



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2015 NEWS 5/15

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊

〒101-8378 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.847 2015/5/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

日医と四病協 再度の共同活動—地域医療構想に向けた提言作成を宣言!

「地域で日医と病院団体が一枚岩で対応する。その共通認識となる考え方をまとめる」

日本医師会と四病院団体協議会は5月13日に厚生労働省の厚生労働記者会で共同記者会見(写真)を行ない、「今後の医療提供体制の充実および地域包括ケアシステムの構築の推進のため、医療の提供者の立場から、2015年度中の提言のとりまとめを目指していく」ために、日医・四病協懇談会の下にワーキンググループを設置して検討を進めていく方針を発表した。

会見には、日医から横倉会長と石川日医常任理事、四病協からは西澤全日病会長、堺日病会長、加納医法協会会長代行、長瀬日精協副会長が出席した。

日医と四病協は2013年にWGを設置し、8月に『医療提供体制のあり方』と題した合同提言を行なった。

その中で「医療提供体制構築にむけての基本方針」を示すと同時に「かかり

つけ医」と「かかりつけ医機能」の定義を明らかにした。その一方で、病床機能報告制度で報告する病床の区分案を提案。病床の区分案は検討会がとりまとめた報告に反映され、同制度における病床機能区分の呼称として採用されている。

四病協は同年11月に、合同提言の骨子を基にした追加提言(『医療提供体制のあり方—地域包括ケアシステム構築に向けて』)を行ない、病床機能と病院機能の考え方を整理して示すと同時に、「かかりつけ医」とともに地域包括ケアを支える医療機関として「地域医療・介護支援病院」(仮称)を提唱。日医はこの追加提言を支持した。

今回設置するWGは前回の延長上に位置するが、新たな課題として、2015年度から策定が始まった各都道府県の地域

医療構想とその推進母体となる地域医療構想調整会議に対して、医療提供側の共通認識となる将来の医療提供体制の考え方や政府等の諸施策に対する対応方針の綱領的なものを策定していく。

一般紙を含む記者団からの質問に答える中で、日病の堺会長は、地域医療構想の下で「医療者が一枚岩となって対応していく必要があるというのが我々の共通認識である」と、WGを設置した背景を明らかにした。

全日病の西澤会長は「地域医療構想の策定ということで都道府県が主役となるが、構想が問うのは日本全体の医療制度である。したがって、中央が一枚岩となってしっかりした提言を示し、それを踏まえて、各地域の医師会と病院団体が一枚岩となって対応してもらう必要がある」と、WGがまとめる提言

の狙いを語った。

こうした発言を踏まえ、横倉日医会長は「地域医療構想を推進する中で色々な問題が生じよう。それに地域の医師会が中心となって対応するが、そのときに病院団体の意見をしっかりと聞きながらやっていく。地域における医師会と病院団体の密接なつながりができるように中央レベルで団結するということだ」と、日医と四病協が再び共同活動を開始したことの意義を語った。

さらに、西澤会長は、地域医療構想に向けた病院団体の役割に言及。

「各都道府県によっては支部をもたない病院団体もある。しかし、四病協の4団体がしっかり連合を組むことによって、すべての構想区域の調整会議に参画していきたい」と踏み込んだ考えを示した。



7対1・10対1における地域包括ケア病棟・病床の動きを調査

入院医療等の調査・評価分科会 2015年度実施の入院調査案まとまる。特定除外制度やデータ提出加算の実態も

4月30日に開催された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、2014年度改定で見直された入院関連項目の影響等を検証する調査のうち、15年度に実施する分の調査項目案を基本的に了承した。

14年調査は、調査票の原案を診療報酬基本問題小委員会を経て中医協総会に諮った上で6~7月に実施され、9月以降に調査結果(速報)が同分科会に報告される。

調査項目は、(1)7対1・10対1における特定除外制度見直しの影響、(2)7対1・10対1におけるデータ提出加算の届出状況、(3)7対1・10対1における地域包括ケア病棟・病床の届出状況、(4)特定集中治療室管理料の見直しの影響、からなる。

7対1・10対1入院基本料届出施設に関しては病棟転換の有無と転換先についてたずねるだけでなく、具体的に、地

域包括ケア病棟・病床の届出に関する状況も調べる。

地域包括ケア病棟・病床の届出状況は14年度調査でも取り上げられているが、事務局(厚労省保険局医療課)は「その後の推移も含めて再度調査することにした」と説明した。

事務局は、また、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等、地域包括ケア病棟入院料、慢性期入院医療など14年度に実施した入院調査の結果(速報値)を次回の分科会に報告することを明らかにした。

したがって、分科会は5月から8月にかけては14年度調査の結果の分析について議論し、9月以降に特定除外制度の見直し、データ提出加算、特定集中治療室管理料、そしてその他検討が必要な事項に関する議論が展開されることになる。

地域包括ケア病棟は再度の調査。在宅支援機能の状況も項目に

15年度調査案に対しては分科会の委員から調査項目に追加・修正を求める意見が相次いだ。その多くが地域包括ケア病棟・病床の設問等に向けられた。

その1つとして、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、「1年経過して、地域包括ケア病棟の役割や機能は変わってきている。看取りや医療必要度高い在宅患者のレスパイトなど、在宅を支援する機能の充実

