具体的指示の下でしかできなくなると、在宅も病院も医療は成り立たなくなる。ここまで具体的な指示がないと一般の看護師は動けないというのであれば、私はこの議論に賛成できない」と厳しく批判した。

事務局は「これは特定行為に係るイメージであり、Cに位置づけられた行為は今までどおりで構わない」と釈明した。しかし、200以上の特定行為に関しては、包括指示でできる認証看護師と個別的指示でないといけない一般看護師とが峻に区別される方向で事態が進んでいることは間違いない。

精神病床

急性期(3ヵ月未満)の医師・看護配置を一般病床と同等に引き上げる

検討会が提言。1年未満も看護3対1を基本に一定割合はPSW等の配置を可能とする

精神病床の機能分化に関する議論を行ってきた厚労省の「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」は6月28日に、急性期患者に対する人員配置を一般病床と同じにすることなどを提言した「今後の方向性に関する意見の整理」を了承した。

これを受け、事務局(厚労省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課)は次期通常国会で精神保健福祉法を改正、その後に医療法施行規則を改正したいとしている。

「今後の方向性に関する意見の整理」の骨子

□人員体制、地域移行の取組など

- 入院3ヵ月未満の患者
 - ・医師と看護職員は一般病床と同等の配置とする
 - ・精神保健福祉士、作業療法士等退院支援に関わる従事者の配置を規定する

●入院3ヵ月～1年未満の患者

- ・医師は現在の精神病床と同等の配置とする
- ・看護職員は3対1を基本とし、その一定割合は精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする

- ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する

●重度かつ慢性な入院患者

- ・「重度かつ慢性」患者の基準を明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする
- ・「重度かつ慢性」患者については、新たな治療やアウトリーチ(訪問支援)などにより地域移行を可能にするモデルを検討する
- ・人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般

病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった

●その他

- ・機能分化は、地域の状況を考慮しつつ段階的に進めていく
- ・機能分化を進みやすくするため、1つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する
- ・新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。「重度かつ慢性」を除き、精神科入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る
- ・機能分化については一定期間ごとに見直していく

介護保険施設 施設ケアマネジメントの現状と課題を報告

介護支援専門員の資質向上とあり方に関する検討会

ケアマネと相談員の機能の別で共通認識。居宅と施設でケアマネの連携が重要



厚労省の「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」は7月9日、介護保険施設のケアマネジャーに関する報告を受け、その現状と課題について意見を交わした。

同検討会は、介護給付費分科会が昨年12月にまとめた審議報告で「ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方に関する議論を進める」と提言したことを受けて3月28日に設置された。①養成カリキュラムや研修体系のあり方、②試験のあり方、③資格のあり方を中心に議論、今年秋をめどに報告をまとめる、としている。

ケアマネとして登録・任用されるには都道府県が実施する「介護支援専門員実務研修」を受講する必要がある、そのために「介護支援専門員実務研修受講試験」に合格しなければならない。

その受験資格として、社会福祉士、介護福祉士、医師、薬剤師、（准）看護師、（管理）栄養士などの法定資格と業務従事分野が指定され、それぞれ5年以上の実務経験が必要とされている。

2011年度の職種別合格者を見ると、介護福祉士60.6%、相談援助や介護等業務従事者10.6%、社会福祉士9.8%と8割以上が福祉分野の出身で、（准）看護師は7.6%に過ぎない。

10年の調査によると、ケアマネは居宅介護支援が約8万人、次いでグループホーム1万4,400人、地域包括支援センター約9,000人、短期入所生活介護約6,000人と、居宅サービス中心に分布している。

その一方、入所者100人に対して常勤のケアマネを1人配置することが義務づけられている介護保険3施設にも2万人近くが従事している（いずれも実数）。

その介護保険3施設に従事するケアマネについて、各事業者団体に所属する構成員が、それぞれの調査結果をもとに実態と課題を報告した。

特養に関して、全国老人福祉施設協議会の榊田氏は専任ケアマネを配置している施設は37.2%、兼務ケアマネを配置している施設は59.8%であると説明、その8割近くが介護福祉士であることを明らかにした。

それらケアマネが担当する入所者数は専任が51.9人（兼務は37.6人）で、月あたり21.9人（15.6人）のケアプラン（施設介護サービス）を作成、いずれも2.4ヵ月に1回ほどケアプランを見直していること、などを紹介した。

その上で、「生活相談員の役割と配置を基準上明確にするとともに、新たに50対1の専任ケアマネの配置を可能とする加算の創設」を要望すると述べ、

施設ケアマネの増員と専任化を求めた。

全国老人保健施設協会の東氏は、老健施設に固有のケアマネジメントシステムとして開発した「R4システム」について解説しつつ、「相談援助業務の専門職である支援相談員に対して、ケア

