



# 全日病 NEWS 11/1

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 東京都千代田区猿樂町2-8-8  
住友不動産猿樂町ビル7F  
TEL (03)5283-7441  
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.812 2013/11/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 厚労省 医療機能ごとの病床数のあり方で2案を提案

社保審医療部会 議論プロセスを無視した唐突な提案。委員多数の反対に第3の案を模索か

厚生労働省は10月11日の社保審医療部会に、一般・療養の病床数を病床機能報告制度の医療機能ごとに定める仕組みを医療法に導入する提案を行なった。

その中で、病床数を機能ごとに定める方法として、(1)一般・療養の病床区分とは別に高度急性期、急性期、回復期、慢性期という区分を設けた上で、現行基準病床数とは別に基準病床数を4区分ごとに定める(案1)、(2)新たな病床区分や基準病床数は設けないが、機能ごとに定量的基準を定め、診療報酬と基金によって医療機能ごとに必要な病床数へ誘導していく(案2)、という2案を提起した。

ほとんどの委員が「案2」の方向での検討を求めたが、全国知事会の荒井委員(奈良県知事)は「案1」を支持、議論はまとまらなかった。

このため、田中滋部会長代理(慶應大学経営大学院教授)は「機能別の区分を定めるが基準病床数は定めないという考えもある」と指摘、第3の案を模索することを提案した。これを受け、事務局(厚労省医政局総務課)は、次回部会に、前出2案と異なる案を示すことを検討している。(10月15日号既報。4面に厚労省提案を掲載)

### 『法制上の措置』に「必要な病床の適切な区分の設定」

病床区分の設定は、社会保障制度改革国民会議の提起を受け、閣議決定された「法制上の措置の骨子」に「地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置(必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等)」と書き込まれた(傍点は編集部)。

これによると、「必要な病床の適切な区分の設定」と「都道府県の役割の強

化」は、地域医療ビジョンを実現する上で両輪に位置づけられている。

第6次医療法改正として病床機能の分化・連携が提起された最初の議論は「急性期病床群」であった。この問題を検討した作業グループは、「国は、各地域の病床機能の現状を把握、分析し、地域の実態も踏まえ、医療法における医療機能の登録制など位置づけのあり

方や病床区分の見直しについて今後検討を行う」(2012年6月15日)ことで合意した。

したがって、医療法における病床区分の見直しが課題にあげられることは止むを得ないことだが、しかし、この合意は「各地域の病床機能の現状を把握、分析し、地域の実態も踏まえ」た上で新たな病床区分を検討するという内容であった。

病床機能の報告制度については、9月4日の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で、一般・療養の病床を、病期という定性

的基準にもとづいて前出の4区分とすることで合意したところで終わっており、その後開かれていない。したがって、報告事項を定める議論に着手していない。

つまり、定量的基準策定の基となる全国から報告される機能内容の項目すら明らかではなく、なお議論の端緒にあるというのにもかかわらず、厚労省は、いきなり、そのだいたいの議論を求めたのである。この日の医療側委員の反発は、まずは、議論プロセスを無視し、先走った課題を提起してきた厚労省に向けられた。

### 案1/病床区分ごとに基準病床数を設定、許可制度とする

「案1」は、現在の一般病床・療養病床とは別に、報告制度で用いる病期による区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)を病床区分として法定し、その上で、現行の基準病床数と別に4区分ごとに基準病床数を設ける、というもの。病床過剰地域における増床と新設は許可制度が適用されることになる。

これはかなり飛躍した話であり、田

中部会長代理も「基準病床数というがちがちな方法はいかかなものか」と批判した。

現行の基準病床数と別に設定した場合に、4区分は手術件数などの定量的基準で分けられ、一方、現行の一般・療養病床は人員配置・設備構造で分けられる。つまり、ダブルスタンダードが出現することになる。



### 案2/「定量的基準に合致しない病床は報告できない」

「案2」は、病床区分や区分ごとの基準病床数は設けないが、各区分に「定量的基準」を設け、ビジョンで設定される機能ごとの必要量に誘導していくという方法だ。

これまでの議論で合意している地域医療ビジョン策定の工程は、具体的報告項目の検討→報告システムの整備→報告制度の開始(並行して地域医療ビジョンのGLの検討)→GLの策定→GLを踏まえて各都道府県が地域医療ビジョンを策定、というものだ。

提案は、「当初は、各医療機能の内容は定性的基準とするが、報告された情報を分析し、今後、各医療機能の定量的な基準を定める」としている。つまり、当面は病期による4区分で報告を受けるが、定量的基準以降は、それによって報告を受けるという考えである。

これに関して、土生総務課長は、「定量的基準がつけられれば、それに合わない病床は報告できないことになるのは当然である」と説明した(別掲)。回復期の基準に合致する医療機能であるのに急性期という報告は困るという意味かと思われるが、誤解を招く言い方だ。