化がうかがわれる」と指摘、「この辺りの状況を把握できる調査内容にしてほしい」と求めた。

これに対して事務局は、「現時点では主にポストアキュートについてたずねる方針であるが、そうしたご意見も反映できるよう努めたい」と善処する意向を示した。

また、池端委員(医療法人池慶会 理事長)は、「療養病床は手術が出来高

が、地域包括ケア病棟・病床は包括されているので苦しいと思う。この点をどうみているか、届出を行なわなかった理由の回答の1つに手術の包括化を追加してはどうか」と提案、事務局は「追加を検討する」と回答した。

一方、石川委員(社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会理事長)は、地域包括ケア病棟・病床と他医療機関との連携の状況をたずねる必要を提起。事務局もその必要を認めた。日医常任理事である石川委員は「地域包括ケ

医療課「病棟群単位の入院基本料」中医協議論の可能性を認める

分科会の今後の検討事項を確認する議論の中で、安藤委員(医療法人西福岡病院理事長)は、「ある地域医療支援病院が地域包括ケア病棟を設けたために地域で問題となった。これは自己完結型であり、急性期病院のケアミックス化は想定外ではないか」として、「こうした動きを全国レベルで拾い上げてはどうか」と提起した。

これに対して、「ケアミックス化を介した転換プロセスという可能性もある。各病院がどういう役割分担をしていくかは地域医療ビジョンの中で地域ごとに決めていくことになる」と、前出事例を擁護する発言も出た。

一方、7対1入院基本料見直しの一環として実施された短期滞在手術等入院基本料3の見直しを取り上げ、「短期滞在手術3をどう拡大していくのか。しな

病棟は地域連携が前提となるが、これは地域差が大きい。とくに在宅医療がまったく整備されていないところは(その機能発揮に)大変な問題がある。地域医療構想できちんとしたビジョンを打ち出してしっかりした議論をしていく必要がある。この調査がそうしたことに少しでも役立ってほしい」と述べ、今回調査への期待感を表わした。

他の意見も含め、事務局案の修正を武藤分科会長に一任し、15年度調査の案は了承された。

いのか。DPCとの関係はどうするのか」との質問も出た。

これに事務局は、「算定対象をどうするのか、個別の議論としてはある。基本的には中医協の議論だが、(調査結果の分析から)そのテーマを(中医協に)提案することもある」と答えた。

こうした議論に対して、神野委員は四病協と日病協が提案した「入院基本料を病棟群単位で算定する」考え方を取り上げ、「入院基本料を病棟群で選択できれば看護師の配置に苦勞することもないし、患者の疾病によっては必ずしも7対1に入る必要もなくなる。こうした議論は中医協で可能か」とたずねた。

事務局は「そうした議論が出てくれば中医協としてどう対応するか考えることになるのではないかと述べ、議論対象となり得ることを認めた。

I群評価の見直しとコーディングの質向上の考え方をまとめる

DPC評価分科会 「中間とりまとめ案」― 様式1やレセプト等に14桁コード記載を求める

4月27日に開催された診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会は、事務局(厚生労働省保険局医療課)が提示した「DPC制度に係るこれまでの検討状況について検討結果(中間とりまとめ)案」を了承した。「中間とりまとめ案」は診療報酬基本問題小委員会を経て中医協総会に報告され、16年度改定に向けた検討の方向性について判断を仰ぐことになる。

「中間とりまとめ案」は、2016年度改定におけるDPC制度見直しに関する検討課題のうち、昨年11月から今年4月までの5回にわたる議論の結果を整理したもの。検討項目は、(1)医療機関別係数(I群病院=大学病院本院の評価のあり方)、(2)退院患者調査(ミスコーディングへの対応)、からなる。

(1)では、I群病院における係数のばらつきが大きい背景に「分院(II群)の機能が高く本院(I群)の機能が低い」大学病院の存在があり、そうした大学病院を一律の基礎係数で評価することの是非が問われた。

その結果、「中間とりまとめ案」には、対応方針として、①他の大学病院本院と比較して機能の低い医療機関に関しては機能評価係数IIで対応をする(対応すべき点としては「分院よりも機能の低い本院の評価」「精神病床の有無の評価」などが考えられる)、②I群のみでなく、II群病院にも同様の評価を行なうかを検討する必要があるのではないか、の2点が書き込まれた。

(2)の退院患者調査に関しては、主

に不適切なコーディングをなくしていく対策を検討した結果、以下の方針が掲げられた。

- ①DPC対象病院の要件である「適切なコーディングに関する委員会」の開催頻度を増やす(現行は年2回)
- ②DPC請求に関わる全ての医師・看護師等へ「適切なコーディングに関する委員会」を通してコーディングルールの周知を行なう
- ③「コーディングテキスト」に手術・処置・副傷病等(下8桁)のコーディングルールを記載する
- ④今後、DPC算定病床に入院した患者は様式1・Dファイル・レセプト等にコーディングの根拠となったDPCの14桁コードを記載し、包括対象外となった場合はその理由の記載を求める
- ⑤ミスコーディング率の定期的なモニタリングを行なう

