



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2012 NEWS 9/15

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 清話ビル
 TEL (03)3234-5165
 FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.786 2012/9/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

専門医制度 総合医を含む細部設計の議論を開始

医師偏在解消を期待することへ強い危惧。臨床研修との整合性を求める意見示される

厚生労働省は8月31日に専門医の在り方に関する検討会の「中間まとめ」を公表するとともに9月7日に同検討会を開催、「中間まとめ」で継続検討とされた論点を取り上げ、年度末の最終報告に向け、総合医制度を含む細部設計の議論を開始した。

9月7日の会合は年末までの議論スケジュールを確認するとともに、「中間まとめ」に書き込まれた検討課題全般を対象に自由討論を行なった。

その中で、制度設計に専門医養成の数やプログラムに医師の診療科・地域偏在解消におよぼす効果をどう盛り込むか、また、専門医制度に対する国の関与をどこまで認めるかなど、新たな専門医制度と医療提供体制との関係性をめぐって活発な意見が交された。

「新たな専門医制度に医師偏在の解消を期待する」ことへの危惧が少なからぬ構成員からあがるなど、細部設計に入るにあたって、検討会は、プロフェッショナルオートノミーを保つ上で専門医制度と国の施策との距離をどう保つかという点も視野に収めた議論を展開している。

それとの関連で、現行医師臨床研修制度見直し議論との整合性確保を求める意見が少なからぬ構成員から示された。「中間まとめ」の概要は3面に掲載

「中間まとめ」は8月3日の会合で概ね合意に達していたが、その後細部の修正をめぐって調整に手間取った結果、公表が8月31日にずれこんだ。内容に大きな変更はないが、「引き続き議論される」としてあげられた論点が4点増えたほか、総合的診療能力を有する医師の名称を「総合医・総合診療医」という一括表記から「総合医」「総合診療医」と並列に変えた上で、「名称は引き続き検討」とされた。

「引き続き議論」とされた論点の1つに専門医の複数認定がある。これについて、池田構成員(日本専門医制評価・認定機構理事長)は「2つ目の専門医を目指してプログラムを受けることは自由だが、問題は複数専門医の更新であ

る。各学会とも診療実績で評価する方向であり、実際上難しいのではないかと。基本的に基本領域の専門医は1つしか取れないとみた方がよく、制度設計に複数認定は組み込まないという考えで臨むべきではないか」との認識を示した。

同構成員は、また、評価・認定機構で「専門医制度整備指針」の改訂(第4版)が進んでおり、プログラム作成の方針や認定更新の条件など同機構が第三者機関となることを想定した専門医養成・認定の考え方を盛り込み、年明けに公表されることを明らかにした。

ただし、「総合医」に関して、「中間まとめ」は「領域別専門医のための(養成)コースも設ける必要がある」としている。また、同日の議論で、更新のあり方は



医師偏在の行方に影響するという意見が複数から示された。したがって、総合医にかかわる複数認定の問題は重要な論点になるとみられる。

この「総合医」に関して、「中間まとめ」は専門医基本診療域の1つに位置づけるとしたが、その具体的あり方は、評価・認定機構が7月に設置した「総合医(仮称)育成のための検討会」の提案を待って本格的議論に入る予定だ。

総合医の養成について、検討会には、領域別専門医と同様に医師臨床研修後に一定の年数を組むという意見と、卒前教育と臨床研修等の医師養成の一貫教育を充実させる中で養成が可能とする意見があり、現時点で合意に達していない。

そのため、前出「総合医育成のための検討会」は報告書を厚生労働省の医師臨床研修部会に提出、臨床研修制度見直しの議論と一体に制度設計の方向性を

打ち出すよう求める方針だ。

検討会は、新たな専門医の養成プログラムを医師臨床研修後に組むことで合意しているが、それを3年とするのか、それとも領域別に学会の考え方を反映させる余地を認めるべきかという点は今後の議論になっている。

同日の議論では、外科系の構成員から、専門医養成の設計に際して、外科を医師臨床研修の必須科目に戻すべきであるとの意見が表明された。

このように、専門医制度設計の議論は、今後、総合医ともども養成プログラムの内容を含めて法的義務とされている医師臨床研修との関係をどう調整していくか、さらには、卒前教育や国家試験を含めた一貫した医師養成という視点からどう整合性を確保するかという基本的な論点があらためて浮上、したがって、現行医師臨床研修制度見直しの議論ともリンクしていくものとみられる。

医行為分類と研修基準を「案」にまとめる

看護業務検討WG カリキュラム案で意見二分。神野副会長は反対を表明

「チーム医療推進のための看護業務検討WG」の8月30日の会合に、事務局(医政局看護課)は特定医行為を含む医行為分類と特定医行為に応じた研修内容等をそれぞれ整理した「案」を提示、関係団体による意見募集にかけたいと提案した。