マネはケアマネジメントの専門職として異なる役割を担う」という認識を表明。

その上で、「老健施設退所後のケアプラン策定の評価と入所中ケアプランの多職種による作成」を要望した。

施設と居宅間でケアマネジメントの連携と継続が重要

日本慢性期医療協会副会長の池端氏は会員施設（介護療養病床）のアンケート調査結果について解説。①ケアカンファレンスへのケアマネ参加率は70%を超えており、そうした場でケアプランの妥当性がチェックされている、②1ヵ月のケアプラン立案は「10件以上～20件未満」が最多を占めている、③ケアプランの更新・見直しは「3ヵ月以内」と「6ヵ月以内」に2分している、④半数が「3ヵ月に1回」アセスメントやモニタリングを実施している、⑤7割が退院後の在宅サービス事業者とカンファレンスを実施している、などを報告した。

その一方で、池端氏は「医療施設という特性から、ケアプランと看護計画との整合性がしばしば問題になることが多い。また、一部にケアプランには医療面が重要視されていないという印象をもつ回答もあった」とも指摘、いずれも「介護療養病床におけるケアマネジメントのあり方を検討すべき点である」という認識を示した。

介護保険施設とは別に、日本介護支援専門員協議会会長の木村氏は、入所者について、居宅ケアマネと施設ケアマネとの間で情報収集と継続的な情報提供を構築することのメリットを施設ケアマネの多数が認識しているという調査結果を示した。

その上で、「入所前から施設ケアや在宅復帰を意識した情報収集とケアマネと多職種によるチームケアによる効果的・継続的なアプローチに支えられ

た施設ケアのマネジメント・プロセスが重要である」と指摘。

「相談員が果たしてきた機能がケアマネに受け継がれることによって居宅と施設の連携が強まる」と、さらに、「施設ケアマネジメントはケアマネを中心とした多職種協同行なわれるべきであり、利用者個々のマネジメントのプロセスはできる限り経営や運営管理に左右されないように行なわれる必要がある」と説いた。

さらに、「管理者や相談員等は、チームケアに立った施設ケアマネジメントを理解した上で施設全体の方針や経営、運営管理等を行なっていくべきである」とも述べ、ケアマネと相談員の機能の別について、介護保険3施設と同様の認識を表わした。

同日の検討会では、ケアマネジメントに関するアウトカム評価についても議論が行なわれたが、重度者が多い介護保険施設の側からは、「施設と在宅では（入所者の状況が）かけ離れている。施設によっても違う」など、同じ尺度で評価することへの疑問があがった。

このほか、事務局（厚労省老健局振興課）は、2012年度の「介護支援専門員研修改善事業」で、ケアマネジャーがケアプランを作るまでの過程について約1,000件の事例を収集して評価・検証する考えを示した。また、ケアマネジメントの質向上のための改善策を探る新たな会議も立ち上げる方針をも明らかにした。

「先発品と後発品の差額を一部負担する仕組みの検討」を提言

厚生労働省版提言型政策仕分け 日本型の薬価参照制度議論が再燃か。小宮山大臣は検討に前向き

厚生労働省は5月25日から「提言型政策仕分け」を6回行ない、7月6日に終えた。検証・評価には医療分野2人を含む5人の有識者があたった。

仕分けの対象は、(1)リーマンショック後の雇用対策、(2)慢性疾患患者に対する保健医療の支援と就労支援の連携、(3)健康づくりに資する取組みの一体的・効率的推進、(4)医療と介護の連携、(5)総合的な後発医薬品使用促進策の実施、という5分野の施策。

このうち、(2)の「治療と仕事の両立を図る支援の仕組みづくり」に関しては、相談体制など「就労を支援する医療機関や就労支援機関の連携した取組み」が提言されたが、具体策の1つに「働きながら通院できるよう、例えば土日に開いている病院を増やすなどの取組を検討すべき」ことが盛り込まれた。

(3)の「健康づくり」に関しては、「健診等の受診率の向上」を重要課題として提起する一方、「職域と地域の健診実施機関間の連携」促進も取り上げ、「個人番号の利用による健康情報の一元的管理や機関間の連携の推進について検討を進めるべき」とされた。

小宮山大臣も出席した6回目の会合（7月6日）で、仕分け人は「医療と介護の連携」として、総合的診療能力を持つ医師と連携を担う専門職の育成の必要性を提起。さらに、医療と介護を所管する部局が分かれていることへの対応として、省内に連携推進のプロジェ