上記以外に「様式1と様式4の統合は引き続き検討する」、すなわち、16年度改定では見送ることが盛り込まれた。

こうした検討方針のうち、大学病院の実績のばらつきと基礎係数との矛盾を機能評価係数IIの評価で補正する方針に対して、美原委員(公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院長・全日病常任理事)は、そうした矛盾はIII群にこそ当てはまるとして、III群病院の評価のあり方をあらためて議論すべきとの見解を表明。具体的には「基礎係数と機能評価係数IIの重みづけの見直し」を検討するよう求めた。

医療課「II群病院は高度急性期機能を担う」

I群病院をめぐる議論の中で、医療課の佐々木企画官は、「これは医政局とはまだきちんと合意しているわけではないが」と前置きした上で、「II群病院は高度急性期機能を担うところではないかと保険局としては思っている」と発言した。

同企画官の発言は、II群病院を3次医療圏に位置づけるべきではないかという瀬戸委員(東大大学院医学系研究科教授)の意見を受けてなされたもの。同委員の発言は要旨以下のとおり。

「II群病院の中には、大学病院に準じる医療活動をしていても、ほかに高度な病院がないと難易度の低い手術をいっぱいせざるを得なく、II群に残れないという病院もあるのではないか。その結果、3次医療圏にII群病院が1つもないという可能性が出てくる。できればII群の病院は3次医療圏に最低数あるようにした方がいい。II群の位置づけを、『大学病院に準じる』というだ

けではなく、3次医療圏の中の中核病院的な存在として位置づけてはどうか」

この意見に対して、佐々木企画官は、II群病院の要件、したがって診療報酬の上で高機能急性期病院を評価する考え方をなぞらった上で、「地域医療ビジョンということで、今後、各都道府県で、2次医療圏、3次医療圏の医療機関の高度急性期や急性期の病床の割り振りとかが議論されていくが、基本的にはそうした議論との整合性を考えたときに」と論じたあと、前述の発言を行なったもの。

このあと、同企画官は、「改定に間に合うかどうかという議論もあるが、そういった各県での取り組み状況を見ながら、整合性が取れれば、そういう形で次期改定で対応できないかということも考えている。そういう意味では、ご指摘の点も、今後各県での議論の中で、そういった提案・要望として出てくるかもしれない」と続けた。

そして、「これから各県とも議論を始めるところなので、まだDPC分科会でご紹介できる段階ではないが、しかるべき段階で、医政局のほうから検討状況などを分科会に報告いただいて、平成28年度改定でどうしていくかということも議論していただく予定である」と結んだ。

医療課が「II群病院は高度急性期」との考えを表明したのは今回が初めてではない。

昨年9月5日のDPC評価分科会は16年度改定におけるDPC制度見直しに向けた検討の方向性を「中間とりまとめ案」に整理したが、その中で。医療機関群のあり方について、(1)I群を大学病院

地域医療構想GLは高度急性期の類型を示していない

この発言がなされた昨年9月は病床機能報告制度がスタートする10月の直前である。したがって、病床機能報告制度とその延長にある地域医療構想における医療機能の概念と診療報酬の評価との整合性が意識されてきた時期ともいえる。

地域医療構想のガイドラインは「高度急性期は特に診療密度が高いことが必要となることから、必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではない」と指摘。あるいは「(高度急性期の医療需要に対する医療提供体制については)他の構想区域の医療機関で医療を提供することも検討」と述べるなど、2次医療圏を越えた圏域でその機能の病床の整備を進める考え方を明らかにしている。

したがって、高度急性期の機能を持つ病棟は3次医療圏単位で考えるというのは地域医療構想の上ではあながち間違いではない。ただし、地域医療構想のGLは、高度急性期の機能を持つ病棟とはなんであるかについては明らかにしていない。

GLは、「病床の機能別分類の境界点の考え方」で、高度急性期を「救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療」と定義しているが、GLが明らかにしているのは、将来の医療機能別の医療需要(患者数)を推計する上で2013年度における機能別の患者数を求める指標として1日の出来高換算3,000点以上の患者を高度急性期として区分したに過ぎず、必ずしも救命救急病棟やICU、HCUを高度急性期の病棟・病床と断定したわけではない。

高度急性期がどういう医療を提供する病棟・病床であるかは、現時点では

本院とする現行制度を維持する、(2)II群の要件を「地域における機能」とし、病院が地域でカバーしている機能を対象とした基準に見直す、(3)III群は細分化しないが機能評価係数IIの配分割合の引き上げを考える方向で検討する、とまとめた。

この議論で、佐々木企画官はII群について、「I群に準じるという相対的な要件が設けられているが、それを、何らかの絶対的な基準に変える」方向で検討に臨む方針を説明した。実は、前述(2)は瀬戸委員の問題提起に通じる論点であるのだが、その際に「II群病院はある程度高度急性期を担うものと考えられる」との認識を示している。

