



# 全日病 ニュース 2016.6.15

## No.873

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

## 専門医制度の拙速な実施避け、地域医療に十分な配慮求める

四病協・日医が専門医機構と学会に要望

四病院団体協議会と日本医師会は6月7日に会見を開き、日本専門医機構と基本診療領域を担う学会に対し、新たな専門医の仕組みを2017年度から拙速に導入することはせず、地域医療を崩壊させることのないように十分な配慮をした上で専門医研修を始めることを求めた。また、専門医を目指す医師や患者・国民を含めた幅広い関係者で検討の場を設けることを提案。その場で各診療領域のプログラムを精査し、懸念が払拭できないプログラムは開始を延期することを求めた。

新たな専門医の研修プログラムが始まると、都市部の大学病院や大病院に専門医を目指す医師が集中し、地域偏在が拡大する懸念が高まっている。また、制度を運営する日本専門医機構のガバナンス不足が指摘されており、新専門医制度をめぐる混乱に拍車をかけている。厚労省は社会保障審議会・医療部会のもとに「専門医養成の在り方に関する専門委員会」を設置し、「専攻医」の定員枠などの対応を検討しているが、関係者の不安は払拭されていない。

会見では、日医の横倉会長が要望の趣旨を説明。「地域医療提供体制と専門医機構が提案する仕組みの間に齟齬が生じている」と述べた。全日病の西澤会長は、地域の中小病院から医師の引揚げが始まれば、「地域医療の崩壊につながる」とし、制度全体を立ち止まって見直す必要性を強調。日医の堺会長は「専門医制度は医療提供体制を包含した複合的課題となっている」と

の認識を示した。日本精神科病院協会の山崎会長は、「このままでは初期臨床研修制度で壊れた医療がさらに崩壊する」と発言。医療法人協会の加納会長は「しっかり立ち止まり研修プログラムを点検する必要がある」と強調した。

要望書は具体的な提案として、専門医を目指す医師や患者・国民も加え、関係者を集めた検討の場を早急に設置することを求めた。検討の場で、各診療領域のプログラムを集中的に精査。地域医療の観点から懸念が残れば、来年度の開始を延期し、現行の仕組みを維持することを求めた。

各診療領域のプログラムにおいて、地域医療に配慮した病院群が設定されているかについて、都道府県の協議会の了解を得ることを条件とした。日本専門医機構に対しては、「日常的な運営のあり方」を含め、抜本的な見直しを求めている。

塩崎恭久厚労相は同日、四病協・日

### ●西澤会長の発言

新専門医制度は必要だが、会員病院、中小、地域の病院からこの制度が始まると、医師の引揚げが生じるとの声がかなり前から出ていた。これはやはり地域医療の崩壊につながるということで、そうなれば新専門医制度の趣旨とも相反する。もう一

度、新専門医制度を見直し、地域医療を守る方向にするために今回の要望となった。

来年度から新専門医制度を性急に始めないことが基本であり、制度全体として立ち止まる必要があるという趣旨だ。



医の要望についてコメントを発表。「医師・研修医の偏在防止及び日本専門医機構のガバナンスの抜本的見直しを要望した趣旨を十分理解する」との認識

を示した上で、専門医機構および学会に対し、医療関係者や自治体の意見を真摯に受け止めるよう、強い期待を表明している。

### ●新たな専門医の仕組みへの懸念について(要望)

①患者や国民に不利益を及ぼすような急激な医療提供体制の変更をしないこと。地域医療の崩壊を防ぐことを最優先し、ここは一度立ち止まり、専門医を目指す医師の意見を聞くとともに、地域医療、公衆衛生、地方自治さらには患者・国民の代表による幅広い視点も加えて早急に検討する場を設け、その検討結果を尊重すること。その際いわゆるプロフェッショナルオートノミーは尊重されるべきである。

②検討の場において、現在各診療領域で定められているプログラム整備基準、特に指導医を含む医師及び研修医の偏在の深刻化が起こらないかどうか集中的な精査を早急に行い、その結果、地域医療の観点から懸念が残るとされた診療領域のプログラムは2017年度からの開始を延期し、現行の学会専門医の仕組みを維持すること。