医行為分類案についてWGは概ね同意したが、研修内容等を整理した「教育内容等基準案」に関してはとくに2年課程に対する疑問と反対が強く、WGの意見は二分された。

同案に神野構成員(恵寿総合病院理事長・全日病副会長)は明確に反対する意見を表明したが、最後は有賀座長(昭和大学医学部教授)が「意見募集に出す出さないは私にまかせてほしい」と引き取り、事実上、意見募集にかけることが決まった。

両試案に関する意見募集は8月28日に告知され、同WGに先立って開始された。同時に、両案は、親会議のチーム医療推進会議で検討されている「能力認証の枠組(試案)」の参考資料に供される。

意見募集の結果やチーム医療推進会議での意見は特定医行為案やカリキュラム案に反映させるというのが事務局の立場である。しかし、枠組を決定する前提に用いられた案を後で大きく変えることは考えにくい。同日のWGがまとめた案が成案となる可能性がある。

医行為分類案は250行為からなり、そのうちの96行為が特定行為(特定医行為)に区分された。96行為には他の分類に区分された複数の行為からなるものがあるだけでなく、他の分類と重なって評価された暫定区分も含まれている。

これら特定行為は補助看法に根拠を得た上で、省令でポジティブリストとして明示されることになる。特定行為

は、能力が認証された看護師に、医師の包括的指示の下で、実施に当たっての裁量が大幅に認められる。一方、一般の看護師は医師の個別的指示の下で実施することになる。

もうひとつの「教育内容等基準案」は、医師の包括的指示の下で特定医行為を実施できる看護師を認証するための能力習得に要する教育基準を規定するもの。この基準を満たすところが研修機関として指定され、当該施設で研修を修了した者を看護師籍に登録、登録証を交付するというのが事務局が描く看護師特定能力認証の枠組だ。

それによると、大学院の修士課程を想定した「幅広い特定行為を実施する」ための研修期間は2年以上とされ、臨床実習(14単位630時間)を含む48単位が必須となる。この中で、プライマリケアから急性期・慢性期にいたる領域の特定行為実施能力を身につけることになる。

大学院以外の機関で「特定の領域に

限定した特定行為を実施する」ための研修期間は8ヵ月以上(23単位・臨床実習6単位270時間を含む)が最低条件。「特定の領域」は救急、皮膚・排泄ケア、感染症管理の3領域からなり、各領域ごとに前出の時間数・単位数が必須となる。両課程とも、研修機関の裁量でカリキュラムを追加することが可能だ。

カリキュラム案のうちの2年課程をめぐって、同日のWGは賛否の意見が真っ二つに分れた。反対する構成員は「2年間で急性期・慢性期を含む特定行為実施能力を養うのは困難」「2年間で必須(共通)部分が48単位というのは重過ぎる。もっと専門領域を増やすべ

きではないか」など、その実効性に強い疑問を示した。神野構成員は、「2年課程は48単位で2,160時間にもなる。これでは、数ある特定行為を座学で学んで、デモをみて終りではないか」と懸念を表明した上で、「医師は臨床研修を終えて医籍登録するが、この看護師は2年の教育だけで登録できるという。卒後教育をOJTできちんと修了した者にお墨付きを与えるという制度設計が必要なのではないか」と、事務局案を根底的に見直すよう求めた。

医行為分類案で全日病が会員に調査

会員病院の声を集約、厚生労働省に意見表明へ

全日病の「病院のあり方委員会」(徳田禎久委員長)は、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」がまとめた医行為分類案に対する会員病院の意見を把握するために、「絶対的医行為」を除く242項目についてアンケート調査を実施することを決め、9月7日に調査票を全会員宛に送付した。e-mail方式により、9月21日を期限に回答を求めている。

設問項目は、①特定能力を認証された看護師が医師の包括的指示のもとでこれら行為を実施してよいか、②チーム医療の観点からどの職種が行うことが望ましいのか、の2点。病院長とともに看護部門長にもたずねている。

病院のあり方委員会調査結果をもとに全日病としての見解をまとめ、厚生労働省に意見を提出する方針だ。



診療報酬による補填方式の将来的な廃止で支払・診療が一致

医療機関等の消費税負担分科会 「財政中立」による高額投資補填に反対。各側とも公費投入を求める

診療報酬調査専門組織の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」が8月30日に開催され、事務局(厚労省保険局医療課)は、委員から求められたデータを中心に議論に供する資料を提示した。

その中の控除対象外消費税と法人税の関係を示した資料によると、資産取得にかかる消費税の経理処理には、①本体価格と分けて処理する税抜方式と、②分けずに処理する税込方式の2通りがあり、①の場合は当該消費税の非課税売上割合分が一括償却もしくは資産計上(繰延消費税額等)されて5年かけて償却(損金算入)されるが、②の場合は消費税額は本体の取得価額に含まれて一体に減価償却(損金算入)され、いずれも法人税額が消費税償却分の半分(50%)縮減されるとなっている。