前出のような定性的定義によるしかないが、その定量的な定義は、今後、病床機能報告の内容を分析する中から導かれることになる。

したがって、病床機能報告の初年度(14年10月)の結果を踏まえた地域医療構想における機能別の必要病床数は、あくまでも13年度の機能別患者数から類推した将来の患者数を病床数に換算したもので、その病床がどういう種類の病棟・病院に収斂していくかは即断できない。逆に言えば、どう収斂させていくかは地域ごとに地域医療構想調整会議を踏まえた医療機関の自律的な判断に委ねる、というのが地域医療構想の狙いということになる。

そうした意味からは、前出企画官の「(DPC)II群病院は高度急性期機能を担うもの」という考え方は、構想を策定する都道府県をミスリードする可能性があるともいえよう。

ただし、そうした医療機関の自律的な病棟政策をデータにもとづく現状分析と基金事業で支えるだけでなく、診療報酬の面からも支援していくという課題は現在にいたるまで具体的な議論となっていない中、医政局との協議(合意)を踏まえつつ検討していく必要性を述べた点で、前出企画官の発言はまさに正鵠を射るものいえよう。

もっとも、そうした議論は各都道府県の構想が出揃わないだろう16年度改定には間に合わないし、また、DPC制度枠内の議論に収まるものでもない。

いずれにしても、介護報酬とのダブルとなる18年度改定が大きなヤマとなるのは必至であるが、その際、病棟単位の評価と病院単位の評価の間にどう整合性をつけるのかが、診療報酬にとって重要なテーマになると思われる。

- ④地域医療構想を含む医療計画に対する保険者協議会の意見には明確な回答を文書で行なうこと。
- ⑤すべての都道府県医療審議会に保険者代表が委員として参画できるよう参

画機会を拡大するとともに委員構成の是正を行なう(医療保険者が都道府県医療審議会の委員として例示するよう医療法施行令を改正する)こと。

■現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病HPをご参照ください)

| 研修会名(定員) | 日時/会場 | 参加費/会員(会員以外) | 備考 |
|-------------------------------------|---|----------------------|---|
| 平成27年度 第1回病院医療ソーシャルワーカー研修会(128名) | 7月8日(水)、9日(木) (全日病会議室) | 21,600円 (29,160円) | ・本研修は医療機関等に所属しているおむね経験年数3年以上のソーシャルワーカーを参加対象としております。 ・本研修は公益社団法人日本医療社会福祉協会の認定する認定医療社会福祉士のポイント認定対象となります。 |
| 平成27年度医師事務作業補助者研修(200名) | 7月29日(水)、30日(木) (全日病会議室) | 30,000円 (30,000円) | ・当研修は「医師事務作業補助体制加算」施設基準の研修要件を満たしており、修了者に授与する「修了書」は研修証明となります。 |
| 平成27年度人間ドック研修会—日本医師会認定産業医教育講演(200名) | 9月12日(土) 札幌市・ロイトン札幌「第57回全日本病院学会in北海道」第5会場=リージェント | 無料 ※参照 | 本研修は日本医師会認定産業医研修会として認定されており、認定産業医生涯研修・専門1.5単位の該当します。 ※全日本病院学会の委員会企画として行う研修ですので、学会に一般参加の場合は事前申し込みは不要です。本研修の参加費は無料ですが、別途、学会の参加費が必要になります。 |

「調整会議に健保連と協会けんぽから各1名参画させるべき」

両保険者が厚生労働省に要望 保険者の都道府県医療審への参加も求める

健康保険組合連合会と全国健康保険協会(協会けんぽ)は5月7日、厚生労働省に医政局長宛の要望書を提出、①地域医療構想調整会議に健保組合と協会けんぽから各1名を参画させること、②全都道府県の医療審議会に保険者代表が参加できるようにすること、などを求めた。

要望書は、前文に「地域医療構想の策定に向けて、保険者が役割を十分に発揮できるよう、今後、都道府県知事あてに発出される通知等では、都道府県が以下の対応を図ることが示されるよう要請いたします」と記した上で、

下記諸点について医政局長に善処を求めている(以下抜萃・要旨)。

- ①地域医療構想調整会議の参加者の選定については公平性・公正性に留意すること。
- ②地域医療構想調整会議の参加者については、保険者委員は複数名とした上で、被用者保険の代表として、原則、健保組合と協会けんぽの各1名を参画させること(既存の会議体を活用する場合も同様とすること)。
- ③地域医療構想策定のために収集されたデータと医療需要・供給等の推計値は速やかに保険者協議会にも提示すること。

次世代医療機能評価ビジョンに係る報告書(素案)について

特定機能病院、臨床研修病院(管理型)に「一般病院3」の新設を検討 全国平均の認定率は26%。全日病会員は41%と高い認定率

病院機能評価委員会委員長(常任理事) 木村 厚



日本医療機能評価機構(以下機構)が今年設立20周年を迎え、7月24日に記念式典を行うことになっている。それに合わせて機構は事業推進部会を立ち上げ、事業の刷新を図っている。

私も部会委員の一人として参加したので、今回この稿でそのあらましを述べたい。

認定病院数の減少をくい止めるべく、2013年4月より新評価体系3rdG/Ver.1.0がスタートした。

しかし、認定病院数は減り続けている。新規受審病院は少しずつ増加しているものの、更新を辞退する病院が20%を越えているからだ。

更新辞退の主な理由は、①病院機能評価のノウハウは解ったので更新受審の必要がない、②人員不足、である。一方、受審しない病院の理由は、①メリットがない、②現在の建物・設備が古いので新しくするまでは受審できない、等である。