クトチームを設置することを課題にあげた。

「後発医薬品の使用促進」に関しては、「患者側が積極的に後発品を選択する仕組み」として、薬剤給付にグループ別基準額を設け、それを上回る医薬品を選んだ場合は患者が差額を負担する「参照価格制度」をあげ、検討を求めた。

参照価格制度は、1997年に厚生省（当時）がドイツをモデルとした「日本型」を提案、医療費抑制策と反発する医療界だけでなく製薬会社などからも反対が

相次ぎ、導入が見送られた経緯がある。

それだけでなく、参照価格制度は、昨年11月22日の行政刷新会議「提言型政策仕分け」でも「後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策」の1つに取り上げられ、「先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすることについて検討すべき」とされている。

この提言は、しかし、直後の社会保障審議会・医療保険部会において否定され、「議論の整理」（12月6日）には「過度な患者負担を求めるべきでないとい

臨床研修制度評価WG「基幹型3千人要件」に見直し意見相次ぐ

2015年実施の制度見直しに向けて、医師臨床研修制度の実態把握や論点整理などを行なっている「臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」は6月25日、「基幹型臨床研修病院の指定基準」などについて検討した。

この会合で、福井参考人（聖路加国際病院院長）は、2011年度の2年次研修医を対象に実施したアンケート調査の中間結果を報告した。

それによると、研修内容と結果に肯定的に回答した研修医の割合は、98項目のうち3項目で年間入院患者3,000人以下の病院が3,001人以上の病院を上回った。3,001人以上病院が高かった項目は1つだけであった。

症例などの経験数も、85項目のうち6項目で3,000人以下病院の方が上回

った。一方、3,001人以上病院の方が多かったのは2項目にとどまった。

調査結果について、堀田座長（国立がん研究センター理事長）は「規模が小さいからだめということではないように思える」と評価した。

これに対して、神野正博構成員（社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長）は、「規模による差はないということが判明した。地域密着型とかコモンディーズ的な面では3,000人以下の病院が高い。こうした部分が地域の中小病院で高いという事実は、（大規模病院との）大きな違いとして言うべきだ」と述べた。

「年間入院患者3,000人以上」は基幹型臨床研修病院の指定要件になっているが、前出調査結果は、その根拠が薄

った意見があった」と記された。

参照価格制度検討という意見は提言を用意した厚労省の原文にはなかったが、複数の仕分け人が同様の意見を陳述。厚生労働省の吉田薬剤管理官は「慎重に考えさせていただきたい」と応じたものの、座長を務めた宮山徳司氏（埼玉医科大医学部教授）が「大分時間が経過している。そろそろ取り組んでもよいのではないか」と検討を求めるとにいたり、盛り込みが決まった。

会合後の報道陣質問に対して、小宮山厚労相は「（後発品使用促進のための）ロードマップに盛り込むことは考えていないが、しっかり検討することは必要」という認識を示した。

弱であることの証左ともなる。

福井参考人は「本来は研修医1人当たりの年間入院患者数でカウントしなければいけない指標ではないか」という認識を示した。

検討会では日医の構成員が3,000人に満たない基幹型臨床研修病院について調査した結果を報告、「経験する症例の種類や数、検査や手技の経験内容などの傾向は病院規模で大きな差異がない」と説明した。

こうした結果に、堀田座長も「3,000人で足切りするという話であったが、どうもそうじゃないなという印象をもった」という認識を表わし、神野構成員も「3,000という数字にまったく意味がないことが分かった。それに代わる基準を考える必要がある」と提起。他の構成員からも3,000人基準の見直しを求める声が続いた。

医療機関HPの指針案を策定、パブコメを実施

意図的に古い医師数や公的許可等のない「〇〇センター」は不可

6月29日の厚労省「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」は医療機関のホームページに関する指針案をとりまとめた。GL案は7月10日に意見募集にかけられた。

検討会では複数の委員から「GL策定の目的は主に自由診療にかかわるHP

の行き過ぎ対策であり、一般医療機関の表現を規制するものではない」という意見が示された。

事務局は、この意見を受け入れ、GL案冒頭の「趣旨」に「美容医療サービス等の自由診療を行う医療機関のホームページに掲載されている情報を契機と

して発生するトラブルに対して適切な対応が求められる事態が生じている」旨を書き加えた。

GL案は基本的に医療広告GLと同主旨であり、一般の医療機関に特別の対応を迫るものではない。しかし、禁止例の表現によってはグレーの病院HPも



散見される。

国民・患者からの信頼がより得られる病院HPを制作するために、GL案の精読を会員病院にお勧めする。

「医療機関のホームページの内容の適切なあり方に関する指針(医療機関HPガイドライン)案」の骨子

□本指針の対象

○本指針は医療機関のホームページ全般を対象とする。

○原則として医師等のブログ等を対象とするものではないが、リンクやバナーが貼られている等医療機関のHPと一体の場合等は、国民・患者を不当に誘引することがないように十分に配慮すべきである。