また、薬価と消費税の関係に関して、事務局は、例えば現行薬価が110円である医薬品が薬価調査で100円であった場合に、実勢価格100円に消費税5%を加えた上で、調整幅として現行薬価(すでに消費税相当分を含む)の2%を上乗せして107.2円という新薬価が導かれるという薬価改定の仕組みを説明、消費税相当分を含むかたちで薬価改定がなされているとした。これは特定保険医療材料も同様である。

事務局の説明に、診療側今村委員(日医副会長)は「消費税率が上がるたびに薬価を上げざるを得ない」と指摘、医療非課税のつけが患者負担に回っている現行方式の抜本的な見直しを訴えた。

同委員は、また、「補填の過不足を検証するには1.53%よりも診療報酬本体に補填された0.43%を基準に比較検討する方がよい」とも提起。さらに、「高額投



資への補填を含む診療報酬等の対応を検討するにあたって、財政中立的な問題解決は不可能であり、新たな財源として公費を求めざるを得ない」と論じた。

「財政中立的な問題解決」とは、前回分科会(7月27日)の事務局資料に示された、高額な設備投資には8%への引き上げに伴う新たな補填の枠内で対応するという考え方、すなわち、高額設備投資に対応する財源とこれまで診療報酬に上乗せしてきた財源はトレードオフの関係にあるという考え方を指している。

この今村委員の発言に、支払側白川委員(健保連専務理事)も「高額投資を診療報酬で医療機関に補填するのは難しい」として賛同した。

一方、診療側の伊藤委員(医法協副会長)は「消費税相当分を上乗せする薬価方式は診療行為にも広げられないのか」と質した。これに対して屋敷保険医療企画調査室長は、「医薬品や特定材料でこうした価格設定が可能なのは仕入対象が明確であるからだ。個々の診療行為について仕入との関係性を特定することは難しい」ことを理由に、その可能性を否定した。

事務局説明によると控除対象外消費税額の一定割合は法人税と「相殺」されていることになる。しかし、控除されない仕入消費税負担が発生しているという事実にかわりはなく、法人税軽減に当てられるのはその一部分に過ぎない。また、こうした仕組みは法人税が課税されない社会医療法人や公的医療機関には関係なく、それら病院は控除対象外消費税額をまるごと負担させられている。

日医調査によると、社会保険診療等にしめる控除対象外消費税の負担割合は、病院全体で2.2%。これに対して厚労省は診療報酬で1.53%補填済みとしている。

この1.53%について、診療側西澤委員(全日病会長)は「高額投資の償却分はそこに含まれていると解釈してよい」とたずねた。

屋敷室長は「償却相当分は3%が成立した平成元年改定ではコストアップ要因とみなされていないが、平成9年改定では、平成元年からの償却相当分を含めて計算している」と釈明。控除対象外消費税のうちの高額投資部分は、5%となった1997年改定で初めて考慮され

たことを認めた。

西澤委員は、さらに、控除対象外消費税額の経理処理を法人税課税の有無別に明らかにするよう求めた。これらは複雑な作業であるが、厚労省がどこまで消費税非課税の医療機関に対する影響の把握に努め、その上で診療報酬で対応してきたのかを検証する上で不可欠な作業である。

その一方で、影響を小さくしようとすればするほど複雑な対応を要するを得ない消費税非課税に対して、診療側は、「20年もたつてますます分りにくい制度になった。もうこういうのは止めにして、もっとすっきりした制度にすべきではないか」(西澤委員)という思いを強くしている。

白川委員も、「私どもも(診療側と)同じ考えだ。非課税といいながら課税相当額が診療報酬に上乗せされているという仕組みは非常に分りづらい。何らかのかたちで解決していただきたい」と、根幹部分で診療側と同様の認識にあることを隠さない。

その一方で「1.53%は補填しているというのが政府の立場。それが議論のスタートではないか」とも指摘。診療側に枝葉末節にとらわれない議論を求めるとともに、分科会で「当面の対応とともに真の解決に向けた意見交換を行いたい」と前向きな姿勢を示した。

事務局は、また、設備投資にかかわる消費税実態調査で33の医療機関等から予備的調査への協力が得られたと報告した。調査対象は固定資産台帳等の関係書類。この集計結果は10月にも報告できる見込みで、この結果を踏まえて調査票を作成、年内に本調査を実施、年度内の報告を予定している。

解剖を必須とするか否かで議論。次回で議論一巡

医療事故調査のあり方検討部会 院内事故調と第三者機関の関係性で意見分かれる

医療事故調査の制度設計を検討している「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」は8月30日、死因究明調査における解剖のあり方をめぐって意見を交わした。

検討部会の大勢は死因究明の上で解剖は重要という認識を共有しているが、病理医が不足する中でどこまで対応できるかという疑問の声も多く、調査の上で必須とすべきか、将来的に院内調査の課題とすべきかなど、制度設計における位置づけについて意見が分かれた。

同日の検討部会は、前回から引き続いたテーマ(「調査を行う組織」と「調査結果の取扱い」)について議論を深めるとともに、新たな論点に「第三者機関が行なう実務」を取り上げた。