更新を辞退する病院によると新評価

体系以前と変わりがないということになってしまふ。新評価体系における、期中の確認による継続的質の評価の支援、病院の機能特性(一般病院1と2)に応じた評価方法等は考慮されておらず、受審病院の負担軽減のための評価項目の削減も単にハードルが下がったのとらえ方をされているきらいがある。

病院機能評価の認定率は医療法人は21.4%、100床未満の病院は10%となっている。すなわち、民間・小規模病院の受審率が低く、病院医療の質の底上げに役立っていないと考えられる。

その中で、日本全国の病院の認定率が26%であるのに対して、全日病会員における認定率は41%とかなり上回っているように、意識の高い民間病院や中小病院は認定を受けていると言える。

事業推進部会で検討した結果、「次世代医療機能評価のビジョン」を打ち出すことになった。その報告書の素案ができあがったので、その要旨を報告する。

③認定病院を対象とした専門的な評価の設定
④地域の医療提供施設と病院の連携を強化した新たな評価の検討

(2)医療の質改善を促進させるための組織への「支援」について

①認定取得後の質改善活動を促進させる支援サービスの提供

②受審病院のニーズに応じた支援サービスの強化

③その他の医療機関に関する質改善活動の普及・促進

(3)医療の質改善を促進させるための個への「教育」について

①管理職を対象とした研修の新設及び教育プログラムの体系化

②継続的な学習機会の提供

これら施策については病院機能評価委員会としても賛成するものであるが、報告書(素案)に対しては、以下の意見を表明した。

●(1)の②について
特定機能病院、臨床研修病院(管理型)

を対象に「一般病院3」という機能種別の新設を考えているが、大変よいことと考える。

ただし、それぞれの病院の機能を適切に評価し、病院数では最も多い中小規模病院の質の底上げを図るためということで「一般病院1」を設定したものであるから、機能種別によってハードルの高さが異なるとはとらえてほしくない。

●(2)の③について
診療所、保険薬局、訪問看護ステーション、老健施設等の機能評価を視野に入れており、あまり範囲を広げない方がよいと思われる。

●「受審のメリット」の1つが地域と患者からの信頼の獲得であるが、病院機能評価が患者さんに知られていない。広報ではなく、もっと広告に予算をつぎ込むべきであるが、今回の報告書では触れられていない。

次世代医療機能評価のビジョン

医療機能評価を通じて、患者が安心して医療を享受でき、職員が働きやすく、知己に信頼される病院づくりに貢献する。

□ビジョンを達成するための施策

(1)地域医療の質向上に寄与するための「評価」について

①病院の役割・機能に応じた評価の実施など、評価方法の見直し

②教育・研修の役割を担う病院を対象とした新たな機能種別の設定

受審支援セミナーを名古屋(5/31)、札幌(9/11)で開催

病院機能評価は第三者評価の重要性に鑑み、会員病院に更新・受審をお願いしている。

年2回開催している受審支援セミナーは、この5月31日に名古屋で、9月11日には札幌で実施する予定である。前

回から内容を一新し、ケアプロセスの実際を参加者の皆さんと実践してゆこうと準備している。

また、アドバイザーが病院を訪問して助言する支援も行っているが、好評であるので、その利用をお勧めする。

医療事故調査制度

5月8日付で省令・通知。厚労省は支援団体への名乗りを要請

10月1日に施行される医療事故調査制度に関する医療法の規定を具体化した「医療法施行規則の一部を改正する省令(厚生労働省令第100号)」が5月8日に公布された。厚生労働省は、また、同日付で医政局長通知(医政発0508第1号)を各都道府県知事に発出、3月20

日に公表した「医療事故調査制度の施行に係る検討会」の検討結果を添付した。

「検討会」の検討結果には省令事項と通知事項が明記されている。このうち省令事項は今回の改正医療法施行規則に明記されたが、通知事項についてはこの医政局長通知をもって代えられる。

厚生労働省は医療事故調査制度で厚生労働大臣が指定する第三者機関(医療事故調査・支援センター)の申請を5月22日をもって締め切るとした。第三者機関には、現在のところ、医療安全調査機構が申請する意向を表明している。

厚生労働省は、また、医療機関の院内調

査を支援する医療事故調査等支援団体に手上げを企図する関係団体に、その旨医政局総務課宛照会するよう要請している。

支援団体は、別途、大臣告示で定められる。

厚生労働省は、さらに、省令・通知を補足するQ&Aを作成する予定だ。ただし、「Q&Aは制度運営の指針となるものではない」(医政局総務課)としている。

東京女子医大病院と群大病院の特定機能病院を取り消し

厚労省 特定機能病院に集中立入検査、結果を踏まえて承認要件の見直しを検討

4月30日に開催された社会保障審議会の医療分科会は東京女子医科大学病院と群馬大学医学部付属病院に対する特定機能病院の承認を取り消すことが相当とする意見書をとりまとめた。