「病床機能情報の報告・提供検討会」で合意されたのは、病期にもとづく区分で報告させるのは基本的には病床の機能であるということである。ここで、複数の機能をもつ病棟があることは前

提として確認されており、「主に◎◎という機能であるが、別の機能に該当する患者も入院している」といった報告になることは了解事項である。

それだけに、「案1」の病期の区分を病床区分として基準病床数化することは、まさに論外なのわけだが、「案2」も、定量的基準によって各病棟を1つの機能区分に収めさせるのであれば、実態から乖離することになる。

次に、「案2」で「診療報酬と新たな財政支援の仕組みとを適切に組み合わせ、必要な医療機能の病床数へと誘導していく」としている考え方は、「一般病床の機能分化の推進についての整理」(「急性期医療に関する作業グループ」12年6月15日)で報告制度を「医療機関が担っている医療機能を自主的に選択し、報告する仕組み」と定義した方向と異なる。

報告制度は、医療機能の現状を医療機関の判断で報告し、その機能分布を把握した上で、ビジョンで示される将来展望にそって各医療機関が自ら病棟政策を変えていくプロセスを整えるためのツールであるはずだ。

それを、「診療報酬と新たな財政支援」で誘導するというのは、7対1導入の失敗を教訓にしていけないと思われても仕方がないといえよう。

「清話抄」は4面に掲載しました。

### ■「案1」と「案2」に関する土生総務課長の説明(10月11日)

「案1」は一般病床と療養病床を細分化する病床区分を設けるという考え方だ。つまり、高度急性期病床、急性期病床、回復期病床という区分になり、各基準にあったものを病床として許可していくことになる。定量的基準は報告制度にとどまらずに病床の許可基準にもなっていく。そこが「案1」と「案2」の違いだ。

もう1つの違いは、基準病床数の、それを上回ると不許可・勧告、保険医療機関に指定しないと強い措置を新しい区分にも適用することになる。

「案2」は、現行の病床区分は変えず、報告制度の中の分類としての定量的基準にとどまるため、そういった許可制とはしない。しかし、定量的基準がつけられれば、それに合わない病床は報告できないことになるのは当然である。

### 都道府県の役割強化と医療側の役割拡大

今回の事務局提案にある「都道府県の役割強化」は、都道府県裁量枠の拡大と都道府県の政策決定・実施に占める医療団体の役割拡大の2面からなる。

その例が、圏域連携会議の位置づけを通知から医療法に格上げすることであり、各県医療審議会や傘下の医療計画策定の検討会などに加え、医療団体の発言の場が広がる。

医師派遣のコントロールタワーとなる地域医療支援センターも医療法に位置づけられ、しかも、大学病院等外部に運営委託されることになる。また、看護師確保に関してはナースセンター運営への関与機会も広がる方向だ。

医療提供体制の実効性ある政策議論・決定と実施のためには医療団体との密なコミュニケーションが欠かせない。都道府県で医師会や病院団体が強固な連携を構築すれば、発言権や影響力の拡大は可能である。

他方で、「一定期間稼働していない病床に対する都道府県知事による稼働・削減の要請」や「医療機関に対する都道府県知事による医療機能の転換等の要請・指示」という、知事に「指揮権発動」の機会を与える案も示されている。

とくに、「地域医療ビジョンの達成のための都道府県知事による診療報酬に関する意見提出」というのは、例えば、「案2」の場合に、回復期機能をもつ病棟を増やすために診療報酬上の要件緩和や点数大幅引き上げを要請するよう、地域事情のみに目を奪われる知事によって乱用される可能性もあり、懸念されるところだ。

いずれにしても検討されるべき課題は多々あり、医療法改正に間に合わせるための「駆け込み」提案とならないよう、時間をかけた慎重な議論が求められている。

# 主張

## 我々は「まあ、いいか」に如何に対処すべきか

安全と質の確保を脅かす、この風潮への対策は重要な課題

標準化により、手順・マニュアル・基準・指針・規程等を整備し、情報を共有して、業務を遂行し、結果を検証することが求められている。すなわち、論理的、科学的、統計的に検証された根拠に基づいた医療 (EBM) が推奨されている。

しかし、マクロ・ミクロ両方において、理屈の通らない議論がまかり通ることが多い。マクロ (国及び公的機関の審議会、検討会等) では、個別の内容としては正しいが、会あるいは議題の目的とは異なる議論があり、