③新たな専門医の仕組みにおけるプログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が協議、連

携し、都道府県の協議会において了解を得ること。

④日本専門医機構のガバナンスシステム等、組織のあり方については、医療を受ける患者の視点に立って専門医の仕組みの再構築を目指すという原点に立ち返り、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであり、そのためにも、地域医療を担う医療関係者や医療を受ける患者の意見が十分に反映され、議論の透明性や説明責任が確保されるようなガバナンス構造とする等、日常的なあり方を含め、抜本的に見直すこと。

⑤すべての医師が専門医を取得するものではなく、女性医師をはじめとした医師の多様な働き方に十分配慮した仕組みとすること。また、すでに地域医療で活躍している医師が、専門医の取得、更新を行うにあたり、医師の診療体制や地域医療に悪影響が出るような過度な負担をかけないこと。

⑥総合診療専門医、サブスペシャリティの議論はそれぞれ時間をかけてしっかりと行うこと。

## 専門医機構の組織・運営のあり方に批判噴出

厚労省・専門医養成の在り方に関する専門委員会

制度の実施延期を求める声が圧倒的

新たな専門医制度の来年4月の実施をめぐる議論している専門医養成の在り方に関する専門委員会(永井良三委員長)は5月30日に第3回の会合を開き、日本専門医機構の組織・運営の問題点を議論するとともに、今後の対応を協議。厚労省は、専門医の偏在や地域医療の混乱を防ぐため、都道府県別・診療科別等に「専攻医」の定員枠を設定することを提案した。

しかし委員からは「この場で延期を決めてほしい」など、来年4月実施の延期を求める意見が相次いだ。永井委員長は、各学会が制度とかわりなく独自に新たなプログラムを実施することになれば、「専攻医」の地域偏在が避けられないとして、地域枠を設定する必要があると主張。学会の意向を確認することを提案し、その場をおさめた。この日は、機構の理事会や社員総会の議事録などが資料として示された。委員からは、この間の経緯も踏まえ、機構の運営上の問題点を指摘する意見が相次いだ。

「学会が関与しないと実務が回らな

いのに、当初は利益相反を理由に学会が参画できず、学会を無視して物事が決まった」など、機構と学会の関係の悪さを指摘する意見があったほか、「事務局体制が脆弱なのは否めない。事務局の人数を増やして解決するとも思えず、権限を整理して、他団体の支援も必要」などの意見があった。

全日病会長の西澤寛俊委員は、「期限が限られているなかで無理をしたために暴走気味になったのだと思う。原点に戻り、医療人がプロフェッショナル・オートノミーでやるんだということで、もう一度議論する必要がある」と呼びかけた。

永井委員長は、「機構の組織運営に関する議論はこの場で続ける必要がある」とした上で、「現在進めているやり方で新専門医制度を始めることは困難」との認識を示した。その一方で、学会が新たなプログラムを準備していることから、「これをしっかりとコントロールしないと悪影響が出る」と述べ、対応を議論する必要があるとの考えを示した。



これを受けて厚労省が、永井委員長が前回示した私案を具体化した資料を説明した。永井私案は、来年度に診療領域・都道府県ごとに「専攻医」の定員枠を設けることがポイント。過去3年間の採用実績に基づき、研修医の希望状況調査を踏まえ、設定するとしている。

都市部の定員枠は過去の採用実績の1.0倍、都市部以外は1.2倍とした。また、都道府県の協議会に、地域医療確保の観点から、必要な施設が漏れていないかを確認する役割などを担わせるとしている。

しかし委員からは、「専攻医」の定員枠を設定しても問題は解決せず、「延期

すべき」との意見が相次いだ。日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「新たな専門医のプログラムはあまりに大学病院、大病院中心だ」と述べ、新プログラムが始まることに懸念を表明。西澤委員は「学会と一緒に、プログラムを含め今後のあり方を議論すべきだ」と提案した。

これに対し永井委員長は、各学会が独自に新プログラムをスタートさせることを止めることはできないと発言した。その場合は、医師の偏在がさらに拡大しかねないとし、定員導入の必要性を訴えた。厚労省は次回の会合までに学会の意見を把握する意向を示した。

# 療養病床の新たな受け皿の議論始まる

厚労省・療養病床の在り方等に関する特別部会

初会合で介護療養病床の再延長めぐり応酬

厚生労働省の社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」は6月1日に初会合を開き、慢性期の医療・介護ニーズに対応するため新たな施設類型の具体的議論を開始した。