医療分科会は、併せて、特定機能病院等の医療安全管理体制に関する意見書もまとめ、ともに同日、塩崎厚生労働大臣に提出した。

両大学病院について、塩崎大臣は同日の記者会見で「5月中を目途に特定機

能病院の承認を取り消す」と言明。

さらに、特定機能病院に対する集中立入検査の実施、その結果を踏まえた承認要件の見直し、立入検査項目や高難度の新規医療技術導入プロセスの見直し等を実施するとし、その推進機関として同日付で省内に「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース」を設置したことを明らかにした。

厚生労働大臣を本部長、医政局長を本部長代理とするタスクフォースには

文科省にも参加を求める方針だ。

特定機能病院の承認要件については2014年4月に見直しが行なわれたばかりだが、今回は、主に「ガバナンス」や「医療安全」の面から検討されるとみられ、タスクフォースが見直しの方向性を打ち出し、具体的な検討は社保審の医療部会などの関係審議会で議論されると思われる。

東京女子医大病院は、2014年2月、術後集中治療の人工呼吸中の小児に禁忌

のプロポフォルを大量投与したために死亡した事故が、群大病院では、2010から14年にかけて腹腔鏡による肝臓切除手術を受けた患者93人のうち8人が手術後100日以内に死亡した事故が、それぞれ承認取り消しの審査にいたる発端となり、いずれも、医療安全体制の瑕疵、チーム医療の機能不全、ガバナンス上の欠陥が問われた。

特定機能病院は、過去、横浜市立大病院(1999年)、東京女子医大病院(2002年)、東京医科大学病院(2005年)と3回取り消し処分を受けており、今回が4例、5例目。その中で東京女子医大病院は2回目となる。

「2020年まで社会保障費の増加を年5,000億円に抑えるべし」

財務省 マイナス改定や改革に適合しない病院・地域の報酬調整等を提案

健全財政に向けた議論を重ねる財政制度分科会の4月27日の会合で、財務省は、政府予算における社会保障関係費の伸びを、2020年までの5年間は「高齢化による伸び」の年平均0.5兆円に抑制する必要があるとの考えを示した。

社会保障関係費は12年度の28.9兆円から15年度に31.5兆円へと2.6兆円増加している。しかし、消費税率引き上げによる増収分(1兆円)の配分を除く実質的増加は約1.5兆円で、年平均で0.5兆円となる。

社会保障費の年間の自然増は1兆円程

度とみられるが、財務省は過去3カ年の実績値0.5兆円であれば「高齢化による伸び相当の範囲内である」とし、社会保障費の自然増を5,000億円削減した予算配分を、少なくとも20年まで維持すべきとした。

14年度の診療報酬改定率は全体(ネット改定率)で-1.26%と08年度改定以来のマイナスとなったが、消費税率引き上げによる補填で1.36%が確保されたため、名目上のネット改定率は+0.1%となった。

15年度の介護報酬改定率は実質-4.48

%と史上最悪のマイナスとなったが、消費税率の増収分を活用して+2.21%を確保、表向き-2.27%で決着した。

社会保障費の伸びを過去3カ年の実績内に抑えるということは、その多くを占める医療・介護給付費の増加を抑制するということであり、過去3カ年に実施されたように診療報酬と介護報酬のマイナス改定を今後も継続することになる。

こうした抑制を可能とする効率化を実現するために、財務省は、①調剤報酬の適正化、②診療報酬本体と介護報

酬のマイナス改定、③受診時定額負担・保険免責制の導入、④全病床に居住費(光熱水費相当)負担の導入、⑤標準的外来医療費算定式(ガイドライン)の策定、⑥各病床機能の算定要件の厳格化、⑦慢性期病床の配置基準等と報酬単価の見直し、⑧県の勧告等に従わない病院の報酬単価の減額、⑨改革が進まない地域の報酬単価の調整、⑩民間医療機関に対する他施設への転換命令等都道府県の権限強化など、多岐にわたる措置を提案した。

2020年のプライマリーバランス黒字化を目指す財政審の議論は5月中に報告書にまとめられ、諮問会議を経て「骨太の方針」に反映されるほか、政府が夏に策定する新たな財政健全化の計画にも盛り込まれる。

「総合診療専門医」に関する議論の現状 - いくつかの誤解に答える

プライマリ・ケアの専門領域を担う総合診療専門医

総合診療を新領域として確立することが重要。全体的な制度と直結した議論は範疇外



プライマリ・ケア検討委員会委員長(常任理事) 丸山 泉

日本の医療に欠落しているものは何であろうか。それを医療ジャンルから考えてみる。現在、外科、小児科、内科、眼科のように並列関係にある専門領域として18が公に認められている。この分類を基本に大学医学部の構造がある。ここに、プライマリ・ケアを専門領域とするものがないのだ。

これまで、卒前教育や医師国家試験後の臨床研修にプライマリ・ケアを重視しようとする試みはあった。しかし、日本の医療の中に明確なジャンルとして存在しないことが、日本における医学教育体系、つまり学問体系としてのプライマリ・ケアの発展を阻害してきた。

