



全日病 ニュース

2018.5.1

No.916

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

オンライン診療や人生の最終段階の医療のGLで様々な意見

厚労省・医療部会

厚労省が最近の医政関連事項を報告

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は4月11日、厚生労働省から医師偏在対策を盛り込んだ医療法・医師法改正案の閣議決定、オンライン診療や人生の最終段階の医療の決定プロセスに関するガイドラインなどの報告を受けた。委員からは、今後の具体的な対応に関して、様々な意見や要望が出た。

厚労省が①医療法・医師法改正案②オンライン診療のガイドライン③検体検査の精度管理等の基準④人生の最終段階における医療の普及・啓発のあり方に関する検討会報告書⑤無痛分娩の実態把握と安全管理体制に向けた対応一を報告した。

医療法・医師法改正案については、今年1月に概要を説明している。与党審査を経て閣議決定に至ったため、改めて報告した。特に変更点はなかった。委員からは、法案成立後の具体的な対応に関し質問が多く出た。特に、医師少数区域等で勤務する医師を評価する制度の創設に対して、効果的な医師偏在対策になるような制度設計が求められる一方で、医師少数区域等をどう設定するかをめぐって懸念が示された。

改正案では、都道府県が医師数の多寡に関する指標に基づき、「提供される医療の種別ごと」に、二次医療圏単位で医師不足地域と医師多数地域を定めるとしている。

これに関し委員から「医療の種別ごとに決めるなんてことは、我々は議論しなかった」との声があがった。厚労省は、「例えば、入院や外来に分けてという意味であり、具体的には今後検討する」と回答した。また、一律の指標で、医師不足地域や医師多数地域が決められることに対し、「これまでとは別の不公平が生じる可能性がある」など慎重な検討を求める意見が出た。

オンライン診療と診療報酬の関係

オンライン診療のガイドラインについては、今回の診療報酬改定で新設したオンライン診療料等とガイドラインの関係をめぐり様々な質問があった。全日病会長の猪口雄二委員は、診療報酬改定の疑義解釈で、離島・へき地の緊急対応など遠隔医療が、オンライン診療料の施設基準を満たすことが示されたことを踏まえ、「ガイドラインでは、遠隔診療をオンライン診療に変更したが、診療報酬のオンライン診療は、遠隔診療を対象としていない」と指摘。両者の言葉の定義の整合性をとるよう求めた。厚労省からは、診療報酬のオンライン診療において、ガイドラインに則った対応を担っていると説明された。

また、日本医師会の委員は、「診療報酬のオンライン診療料等では、対面診療を原則に要件を厳しくし、よいものになった。オンライン診療のガイドラインがそれを緩める方向に働かないよう、両者の関係をしっかり整理する必要がある」と述べた。

検体検査の精度管理等については、検討会の検討結果が報告された。昨年の医療法改正で、検体検査に関し、医療機関が実施する検体検査の品質・精度管理の基準と検体検査の分類を省令で規定することになった。検討会が省令に盛り込む内容をまとめ、医療部会の了承を得たことで、6月に省令を公布し、12月の施行に向け、周知・準備を進める方向だ。

具体的な省令の見直しでは、医療機関の基準として、①医師または臨床検査技師の責任者の配置②各種標準作業書・日誌等の作成③外部の調査を受けることや研修の実施など、精度確保のために努めるべき事項一を定めた。遺



伝子関連検査・染色体検査に対しては、より厳しい基準を設けている。遺伝子関連検査・染色体検査の責任者を配置するとともに研修を義務化し、検査施設の第三者認定の取得は勧奨としている。

ACP普及に向けガイドライン改訂

「人生の最終段階における医療の普及・啓発のあり方に関する検討会」の報告書については、ガイドラインの改訂とあわせて説明が行われた。

委員からは、「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)を国民に浸透させ、関係者が人生の最終段階の医療を繰り返し話し合うことは大事だが、死について普段は考えたくない。入院や介護保険施設等への入所の際に文書を渡し、考える機会にすればよい」、「義務にはできないが、後期高齢者医療制度の被保険者(75歳)や介護保険制度の第1号被保険者(65歳)に達する年齢が、意思表示のよい機会になる」などの意見が出た。

猪口委員は「終末期医療に対する国民の理解は進んでいると感じる」と述べた上で、「『終末期』という言葉を使ってもいけないのか」と質問。厚労省は、「2017年にガイドラインの名称を『終末期』から『人生の最終段階』に変更した。最期まで尊厳を持って生きるというこ

とを強調した結果と聞いている。『終末期』という言葉を使ってもいけないということはない。ただ行政的には『人生の最終段階』という言葉を使うこととなる」と回答した。

無痛分娩の実態把握と安全管理体制に向けた対応については、無痛分娩を行った母児の死亡や障害が、繰り返し報道されたことを踏まえ、昨年7月に厚生労働科学特別研究「無痛分娩の実態把握および安全管理体制の構築についての研究」による提言が示された。厚労省は提言の内容を紹介するとともに対応策を示した。無痛分娩は、麻酔によって陣痛の痛みを和らげ、分娩する方法で、陣痛の痛みを緩和するため、一般的には、硬膜外麻酔を用いる。報道された7例中4例が「脊髄くも膜下麻酔」だった。

提言では、◇無痛分娩を熟知した専門職の配置◇無痛分娩取扱い施設の診療体制などのウェブサイトでの公開◇施設リストなどのウェブサイトでの公開◇関係学会・団体による「無痛分娩に関するワーキンググループ」の発足一などを掲げた。厚労省としては、提言内容を関係者に周知するとともに、母子健康手帳への記載や予算事業の周産期研修で産科麻酔研修を追記するなどの対応を行うとしている。

全日病総合医育成プログラム参加者を募集中

日本プライマリ・ケア連合学会、筑波大学が協力

全日病は、「総合医育成事業」による研修プログラムの参加者を募集している。

総合医育成事業は、全日病が日本プライマリ・ケア連合学会および筑波大学との協力のもとに提供する、総合医の育成プログラム。高齢患者が急増する中で、臓器別にとらわれない幅広

い診療、多様なアクセスを担保する診療、そして、多職種からなるチーム医療のマネジメントが求められている。全日病では、こうした医療ニーズの変化に対応し、新たなキャリア形成を指向する医師を支援するためのプログラムとして、本事業に着手した。

プログラムは概ね6年以上の経験を

有する医師が対象。

プログラムの構成は、①総合診療eラーニング②「診療実践コース」「ノンテクニカルスキルコース」「医療経営コース」の3分野から成るスクーリング③自施設での総合診療実践一からなっており、アクティブラーニングの手法を用いたスクーリングの中で学びを深

め、学んだことを自院で実践する構成となっている。研修の中で所定の単位を取得した方を対象に、本事業審査委員会における審査を通じ「全日本病院協会認定総合医」として認定される。

プログラム参加申し込みの締め切りは5月31日。地域医療を担いつつ、高齢社会のニーズに対応するために、診療の幅を広げようとする医師の参加が待たれる。

4～5面にプライマリ・ケア検討委員会委員による座談会を掲載しました。

清話抄

人材確保難の時代をどう乗り切るか

例年、成人の日に、その年の新成人数が発表されている。

今年、2018年の新成人数は123万人、半世紀前の1970年の246万人と比較し

て、実にその半分にまで減少した。

そのため、景気の好転とともに最近の就職事情は空前の売り手市場となり、数年前までの就職氷河期はどこかに飛んで行ってしまった。

今後、2025年に108万人まで減少、2030年頃には100万人を下回ってしまう。

一方、出生数は、周知の通り、終戦直後の団塊の世代の年270万人が最多。その後は年3～5万人のペースで漸減し、半世紀前に200万人以下になり、

そして、遂に4年前に100万人を切ってしまった。

昨年は94万人、改善の兆しなく、いよいよ数年内には90万人以下になり、団塊の世代の3分の1になる。あの頃は、確かに街に子供や若者が溢れていた。

即ちこれからは、年々、全ての分野で若者の獲得競争は激化し、そして、将来にわたり改善することはないということである。特に労働集約的な医療福祉の分野では、その影響はさらに深

刻化する。

この社会環境の激変は、中途採用や中高年の獲得にも波及し、年々、人材確保が難しくなってきたと実感されておられる方も多いと思う。

この人口動態の大変化に、どう対処していくのか。外国人労働者の導入、IT活用による人員削減や医療制度自体の簡素化など、全日病にとっても知恵の出どころである。

(和)

主張

地域医療構想とダブル改定後の「民間病院」の役割と課題

2025年問題に対応するため、本年は惑星直列と言われた第7次医療計画、第7期介護保険事業計画や診療報酬・介護報酬のダブル改定年に当たる。

我が国の少子高齢化の進行や先進医療技術の開発等に伴い急速に膨大する社会保障費への対応に消費税率10%への引上げが延期されたこともあり、財源確保の目途が立たない。

既に地域医療構想ガイドラインも策定され、今年度から具体的な調整会議

が始まる。今後、地域医療構想の策定実現と、これに基づく病床機能の報告制度・地域医療調整会議による二次医療圏内での自院の病床機能を決めなければならない。公的医療機関は厚労省からの指示に基づく2025プランを自院の立場で計画しているが、全日病等の病院団体や圏域医師会との協議が地域により殆どなされずに公表され、既成の事実として公的医療機関独自に整備を進めている印象がある。昨年9月29