全日病からは西澤寛俊会長が参加。部会長には遠藤久夫・学習院大教授が選出された。今後、月1回程度の会合を重ね、年内のとりまとめを目指す。

2017年度末に設置期限を迎える介護療養病床と25対1医療療養病床の再延長をめぐるやりとりが行われたが、病院団体を代表する委員が現行制度の延長を求めたのに対して、保険者側の委員は否定的な見解を示した。

療養病床をめぐるのは、2006年の法改正で、老健施設等への転換を進めつつ介護療養病床を2011年度末で廃止することが決まったほか、医療法上の療養病床人員配置標準を6対1から4対1に引き上げ、6対1は2011年度末まで認める経過措置が設定された。

その後、介護療養病床の受皿として転換型の介護療養型老人保健施設が創設されたが、転換が進まなかったことなどから、廃止期限と6対1にかかわる経過措置は2017年度末まで延長され、今日に至っている。

したがって、診療報酬上の医療療養病床25対1は医療法上の6対1経過措置が廃止された後は法的根拠を失うことになる。

一方、昨年策定が始まった地域医療構想において医療機能ごとの必要病床数の推計が示されたが、慢性期の病床については、「療養病床の入院患者のうち医療区分1の7割が在宅医療等に移行」する前提で推計されているため、この移行を受け入れる医療・介護提供体制の構築が課題となっている。

こうした中、「療養病床のあり方等に関する検討会」は今年1月に、療養病床の受け皿の選択肢として新たな施設類型を提起する報告書をまとめた。

それは「医療内包型」と「医療外付型」からなり、さらに「医療内包型」を利用者の容体が急変するリスクなどにより、2つのパターンに分けた3タイプからなる。

これらを具体化するには人員配置や施設基準などの制度設計が必要のため、社保審に特別部会を設置して検討することになったわけだが、医療・介護の分野を横断する検討が必要となるため、その所管は保険局、医政局、老健局の3局にまたがる上、委員も31名に及ぶ大世帯の審議会となった。

また検討結果は、介護保険部会や医療部会、医療保険部会など関係部会の了承が必要となるため、厚労省はできるだけ早く意見をとりまとめる考えを示している。



●特別部会の初会合に出席する西澤会長(中央)

## ●現行制度の延長めぐり応酬

昨年からの療養病床の議論にあたり、四病協は日本医師会と共同歩調をとり、新たな施設類型について積極的に発言・提案を行ってきた。

他方で、全日病は会員病院を対象に実施した調査結果を検討会に提出。療養病床を持つ病院の多くが介護療養病床と25対1医療療養病床の廃止に反対していることを訴えた。

この日の会合でも現行制度の延長が議論となった。

日本医師会常任理事の鈴木邦彦委員は、「現行制度の再延長を第一の選択肢にすべき」と主張。これに対して、保険者代表の委員は「特例で延ばすのはおかしい。延長するならば法改正が必要」と発言した。

全日病会長の西澤寛俊委員は、「この場で議論して決めれば、再延長する法律改正はできる。再延長を含めた議論はすべきと考える」と述べ、厚労省

も法律改正によって再延長は技術的に可能との見解を示した。

新たな施設類型に関しては、各委員が様々な見解を表明した。全国抑制廃止研究会理事長の吉岡充委員は「介護療養病床は人員配置基準を上回るスタッフを配置しても患者が身体拘束を受ける状況にある。新たな施設類型の人員削減には断固として反対」と発言。これを受けて西澤委員は、「身体拘束ゼロの運動が進んでいるものの、まだなくならない。この問題への対応を含め、新たな施設類型でどれだけの医療・介護スタッフが必要なのかを議論していくべきだ」と主張した。

厚労省が特別部会に示した検討課題は、(1)人員配置基準(2)施設基準(3)財源(4)低所得者への配慮などが、次回6月22日には療養病床の関係者からヒアリングを実施し、その後は、検討課題のうち準備ができたものから議論していく予定だ。

# 重症度係数で議論 効率性評価との関係めぐり疑問も

中医協・DPC 評価分科会

次期改正に向け、今後の検討課題を確認

中医協診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会(分科会長・小山信彌東邦大学医学部特任教授)は2016年度診療報酬改定後初の会合を、5月25日に開いた。

厚労省は4月13日の中医協総会に示した2016年度改定におけるDPC見直しへの対応結果を同分科会にあらためて報告するとともに、補足事項として、II群病院選定に際して用いた指標別の基準値を明らかにした(別表を参照)。