それを指摘しても繰り返す人が存在する。

ミクロ (病院、病院職員) では、手順、マニュアル、基準、指針、規程に合わない行為 (不具合) が頻繁にみられる。

マクロ、ミクロ両者に共通する問題は、悪意や故意ではない場合に、自分の行為が重大な事態を招く可能性を認識していないことである。

当事者が不具合 (正しくない行為) を認識しており、何も起こらないだろう、大したことはないだろう、「ま

あ、いいか」と考えることが問題である。不具合を認識していない場合は、行うべき、予定の行為を認識させ、教育する必要がある。

一般に、不具合の再発防止は、根本原因を究明し、対策を打つことによって実現可能である。しかし、種々の対策を講じて、最後に残る「まあ、いいか」は、個人の気の持ち方であるので対応が困難である。例えば、車のスピード違反、避難経路への物の設置、指示内容と物と患者の不照合、手洗い不励行等々である。

欧米でも同様の問題があり、原発事故やスペースシャトル爆発事故の兆候を無視し、手洗い不励行が発生し、有名病院の廊下に、Wash your handsのキャンペーン・ポスターが掲示されている。

「まあ、いいか」はあらゆる分野に共通の究極の問題であり、医療界と品質管理界が協力して「まあ、いいか」防止ツールを検討・研究中である。原理・原則・現実・現場・現物を重視する (五ゲン主義) 組織文化・風土の醸成が課題である。(I)

# プログラム法案を臨時国会に提出

臨時国会が開会 介護、医療従事者確保、施設整備等も「財政支援制度」の対象に

臨時国会 (第185臨時会) が10月15日に召集された。会期は12月6日までの53日間が予定されている。

安倍政権は同日の閣議で「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」(社会保障制度のプログラム法案)と「産業競争力強化法案」を決定、ともに臨時国会に提出した。さらに、国家戦略特区関連法案も提出される予定だ。

これ以外にも、通常国会で継続審議となった、再生医療関連製品等の規制を盛り込んだ「薬事法等の一部を改正する法律案」と「再生医療等の安全性の確保等に関する法律案」が今国会に上程された。

社会保障制度改革として政府が措置する事項と法改正等の実施時期を明記したプログラム法案は、医療制度改革の筆頭に「病床機能の分化・連携並びに在宅医療・在宅介護の推進」を掲げ、その具体的措置として、(1) 病床機能情報報告制度、(2) 地域の医療提供体制構想の策定と必要病床の適切な区分の

設定および都道府県の役割強化、(3) 新たな財政支援制度の創設、(4) 医療法人間の合併・権利移転に関する制度等の見直し、の4点をあげている。

病床の分化・連携以外では、「地域における医療従事者の確保と勤務環境の改善」「医療従事者の業務範囲と業務実施体制の見直し」を盛り込んでいる。

その上で、上記措置は2017年度までをめどに順次講じるとし、必要な法律案を14年の通常国会に提出することを「目指す」としている。

医療保険制度に関しては、(1) 国民健康保険運営の都道府県への移管、(2) 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化などをあげ、「療養範囲の適正化」として、①70～74歳の一部負担金の取扱いと高額療養費の見直し、②外来に関する給付の見直し、③在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直しの2点を掲げた。

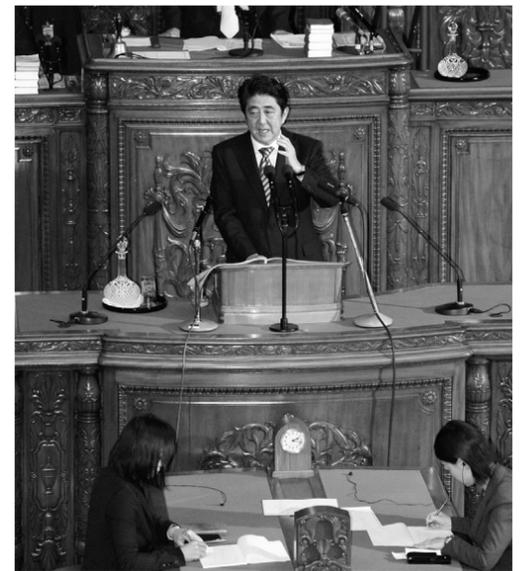
これら医療保険制度改革については、14年度から17年度までをめどに順次講じるとし、必要な法案を15年の通常国

会に提出することを「目指す」とした。

いずれも、8月21日閣議決定の「[法制上の措置]の骨子」のとおりであるが、プログラム法案では、「地域医療ビジョンの策定」「地域の医療提供体制の構想の策定」と言い換えられているほか、「新たな財政支援制度」について、①病床機能の分化・連携等に伴う介護サービスの充実、②医療従事者の確保と医療機関の施設整備等の推進の2点も対象となることが明記された。

後者に関しては、消費税増税分を財源とする「新たな財政支援制度」の対象が、病床機能分化の推進だけでなく、関連した介護サービスの充実、医師派遣等医療従事者の確保対策、医療機関の施設整備等にも向けられることになり、都道府県の裁量で幅広い領域に投入される可能性が強くなった。