「調査を行う組織」に関しては院内事故調と第三者機関の2階建てとすることで合意している。しかし、両者の関係性をどう規定するか、したがって相互の役割分担をどうするかという性格づけについて合意するにはいたっていない。

そのため、調査組織のあり方はなおイメージの域を超えてなく、当該症例

を生じた医療機関がすべて院内調査に取り組むのか、第三者機関に対する遺族の申し立てを制度的に認めるかなど踏み込んだ問題になると、構成員の意見は微妙に分かれる。

同日の議論でも、第三者機関の役割は院内調査を捕捉し当該病院を支援することにあるのか、それとも遺族の信頼を得る客観・公平・中立な調査を担保することにあるのかと、第三者機関に課せられる表裏一体の機能を分解して対立的に論じる構成員がいるなど、議論はしばしば原則に立ち戻らざるを得

ない場面が多い。

こうした状況に、飯田構成員(練馬総合病院理事長・全日病常任理事)は「第三者機関がどういう状況で何を対象に調査するかを明確にしなければならない。それが次の論点だ」と述べ、各論をひとつひとつ確実に固めていく必要を指摘した。

「第三者機関が行なう実務」に関しては、解剖の取扱いをどうするかという議論に終始した。その意義と必要性は認めつつ、多くの構成員は病理医が足りない状況で解剖をどう進めるのかと、率直な疑問を呈した。

他方で、患者側からは混乱した状況下で解剖を承諾しにくい遺族の心理が説明され、第三者の介入を検討する必要が示された。

背景には多くの病院における剖検率の低下、剖検体制の弱体化がある。解剖を必須とする場合は第三者機関また

は基幹病院で引き受けていくことにならざるを得ない。

剖検の必要性に疑問を呈する意見も出る中、飯田構成員は「剖検を実施する意義はきわめて大きい。したがってできる限り遺族の承諾を得る努力をする必要がある」と強調した。

有賀構成員(昭和大学病院長)は「中小病院であっても、なんとか剖検できる体制にしていくことが医療事故調査システムの大事な部分ではないか」と述べ、将来的に一般病院で剖検ができる体制整備を、原因究明・再発防止の事故調査制度の理念に据えるよう求めた。

一方で、解剖を必須とすることなく、死亡症例の全例を調査していくべきとする意見も出た。

検討部会は同日で6回目を迎えたが、基本的に一致している骨組みであっても細部で微妙な意見の違いが隠せず、議論は行きつ戻りつを繰り返している。

そうした中、構成員から「そろそろ骨子部分を整理してはどうか」とする進言が出た。事務局(厚労省医政局医事課)は次回会合で議論の一巡を見込んでいる。

2013年度予算概算要求30兆円を超える。過去最高額

厚生労働省は9月7日に2013年度予算概算要求の概要を公表した。同省の要求額は30兆266億円で、12年度当初予算比8,514億円(2.9%)の増額となった。

厚労省の13年度概算要求は過去最高額に達し、また、初めて30兆円を超えた。全省庁による概算要求も総額102兆円台と、初めて100兆円を超えた。

そのうち年金・医療等に係る経費は自然増8,412億円を含む28兆6,338(3.0%増)。医療保険における70～74歳の患

者負担率見直し問題、社会保障・番号制度関係システムの導入など、不確定な政策関連経費は「予算編成過程で検討する」としている。

医療・介護関連では「医療提供体制の機能強化」に881億円が組まれた。その中で、特別重点枠(後出)とともに、「専門医の新たな仕組み導入に向けた体制整備」に2.5億円が計上された。

政府は8月17日に閣議決定した「中期財政フレーム」で社会保障費の自然

増を容認するとともに、「13年度概算要求基準」で日本再生戦略のうち「ライフ成長戦略」を含む3分野の「特別重点要求」を認めている。

この特別重点枠として厚労省は計1,088億円を計上。その中で、日本再生戦略(ライフ成長戦略関連)の取り組みとして、「地域医療の強化のための緊急対策」(105億円)、「認知症施策推進5か年計画の実施」(37億円)、「がんに対する質の高い医療提供体制の構築」

(129億円)など要求をしている。

「地域医療強化の緊急対策」は「病状急変時の対応などを強化した在宅医療連携体制の推進」(20億円)や「へき地や救急医療でのアクセス強化」(82億円)などからなる。

また、これら一般会計とは別に組まれる東日本大震災復興特別会計の厚労省計上分(659億円)の中には、医療情報連携・保全基盤の整備(9.5億円)とともに国立病院機構災害対応設備の充実・強化(205億円)が計上されている。

「総合医」養成課程には領域別専門医用のコースも設ける

専門医の在り方検討会中間まとめ 専門医制度を医師偏在是正につなげる方策は引き続き議論

「専門医の在り方に関する検討会中間まとめ」(要旨) 8月31日 *1面記事を参照

1. 検討にあたっての視点

○新たな専門医の仕組みはこれから臨床研修を修了する若い医師をどのように育てるかという視点で考える。既に専門医を取得している医師等との関係は別途整理する。

○新たな仕組みを通じて専門医を含む医師偏在の是正効果が期待される。

2. 求められる専門医像について

○専門医とは、例えば、「それぞれの診療領域における十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義することが適当。(以下の項目は引き続き議論が必要)