今改定でIII群からII群に54病院が移ったが、準備病院からも1病院が選定されている。一方、II群からIII群に移行したのは14病院という結果となった。

II群病院選定の実績要件のうち、「高度な医療技術」については、これまで外保連試案にもとづく外科系技術の実績を求めてきたが、今改定から、内科系技術として特定内科診療(25疾患)にかかわる3項目の実績を要件に加え

て、計6項目のうち5項目以上を満たせばよいとしたことがII群病院を99施設から140施設に増やす大きな要因となった。要件緩和の一方で、外保連試案にかかわる基準値はそれぞれ前改定よりも引き上げられた。

厚労省はまた、機能評価係数IIの8項目に関する医療機関別の係数内訳と、同係数のうちの地域医療係数に変換される前の相対評価を表す地域医療指数(体制評価指数)の医療機関別内訳をそれぞれ分科会に報告した。

8項目のうち重症度係数をみると、群別の最高値は、I群が0.01744、II群が0.02027、III群が0.01528となった。その一方で、III群病院のうち122施設が「0.00000」とゼロの評価になったが、I群の8施設とII群の14施設も「0.00000」という結果となった。

重症度係数は「診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価」するもので、当該医療機関



における「包括範囲出来高点数/診断群分類点数表に基づく包括点数(ただし救急入院の患者については救急医療指数で評価される2日目までの点数は除外)」と、乖離率から指数を算定して係数化される。いわば、同じ診断群分類でも資源投入量が多くなる患者を重症者と捉え、係数IIの評価に織り込むという考え方だ。

重症度係数が提起されてきた背景には、「施設間の診療の傾向を調整するだけでなく、診断群分類点数表では表現しきれない重症度の違いを調整する機能等がある」暫定調整係数の廃止に向けて、「アウトライアーといわれる重症度が高い患者を受け入れざるを得ない病院に対する配慮が必要」とする見方があった。したがって、CCPマトリックスの導入とともに、1つの対応策として今改定で試行的に導入された。

ただし、この考え方に対しては、分科会でも「標準化や効率化が進んだ病院は評価が低く出ることにならないか」、「不必要な検査等を行えば重症度指数が高くなるか」といった疑問の声が上がるなど、分科会の意見は必ずしもまとまっていない。

この日の提出資料では「出来高実績点数が高い方が係数は高くなるが、重症度係数によって補てんされるのは包括点数と出来高点数の差の一部分に過ぎない」と説明。医療課の担当官も「出

来高実績点数を高くするという意図的な診療行為をしても、その分が補てんされるという趣旨の係数ではない」と述べている。

しかし、委員からは「自院は重症度係数で高い数値を得たが、実は、これは効率化が進んでいないことではないかと考え、検証作業を進めている。この係数が高い方がいいのか、低い方がいいのかよく分らない」と戸惑いの声があがるほど、分かりにくい係数となっている。

脳血管研究所附属美原記念病院長の美原盤委員(全日病副会長)も、「包括点数と出来高の差を評価するというのは、効率化を目指す方向に逆行していないか」と疑問を唱えた。

これに対して、担当官は「出来高実績点数には無駄な医療資源投入が含まれざるを得ないという指摘はそのとおりだが、どこまでが無駄で、どこからが無駄でないのかは今後の議論で精緻化していきたい」と回答した。

「検討課題」には、ほかに、II群の選定要件(II群病院の地域における機能の評価等)、暫定調整係数が果してきた機能の今後のあり方、各係数の重みづけ、CCPマトリックス、病院情報公表評価の具体的方法などがあげられた。

◎2016年度改定におけるII群病院選定の指標別基準値(厚労省資料を基に作成)

実績要件	指標の内容	基準値※		
		2016年度	2014年度	
(1)診療密度	1日当たり包括範囲出来高平均点数	2513.24	2482.09	
(2)医師研修の実施	許可病床1床あたりの臨床研修医師数(基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで)	0.0222	0.0233	
(3)高度な医療技術の実施(6項目のうち5項目以上を満たす)	外保連試案	3a)手術実施症例1件あたりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)	12.99	12.39
		3b)DPC算定病床当たりの同指数(外科医師数及び手術時間補正後)	118.18	102.68
		3c)手術実施症例件数	4,695	2,529
	特定内科診療(25疾患)	3A)症例割合	0.0101	
3B)DPC算定病床当たりの症例件数		0.1940		
3C)対象症例件数		115		
重症患者に対する診療の実施	複雑性指数(重症DPC補正後)	0.0855	0.1197	