○バナー広告、検索に連動して表示されるスポンサー情報、有料で検索時に上位表示される方法などは、誘因性、特定性、認知性のいずれも満たす場合は広告として取り扱う。

□HPに掲載すべきでない事項

○内容が虚偽にわたるまたは客観的事実であることを証明することができない事項

(例)加工・修正した術前後写真等の掲載、「当院では絶対安全な手術を提供しています」、「どんなに難しい症例でも必ず成功します」、「1日で全ての治療が終了します」(治療

後の定期的な処置等が必要な場合)、「〇%の満足度」(根拠・調査方法の提示がないもの)、「当院は〇〇研究所を併設しています」(研究の実態がないもの)

○他との比較等により自らの優良性を示そうとする事項

(例)「〇〇の治療では日本有数の実績を有する病院です」、「当院は県内一の医師数を誇ります」、「著名人も〇〇医師を推薦しています」

○内容が誇大なもの及び医療機関に都合が良い情報等の過度な強調

・任意の専門資格、施設認定等の誇張または過度な強調

(例)「知事の許可を取得した病院です」、「医師数〇名」(意図的に古い情報等を掲載しているもの)、「〇〇学会認定医」(活動実態のない団体による認定)、「〇〇協会認定施設」(活動実態のない団体による認定)、「〇〇センター」(都道府県等の許可等を受けた医療機関の名称以外のもの)

*医療機関の名称に併せて「〇〇セン

ター」と掲載することは、法令の規定もしくは国の定める事業を実施する救命救急センター、休日夜間急患センター、総合周産期母子医療センター等の場合または都道府県等が認める場合に限る(編集部注/ GL案の議論において厚労省は「院内で部署名として使われているケースは対象としない旨を明言」)

・手術・処置等の効果・有効性を強調するもの

(例)術前後の写真等の掲載

・医療機関にとって便益を与える体験談の強調

・提供される医療の内容とは直接関係ない事項による誘引

(例)「無料相談された方全員に〇〇をプレゼント」

○早急な受診を過度にあおる表現や費用の過度な強調

○科学的な根拠が乏しい情報に基づいて受診や手術・処置等に不当に誘導するもの

・特定の症状に関するリスクを強調して受診を誘導するもの

(例)「〇〇の症状のある2人に1人が〇〇のリスクがあります」、「こんな症状が出ていれば命に関わりますので、今すぐ受診ください」

・特定の手術・処置等の有効性を強調して誘導するもの

(例)「〇〇手術は効果が高く、おすすめです」

・特定の手術・処置等のリスクを強調してリスクが高いもの以外へ誘導するもの

(例)「〇〇手術は効果が乏しく、リスクも高いので、〇〇手術をおすすめします」

○公序良俗に反するもの

○医療法以外の法令で禁止されるもの

□ホームページに掲載すべき事項(自由診療)

○通常必要とされる治療内容、費用等に関する事項

○治療等のリスク、副作用等に関する事項

厚労省「医学部教育を特定機能病院の機能とみなすべきか」

要件見直しへ地域医療支援病院を含めた調査を実施。一般病院と実態を比較

6月29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」は特定機能病院と地域医療支援病院に関する実態調査の実施を承認した。特定機能病院と地域医療支援病院の要件見直しの検討に必要なデータを目的。9月に実施、10月にも結果が報告される。

対象はすべての特定機能病院(84施設)と地域医療支援病院(386施設)。同時に、ほぼ同数の同規模病院を抽出した調査も実施、結果の比較を行なう。

同日の検討会に事務局(厚労省医政局総務課)は、両病院の承認要件見直しに関するこれまでの議論から論点とそれに対する意見を整理してみせた。そして、論点ごとに「見直しに向けた考え方及び更に議論を深めたい点」を示した。

さらに、「特定機能病院の機能に医学部教育が位置づけられるべきか」という論点を示すペーパーを提出、検討

を求めた。

事務局は、ペーパーで「仮に医学部教育を特定機能病院の機能とした場合、大学病院のみを特定機能病院に位置付けることになるが、医療施設の機能分化を図る中で、高度の医療を提供する施設を大学病院に限定することが適当と言えるか」と提起、さらに、「医学部教育を受けた人材が初期臨床研修等を通じて基礎的な技能を身に付けた上で、更に高度の医療を提供する人材として特定機能病院で養成されることが望ましいのではないか」という見解を表わした。