日厚労省事務連絡にも拘わらず、特に回復期が少ないとして、地域包括ケア病棟への転換が進められている。

今回の改定で一般病棟にDPCデータによる評価が導入されたが、療養病棟の医療区分は従前のままであった。病床毎に評価方法も異なり、適切な見直しが必要と思われる。

これまで療養病床削減のために厚労省は2006年同時改定時に老健施設への転換、介護療養病床の廃止などを手掛けて来たが、一向に減らずに今回「介護医療院」の新設となった。転換後には従来の病院・診療所の名称を名乗ることも認めており、2区分（I型介護療養病床相当、II型老健施設相当）が

あり、長期療養の生活施設となる。在宅支援・復帰を目指す介護老人保健施設との競合やII型の必要性、さらに市町村財政が逼迫する中、介護報酬が今後どこまで保障されるのか将来に不安が残る。

慢性期の機能分化は介護保険制度との調整が必要であり、早期に在宅医療・介護サービス提供関係者を加えた実質的なWGを構成して協議を進めておく必要がある。

さらに病床転換における地域医療介護総合確保基金からの施設整備費の情報開示と、民間病院には病床削減時しか公的財政支援がなかったが、転換時の確実な基金支援を望みたい。(田時正治)

2020～2021年度の医学部臨時増員は現状通り

厚労省・医師需給分科会

2033年に医師約36万人で均衡

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会(片峰茂座長)は4月12日、2020～2021年度の医学部入学定員の臨増増員の取扱いは、暫定的に現状通りとすることで概ね一致した。また、医師需給推計の結果を示し、医師以外の他業種と同様の時間外労働規制を適用した場合は2033年に医師の需給が均衡し(医師数約36万人)、それより緩い規制では2028年(医師数約35万人)に均衡し、それ以降は医師が過剰になるとした。

医学部入学定員は、医師不足問題に対応し、過去10年間で地域枠を中心に増やしてきた。現在は過去最大の9,262人になっている。しかし日本全体で見れば、今後の人口減少などにより、医療ニーズは減少し、医師は将来的に過剰になる見込みだ。このため同分科会は、医師需給推計に基づき、臨時増員を縮小させることの是非を検討している。

しかし、医師偏在は解消されず、医師の働き方改革の行方も流動的な状況にある。医師偏在対策は、近く国会で審議される予定の医療法・医師法改正法案の施行状況を検証する必要があり、医師の働き方改革は厚労省検討会の結

論が来年3月に出される。医学部受験者に配慮すれば、入学定員は実施の2年前に決めておく必要があり、見直すとしたら、最短で2022年度以降にする必要があるとの結論になった。

その上で、「現状で、すでに過去最大級の医学部定員の増加を行っていることを踏まえ、医師偏在対策、医師の勤務時間の適正化等が進むと前提すれば、マクロの医学部定員について、さらに増員する必要はないのではないか」との論点を提示。賛成の意見が相次ぎ、暫定的に2年間は現状通りとすることで了承を得た。

また、2022年度以降の取扱いに関して、「臨時定員を減らしていくことを前提に、議論を進めるべき」との意見が相次いだ。さらに、日本医師会の委員が、「臨時増員は地域枠を中心に増やした。臨時増員がなくなると、地域枠もなくなる。地域の医師偏在を考えれば、恒久定員に地域枠を組み込むことを検討すべき」と発言した。これに対し、異論は出なかった。

医師需給推計の結果を示す

新たな医師需給推計の結果が公表された。基本的には、2年前の需給推計

と同様の手法を用いたが、医師の労働時間などの設定において、直近の実際のデータを用いたため、より精緻な推計となった。労働時間については、医師全体の週平均51.42時間を基準に、性別年齢階級別の比を用いた。例えば、男性30代は1.21だが、女性の40代は0.84となる。女性の労働力率のいわゆるM次カーブが示されており、20代は1.15、50代は0.87で、いったん減少した後に若干上昇する。

需給推計の結果をみると、需給が均衡する時点は、労働時間を週55時間程度に制限する需要ケース①で2033年(医師数約36万人)、週60時間程度に制限する需要ケース②で2028年(医師数約35万人)となった。それ以降は、医師の供給が医療ニーズを反映した需要を上回る。ケースにより需要は変わらないが、医師の労働時間が減ると、必要となる医師数は増え、供給の変化で均衡年度が後ろにずれることになる。

なお、2028年は2020年度の医学部入学者が卒業し、臨床研修を終了する時期に当たる。

労働時間は、国会に提出されている働き方改革関連法案の時間外労働規制を仮定した。週55時間は、他業種に適



用される時間外労働規制(週15時間、年間720時間)である。週60時間はそれより緩くしており、月換算だと80時間の時間外労働で、労災認定の目安になる水準となっている。

推計においては、現状で上限に満たない労働時間の医師の労働時間はそのまま、上限を超える医師の労働時間を減らすという調整をした。

また、医師から他業種へのタスクシフティングに関して、需要ケース①では、2040年までに医師の労働時間が7%、需要ケース②では、2年程度前倒しし、10%減少することを見込んだ。そのほか、外来の受療率や精神病床の入院需要も、近年の動向を踏まえ、一定の変化率の幅を前提として、推計に織り込んでいる。

医師の需要推計において、臨床医の想定必要数をみると、慢性期を「1」とした場合、回復期を「1.5」、急性期を「2.7」、高度急性期を「4.7」とした。医療資源投入量による推計は用いず、病床機能報告制度で病院が報告した医療機能別の病院全体の医師数を病床数で割り、比を算出した。

2017年度の処遇加算見直しで月平均1万2,200円の上昇

厚労省・介護給付費分科会

新設の加算(I)は1万3,660円の賃金アップ

厚生労働省は、4月4日の社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)に、2017年度の臨時介護報酬改定(介護職員処遇改善加算の見直し)が介護従事者の処遇状況に与えた影響を調査した結果を報告した。

それによると、新たな介護職員処遇改善加算の(I)～(V)を取得した施設・事業所(全体の91.2%)における介護職員の平均給与額(常勤者・月給=2018年9月)は、前年同月比1万2,200円の上昇となった。同様に、新たな加算(I)を取得した施設・事業所(同64.9%)の平均給与は、全体平均を大きく上回る1万3,660円の上昇となった。

介護職員の処遇改善は、2009年度介護報酬改定(月額9,000円)、2009年度補正予算における交付金(同1万5,000円)、2012年度改定(同6,000円)、2015年度改定(同13,000円)とすでに4回実施され、月額43,000円相当の引き上げという効果(実績)が生じている。

2017年度臨時改定は介護職員の処遇をさらに月額平均1万円相当改善するために実施された。その目標を上回る結果が出たことについて、厚労省老健

局の鈴木健彦老人保健課長は「施設・事業所の自助努力が伺える」と述べ、企業努力によって加算額を上回る賃上げが実施されたという認識を示した。

改定の成果がみられるという厚労省の認識に対して、「有効求人倍率が高くなっている。それだけ介護に回る求職者は少なくなる」「介護分野の賃金水準は産業全体と比較してまだ低い」「賃金以外の不満が介護離職の大きな理由としてある」など、現状の厳しさを指摘する意見が目立った。

賃金引き上げの実施方法(複数回答=予定を含む)をみると、①給与表改定による賃金水準の引き上げ(22.5%)、②定期昇給の実施(66.4%)、③手当の引き上げ・新設(44.7%)、④賞与等の引き上げ・新設(19.1%)一と、事業者の事情に応じて様々だ。

一方で、処遇改善加算をどれも取得していない施設・事業所が8.8%ある。サービス種類別の割合は、介護療養型医療施設が30.9%と突出して高い。

処遇改善加算を取得しない理由をみると、「事務作業が煩雑」51.3%、「利用者負担の発生」39.6%になっている。また、「対象の制約のため困難」とする

割合は全体では26.8%と相対的に低いが、介護療養型医療施設では53.0%に達している。

「対象の制約」とは処遇改善の対象に看護職員が入っていないことを意味する。加算(I)を取得しない理由に関する設問では、介護療養型医療施設の51.8%が「職種間・事業所間の賃金のバランスがとれなくなることが懸念される」と回答している。この問題について、この日の分科会では、数名の委員から「処遇改善加算の対象の拡大を検討してはどうか」という意見があった。

処遇改善に関して、分科会は今後、「新しい経済政策パッケージ」(昨年12月8日)において、消費税率10%引き上げで生じる増収分1,000億円を公費投入すると明記された介護職員の新たな処遇改善(実施時期2019年10月)に向けて議論を進めることになる。

療養病床と転換型老健を調査対象に

この日の分科会に、厚労省は、2018年度改定の影響・効果を検証する調査を2018～20年度の3カ年に分けて実施する方針を示し、了承を得た。そのう



ち、2018年度に行う調査項目は以下のとおり。

- ①介護保険制度におけるサービスの質の評価
- ②介護ロボットの効果
- ③居宅介護支援事業所・介護支援専門員の業務等の実態(タイムスタディ調査を含む)
- ④福祉用具貸与価格の適正化
- ⑤介護医療院におけるサービス提供実態等
- ⑥介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等のあり方
- ⑦介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等のあり方