※四捨五入した値を表示

# 2015年度調剤医療費の伸び率が急伸 高額薬剤の影響に懸念示す

厚労省・医療保険部会

## 後期高齢者医療費は鈍化の兆し

社会保障審議会・医療保険部会は5月26日、①最近の医療費の動向②高齢者医療の現状③子どもの医療制度のあり方について厚労省から報告を受け、意見交換した。医療費の動向では、調剤医療費が高い伸びを示していることが報告され、C型肝炎治療薬など高額薬剤の影響を懸念する意見があった。「最近の医療費の動向」について厚労省は、「2015年4月～11月にかけて医療費全体は3.1%の伸び率となり、2012年度～14年度の伸び率2%程度と比べると高めに推移しているが、中でも、調剤医療費は前年比8.2%という高い伸び率を示している」と報告した。

調剤医療費は特に2015年6月に前年比11.0%、11月には12.1%と急伸しているが、薬剤料の多くを占める内服薬について薬効分類別の伸びを見ると、抗ウイルス剤、その他の腫瘍用薬、糖尿病用剤の伸びが大きくなっている。

抗ウイルス剤としては、C型肝炎の画期的治療薬であるソバルディ錠(薬価6万1,799円/錠)が2015年5月に、さらに、合剤のハーボニー錠(8万171円/錠)が同8月末から発売されている。

その結果、抗ウイルス剤の薬剤料総

額は、2015年の4月～9月に1,133億円(前年同期は467億円)、10月～11月は2か月間で806億円、11月だけでも432億円にまで急増した。

厚労省は「月間の医療費は概算で3.4～3.5兆円。そのうち内服薬の調剤医療費は350億円前後で、影響は1%に過ぎない」と冷静にみているが、保険者の委員からは「抗ウイルス剤の新薬がもたらす影響を中期的に推計してほしい」と注文がついたほか、「市場拡大再算定に期待する」といった声も上がった。

2016年度の薬価制度改革では「特例の市場拡大再算定」ルールが導入されたが、前出のソバルディ錠とハーボニー配合錠は、そのうちの「年間販売額が1,500億円超で、かつ予想販売額の1.3倍以上となるもの(最大で50%の価格引き下げ)」の対象とされた。

高齢者医療について、厚労省は、対前年度伸び率が2010年度5.9%、2011年度4.5%、2012年度3.0%、2013年度3.6%、2014年度2.3%と推移していることから「伸び率は鈍化の兆しを示している」とし、さらに、「1人当たり医療費でみると、他制度と比べて伸び率はさらに鈍化している」との認識を示した。



2014年度の入院医療費の伸び率は2013年度に続いて2.2%と低く、外来医療費も2013年度の4.9%から2014年度には1.8%へと伸びが鈍化した。

保険者側の委員は、高齢者医療費を支える現役世代の負担が増えていることから、窓口負担の引き上げなどを求めたが、厚労省は、保健事業を充実させることで負担の適正化を図る方針を示した。後期高齢者の特性に応じてフレイル(虚弱)対策を軸とした保健事業に改める考えだ。

子どもの医療制度の在り方については、「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」が3月にまとめた報告書の内容が報告された。これは、子どもの医療費を減免している自治体に対

する国保の公費減額調整措置をどうするかという問題。

検討会報告は、自治体間で拡大競争が進む減免制度に対する賛否両論を併記する一方で、自治体まかせの減免制度に対する国の統一基準を含めて、そのあり方を見直すべきとの提言が盛り込まれた。

この日は、主に保険者の委員から、子どもの医療費を減免する地方単独事業を実施している自治体に対する国庫負担の減額措置を支持する意見が相次いだ。部会では、「一億総活躍社会」に向けて政府が少子化対策を推進する中で地方自治体の取り組みをどう支援していくかという観点を踏まえて、そのあり方を検討していく方針を確認した。

# 地域包括支援センター充実へ、人員配置規制の緩和を求める意見も

厚労省・介護保険部会

次期通常国会に介護保険法改正案を提出するために議論している社会保障審議会・介護保険部会(遠藤久夫部会長)は、5月25日の会合で、①地域支援事業、②介護予防、③認知症施策について議論した。同部会は、年末に議論をとりまとめる予定。