○「専門医」と「標榜医」「認定医」との関係の整理。

3. 専門医の質の一層の向上について

(2) 専門医の位置づけについて

○新たな専門医の仕組みはプロフェッショナルオートノミーを基盤に設計されるべき。

○専門医の情報は、医師が必要に応じて他領域や高次医療機関の専門医を円滑に患者に紹介できるネットワークで活用できるようにするべき。

○広告可能な資格名等は新たな専門医の仕組みに併せて見直すことが必要。

○新たな仕組みの下での専門医を標榜科と関連させることも将来的には考えるべき。

(以下の3項目は引き続き議論が必要)

○新たな専門医の仕組みにおける医療制度上の位置づけ。

○専門医に関する情報の開示のあり方。

○新たな仕組みを国がバックアップしていく必要性。

(3) 専門医の認定機関について

○専門医の認定は学会から独立した中立的な第三者機関が行うべきであり、第三者機関を速やかに設立すべき。

○中立的な第三者機関は以下のとおり運営すべき。

①専門医の認定と養成プログラムの評価・認定の2つの機能を担う。認定基準や養成プログラム基準の作成も第三者機関で統一的に行う。

(以下の2項目は引き続き議論が必要)

○第三者機関の運営資金に公的な性格を持たせること。

○第三者機関の運営と医師不足や地域偏在・診療科偏在の是正への効果。

(4) 専門医の領域について

○18の診療領域を専門医制度の基本領域として、この専門医を取得した上でサブスペシャルティ領域の専門医を取得する2段階制とすべき。

○専門医は個別学会単位ではなく、診療領域単位の認定にすべき。

○基本領域の1つに総合的診療能力を有する医師(「総合医」「総合診療医」)を加えるべき。

(5) 専門医の養成・認定・更新について

○基本領域の専門医には、卒後臨床研修の到達目標(基本診療能力)を維持した専門医を養成する視点が必要。

○専門医資格の更新は専門医としての活動実績を要件とすべき。

○専門医の認定・更新にあたっては、医の倫理や医療

安全、地域医療、医療制度等についても問題意識を持つ医師を育てる視点が重要。

(以下の6項目は引き続き議論が必要)

○領域別専門医の養成プログラムに「基本診療能力」に関する内容も盛り込むこと。

○1人の医師が複数の認定を受けることについて。

○既存専門医と新たな専門医の関係(新たな専門医への移行措置等)を整理する方法。

○専門医養成プログラムに、例えば、研究志向の医師を養成する内容を盛り込むなど、バリエーションを持たせること。

○専門医資格の更新のあり方。

○医の倫理や医療安全、地域医療、医療制度等についても問題意識を持つ医師を養成する上で、例えば日本医師会生涯教育制度を活用すること。

4. 「総合医」「総合診療医」について

(1) 「総合医」「総合診療医」のあり方について

○「総合医」「総合診療医」は専門医の一つとして基本領域に加えるべき。

○「総合医」「総合診療医」には包括ケアのリーダーシップをとる役割も期待されており、「地域を診る医師」といったコンセプトも重要。

○地域の病院では領域別専門医であっても総合的な診療が求められており、「総合医」「総合診療医」と「基本診療能力」のある領域別専門医をバランス良く養成することが重要。

○「総合医」「総合診療医」の定義を、例えば、「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供できる医師」と定義することが適当。

(以下の2項目は引き続き議論が必要)

○「総合医」「総合診療医」「一般医」「プライマリ・ケア医」「家庭医」などの名称を、例えば「総合医」に統一して整理すること。

○総合的な診療能力を有する医師の名称は「総合診療医」とし、地域医療の大半を支えている現在の開業医師(かかりつけ医)の名称を「総合医」とすること。

(2) 「総合医」「総合診療医」の養成について

○「総合医・総合診療医」を養成するためには、卒前教育でも総合的診療能力を養成するプログラムを構築し、地域の診療所や病院等の協力を得て実習を実施することが必要。

○「総合医」「総合診療医」の養成には指導者の養成も必要であり、地域で中核となって教育ができる医師を育てることも重要。

○「総合医」「総合診療医」の養成プログラムには、臨床研修直後の医師が進むコースに加えて、領域別専門医の資格を既に取得している医師のためのコースも設ける必要がある。

(以下の3項目は引き続き議論が必要)

○関連学会でプログラムを一本化して「総合医」「総合診療医」を養成すること。

○「総合医」「総合診療医」の養成プログラムの充実について。

○「総合医」「総合診療医」の養成は臨床研修に加え

て一定の養成期間が必要とする見方がある一方、卒前教育と臨床研修等の充実で養成は可能とする見方もあることについて。

5. 地域医療の安定的確保について

(1) 専門医の養成数について

○新たな専門医の仕組みの議論では専門医の数も重要な問題である。

○専門医の養成数は、患者数や疾病頻度を踏まえ、各養成プログラムにおける研修体制を勘案して設定されるべき。

(以下の3項目は引き続き議論が必要)