⑤の介護医療院に関しては、転換した介護医療院だけでなく、転換候補となる介護療養型医療施設、医療療養病床、介護療養型老健の全施設を対象にサービス提供の内容等を調べ、今後転換した場合の変化を比べる基礎データとする。

南海トラフ地震の対応やDMAT事務局体制の見直しを議論

厚労省・救急・災害医療提供体制の検討会

厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」は4月6日、初会合を開催した。ドクターヘリの整備やDMAT事務局の見直しなど今後の救急・災害医療提供体制を協議し、来年度予算の概算要求にも反映させる。座長には国立社会保障・人口問題研究所所長の遠藤久夫氏を選出した。

検討会では、出動件数が増加しているドクターヘリの安全運航や救命救急センターを含む救急医療提供体制を議論するとともに、災害医療について今後発生が予想される南海トラフ地震や首都圏直下地震にも対応できる体制構築に向けて厚労省のDMAT(災害派遣医療チーム)事務局の組織・運用や広域災害・救急医療情報システムのあり方を協議していく予定だ。初会合で

は、救急・災害医療提供体制の現状を討議した。

日本医療法人協会会長の加納繁照構成員は、「都会では高齢者の救急医療が増えているが、民間医療機関の役割が重要。都会での救急医療体制のあり方を議論すべき。災害医療でも災害拠点病院だけでなく、民間病院が災害支援病院としての役割を担っている」と民間病院の重要性を訴えた。

全日病常任理事の猪口正孝構成員は、「救急医療情報キットがあるが、アナログすぎるし、更新も難しい。入院中の情報を退院後にかかりつけ医や地域包括ケアで活用することが重要であり、救急医療は命にかかわる問題なので、この機会にICTを活用したEHR(電子健康記録)を進めてほしい」と述べた。

DMAT事務局体制を見直し

この後、DMAT事務局の現状と課題を議論した。DMAT事務局の担当者から業務内容や人員体制の報告を受けるとともに、厚労省から論点が示された。

DMATは平時の業務として、日本DMAT検討委員会の運営事務やDMAT研修の実施・各地の訓練の管理、DMAT隊員の登録・更新などを行っているほか、災害時の業務では、DMAT派遣に関する調整、DMAT活動方針の決定、各DMATへの情報提供などを実施している。

DMAT事務局は現在、東京と大阪の2か所に置かれている。東京・立川市の災害医療センターは23名体制で常勤4名(医師2名)、大阪市の大阪医療センターは10名体制で常勤4名(医師2名)の体制。いずれも常勤医師は



併任で非常勤職員が多く、脆弱な体制であることが示された。

こうした現状を踏まえ、厚労省は論点として、①DMAT事務局の非常勤職員での対応など体制の見直し②DMATを外部からバックアップする人材が集まる組織・仕組みの構築③DMAT事務局の新たな役割の付与への3点を提案した。

構成員からは「非常勤職員が多く、改善が必要」、「いずれは各ブロック、各都道府県に置く方向も検討すべき。当面は2つの拠点の人数と質を充実すべき」、「常勤職員を置くことで、新たな役割として急性期だけでなく慢性期の部分まで対応すべき」などの意見が出た。

がん診療連携拠点病院の指定要件を見直し

厚労省・がん診療提供体制のあり方検討会

来年4月から新規指定

厚生労働省の「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」(北島政樹座長)は4月11日、がん診療連携拠点病院等の指定要件の見直しに関する報告書を座長一任で了承した。診療機能により拠点病院を分類するとともに、新たに医療安全体制の確保を要件に追加した。早ければ6月にも改定した指定要件を通知し、来年4月から新しい整備指針に基づき新規指定を行う。

同検討会の下に設置した「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ(WG)」が3月にまとめた報告書について議論した。

現行の整備指針では、都道府県がん診療連携拠点病院(都道府県拠点病院)は都道府県に1カ所、地域がん診療連携拠点病院(地域拠点病院)は2次医

療圏に1カ所が原則。しかし、都道府県の医療計画で、がんの医療圏を2次医療圏とは異なる圏域に設定することが可能となったため、報告書では、今後はがん医療圏に地域拠点病院を1カ所整備することを原則にすべきとした。地域拠点病院は、診療機能によって3つに分類する。

「地域がん中核拠点病院(仮称)」は、指定要件上の必須要件に加えて、望ましいとされている要件を複数満たし、同一医療圏のうち診療実績が最も優れている病院とする。

「地域がん診療連携拠点病院」は、指定要件上の必須要件をすべて満たした病院。「準地域がん診療連携拠点病院(仮称)」は、2021年4月以降、前記2つの病院が指定要件の必須要件を満

たさなくなった病院と位置づける。

地域拠点病院をがん医療圏に原則1カ所設置する方向性に対し全日病副会長の神野正博構成員は、「人口構造や周辺環境が変化しているため、これまでの2次医療圏にこだわるべきではない。がん医療圏を原則とする考え方はいい。がん医療圏に1つ以上あれば、過疎化が進んだ医療圏を抱える地域でもおそらく対応できる」と賛同した。

医療安全体制の確保を新設

また、整備指針に医療安全体制の確保の項目を新設する。

都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれについても医療安全管理部門の設置や医療安全管理者



の配置、医療安全に関する窓口の設置について要件を設ける。

医療安全の問題に関連し、WGの報告書で「第三者評価等を活用することが望ましい」と明記されたことに対し、日本医師会の構成員が「検討会では第三者の目を入れるべきと発言してきた。活用が望ましいではなく、活用すべきにしてほしい」と要望した。

この発言に神野構成員は賛意を示した上で、「がん拠点病院でなくとも、診療報酬の医療安全対策加算で4月からの改定でピアレビューできるように医療安全対策地域連携加算が新設された。こうした加算で対応してもいいのではないかと提案した。

患者の死亡事例の報告受ける

厚労省・患者申出療養評価会議

厚生労働省の患者申出療養評価会議(福井次矢座長)は4月12日、患者申出療養で2番目に認められた重症心不全患者への「耳介後部コネクタを用いた埋込み型補助人工心臓による療法」の死亡を含む3つの事例の報告を受けた。

大阪大学医学部附属病院が申請して2017年4月1日より開始された同補助

人工心臓による療法は、これまで3例に対して実施。同病院が地方厚生局と厚労省へ報告した。

3例のうち、2例で患者が死亡した。脳梗塞と呼吸不全が発生して亡くなった30代男性のケースでは、同病院が、今回の事象は補助人工心臓埋込み術で想定される一般的な合併症であるものの、今後の適格性確認時において術後

リスク評価について慎重に適格性の判断をすることを報告した。これに対する国の対応は、療養は継続可とし、同会議での審議は行わないこととした。

横行結腸穿孔が発生して亡くなった60代男性のケースでは、同病院が、当該医療機器や手術手技との直接的な因果関係は低いとしたものの、当該療養との因果関係は否定できないと指摘。同病院の判断で実施計画を見直し、新規組み入れは中止している。

同事例については、患者申出療養評価会議の技術専門員が同病院に指摘事項を確認。現在、実施計画の見直しを

反映した実施届出書の申請待ちの状態となっている。

同日の会議で委員からは、「あまりにも重症な患者に、この機械が装着され合併症が生じて亡くなったと判断する。この制度は研究の要素があって患者の申出で行われるが、適正な医療の発展を目指すなら、適切な症例のもとで適切な判断ができるような患者に使うべき」、「患者自身の希望で実施しているが、1人当たりの自己負担額は約1,600万円であるにもかかわらず、比較的短期間で亡くなっている」などの意見が出た。

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

従業員向け
団体保険制度

勤務医師賠償責任保険
産業医等活動保険
看護職賠償責任保険
薬剤師賠償責任保険

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)
医療事故調査費用保険
医療施設機械補償保険
介護サービス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
医療法人向けD&O 保険(役員賠償責任保険)
経営ダブルアシスト・業務災害補償制度

●お問合せ (株)全日病福祉センター 〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿樂町ビル7F TEL. 03-5283-8066

専門医の経験をベースに総合医の実践的スキルを学ぶ 体験的ワークショップで一步踏み出す力を身につける

牧角 本日は、「全日病総合医育成事業」をテーマに座談会を行いたいと思います。私は、司会を勤める全日病プライマリ・ケア検討委員会委員長の牧角です。

今、我が国は、社会の構造的な変化と医療保険制度の持続可能性への不安、政府財源不足による財政的支援の不透明さ、そして働き方改革などによって、医療供給サイドとしての病院は戦後最大の変革を強いられています。

全日病プライマリ・ケア検討委員会では、これらの対応の一つとして、全日病総合医育成事業を開始しました。すでに3月に募集が始まり、7月14日には開講式が予定されています。そこで、「全日病総合医育成事業」について、その目的・意義・内容をプライマリ・ケア検討委員会の委員の方々に話し合っていたかと思っています。