厚労省は、地域支援事業の充実に向けた論点を7点示したが、議論はもっぱら地域包括支援センターの機能充実をめぐる問題に終始した。

地域包括支援センターについて多くの委員が指摘したのは「過剰な業務負担」と「職員の数と質の不足」をどう改善していくかという点。

すべての市町村に設置されている地域包括支援センターは、その半数近くが「3人以上～6人未満」の人員配置

で、地域からの様々な相談への対応、要介護老人等の権利擁護活動、ケアマネジメントに対する支援、介護予防ケアマネジメント、地域ケア会議の開催等地域におけるネットワークの構築など、多様な業務を行っている。

しかし、研究班による調査によると、センターの8割は業務量が過大と訴えており、半数が職員の力量不足を課題にあげ、さらには8割弱が、課題とされる具体的な業務に地域のネットワーク構築をあげているなど、地域包括ケアシステム構築のカギとなるべき地域包括支援センターは、機能が十分に発揮できない状態におかれている。

こうした状況に、委員からは、「介護予防ケアマネジメントは基本的に外部委託とするなど業務を仕分けるべ



き」「保健師、社会福祉士、介護支援専門員からなる人員配置を見直して民間企業からの職員登用も検討する」など、現行体制の大幅な見直しを求める声も相次いだ。

また、「医師会との共働とすべき」など、地域ケア会議の充実を求める意見も多く出た。

認知症施策の推進については、「精神科棟に偏った施設政策を改め、内科系の総合診療医が診る方向で取り組むべきではないか。精神科のベッドを削減するならば、その分を総合診療医に回して認知症患者の受け入れを進めるべきではないか」(武久日本慢性期医療協会会長)との意見も示された。

# 次期がん基本計画に向け検討始まる

厚労省・がん診療体制検討会

次期がん対策推進基本計画の閣議決定に向け、「がん診療体制のあり方に関する検討会」が5月20日に、3年ぶりに会合を開いた。地域におけるがん診療のあり方や拠点病院の指定要件の見直しなどを議論し、来年1月の次期基本計画骨子案に対する提言をまとめる。座長に、北島正樹国際医療福祉大学副理事長を選任した。

がん対策推進基本計画はがんの死亡者の減少やがん患者・家族の苦痛の軽減、がんになっても安心して暮らせる社会を目指すための計画。平成19年度からの10年間で75歳未満の年齢調整死亡率を20%減少させることを数値目標としている。しかし現状で達成は困難な状況で、政府は昨年12月に「がん対策加速化」プランを策定した。

がん対策推進基本計画に関わる議論は基本的には、がん対策推進協議会が

行う。しかし今回、「検診」「医療提供体制」「緩和ケア」については、別の検討会でそれぞれ提言をまとめることになった。このうち、がん診療体制のあり方に関する検討会は「医療提供体制」をテーマに議論する。

具体的には、「ゲノム医療」「情報提供」「がん診療連携拠点病院等における医療安全」「放射線治療」「がん診療連携拠点病院等の指定要件」の各項目について議論する。がん医療をめぐる状況が変化している中で、「これまで均てん化を目指してがん診療連携提供体制の整備を進めてきたが、今後がん診療提供体制はどうあるべきか」を課題にした。

同日は、国立がん研究センター研究所の間野博行所長から「ゲノム医療」、国立がん研究センターがん対策情報センターの若尾文彦センター長から「情



●検討会に臨む神野副会長(右から2人目)

報発信」について、話をきいた。

間野所長は、「ゲノム医療」について、がんの分子標的治療薬など治療の観点と予防である遺伝子診断の観点から説明。遺伝子診断については「日本においてゲノム情報を用いて治療介入するゲノム医療を早急に開始する必要がある」と主張。病院がゲノム医療を提供する場合には、学術・病院・産業界の協力が不可欠で、広い範囲の人材が必要であることも示した。

若尾センター長は同センターのホー

ムページから検索できるがん情報サービスの状況を説明。がん診療連携拠点情報から提供される元データについて、院内登録やDPCデータ、医療施設調査など既存のデータ活用で、より正確な情報を収集できるとした。

全日病副会長の神野正博委員は、協議会や他の検討会の議論の状況を同検討会にも報告するよう求めるとともに、「がん治療の拠点病院は施設整備もマンパワーも必要。整備に際しては選択と集中が重要となる」と述べた。