○新たな専門医の仕組みに診療科や地域における医師適正数を誘導する方法を設けること。

○専門医養成数の設定にあたり、国や都道府県内のバランスに配慮すること。

○新たに専門医を目指す医師が、専門領域や養成プログラムを選ぶ方法(病院群による募集・選考や医師からの応募の方法)について。

(2) 医療提供体制における専門医

○医療提供体制全体の中で、医師の専門性の分布や地域分布についてグランドデザインを作ることが重要。

○フリーアクセスを前提としつつ、「総合医」「総合診療医」や「領域別専門医」がどこにいるのかを明らかにし、ネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築することが重要。

(以下の3項目は引き続き議論が必要)

○専門医養成プログラムの地域への配置のあり方など、地域医療が改善するような制度設計を行うこと。

○地域医療支援の観点から、例えば、養成プログラムにへき地や医師不足地域における研修を取り入れるなど、地域偏在・診療科偏在の是正の効果を視点を置くこと。

○基幹病院と協力病院が連携して作成する専門医養成プログラムで「地域医療の実践」を必須項目とすることで、総合的診療能力の習得ができることともに地域医療の確保にもつながること。

6. その他

(以下のすべての項目は引き続き議論が必要)

(1) 医師養成に関する他制度との関係

○新たな専門医の仕組みは、原則として2年間の臨床研修修了後に専門医養成プログラムが実施されることを前提として構築すること。

○専門医の養成プログラムに2年間の臨床研修の経験をどのように加味すべきか。

○新たな専門医の仕組みが構築された際に、卒前教育や国家試験、臨床研修など卒前から一貫した医師養成を行う観点から、検討すべき課題。

(2) 国の関与のあり方

○専門医を認定する仕組みの構築にあたり、専門医の質の確保、地域偏在・診療科偏在の是正、第三者機関の運営に対する国の支援を含め、国による関与のあり方。

(3) サブスペシャルティ領域について

○基本領域よりも専門性の高いサブスペシャルティ領域のあり方について。

介護事業経営調査委員会

介護保険 消費税8%への対応の検討を開始

介護給付費分科会に付設されている介護事業経営調査委員会は、9月7日の会合で、消費税率引き上げにともなう介護保険事業者の消費税負担への対応問題を取り上げ、今後の検討作業について話し合った。

介護保険サービスは、福祉用具の貸与・購入(障害者用物品を除く)や住宅改修を除くと、診療報酬と同様に非課税取引とされている。介護保険制度が創設された2000年4月に消費税はすでに5%であったため、2014年4月に見込まれる8%への税率引き上げは初めての経験となる。加えて医療保険と介護保険は関連性がきわめて強い。

したがって、事務局(厚労省老健局老人保健課)は、中医協における診療報酬等における補填議論を踏まえながら介護報酬等による対応を検討していく方針を、委員会で明らかにした。

創設時の介護報酬水準は物価、賃金だけでなく消費税をも含んで導かれているというのが厚労省の見解。しかし、

介護給付費分科会

訪問看護事業所の1人開業特例を3月末まで再延長

介護給付費分科会は9月7日、岩手、宮城、福島の被災3県に特例として認めている訪問看護事業所の1人開業を2013

介護事業者は控除されない消費税をどのくらい負担しているのかを表わす実態データはない。

そのために関係団体へのヒアリングや事業所の調査によって消費税課税の実態を把握、その結果を踏まえて介護報酬等における対応を検討、13年度前半に議論の中間整理をまとめ、介護事業経営概況調査を経て、13年度後半に8%引上げ時の対応をとりまとめる案を事務局は提示、委員会は了承した。

有識者6人からなる委員会に経営者がいないこともあり、事務局が提起する作業課題について淡々とした意見交換が行なわれた。その結果は同日の介護給付費分科会にも報告されたが、訪問看護事業の1人開業特例をめぐる紛糾する中、報告に対する質疑応答は行なわれなかった。

カンカンガクガクの議論が行なわれる中医協とは対照的な消費税議論となった。

問看護サービスで配置すべき看護師等を常勤で1以上に緩和する特例措置は、東日本大震災への対応として2011年4月から12年2月まで実施され、さらに、被災3県に限定してこの9月末まで延長された。今回は再延長となる。

年3月末まで延長する省令改正を、厚生労働大臣に答申した。

基準該当居宅サービスに該当する訪

報告 新たな病院機能評価体系は、今、どうなっているのか。

一般病院1の評価視点に全日病の意見が反映

大きく改善された新評価体系。会員病院はぜひ受審を!