まず、プライマリ・ケア検討委員会の委員でもある猪口会長に、なぜ、このプログラムを始めたのかについてお聞きします。

地域医療は待たなし 総合医に対する期待

猪口 会員病院のすべての先生方が感じておられることと思うのですが、地域に密着した診療活動の中で、少子高齢化という社会構造の変化や医療の持続可能性への不透明感等、病院を取り巻く環境が激変している状況を目の当たりにされていると思います。そうした中でこれまでとは異なる役割が病院に求められていると感じています。高齢患者が著増する中で、臓器別にとらわれない幅広い診療、多様なアクセスを担保する診療、そして、多職種からなるチーム医療のマネジメントなどが実践できる組織であることが大切ではないでしょうか。この鍵を握るのは総合医だと思われま



猪口雄二会長

す。そのことが、今回の「全日病総合医育成事業」を始めた理由であります。牧角 全日病認定総合医は、まさに日本専門医機構が育成している総合診療専門医と方向性は同一であります。総合診療専門医が地域で活躍するには5～10年かかります。しかしながら、地域医療は待たなしであり、その間、今いる専門医に一步踏み出してもらうことが地域医療に貢献するのではという考えが今回の企画につながったと思います。

今年、日本専門医機構で運営される総合診療専門医の研修が始まるほか、日本病院会でも病院総合医の研修が始まるわけですが、全日病のプログラムの内容について、井上先生より説明をお願いします。

井上 プログラムの概略を説明します。対象となるのは、概ね経験6年以上の医師で、プログラムでの研修を希望す

る会員施設のすべての診療科の医師であり、年齢は問わないこととしています。研修していただく期間は2年間を推奨していますが、個々の事情もありますので、1年～5年程度で柔軟に運営したいと思います。また、定員は40名となっています。

研修プログラムは、大きく3つのパートからなっています。一つは自院における診療実践で、実際に診療を実践する中で総合診療を行っていただきます。2つ目は、スクーリングです。これについては後で詳しく述べます。3つ目は総合診療eラーニングで、プログラムに参加した方には、eラーニングを視聴できる仕組みをつくりたいと思います。

特徴としては、所属している病院に勤務を続けながら研修を受けることができることです。所属する病院の支援の下で研修を受けるとともに、修了者には全日病として認定証を発行します。認定を受けることが一つの大きなポイントかと思っています。

また、スクーリングに関しては、医学教育に長けたスタッフが担当することが大きな特徴です。

牧角 全日病ならではの研修プログラムになっていると思います。プログラムの中心になるスクーリングについて説明してください。

井上 スクーリングは、医療運営コース、診療実践コース、ノンテクニカルスキルコースの3つのコースに分かれています。

医療運営コースは2日間で、日本の医療の将来像や医療制度、介護制度を理解していただくことが主になります。

診療実践コースは22回(22日間)であり、臨床推論などの総論6単位と循環器、呼吸器、消化器などの各論16単位からなります。

ノンテクニカルスキルコースは、10日間です。いわゆる医療技術ではない組織人としてのスキルを学ぶものです。

牧角 今回は、筑波大学および日本プライマリ・ケア連合学会と連携してプログラムを構成しました。スクーリングの特徴について筑波大学の前野先生から説明をお願いします。

プライマリ・ケアに必要な内容を厳選

前野 今回、地域で活躍する総合医の数を増やし、質を高めていく取組みのお手伝いをするようになりました。研修の中心となるのはスクーリングです。

スクーリングの目標は、今後激変するプライマリ・ケアの現場で、「一步踏み出すこと」です。研修の対象は、経験豊富な医師が中心なので、その医師が持っている専門医としてのベースの上に実践的なスキルを上乘せして、プライマリ・ケアの現場で一步を踏み出せる内容になることを意図しています。そこで、プライマリ・ケアに真に必要な内容を厳選して、ゴールを明示し、体験型のワークショップを受けていただくコースにしたいと思っています。

教育プログラムは、こういった領域に高いノウハウを持っている日本プライマリ・ケア連合学会が総力をあげて準備を進めているところです。

ノンテクニカルスキルに関しては、これからの総合診療医は単に医学的な診断・治療を行うにとどまらず、チームをつくり、人を育て、さまざまな関係機関と連携をとりながら、複雑な組織を運営する力が求められます。そこに必要なスキルは、今まで医療界ではきちんとした教育が行われておらず、個人的な経験や人格に依存しているのが現状でした。でも、スキルである以上それをトレーニングする手法はあります。筑波大学において医療者向けのノンテクニカルスキルの開発に取り組んできましたので、その中身のエッセンスをぎゅっと詰め込んだ研修を企画しています。

医療制度全体を学ぶ 機会を提供

牧角 医療運営コースがあることは全日病らしいところですね。医療運営コースについて話していただけますか。

井上 現場で働く医師にとって医療全体について考える場がないと思うのです。どのような制度になっていて、日



井上健一郎常任理事

本の医療や介護がどちらに向かっているのか知識として知る場がないし、断片的にしか知る機会がありません。きちんと話をきいて、どのような医療・介護を目指していくべきか考える場になればと思います。

牧角 これからの医療は医療保険だけでなく、介護保険の知識も必要だし、衣食住すべてを含め、総合診療医的な能力がないと地域医療を担っていけないと思います。その意味で、今回のプログラムは、とてもいい配分になっていると思います。

他団体の事業との違いはどんな点でしょうか。

前野 全日病以外でも総合性についての研修を認定しようという取組みが始まっています。ただ、その多くは、場の経験を認定するものであったり、いわゆる自己申告であったり、座学や一方向性の講義が中心になっています。集合研修の形で年に1回だけとか、回数が少ないものもあります。それでは、明日から一步を踏み出す力をつけるのは難しいのではないかと考えました。実践的なスキルを着実に身につけてもらうには、ある程度の回数を集めていただき、体を動かしながら、しっかりとスキルを学んでいただく必要があるという結論に達しました。

とはいえ、忙しい医師が地域で活動しながら研修を受けることになると、現実的な落としどころについて議論を重ね、スクーリングの



出席者(文中敬称略)

猪口雄二
全日病会長

牧角寛郎
プライマリ・ケア検討委員会委員長

井上健一郎
全日病常任理事
総合医育成事業リーダー

前野哲博
プライマリ・ケア検討委員会特別委員
筑波大学附属病院副院長
日本プライマリ・ケア連合学会副理事長

※座談会は4月6日に行われました。

回数を設定しています。

参加していただければ明日からの臨床に役立つスキルを持って帰れる、そういうコースにしたいと考えています。牧角 全日病と筑波大学、プライマリ・ケア連合学会の連携があってできた研修プログラムであると思います。

教育内容を学会として担保 学会認定医でも評価

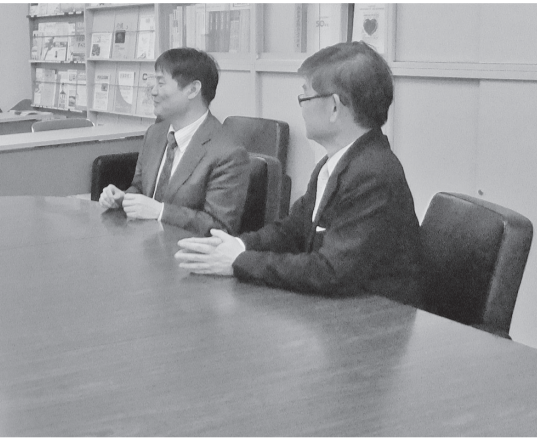
前野 今回の事業は、プライマリ・ケア連合学会としても非常にいい機会をいただいたと考えています。学会の総力をあげていいものを提供したいと思えますし、このコースを受講し、修了された方に対してはプライマリ・ケア連合学会としても何らかの評価をしたいと考えています。

学会には認定医制度があるのですが、取得するには経験症例報告と筆記試験を受けていただく必要があります。そこで、学会としては、全日病総合医コースを修了した人には、この筆記試験を免除することを考えています。経験症例報告の提出は、このコースを修了する方にはそれほど難しくないと考えますので、実質上、希望すれば学会の認定医をとれると考えていただいていいと思います。

牧角 今回の研修プログラムは、プライマリ・ケア連合学会が認めた研修内容であるということですね。

前野 おっしゃる通りです。研修の内容は、プライマリ・ケア連合学会と筑波大学が担保していますので、努力してこのコースを修了された方に対しては、学会としてもきちんと評価したいということです。

現場のニーズに対応するためのマネジメントを習得 病院の支援を受けて研修を受講、将来の幹部候補生を育成する



プライマリ・ケアに必要な マネジメントを学ぶ

井上 ノンテクニカルスキルについて説明してください。総合医にとってどのような意義があるのでしょうか。

前野 具体的なテーマとしては、チームビルディング、リーダーシップ、人材養成・教育、課題解決と業務改善といった内容が中心です。総合診療医が活躍を期待されるフィールドは、複雑な問題に対応し、限られた資源の中で一人ひとりの個別性のあるケアを提供していかなければなりません。また、チーム医療に求められる質がどんどん上がっているため、単に多職種が集まればできるものではなく、チームとしての生産性を高めなければなりません。そのためは、様々なスキルが必要になります。

多くの企業では、中間管理職になったら研修を受けて組織マネジメントを学ぶ機会が設けられていますね。しかし、医療においては、そのようなマネジメントを学ぶ機会がほとんどありません。例えば、内科部長や副院長になって組織を運営する立場になっても、そこでマネジメントを体系的に学んだ、という方はあまり多くないのではないでしょうか。