# 日本専門医機構に質問状 社員・理事の取扱いで説明求める

## 四病協 熊本地震で厚労省に要望書を提出

四病院団体協議会は5月25日に開いた総合部会で、専門医制度への対応を協議し、制度運営を担う日本専門医機構に対し、質問状を送ることを決めた。質問状の内容は、同機構の社員・理事の扱い、および運営体制に関するもの。

四病協は専門医機構の発足当初、4団体がそれぞれ社員として参画することを要望したが、認められなかった経緯があり、4団体で1人の社員とされている。最近になって各団体が社員として参加することは可能と伝えられたが、説明を求める。

また、理事はこれまで4団体で1人で、日本病院会から末永裕之副会長が

参加している。このほど四病協からの理事は2人になったと伝えられたが、その経緯と理由について説明を求める。また、同機構は6月に役員改選期を迎えるが、役員候補者選考委員会委員の推薦をめぐって混乱があったことから運営面の改善を求める。

来々4月からの実施が予定される専門医制度をめぐっては、医師の偏在を助長するとの懸念から実施延期を求める意見が強いが、制度運営を担う同機構の体制に対する懸念も強い。

このほか、この日の四病協では、熊本地震の対応で厚労省に要望書を提出することを決めた。また、療養病床の見直しについて協議した。療養病床に

ついては、新たな施設類型が提案されているものの介護療養病床と医療療養病床25対1の廃止については、具体的な議論は行われていないことから、新たに設置される「療養病床の在り方等に関する特別部会」では、まずその議論を行う必要があることを確認した。

### ●要望書を厚労省に提出

四病院団体協議会は5月30日、厚労省の神田医政局長に「熊本地震に係る要望書」を手渡した。現行の補助金制度は熊本地震で被災した民間医療機関が復旧する上で、不十分と指摘。補助金の拡充などを要望した。

具体的には、①災害復旧費補助金の

対象を被災したすべての医療機関とする②補助金の対象経費の拡大、50万円超としている医療機器の下限を10万円とする等③補助率の引き上げ④申請書類の事務手続きの簡略化、申請期間の延長—を求めている。



●厚労省の神田医政局長に要望書を手渡す医法協の加納会長と全日病の西澤会長

# 7対1の移行など2016年度改定の影響を調査

## 日病協 新専門医制度「議論が煮詰まっていない」

日本病院団体協議会は5月27日、2016年度診療報酬改定の影響を調査することを決めた。団体ごとの調査になるが、7対1病棟からの移行や「重症度、医療・看護必要度」の項目見直しに関しては、共通の調査項目とする。統一的な見解が得られれば、厚労省への意見書にまとめる予定。また、同日の議論では、新専門医制度について、来年度から開始できるほど「議論が煮詰まっていない」との認識で一致した。

中医協の診療報酬改定結果検証部会が調査結果をまとめるのを待たずに、日病協として主要な改定項目の影響を調べる。6月中旬に診療報酬実務者会議で調査項目のひな形を作成。7対1病棟等の「重症度、医療・看護必要

度」の経過措置は9月30日までで、それが切れる10月以降の7対1病棟等の転換に関する意向などを共通項目として、会員病院にアンケート調査する。

新専門医制度については、厚労省の「専門医養成の在り方に関する専門委員会」で来年度の開始を前提にしたかのような議論が進んでいることに対し、来年度に開始できるほどに「議論が煮詰まっていない」との認識で一致した。

「専攻医」に定員枠を設けるとする専門委員会の永井委員長の私案についても、「走りながら考えるというのが途中で転倒するのではないか」などの意見が相次いだという。

神野正博議長(日本社会医療法人協議会副会長)は会見で、「プロフェッシ

ョナル・オートノミーとは何であるかという意見も出て、結論的には、学会や医師会、病院団体がそれを十分に發揮してこなかったのではないかとこのところまで議論が進んだ」と述べた。その上で、「その反省を含めて、議論を深める必要がある」と性急な対応は望ましくないとの姿勢を示した。

原澤茂副議長(全国公私病院連盟常務理事)は「公私病連としては、最低3年ぐらい延期するのが妥当だと考えている」と述べた。

そのほか、同日の日病協では、高額薬剤が医療保険財政に与える影響への対応を議論した。悪性黒色腫のがん免疫療法治療薬として保険収載されたオプジーボ(小野薬品工業)が肺がん