全日本病院協会常任理事
病院機能評価委員会委員長 木村 厚



日本医療機能評価機構(機構)による病院機能評価事業は1997年に始まり、すでに15年が経過した。その間、全国の約3割の病院が認定されるに至り、機能評価の目的であった「我が国の病院医療の質の向上」に大いに貢献してきたことは間違いない。

全日病でも3割強の病院が認定されており、その割合は全国平均を上回っている。

しかし、近年、認定病院数が減少に転じ、特に更新認定を辞退する病院が増えてきている。そこで、機構では評価体系を今までにないほど大きく見直し、新たな出直しを図った。

新たな枠組みによる病院機能評価の受付はこの10月1日から開始される。

以下は新評価体系の概要である。

1. 新たな病院評価の枠組み

新たな病院機能評価体系の枠組は以下のとおりである。

1.1 病院の特性に応じた機能種別を設ける

一般病院1

主として、日常生活圏などの比較的狭い地域において、地域医療を支える中小規模(概ね200床以内)病院。ケアミックス型病院を含む。

一般病院2

主として、2次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院。特定機能病院、小児病院、都道府県癌診療拠点病院を含む。病床数は問わない。

リハビリテーション病院

主として、リハビリテーション医療を行う病院。

慢性期病院

主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院。

精神科病院

主として、精神科医療を行う病院。

1.2 継続的質の評価

現行の病院機能評価は5年に1回の審査であるが、認定期間の3年目に継続的質の評価の状況を確認する調査を行うこととし、5年目の本審査は内容を簡素なものとし、5年に1度の病院の負担を軽減する。

2. 新たな評価項目

2.1 評価項目の重点化

現行の評価項目

各部門における体制、規定の整備と組織活動の評価が中心。大項目、中項目、小項目、下位項目の4階層。中項目137項目、小項目352項目。

新たな評価項目

プロセスの評価に重点を置いた項目構成。大項目、中項目の2階層。中項目

88~92項目。

2.2 評点の定義、認定留保の判定

現行の評価

小項目をa.b.cの3段階で評価し、それらに基づいて、中項目を1~5に評価していた。評点2以下の内容によって留保を決定する。

新評価での評点

中項目をS.A.B.Cの4段階に評価。評価Cの内容により留保を決定する。

詳細は全日病の受審支援セミナーで

今回の改定作業の中で、一般病院1の中項目の検討、C判定の検討、評価項目の解説集の編集にあたり、当委員会は委員に機構のワーキングチームにも参加してもらい、さらに、委員会を集中開催し、長時間検討した結果を全日病の意見として機構に具申したところ、我々の提案はほぼそのまま受け入れられた。この結果、中小病院の機能がより適正に評価できるようになったと考える。

もっと詳しく知りたい方は機構のHP

を見るか、当委員会が開催する受審支援セミナーに参加いただきたい。受審支援セミナーは9月開催分は締め切ったが、来年3月17日に東京都内で開催される。

評価体系は、今までの欠点を払拭すべく、大幅に改定された。まだまだ改善する点もあるかとは思いますが、長年にわたって全日病が協力し、大きな成果を上げてきた事業でもある。会員病院には、ぜひ、新規受審もしくは更新受審をお願いしたい。

被災者健康支援連絡協

東日本大震災被災者支援へ、13年度予算・税制改正で要望

18組織(34団体)からなる被災者健康支援連絡協議会(代表・横倉義武日医会長)は8月29日、東日本大震災被災者支援にかかわる「2013年度予算・税制改正に向けての要望」を平野達男復興大臣と小宮山洋子厚生労働大臣宛に提出した。

13年度予算の関係では、①被災地の医療復興のための基金の積み増し、②被災地からの避難や復興等で人口が増した地域における医療提供体制の整備、③被災地における医療・介護等の人材確保、行政保健師の増員・管理栄養士配置と「災害業事コーディネータ

ー」養成などの11項目を、税制改正関係では、①東日本大震災に起因して受領する収益項目への法人税非課税措置、②医療機関等の再整備に向けた固定資産税の免除及び特別償却制度の拡充、の2点を要望した。

2019年度まで医学部定員増を認める

厚労省と文科省が地域の医師確保対策で方針

医師不足解消対策について協議を重ねてきた厚生労働省と文科省は9月10日、2013年度概算要求における対応や今後の制度的検討に関する方針をまとめた「地域の医師確保対策2012」を公表した。同方針の概要は以下のとおり。

基本的な考え方

医師のキャリア形成支援という視点に基づいて、医師の偏在解消の取組、医師が活躍できる環境整備、医療需要の変化に対応した人材育成を行なうとともに、医学部定員を増やす。あわせて、東日本大震災の被災地における医師確保の支援を行なう。

中長期的な医師養成等の考え方

○当面の医学部入学定員増

2013年度は、10~12年度同様の枠組みに加え、十分な教育環境が整った大学で暫定的に125名を超える定員の設定を可能とする。また、被災地以外の大学で、被災地で一定期間医療に従事することを条件とした定員増を可能とする。