複雑な組織を動かす力が求められる総合医にとって、そのスキルをきちんと学んだ上で現場の経験を組み合わせることで、よりしっかりしたチーム医療を地域で実践できるようになると思います。

総合医に必要な 幅広い視野を学ぶ

前野 一つ私の経験を申し上げますと、コンフリクトマネジメントというノンテクニカルスキル研修を受けたのですが、研修後は、コンフリクトに直面したときも、うまくいかない理由やその構造がわかるだけで不安が軽くなりましたし、より冷静で建設的な対応を考えられるようになりました。また、自分と相手の意見が異なる背景を客観的に認識できるようになったことで、問題がこじれた原因を少し俯瞰できるようになったと思います。もちろん、研修を受けただけで、次の日から100%理想的に対応できるわけではありませんが、闇夜の中で光を見出したときの

ように研修が役に立つ場面がきつとあると思います。

牧角 既存の研修は、テクニカルな要素に偏る傾向がありますが、ノンテクニカルスキルの研修があることは大きな特徴ですね。

前野 総合診療医の総合性とは、単に呼吸器を診ていた人が循環器や消化器も診るということではありません。また、患者個人だけでなく、家族や地域に視野を広げ、さらに医療だけでなく、福祉や予防も含めて考える。大きな意味では、システム全体をみる目が求められています。

ノンテクニカルスキルは、病気だけでなく、ネットワークの中でシステム全体に広くかかわっていく総合診療医にとって不可欠です。

牧角 全日病の会員施設が提供している医療においても重要な要素であると思います。

前野 これからの医療のニーズは幅広く複雑なものにシフトしていくわけですから、総合医としての自分の診療活動を広げていきたいと思っています。全日病のプログラムは非常にフィットすると思います。



前野哲博特別委員

井上 病院として、総合診療医としてのスキルを持った医師を確保していくことは経営戦略上、重要な課題になるはずです。

牧角 現状で課題と感じていることはありますか。

前野 よく、なぜ、会場は全部東京なのか、e-ラーニングもできないかと言われる。お忙しい先生方のお気持ちもよくわかるのですが、我々としては初めての試みなので、まずはプログラムを確立したいと思っています。パッケージとして内容が固まったら、順次、いろいろな地域で実施できるように展開していきたいと考えています。

また、e-ラーニングについては、先ほど述べたように、実践力を高めるには、座学では限界があると思っています。座学ですむなら本を読めばよいということになります。我々は、実践力をつけるために、能動型学習である体験型ワークショップにこだわりました。e-ラーニングは時間と場所を選ばずに学習できるのは大きなメリットですが、やはりこれにすべてを代替できるものではない、と考えていますので、ご理解をいただければ幸いです。

受講の流れと認定の条件 必要な単位を選ぶ

牧角 研修の流れについて、井上先生から説明をお願いします。

井上 3月1日から募集が始まっていますが、5月30日が締め切りとなっています。6月の時点で受講が確定した方に対し、7月から研修が始まります。23

日間のスクーリングがありますが、すべてに参加していただくという意味ではありません。その人に必要な単位での参加になります。医療運営はすべての人に参加して頂きますが、診療実践コースについては、22単位の中で11単位以上、ノンテクニカルコースについては10単位の中で6単位以上に参加することが認定の条件になっています。スケジュールにあわせて参加するスクーリングを決めてもらいます。

診療実践コースでは、循環器の専門の医師が循環器の講義を受ける必要はありません。到達目標を具体的に示しますので、どの単位を受けるかを考えて受講する単位を決めていただきます。スクーリングのテーマや日程、診療実践における到達目標の具体例を確認して、どの単位を受講するかを決めていただくという流れです。その上で、1年間のスケジュールを決めて研修がスタートすることになります。

牧角 対象は、経験が6年以上の医師ですから、それぞれの地域医療を担っている人がほとんどだと思います。2年間かけて受講できる柔軟な日程が組まれていると思います。

専門性の高さ以上に 幅広い診察能力が求められる

井上 受講料は40万円で、一見して高いと感じるかもしれませんが、基本的に病院が旅費も含めて費用を負担するわけですし、病院の期待もそれだけ大きいと思います。

前野 全日病の会員施設がこれからどんな医療を展開していこうとしているのか、そのためのスキルを管理能力も含めて身につけるための研修であり、次世代の幹部候補生を育てるという活用の仕方があると思います。

牧角 e-ラーニングについても説明して頂けますか。

前野 e-ラーニングでは、プライマリ・ケアに役立つ内容、ガイドラインのアップデートや診療のコツのようなものを用意して、知識を深められる内

容にしたいと思います。スクーリングが中心ですので、必修単位としては緩めの設定にしていますが、役立つ情報を流しますので、こちらでも勉強して頂ければと思います。

井上 スクーリングに関しては、全体のコースを受けていただくことが基本ですが、定員に空きが出ることもあるかと思っています。その場合は、全日病の会員施設の中から興味のある単位を単発で受講することができる仕組みにしたいと考えています。自分の興味のある単位をスポットで勉強していただくことも可能です。

牧角 最後に猪口会長から、受講生への期待を一言お願いします。

猪口 病院において臓器別専門医の役割は今後も重要で必須の存在ですが、それと同じくらい総合医の役割も重要です。新たなキャリア形成を志向して臓器別専門医から総合医へ変わろうとする医師も増えてくると期待します。そのような医師のキャリア支援のプログラムとして本事業を開始したいと思います。ぜひ、受講生の皆さんには今回のプログラムを研修することで日常の診療の場面で「一歩踏み出す能力」を身につけて頂ければと思います。

牧角 我が国は、高齢社会を迎えていますが、このような時代における地域医療においては、増える高齢者の特徴



牧角寛郎委員長

である多疾病併存、認知症、フレイルへの対応力、さらには介護保険なども含む複雑な課題への対応力など、専門性の高さ以上に幅広い診察能力が求められています。

現在、地域では、多くの医療機関で専門性を有した医師がその専門領域以外の場面で活躍する機会が増加していると思われませんが、今回の全日病総合医育成プログラムを利用し、専門性に加えて総合診療専門医の持つコンピテンシーを理解・共有し日常の診療現場に生かして頂ければと思います。

全日病総合医育成プログラム スクーリング日程(予定)

日時	種別	テーマ
7月14日	医療運営	開講式/医療運営コース(1)
15日	医療運営	医療運営コース(2)
8月25日	ノンテク	リーダーシップ・チームビルディング
26日	診療実践	代謝内分泌領域
9月29日	ノンテク	ミーティングファシリテーション
30日	診療実践	地域包括ケア実践
10月13日	診療実践	病院版T&A (Triage and Action)
14日	ノンテク	TEAMS-BI (仕事の教え方)
11月3日	ノンテク	コンフリクトマネジメント
4日	診療実践	小児
12月23日	診療実践	臨床推論/EBM
1月12日	診療実践	認知症
13日	ノンテク	コーチング&人材育成
2月2日	ノンテク	問題解決(1)
3日	診療実践	リハビリテーション
3月16日	ノンテク	TEAMS-BP/BR (業務の改善の仕方/人への接し方)
17日	診療実践	整形外科領域
4月6日	ノンテク	問題解決(2)
7日	診療実践	T&A (Triage and Action) マイナーエマージェンシー
5月25日	ノンテク	現場での効果的な教育方法
26日	診療実践	血液領域/膠原病領域
6月15日	ノンテク	MBTI:自分の心を理解する
16日	診療実践	呼吸器領域

詳細は全日病のホームページ(<https://www.ajha.or.jp/hms/sougouji/>)に掲載されています。

継続的な質向上の取組みで病院経営を支援 医療にTQMの手法を導入、継続的取組みが基本

全日病の委員会を紹介するシリーズの第3回は医療の質向上委員会。同委員会の活動は幅広く、全日病の活動を象徴する委員会の一つだ。飯田修平委員長に委員会の活動内容や医療の質向上に取り組む意義を聞いた。

DRG委員会から 質向上委員会へ

一医療の質向上委員会が設置された経緯を教えてください。

医療の質向上委員会の前身は、1997年に設置された疾病別医療行為検討(DRG)委員会です。2000年にDRG委員会の委員長を私が引き継ぐことになり、医療の質向上(TQM・DRG)委員会に改称しました。その頃、東京私立病院協会(現在の東京都病院協会)で、医療の質を担当していたので、それを全日病で全国展開して、品質管理の考え方や手法を医療界に広めたいと考え、当時の佐々英達会長に認めていただきました。

一あらためて、医療の質向上に取り組む意義について聞かせてください。

みなさん、口では“質”が大事と言いますが、本当に考えている人は少ないです。“質”は、ものごとの基本ですが、本気で考えると結構難しい。Jurun博士は「質とは顧客要求への適合である」(Quality is fitness for use)と質の定義を述べていますが、これは医療に限ったことではなくてすべての仕事に共通しています。何事も真剣に取り組もうとすれば、“質”を追求するのは当然のことで、対象によってやり方が違うだけです。我々は、医療を提供しているのだから、患者あるいは患者予備群が対象となります。