事務局は、4月の検討会でも、「特定機能病院は大学病院のみを想定して発足したものではない」と説明している。特定機能病院には現在、大学病院以外に2病院が承認されているが、今後、大学病院以外に高度医療機能病院の承認を増やす意向とみられる。

付けている医師等を養成していくことが機能として求められるのではないかと

・診療科の設定を見直しはどうか。(必須診療科の設定。診療科ごとの専門医の配置)

・紹介率を上げることが検討してはどうか。

・現在の算定式を見直し、別途、逆紹介率の算定式を導入してはどうか。(逆紹介率=逆紹介患者の数/初診患者の数)

・高度の医療を提供できる医師等養成の評価を検討してはどうか。具体的には、高度医療に関する研修の実施、院内指導体制を評価してはどうか。(診療科ごとの指導医の配置)

□地域医療支援病院

・かかりつけ医等を支援する地域医療支援病院の役割はますます重要になっていくのではないかと

・現在求められている機能を客観的に評価することが可能な指標を設定してはどうか。

・2次医療圏をベースに地域の実情に応じて配備されていくことが望ましいのではないかと

・紹介率及び逆紹介率の見直しを図っ

てはどうか。

・退院調整部門の院内設置を要件にしてはどうか。(退院調整部門の設置)

・代表的な疾患について地域連携クリティカルパスの策定を定めることとしてはどうか。(大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん等地域連携クリティカルパスの作成)

・施設の共同利用の実績を問う要件にしてはどうか。(開放型病院共同指導料Ⅱの算定件数)

・重症救急患者の受入の実績を問う要件にしてはどうか。(病院が受け入れた重症救急患者の数)

・研修の開催実績を問う要件にしてはどうか。(年間の対象者別研修実施回数)

・地域医療支援病院は、地域において、在宅医療拠点医療機関等に対し、主として、その後方支援を行う役割を求めてはどうか。(地域の医療機関で対応困難な重症患者の受入)

・地域において自院が果たしている機能や他の医療機関等との連携の状況について、情報発信することを求めてはどうか。(地域における情報発信)

・地域医療支援病院の機能が引き続き確保されるよう、承認後のフォローアップを強化してはどうか。(定期的な委員会開催)

「がん治療薬創出を推進するタスクフォース」を設置

厚労省の医療イノベーション推進本部。施策の1つに「がん登録の13年度法制化」

厚生労働省の医療イノベーション推進本部は7月6日の会合で、「がん治療薬の創出を推進するためのタスクフォース」と「再生医療の実用化を推進するためのタスクフォース」の設置を決めた。

医療イノベーション推進本部は、政府が5月10日に公表した「医療イノベーション5ヵ年戦略」を具体化するために、本部長に厚生労働大臣、副本部長に厚生労働事務次官をいただく幹部クラスで組織され、5月25日に初会合を開いた。

具体的には、本部の下に設置された医政局長を主査とする「推進チーム」が

医療イノベーション関係の2013年度予算概算要求の取りまとめと個別施策の計画づくりなどを担っている。

「推進チーム」実践部隊の1つが前出2つのタスクフォース。このうち「がん治療薬の創出を推進するためのタスクフォース」は、保険局医療課長を初めとする、大臣官房、医政局、健康局、医薬食品局の課長からなる省内横断メンバーで構成され、健康局のがん対策・健康増進課長がリーダーを務める。

タスクフォースの狙いは「日本発の革新的ながん治療薬の創出に向けて10種

類程度の治験への導出を図る」ことにある。それに向けた取り組み策を、(1)基盤の整備、(2)基礎研究の成果を臨床研究・治験につなげる取り組み、(3)迅速な薬事申請につなげる取り組み、(4)医薬品等を患者に迅速に届ける取り組みの4本柱に整理、各課題ごとの具体的な施策を検討するとしている。

推進本部は、そのうちの「基盤の整備」に「2013年度中ながん登録の法制化を目指す」ことをあげた。

がん登録の法制化は、6月に公表された「がん対策推進基本計画」に盛り込ま

れ、政府が打ち出すがん対策の重要課題の1つに位置づけられた。

地域がん登録は2012年度中にすべての都道府県で実施される予定となっているものの、届出義務がないことや患者の予後を把握することが困難であることなどに加えて個人情報保護の面からも問題があることから、関係者からは国の積極的関与が期待されていたものの。

現在、医療等にかかわる個人情報保護個別法制定に向けた議論が進む中、タスクフォースはこうした課題をクリアし、患者を含む国民のがん登録情報を活用できるような法制化の検討を進めようとしている。