プライマリ・ケアの定義については、2001年に故Barbara Starfieldによって、○コミュニティへの継続的で人間中心のケア

○ケアが最初に必要とされた際にそれを助ける近接性

○まれな、もしくは例外的な健康問題のみが他に紹介されるケアの包括性

○ケアのすべての側面が統合されるケアの協調性

以上を保障するヘルスサービスシステムの不可欠な要素である、とされている。

これらに加えて、医療内容の監査システムや生涯教育、患者への十分な説明などの責任制や、患者の価値観、考え、思い、状況や経過そして家族の意思を尊重するなどのコンテキスト(文脈性)を重要視している。

現在では、ヘルスケアは、ポピュレーションを対象にしたものも含めて広義に論じられることが多く、医療に限定するものはプライマリ・メディカル・ケアとされる。しかしながら、医療と介護の関係のように、医療のみに限定

して問題を解決することが難しく、社会的課題に対する医療の広義の役割も当然含まれている。

プライマリ・ケアの定義は抽象的な概念のようであるが、同じStarfieldらによって、地域の臓器別専門医数の増加は、その地域の総死亡数の増加、心血管イベントによる死亡数の増加、悪性腫瘍による死亡数の増加と有意に相関しており、反対に、プライマリ・ケアを専門とする医師の増加は、その各々の死亡率を有意に減少させたという報告をはじめとして、プライマリ・ケア領域の重要性を示すエビデンスは多くある。

それらのエビデンスも含め、学問体系としてのプライマリ・ケアが世界的に存在していることを理解しなくてはならない。

総合診療専門医はプライマリ・ケアの専門領域の確立を具現化したものとして誕生する。また、病院と診療所の双方を総合診療専門医の活躍の場と想定して協議が進んでいる。日本のプライマリ・ケアを誰が担っているのかを考えると、まさに病院と診療所であり、現在の総合診療専門医は日本の現状を十分に配慮した上で構築されようとしている。

前号の「全日病ニュース」で「総合診療専門医のプログラム整備基準案」の紹介があった。6つのコアコンピテンシー、指導医要件、プログラムの概略については記事のとおりであるので、ここでは割愛する。

各方面の方々と総合診療専門医についてお話しした時、いくつかの誤解が存在しているように感じられた。したがって、ここでは、総合診療専門医に関する議論の現状について、留意すべき点を整理しておきたい。

1 総合診療の専門医を育成しようとしているのであり、単に総合診療をする医師の養成ではない。

この問題は内科専門医ともっぱら内科を診る医師との関係に似ている。

日本の専門医のあり方を統合的に改革する大きな流れの一つが総合診療専門医である。基本領域の専門医は18存在するが、それに加えて、新たなジャンルとしての総合診療専門医を19番目とするものである。

19の専門医は例外なく、日本専門医機構によって認定評価や更新、指導医要件、施設やプログラム、カリキュラムに一定の基準と第三者評価を求められ、それを満たすことが条件となっている。

つまり、総合診療という唯一のジャ

ンルの専門医を養成しているものであり、総合的に診療する医師集団を拙速に安易に養成しようとしているものではない。専門医である以上、既存の18の領域と横並びで互角にあるべきで、そのために高いアイデンティティの構築が必要とされている。

既存の18領域の専門医に比べて見劣りがするものであれば、このジャンルを選択した医師達は早晚アイデンティティ・クライシスを起こし、19番目のジャンルの発展的な確立と維持は難しくなる。逆説的に言えば、発展的な確立と維持のために、今は、質を最優先とした議論をしなくてはならない。

ているのではないだろうか。

ただ、国際的な標準化や昨今のいくつかの高度医療機関での失態を考えると、専門医はさらに専門医でなくてはならず、専門医の質が国民へ保障されたものでなくてはならない。

そういった国民へ開かれた育成の仕組みを日本専門医機構が担うことについて、おそらく異論はないだろう。ただ、情報の開示と意思決定の仕組みが担保された正当性について、多くの意見が出ていることは承知している。

2 専門医の認定評価を除く医療制度については日本専門医機構では議論されていない。

日本専門医機構は専門医に特化した協議と運営をする場であり、医療制度あるいは診療報酬に直結する議論は、当然、別の高次の場でなされるべきである。

なぜならば、日本には専門医を取得していない医師も多く存在しており、現時点では医師全体を代表していないからである。また、日本のプライマリ・ケアという視点においても、プライマリ・ケアに携わる医師を代表しているとは考えていない。むしろ、プライマリ・ケアで働いている医師は対極に存在し

んらかのインセンティブを持つ専門医は協議されていないと理解している。

なぜならば、新しい専門医制度の中

3 医療的領域以外でなんらかの役割を果たすという専門医を想定した協議はされていない。例えば、総合診療専門医が地域包括ケアの中で果たす具体的役割や独占的業務などは協議されていないし、地域包括ケアに直結した議論もされていない。

少なくとも一定の年数、それも長い年数の後に、専門医の再構築が行われることは考えられるが、現段階で、な

で誕生する専門医の質や第三者評価の仕組みについては、一定期間後の検証を必要とするからである。おそらく、これまで通り、例えば麻酔科のように、一定の質の評価が担保されたものから順に議論が始まるのではないだろうか。