また、“顧客”の意味は幅広く考えることができます。素直にとらえると「お客さん」ですが、医療においては患者だけでなく、患者の家族や病院の職員が含まれるし、行政や地域も含まれます。広く関係者と言うことができます。カタカナは嫌いです。「ステークホルダー」という言い方もあります。さらに、サービスやモノそのものの質だけでなく、組織管理の質も含まれます。だから、トータルクオリティマネジメントというのです。それを医療に展開しようと20年来ずっと続けているわけです。

組織マネジメントの質を高める

一質の高い医療を提供しようとするれば、組織のマネジメントが不可欠ということですね。いつ頃から、マネジメントの大切さに気付いたのですか。

私は、元外科医なので、チームで仕事をすることが前提になっています。医師だけでなく、看護師や薬剤師、放射線技師も含めたチームがあつてはじめて医療を提供できるわけです。病院のレジデントをしていた頃は、ちょうど労働運動が華やかかなりし時期で、組合が強くて検査や手術を手配するにも頭を下げてお願いしなければならなかった。おかげで、かなりマネジメントの勉強をしました。そういう経験があるので、チームで取り組むのは当たり前で、わざわざ言う必要もないと思っていました。チー

ムで提供する医療の質を上げるには組織管理が重要であることを身をもって感じていました。1991年に練馬総合病院の院長になって、最初は右も左もわからず悩みましたが、組織マネジメントが大切だとわかって、それ以来、TQMに取り組んでいます。一長年にわたって質の向上に取り組んでいるわけですが、秘訣のようなものはありますか？

なぜ、品質管理に取り組むのかとよく聞かれます。「どうしてそんなことを聞くのか、当たり前じゃないか」と思います。芸人だろうと、スポーツマンだろうと、ものごとを突き詰めてやろうと思えば、より質の高いものを目指するのは当然です。その過程で、困難や障害があればその原因を追究して解明し、障害をなくすように取り組むのは至極当然のことでしょう。これは、どの職種・業種であっても同じです。ですから品質管理の関係で、一般企業の人たちと議論して何の違和感もありません。「医療は特殊だ」と考えるのはよくないと思います。

最近、日本を代表するような企業でも、品質管理に大きな問題があることが明らかになっています。例えば神戸製鋼は、長年にわたって品質データを改ざんしてきたことがわかりました。品質立国と言われた日本の製造業でもこうした問題があったわけで、昔からあまり変わっていないとも言えるが、あきらめてはいけません。基本をきちんとやるしかありません。

でもそれが難しい。感染管理の基本は「手を洗いましょう」ということです。子供に教えるような内容ですが、なぜ、手を洗わなければならないか理由を説明して教育して実践するしかないし、その繰り返しです。

一当たり前のことを行うのは難しく、それを継続していくのはさらに難しい。誰かが声を出さないといいけませんね。

繰り返し言い続けて、うるさいと思われるくらいやらないとダメなんです。私は、それを20年続けています。

質向上の取組みがなぜ難しいかというと、終わりがいいからです。これでいい、ということではなくて、継続が求められます。

なぜ終わりがいいかというと、世の中が変わるからです。これまではよかつとしても、世の中はどんどん変わっていくし、技術も日進月歩です。制度も変わるし、患者をはじめとする関係者の思いも変わる。これに適合するのは不可能に近いものがあるけれど、それでもやらなくてはならないということです。

また、医療の質向上活動に取り組んでも成果が見えないと言われます。質改善の成果は、業務に組み込んでしまっているから見えにくいということがあります。このため、質向上の取組みの成果は、できるだけ本として出版することにしています。本にしておけば、誰でも知ることができます。これまで多くの本をまとめてきましたが、昨年は、薬剤の質保証と手術室の質保証に関する報告書をまとめ、出版しました。

一医療の質向上委員会のほかにも、質に関連する委員会がありますね。

医療の質向上委員会では、質を基軸に取り組む中で、個人情報保護や医療事

故調査制度にもかかわることになり、これらの委員会を立ち上げてきたという経緯があります。

また、医療の品質管理に取り組む中で、異業種との交流も広がることになりました。品質管理学会の会長に頼まれて、医療経営の総合的「質」研究会をつくって、全日病の委員会と併行して活動を続けています。

品質管理は理論と実践が大切

一品質管理の基本的な考え方を教えてください。

品質管理では、5ゲン主義が大事だと言われてます。すなわち、原理・原則に基づき、現場で現実に現物を扱うことです。きちんとした理論を踏まえた上での実践ということです。能書きも必要だけれど実践しなければ意味がないし、ただ実践するのではなく理論が必要だということです。それが品質管理だということです。

質向上の取組みにおいては、組織管理において質を表す代用特性をとって、それをどのように評価するかが大事です。シックス・シグマという品質管理手法がありますが、製品製造工程の各種プロセスを分析して、不適合の原因を特定し、その対策をとって、不良率の引下げや顧客満足度の向上を図る手法です。

「数値化できないものは改善できない」という考え方がありますが、すべてを数値化できるわけではないし、数値化すること自体たいへんな作業です。それでも医療においては効果がありました。医師は、数字には文句を言いませんから。数値をとって公表するだけで、全体が改善していきます。

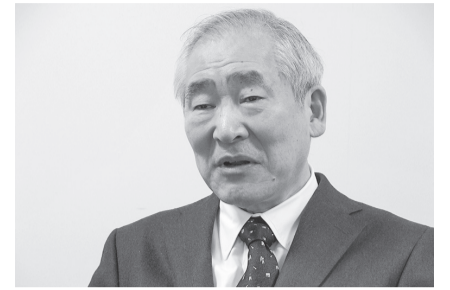
気をつけなくてはいけないのは、数値だけを良くすればいいと思う人が出てくることです。また、あまり数字の種類が多くなるのもたいへんなので、代表的な指標をどこにとるかということでも考えるしかない。世界中どこでもそうやっています。

アメリカでは、指標をとって質の管理をしないとメディケアやメディケイドを使えない仕組みにして強制的にやっています。それも大事ですが、外圧で強制するのはあまり好きではありません。現場の自主的な取組みとして行うべきです。ただしお金はかかるので、努力した者には、診療報酬がつく仕組みが必要です。医療安全の取組みも点数がついたことで普及しました。厚生労働省には、もっと点数をつけてほしいと言っていますが、逆に点数がつかないものはやらないということもあって、これも難しいです。

一医療の質向上委員会では、質改善に関連する研修会を数多く手がけていますね。TQM啓発研究会や業務フロー図研修会、特殊要因図研修会などがあります。

これだけの数の研修会ができること自体、評価すべきでしょう。特に医療安全管理者養成講習会には毎年200人が参加しているので、これはすごいことだと思います。

この講習会では、事故対応のノウハウよりも、品質管理の考え方を取り入れています。また、講義だけでなく演習を重視して、RCA(根本原因分析)



とFMEA(故障モード影響解析)の2つは最低限学習することができるプログラムを組んでいます。安全を確保するには、事故が起きる原因や問題を分析して、それを修正するための対策を練らないといけません。そのためのツールを活用した演習を続けています。

医療は安全ではないことを認識する

一特定機能病院などで医療安全の信頼を損なう事例がおきています。医療の質において安全は必須の要素ですね。

安全は、質の一つの要素ではあるが、すべてではありません。安全なら病気が治らなくてもいいですか。医療は、もともと安全ではなくて、危険なものです。薬は毒ですし、手術は障害行為であると言っています。患者への説明も精神的には大きなストレスです。もともと危険な行為をするのが医療の特徴ですし、患者も悪い状態で病院を受診するわけで、完全な健康状態に戻るとは限りません。「安全・安心な医療」という言い方には矛盾があります。

安全の定義を知っていますか？「許容できないリスクがないこと」です。リスクはゼロにできず、許容するものであり、その程度が問題です。また、許容する主体があるわけです。患者が「許容できない」と考えるリスクがあつたら安全ではないということになります。患者に限定して考えるだけでなく、その地域や社会がどこまでのリスクを許容するかが大事であつて、地域や社会も含めた関係者の要求水準を考えるのが、総合的質経営(TQM)の取組みです。自分たちだけで、「質がいい」と言ってもダメなのです。

一最後に今後の医療の質向上の取組みについて、一言お願いします。

医療法の第1条では、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保」を図ることを目的とすると謳い、第1条の5では、「病院は科学的かつ適正な診療を受けることができることを主たる目的として組織され、運営されなければならない」と述べています。質の高い医療を提供するために組織運営の大切さを再度認識していただき、日常の診療活動を見直してほしいと思います。医療の質向上に取り組むことは当たり前のようであつて、実は簡単ではないことをよく理解し、日々の努力を惜しまないことです。

医療の質向上委員会・委員

委員長	飯田 修平
副委員長	永井 庸次
委員	佐能 量雄
委員	城賀本 満登
委員	高橋 肇
委員	中澤 信
委員	西澤 寛俊
委員	森山 洋
特別委員	長谷川 友紀

診療報酬・介護報酬改定、介護医療院をテーマに特別講演

支部長・副支部長会

介護医療院転換でシミュレーション示す

全日病は3月31日、臨時総会の終了後に支部長・副支部長会を開き、特別講演を行った。猪口雄二会長が診療報酬改定について講演し、改定の留意点について解説したほか、木下毅常任理事が介護報酬について、土屋繁之常任理事が介護医療院について講演した。