適用が拡大され、さらに複数の適用で治験が始まっている。個別の医薬品が医療保険財政に影響を与えることが現実化していることをふまえ、「歯止めをかける」ことの対応が議論された。

同様の問題は中医協総会でも議論されていて、薬事承認された適用を薬価収載の段階で一部制限する案などが出ている。原澤副議長は、薬価が高止まりすることを防ぐために、薬事承認から保険収載までの一連の流れを、統一的に把握する組織が必要とする意見があったことを紹介した。

これらの意見が中医協総会に反映されるよう、中医協総会の委員である全日病の猪口雄二副会長と日本病院会の万代恭嗣常任理事に期待がかかった。

# 業務改善を目指し業務フロー図の作成方法学ぶ

## 第1回業務フロー図作成講習会を開催

2016年度の第1回「業務フロー図作成講習会」が5月19日に開かれ、18病院・67名が参加して、業務フロー図の考え方と作成方法を学んだ。

講習会の冒頭に挨拶した西澤寛俊会長は、「業務フロー図は普段の業務の洗い出しのみならず、医療事故調査制度の原因分析を行う際に非常に重要なツールだ。講習会の成果を各病院の業務改善に活かしていただきたい」と述べた。

続いて飯田修平常任理事(医療の質向上委員会委員長)が業務フロー図の考え方を説明。「どんな仕事もプロセス管理が大事だが、とくに病院は極めて複雑な業務を複雑な組織で行っている。しかも患者の状態は常に変わり、業務の変更も多い。最もプロセス管理が求められる仕事である」と述べて、業務フロー図の意義を説明した。

品質改善活動では、PDCAサイクル(Plan、Do、Check、Act)が基本となるが、なかでもPlanが一番大事だ。「Planが適切でなければ、その後の過程が適切にできるわけがない」と飯田常任理事。重要な問題点を抽出し(問題発見)、その要因を分析して要因の対策を立案することが出発点となる。Planを踏まえて、Do(対策実施)、Check(結

果を検証)、Act(業務に落とし込む)の手順を踏んでPDCAサイクルを回す。

Planの段階で問題点を抽出するには、業務の手順を把握する必要がある。ここで業務フロー図が役にたつ。ただし、抽象的なレベルではいけない。「具体的な行動を記述したアクションレベルまで分析しないと問題点を抽出できない」(飯田常任理事)。

手順としては、まず分析対象となる業務の概要を記載したプロセス概要図を作成し、その上で、詳細な業務フロー図(アクティビティ図)を作成する流れとなる。アクティビティ図を描くには、業務を分析して担当者を出し、役割を定義、行為・動作を抽出し、まとめる作業となる。

「仕事がきちんとできることと、自分の仕事を把握し、プロセスを書けることは別のもの。プロセスを理解していないと医療の安全確保はできない」と飯田常任理事は解説した。

### グループワークで研鑽積む

講習会では、業務フロー図の考え方や作成方法に関する講義を受けた後で、病院ごとに分かれてグループワークを行った。

この日の課題は、プロセス概念図か

ら詳細なアクティビティ図を作成すること。各病院は、事前に、①紹介患者の受け入れ、②結核疑い入院患者の対応、③造影CT検査の業務フロー図作成の3つから1つを選び、自院の業務フローに基づいて業務フロー図を作成した。グループワークでは、担当講師の指導を受けながら、それぞれの病院の実情を踏まえた業務フロー図を作成した。

全日病は、20年前から医療機関の経営には医療の総合的質経営(TQM)の導入が必要であると提言し、活動を続けてきた。この日の講習会もその活動の一環だ。また、2014・15年度の厚生労働科学研究「業務フロー図に基づく医療の質向上と安全確保を目指した多

職種協働チームの構築と研修教材・プログラム開発に関する研究」の成果報告会を兼ねている。同研究事業では、2年間の成果をまとめて、『業務工程(フロー)図作成の基礎知識と活用事例』を作成。この日の教材として使用された。

飯田常任理事らは、業務フロー図の教材づくりに続いて、特性要因図を学ぶための教科書づくりに取り組む考えだ。

業務フロー図は、業務の問題点を抽出する際に使われるが、要因を分析するには、特性要因図が有用。なお、今年度は、業務フロー図作成の講習会と特性要因図の講習会を別に実施する。飯田常任理事は、「特性要因図の講習会にもぜひ参加してほしい」と呼びかけた。