プライマリ・ケアについて言えば、膨大で広漠としたプライマリ・ケアの現場を考えると、特に地域包括ケアの中心的役割を総合診療専門医が担うべきであるという議論は、プライマリ・ケアの現状を知らない人の、そして、専門医を育成することの難しさを知らない人の議論と考える。

団塊の世代が後期高齢者になる2025年までわずか10年しかないことを考えれば、そして、その後20年もしないうちに高齢者が激減することを考えれば、そのためだけの医師を拙速に育成することは、医療の人的リソースを大切に考えていないばかりか、非現実的である。

地域包括ケアの役割を担うのは、これまで通りプライマリ・ケアに携わるすべての医師であるべきだ。したがって、総合診療専門医を何万人育成しなければならぬという議論そのものも非現実的である。

もちろん、総合診療専門医によって日本に19番目の新たなジャンルが構築

された場合、従来の18領域の専門医とはまったく異なるプライマリ・ケア医師のあり方の旗を立てることになる。むしろ、この旗こそが重要なのではないだろうか。進むべき方向性を示す旗であるからだ。

総合診療専門医は地域包括ケアと直結しているといった安直な意見がこの問題をややこしくしている。総合診療専門医にならなくては将来的に地域でのプライマリ・ケア医療ができなくなるという短絡的な誤認である。このために総合診療専門医になっておかないと将来的に不利益をもたらすのではないかという誤解が生じており、そのことが逆に、総合診療専門医の議論を専門医育成というきわめて学術的なものから遠ざけている。

現在進んでいるのはすべて最短で2020年に専門医資格を取得する医師に関する協議であり、それ以前に専門医を取得している医師や専門医を取得していない医師には不利益を生じないことを前提とした合意ができています。

日本に欠けてきたまったく異なるジャンルが19番目に構築されようとしているのである。その総合診療専門医が既存領域の医師と同等の国民的信頼を得るにいたるには、相当な年月を要するであろう。

4 医師不足の地域での役割も想定されていない。

総合診療専門医において、医師不足地域の解消策と直結した議論はされていない。しかしながら、指導医要件やこれから開示されるプログラムあるいはカリキュラムを見れば、そのことを強く意識していることはご理解いただけるはずである。

ただ、医療の課題は決して医師不足の地域にのみあるのではない。これからは、首都圏を中心とする大都市の医療の問題は、現在の医師不足の地域と同等あるいはそれ以上に対応が困難となるであろう。

総合診療専門医では大都市における医療的課題に対応すべき医師像も想定されている。医師不足の地域のためだ

けの総合診療専門医であるならば、それぞれ国家管理された医師と医療制度を意味する。そのことは私有財産によってほぼ賄われている日本の医療、その継承の問題などと密接に関連することになり、日本の医療制度の基本哲学の大転換を意味することになる。

これまで国民的な議論が十分にされてきたのであれば是とすべきかもしれないが、2025年まで10年となった今、そのことはプライマリ・ケア現場に無用の混乱を招くことにしかならないだろう。プライマリ・ケアの強化のために構築する総合診療専門医が、プライマリ・ケアの現場を混乱させることにはならない。

5 ジャンルの構築こそが今回の専門医改革の目的と考えてほしい。

ジャンルの構築もない前に、そのジャンルのアイデンティティの確立がなされない前に、唐突なインセンティブの意見が出ること自体、日本におけるこのような議論に不足した論理性であると考えざるを得ない。すぐに功利的な議論が始まり、アカデミアを背景としたジャンルの確立そのものを脅かしていることが残念でならない。

では、なぜジャンルの確立が必要なのであろうか。

ジャンルの確立がなされると、おそらく医学教育の根本からの改革が始まるに違いない。プライマリ・ケアを重視

した医師の卒前・卒後教育により力点がおかれ、そのことが、臓器別専門医や領域別専門医をもっと研ぎ澄ましたものにする。その流れの中で、プライマリ・ケアが日本の医療の中で大切なものであることの認識が高まり、そこで働くことが評価されることになり、そこで働く人材が集まる。

全日本病院協会の会員施設のほとんどは、診療所とともにまさに日本のプライマリ・ケアを担っている。欧米でのプライマリ・ケアの「プライマリ」のニュアンスには「もっとも大切なもの」という意味があることを付記しておく。

2015年春の叙勲で会員6人が受章

2015年春の叙勲で全日病の会員から下記6人の受章が決まり、それぞれに以下の勲章・褒章が授与された(敬称略・順不同)。

| | | |
|-------|-------|--|
| 旭日双光章 | 古畑 正 | 古畑病院 院長(1987年4月~1989年3月全日病理事、1989年4月~2009年3月常任理事、2009年4月~2011年3月理事、2011年4月監事に就任、現在に至る) |
| | 日比野敏行 | 医療法人日比野病院 理事長 |
| | 嶺井 進 | 医療法人大平会嶺井第一病院 相談役(1994年4月~2005年3月まで全日病理事を務める) |
| 瑞宝小綬章 | 石井 隆司 | 医療法人社団静和会石井病院 理事長 |
| | 永田 利安 | 医療法人恵心会永田病院 理事長 |
| 藍綬褒章 | 川越 一男 | 医療法人芙蓉会五井病院 理事長 |