救急医療管理加算をめぐる経緯

今回の診療報酬改定では、入院医療の評価体系が大きく変わった。また、DPCデータを活用して測定する「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」が導入されたことも特徴の一つだ。

猪口会長は、DPCデータの活用をめぐり、救急搬送の入院の取扱いが問題になった経緯を説明した。「A8救急搬送後の入院」を「A205救急医療管理加算1該当患者」に置き換える案があったが、軽症の患者で救急医療管理加算が算定されていることが入院医療分科会で話題となり、全国で救急医療管理加算が査定されるようになった。救急医療管理加算は、二次救急において重要な項目であることから引き続き検討することとし、今回は議論しないことになり、その結果、レセプトの査定は少なくなっている。猪口会長は、それでも地域によってはまだ多くの査

定が行われているとして、情報提供を求めた。

地域包括ケア病棟では、地域包括ケアに関する実績を評価することになったが、「蓋を開けてみるとなかなか厳しい」要件となっている。「在宅患者支援病床初期加算」は300点になったが、治療方針について患者・家族の納得を得る必要がある。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえて看取りの方針を定めることが求められるが、看取りの際の対応をまとめた文書を用意しておく必要がある。地域包括ケア病棟以外にも、在宅から療養病棟に入院する場合や、訪問診療や訪問看護でターミナルケアの加算を算定するときも必要だ。

回復期リハビリテーション病棟入院料では、入院料1と2のように人員配置が同じ場合は、どちらか一つにしなければならない。入院料1と2を届け出ることはできないが、入院料1と3を届け出ることにはできる。

療養病棟入院基本料で複数の病棟がある場合、療養病棟入院料1か2のどちらかにしなければならない。全部の病棟を入院料1にすることが難しい場合は、経過措置1と組み合わせること

ができる。

猪口会長は、3月30日に示された疑義解釈を確認し、漏れのないようにしてほしいと呼びかけた。

老健施設は苦しい立場に？

木下常任理事(高齢者医療介護委員会委員長)は、介護報酬改定について講演した。

介護療養型医療施設の基本報酬は変わっていないが、重度者要件が加わり、算定日が属する前3月において、「喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上」または「専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が20%以上」のいずれかを満たすことが求められる。

介護老人保健施設の報酬は大幅な変更となり、在宅復帰・在宅療養支援の拠点としての役割が明確化された。木下常任理事は、「介護保険施設で在宅扱いとならないのは老健施設だけとなり、介護医療院ができると苦しい立場になる可能性がある」とコメントした。

続いて介護医療院協議会の議長を務める土屋繁之常任理事が介護医療院の報酬・基準について説明するとともに、介護療養病床から介護医療院に転換した場合の収支のシミュレーションを示



した(介護医療院の報酬については全日病ニュース3月15日号2面を参照)。

シミュレーションは、介護療養病床20床・医療療養病床29床(療養環境加算1)の施設が転換するケースを想定。全病床を医療療養病床に転換すると年間で約1,500万円の増収になるが、全病床を介護医療院に転換すると1年目2,200万円の減収、2年目以降3,800万円の減収となる。余剰人員の有効活用や地域包括ケア病床の在宅復帰先として活用しても減収となる結果で、経営上は医療療養病床に転換することがベストの選択となる。

しかし、土屋常任理事は、①厳しくなると予想される医療区分を維持できるか②医師、看護師、介護士のスタッフを確保できるか③医療療養病床の需要があるか—を考える必要があると指摘。「介護医療院の活用方法としては、現在の機能をどのように有効活用するかがベースになる」とコメント。介護医療院の有効活用について議論し、会員に情報提供していきたいと述べた。

医師の働き方改革への対応をめぐるって討論

常任理事会

病院団体としての意見表明が必要

全日病は3月10日の常任理事会で、医師の働き方改革をテーマに討論した。猪口雄二会長が、医師の働き方改革をめぐる情勢を報告するとともに、検討すべき論点をあげて、全日病としての取り組み方について常任理事の意見を求めた。

厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」が2月27日に中間的な論点整理をまとめたことから、今後はこれを踏まえて議論が進むと考えられる。四病協では、「病院医師の働き方検討委員会」で検討を進めており、病院団体としての意見をまとめて発表する予定である。また、日本医師会は近く「医師の働き方改革検討会議」を設置して、医療界の意見集約を進める考えである。

猪口会長は、「この問題は法律問題だ

けではすまない部分があるが、厚労省の検討会は労働法制の立場からの発言が強く、医療側の発言はやや弱いように思う。検討会が5～6月に再開した後は、具体的な法規制の話に進んでしまう可能性もある」と述べて、病院団体として、意見を表明する必要があると述べた。

医師の働き方改革めぐる論点

猪口会長は医師の働き方改革をめぐるって次のような論点を示した。

◇医師の夜勤に対して、当直手当で支払うか、時間外で支払うか。残業手当の未払いについては労働基準監督署が問題にしている、内部通報や立入り検査が増えている。

◇自己研鑽をどう考えるか。臨床研修と専門医研修で5年間は、自己研鑽し

なければならない期間であり、全部が労働ではない。

◇労働時間の規制を厳しくすると、救急医療や産科医療、過疎地域の医療が崩壊してしまう。そのことを強く主張すべきである。

◇医師の労働時間の規制から、救急を集約する動きにつながることを懸念される。

◇医師の働き方の問題は、医師需給や医学部定員の問題とリンクしている。働き方の規制だけを進め、医師を増やさないことになると厳しい状況になる。◇高度プロフェッショナル制度と裁量労働制はどちらも医師は適用外である。◇医師に適した働き方の法規制をつくる必要がある。アメリカのACGME(米国卒後医学教育認定評議会)が参考になる。

これらの論点を踏まえて猪口会長は、「条件闘争になることを危惧している。根本的な問題を主張するべきではないかと考えている」と発言。常任理事の意見を求めた。

猪口会長の問いかけに対し、次のような意見があった。

◇若手の医師は、ようやく時間外労働の問題が取り上げられるようになったと受け止めている。医師の中で、経営管理側と働き手が分離することがないように、若手医師の理解を得ながら進めてほしい。

◇労働衛生についてきちんと守る姿勢を示した上で、あるべき姿を主張すべきではないか。

◇小手先の条件闘争をすることは危ない。地域医療構想、地域包括ケアを含め、医師の労働量を試算する必要がある。

討論を受けて猪口会長は、「医師の働き方改革は今後、本格的な議論に入ることから、度々情勢を報告して議論していきたい」と述べた。

診療報酬改定の疑義解釈で事務連絡

厚生労働省は3月30日、2018年度診療報酬改定の疑義解釈(その1)を事務連絡で示した。

疑義解釈は、医科だけでも222項目に及ぶ。ここではそのごく一部を抜粋して掲載するが、必ず全文を確認する必要がある。

【オンライン診療料】

問6 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定してから6月の間は、毎月同一医師による対面診療を行う必要があるが、当該6月の間で、同一の疾患に対して継続的に診療を行っているが、算定した管理料等がオンライン診療料対象管理料等の中で異なる管理料等を算定する場合であっても、算定要件を満たすか。

(答) 同一の疾患に対して6月間、毎月同一医師による対面診療を行っているれば、算定した管理料等がオンライン

診療料対象管理料等の中で異なるものであっても、オンライン診療料の算定要件を満たすものとして差し支えない。

【急性期一般入院料1及び7対1入院基本料】

問26 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料の施設基準にある、「自宅等に退院するもの」の中に、同一の敷地内にある介護医療院に退院した患者も含まれるか。

(答) 含まれる。

【重症度、医療・看護必要度】

問29 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてA項目の評価を行う場合、手術や麻酔中に用いた薬剤も評価の対象となるか。

(答) そのとおり。

問41 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡについては、改定により届出前1月の実績から3月の実績となったが、一月ごとに基準の割合を

満たす必要があるのか。

(答) 直近3月の入院患者全体(延べ患者数)に対し、基準を持たず患者の割合であるため、一月ごとに算出するのではなく毎月、直近3月ごとに算出する。

【看取りに対する指針】

問54 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ看取りに対する指針を定めている」とあるが、具体的にはどのようなものを作成すればよいか。

(答) 看取り時の医療・ケアの方針をどのように決定するか、患者本人や家族等への説明や手続き等、当該医療機関としての手順を定めたものであり、各医療機関の実情にあわせて作成いただきたい。当該指針を定めるに当たっ

ては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされること、患者本人や家族等の信頼できる者も含めた話し合いが繰り返し行われること、このプロセスに基づく話し合いの内容をその都度文書にまとめておくこと等、各ガイドラインの内容を踏まえた上で作成いただきたい。

【療養病棟入院基本料】

問73 同一医療機関において、療養病棟入院料1を算定する病棟と療養病棟入院料2を算定する病棟を、それぞれ届け出ることには可能か。また療養病棟入院料1又は2を算定する病棟と、療養病棟入院基本料の注11又は注12に規定される病棟を、それぞれ届け出ることには可能か。

(答) 療養病棟入院料1と2の両方を同一の医療機関が届け出ることにはできないが、療養病棟入院料1又は2の病棟と、注11又は注12の病棟のいずれか一方又は両方を、それぞれ届け出ることには可能。