増員する期間は2019年度までの間とし、以降の取扱いは、その時点の医師養成数の将来見通しや定着状況を踏まえて判断する。

○中長期的な医師養成数

医師需給の見直しについて継続的な検

証等を行ない、具体的なニーズに即した医師養成等の検討を行なう。

○医学部新設やメディカルスクールに関する検討

これまでの定員増の効果の検証等を踏まえ、引き続き検討する。

医師確保のための環境整備 (略)

東日本大震災の被災地における医師確保への支援

○関係団体等と連携し、以下のようなこれまでの取組を継続・活用し、現地と一体となって被災地での医療従事者の確保に取り組む。

○①大学設置基準の上限(125名)を超える増員、②被災地以外の大学で被災地で一定期間医療に従事することを条件とした定員増を可能とする。(再掲)

医師法20条但し書きで解釈通知

厚生労働省医政局は8月31日付で医事課長通知(医政医発0831第1号)を发出、医師法第20条の但し書きに関する解釈を明らかにした。

医師法20条には医師は自ら検案することなく検案書を交付してはならないことなどが定められているが、後段に「診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合の死亡診断書は例外」という主旨の但し書きが添えられている。

そのため、24時間以上経過して死亡した場合に、死亡診断書の交付を断わ

る、警察への届出を勧めるなどの対応がみられ、在宅等での看取りに支障が生じているケースがあるとして、厚生労働省は通知で要旨以下の見解を示した。

①生前の診察後24時間が過ぎた場合でも、死亡後あらためて診察を行ない、生前診療していた傷病の関連死と判定できる場合は死亡診断書を交付できる。

②生前診療していた傷病の関連死であると判定できない場合は死体の検案を行ない、死体に異状があると認められる場合は警察へ届出なければならない(異状が認められなければ届出の義務は生じない)。

画情報課長)▽医政局指導課長 梶尾雅宏(年金課長)▽健康局長 矢島鉄也(大臣官房技術総括審議官)▽医薬食品局長 柴畑潤(年金局長)▽社会・援護局長 村木厚子(内閣府政策統括官)▽社会・援護局障害保健福祉部企画課長 井上誠一(医政局指導課長)▽老健局長 原勝則(内閣官房内閣総務官室内閣総務官)▽老健局総務課長 片岡佳和(医政局国立病院課長)▽老健局老人保健課長 迫井正深(企画官)▽保険局長 木倉敬之(医薬食品局長)▽保険局総務課長 濱谷浩樹(保険局国民健康保険課長)▽保険局医療課長 宇都宮啓(老健局老人保健課長)▽保険局医療課医療指導監査室薬剤管理官 近藤和彦(独法医薬品医療機器総合機構新薬審査第二部長)▽政策統括官(社会保障担当)唐澤剛(大臣官房審議官)▽参事官(社会保障担当参事官室長、内閣官房内閣参事官併任)福本浩樹(老健局総務課長)

厚生労働省の人事異動

厚生労働省は9月10日付で幹部級の人事異動を発令した(括弧内は旧役職)。

■主な人事異動(敬称略)

▽厚生労働事務次官 金子順一(労働

基準局長)▽厚生労働審議官 大谷泰夫(医政局長)▽大臣官房長 二川一男(大臣官房総括審議官)▽技術総括審議官 三浦公嗣(医薬食品局食品安全部長)▽医政局長 原徳壽(防衛省大臣官房衛生監)▽医政局総務課長 吉岡てつを(医薬食品局食品安全部企

12年改定の10月1日施行項目に注意!

13対1・15対1 90日超患者の療養病棟入院基本料算定には施設基準届出が必要

厚生労働省保険局医療課は9月7日付事務連絡を各地方厚生(支)局と関係団体に送付、2012年改定の10月1日施行項目に関して当該医療機関への周知と注意喚起を要請した。要旨は以下のとおり。

●一般病棟入院基本料の13対1及び15対1の特定除外制度見直しは10月1日から施行される。そのため、10月1日以降療養病棟入院基本料1の例により算定する保険医療機関は施設基準の届出を行なう必要がある。なお、90日を超えて入院する患者について10月1日以降も一般病棟入院基本料を算定する場合は平均在院日数の算定対象となる。

●退院が特定時間帯に集中している場合の入院基本料算定および入院退院日が特定日に集中している場合の入院基本料算定について見直しが行なわれた。これらは10月1日から施行される。

●療養病棟療養環境加算3、同4および診療所療養病床療養環境加算2は経過措置により、9月30日まで算定が可能とされている。10月1日以降は療養病棟療養環境改善加算1、同2および診療所療養病床療養環境改善加算の施設基準を届け出た上で所定点数を算定することができる。

●紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院および500床以上の一般病床をもつ地域医療支援病院において、文書紹介なしに受診した場合の初診料・外来診療料は2013年4月1日から所定点数を引き下げるとされた。これに伴い、前出の保険医療機関は、紹介率及び逆紹介率の割合を毎年10月に地方厚生(支)局長へ報告することになるが、最初の報告は本年10月に行なう必要がある。