医師の働き方改革で要望書を厚労省に提出



医制度に対する幅の広い議論を委員会で行う方針を示している。

四病協・総合部会 独自の医師労働法制の制定求める

四病院団体協議会は4月18日の総合部会で、病院医師の働き方検討委員会がまとめた「医師の働き方改革」に関する要望書を了承した。その後、全日病の猪口雄二会長らが要望書を厚生労働省の武田俊彦医政局長に手渡した。4月21日から四病協・日本医師会合同会議が始まり、医療界としての医師の働き方改革の議論が始まることを踏まえ、四病協としての考えを明らかにした形だ(右記を参照)。

要望書では、労働衛生などへの十分な配慮を前提とした上で、一方的に医師の勤務時間を制限すると、医療が崩壊する可能性が高いと指摘。医師の偏在対策などとあわせた検討が必要で、働き方のみの拙速な規制に反対した。

対応策では、「医師の労働の特殊性を明確にした上で、現行の労働法制とは異なる独自の医師労働法制を制定すること」を要望した。その上で、◇臨床研修医、専門研修医の研修期間を労働法制から除外◇総合的な臨床医の大幅増員◇PAやNPを含めたタスクシ

フティングの拡大一などを明記した。また、同日は全日病の神野正博副会長が委員長を務める「専門医制度のあり方検討委員会」の初会合が開かれた。新専門医制度を運営する日本専門医機

構の問題点や、医師需給や地域・診療科偏在、医師の働き方改革など関連する諸問題をめぐり議論した。日本専門医機構以外に専門医を認定する制度の状況も確認した。神野委員長は、専門

「医師の働き方改革」について(要望)

1. 医師の働き方改革においては、以下について十分に議論されるべきである。

- ・労働衛生における十分な配慮、および女性医師の勤務環境整備が重要である。
- ・救急医療、産科医療、僻地医療等においては24時間体制で医師の対応が必要である。現状の医師数でも、これらを維持することが困難な状況であり、一方的に医師の勤務時間を制限するとこれらの医療は崩壊する可能性が高い。十分な実態調査に基づく現状把握を行う必要がある。
- ・医師の働き方改革は、医師の需給・偏在対策、専門医のあり方などと極めて相関するものであり、拙速な働き方のみの規制は行うべきではない。
- ・自己研鑽は、医療法第1条の4で求めている「良質かつ適切な医療を行う」ことを長期的に確保していくための大前提である。自己研鑽を抑制するような規律を設けるべきではない。

2. 医師の働き方および適正な医療提供体制の創設のため、以下を要望する。

- ・医師の働き方については、医師の労働の特殊性を明確にしたうえで、現行の労働法制とは異なる独自の医師労働法制を制定することを要望する。
- ・臨床研修医、専攻医(専門医研修期間)は、医師としての研鑽を積む重要な期間である。この期間を労働法制から除外し、労働時間を総合的・横断的に検証するための医療界が自主的に運営するシステムの検討を要望する。
- ・専門医の養成においては、医療需要を見据えた国全体の適正数および配置の設定を検討すること、また、超高齢社会や疾病構造の変化より総合的な臨床医の大幅な増員を検討することを要望する。
- ・医師の働き方改革には、タスクシフティングが欠かせないことから、医師法、医療法の見直しを含め、医師事務作業補助者のさらなる活用、特定行為研修を修了した看護師の養成はもとより、救急救命士等、他の医療従事者の業務拡大、PA(Physician Assistant)制度、NP(Nurse Practitioner)制度等の整備を行うことを要望する。

夏をめどに控除対象外消費税問題で意見

日病協・代表者会議 病院への補てんは十分でない

日本病院団体協議会は4月17日の代表者会議で、医療の控除対象外消費税に対する意見を夏をめどにまとめる方針を決めた。消費税の引上げに備え、病院団体として意見を主張する場合、8月末の政府の来年度予算の概算要求に間に合わせる必要がある。現状の控除対象外消費税の対応では、病院への診療報酬の補てんが十分でないとの認

識で一致した。新年度に入り、同日から議長を務める山本修一議長(国立大学附属病院長会議常置委員長)は会見で、「病院への診療報酬の補てんが不足しているのは明白で、現状のままでは、補てんの不均衡が進み、病院は立ち行かなくなる」と述べ、病院団体として、控除対象外消費税の意見をまとめる方針を示した。

消費税8%への引上げの際の対応では、「(抜本的な解決に向けた議論が行われずに)土壇場で診療報酬への補てんが決まってしまったことは悔やまれる」との認識を示し、今回は対応方針の決定までのスケジュールを睨んで、病院団体としての意見をまとめる意向だ。予定通り来年10月に消費税を上げるとすると、厚生労働省が税制改正要

望を財務省に提出する8月末の概算要求に間に合わせる必要がある。

ただ、控除対象外消費税の具体的な対応について、日病協として「まだ煮詰まっている段階にはない」(山本議長)。四病院団体協議会の考えを土台に、意見をまとめていく考えだ。

医師の働き方改革については、地域医療を守る病院協議会(邊見公雄議長)が、3月16日に厚生労働省労働基準局に、医師に対する時間外労働規制への対応が決まるまでは、労働基準監督署の指導を謙抑的に行うよう要請したことが報告された。

専攻医の東京から近隣県への派遣人数を把握

日本専門医機構 1年目207人、2年目394人、3年目483人

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は4月13日、東京の基幹病院に登録した専攻医が今後の研修で、どの都道府県に派遣されるかを各学会から聴取した結果を報告した。東京に登録された専攻医は1,825人。このうち1年目は207人、2年目は394人、3年目は483人が近隣県を中心に東京以外の関連病院に派遣されることがわかった。

4月から始まった新専門医制度では、専攻医の「東京への一極集中」を懸念する声があがっている。これに対し機構は、流入元は近隣県が中心で、東京の基幹病院に登録後、その後の研修では、近隣県の関連病院に派遣される見通しを示していた。今回の報告はそれを裏付けするもので、登録後3年間の予定をきいている。ただ回答のあった

診療科のみの集計であり、確定的な数字ではない。

登録時点の東京の専攻医は1,825人。1年目は東京が1,317人、東京以外が207人、2年目は東京が779人、東京以外が394人、3年目は東京が621人、東京以外が483人との回答があった。年次が後になるほど、回答数が少なくなるが、東京以外の派遣人数は多くなっている。3年目でみると、東京以外の483人のうち、最も多いのは埼玉の115人、次いで、千葉97人、神奈川85人、静岡56人、茨城40人、福島22人、栃木19人の順になっている。

特に、静岡は臨床研修時の194人から新専門医制度の登録時に115人となって激減し、研修医の流出が心配されたが、多くが東京に流入し、一定程度

が戻ってくる見通しとなっている。

山下英俊副理事長は会見で、「臨床研修制度や専門医研修後の医師が、東京に集まる状況はあると認識している。しかし、少なくとも、東京への一極集中を新専門医制度が促進することにはなっていない」と強調した。

東京、神奈川、愛知、大阪、福岡に設けている専攻医の上限設定については、基本問題検討委員会で見直しの必要性を議論する。見直しが必要とされた場合、来年度の専攻医の募集が始まる9月1日までに、具体的な方法を考える必要があり、早急に議論を始める考えだ。現状では、過去5年間の専攻医(専門医研修)の実績の平均を上回らないよう調整しており、今回の実施でもその基準は満たしている。

ただし過去の実績の計算において、どの数字を使うかは統一されていないため精査が求められている。今後、機構としては、同一の基準を用いるためのデータベースの整備を含め、専攻医の実態を精緻に把握する方針であり、厚生労働省の検討会などでも説明している。

また、サブスペシャリティーの議論も開始している。基本的には、「国民にとってわかりやすく有用である」との判断基準で、学会からの応募を受け付ける。松原謙二副理事長は、「わかりやすい」について、「一般の病院に掲げられている診療科で、国民にとってなじみのあるもの」と説明した。また、認定に当たっては「抑制的」に対応する考えを示した。

なお、現状で了承を得ている29診療科は認定を迫認する予定だが、手続きは改めて実施する方針だ。

■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
外国人技能実習生受入れ説明会 in 東京(ベトナム人看護師を介護人材へ登用) (30名)	2018年5月10日(木)【全日病会議室】(今後の受入れ説明会) 5月17日(木)札幌会場、5月24日(木)大阪会場、5月31日(木)福岡会場	3,000円(5,000円)(税込)	全日病は、ベトナムハノイの技能実習生の人材送出し機関である「国際協力サービス株式会社」と介護技能実習生受入事業の業務協定を結んだ。ベトナムの医療大学看護学科、看護短期大学の介護技能実習生候補者を募集し、約1年間の日本語教育等を経て、2019年夏頃に最初の受入れを想定している。これらの受入れに関する費用、受入れ準備に必要な事項について説明する。
特定保健指導実施者・初任者研修 (60名)(保健指導経験年数2年程度まで)	2018年6月30日(土)、7月1日(日)【レンタルプレイスなかぎん】	37,800円(48,600円)(税込)(テキスト代、2日目の昼食代含む)	特定健康審査・特定保健指導の「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿った研修。希望者には全日病認定「保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)」の認証カードを発行する。