「産業競争力強化法案」には、企業の



▲所信表明を行なう安倍首相 (10月15日)

競争力を底上げするための規制緩和として、企業が健康分野など新事業の適法性をあらかじめ国に確認できる「グレーゾーン解消制度」や、特例的に企業ごとに規制を緩和する「企業実証特例制度」の創設が盛り込まれている。

# 外国人医師・看護師の規制緩和と保険外併用の拡充を法に明記

国家戦略特区 臨時国会に国家戦略特区関連法案。病床特例は政治判断、医学部新設は先送りか

政府の日本経済再生本部は10月18日に国家戦略特区として取り上げる規制緩和項目の「検討方針」を決定、これを受けて政府は国家戦略特区関連法案の作成に着手した。11月上旬に閣議決定の上、臨時国会に提出、成立を図る考えだ。

「検討方針」には、医療に関しては、(1) 国際医療拠点における外国医師の診察、外国看護師の業務解禁、(2) 病床規制特例による病床の新設・増床の容認、(3) 保険外併用療養の拡充をそれぞれ可能とする特例措置を特区関連法案に盛り込むことが明記された。

このうち、「外国医師の診察」については「全国における制度改革として臨床修練制度を拡充する」ことを明記、外国看護師ともども一定条件の下で診療行為と看護の実施を認める方針だ。

その一方で、産業競争力会議の「当面の実行方針」(10月1日)に書き込まれた病床規制特例に関しては「統合推進本部の構成やその在り方と併せて検討する」と記され、法案へどう盛り込むかを今後の政治判断に委ねた。

また、国家戦略特区の第1次提案募

集 (8月12～9月11日。242団体から197件の提案)で成田市・国際医療福祉大学と静岡県から申請のあった医学部新設についても「検討する」と表記、継続課題とされた。

法案には、特区対象地域と規制緩和項目の指定案を決める国家戦略特区諮問会議の設置が盛り込まれる。

諮問会議の議員は首相、官房長官、特区担当大臣 (総務大臣)、経済財政大臣の4閣僚と民間有識者等で構成され、関係する厚生労働大臣や農林水産大臣は必要ときにオブザーバーとして意見を述べる役割に限定する方向で検討されている。

諮問会議の方針にしたがって具体的計画を策定する国家戦略特区会議が特区ごとに設置されるが、同本部も、特区担当大臣、当該地域の首長、民間事業者と有識者等で構成され、厚労大臣や農林水産大臣は外される方向だ。

国家戦略特区関連法が成立後、政府は国家戦略特区担当大臣を任命するとともに、国家戦略特区を発足させ、特区対象地域の選定を急ぐ方針だ。2014年に3～5ヵ所ほど指定される見込みだ。

国家戦略特区について、政府は「内閣総理大臣主導で我が国の成長戦略を実現するための先導プロジェクト」と位置づけ、日本再興戦略を後押しする有

力な政策手段として、大きな期待を寄せている。

4月の産業競争力会議で民間議員から提案され、「日本再興戦略」(6月14日閣議決定)で創設が認められた国家戦略特区の特徴は、政府主導で緩和項目を決め、対象地域を指定する点にある。地方や事業者からの手上げにもとづいていた小泉政権の構造改革特区と、この点で大きく異なる。

したがって、完全なトップダウンかつ少数者による決定で臨むとともに、具体的計画も国・地方自治体・民間が三者一体で策定する、国の関与した方針を徹底させる体制づくりを目指している。

## 厚労省が医療・介護サービス提供体制改革推進本部を設置

厚生労働省は、10月11日に、地域包括ケアシステムの構築を支援する部局横断的な組織として医療・介護サービス提供体制改革推進本部を設置した。閣議決定の「法制上の措置の骨子」にもとづくもの。

厚生労働大臣が本部長に、事務次官

と厚生労働審議官が副本部長に就いたほか、医政局長、老健局長、保険局長、社会・援護局長と関係審議官から構成され、その下に、「医療・介護連携推進」と「地域包括ケアシステム推進」の、2つのプロジェクトチームを置いた。

前者は、医療計画と介護保険事業 (支

援)計画の連携、医療機能の分化・連携、在宅医療・介護を進めるための新たな財政支援制度等について関係部局で一体的に検討を進める。後者は、地域包括ケアシステム構築に向けた自治体支援ほかの取り組みを推進することがその活動目的となる。

# 新たな定員は東京、京都、大阪、福岡で減少。大都市近郊は大幅増

医師臨床研修制度 2015年度研修からの改正内容まとまる。パブコメ後に最終決定

10月24日の医道審議会医師臨床研修部会は、医師臨床研修制度の2015年度研修からの改正について最終合意に達し、議論を終えた。

「プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に付ける」という基本理念は堅持することで意見は一致したが、到達目標と到達度評価方式に関しては、医療の変化等を見据えつつ、次回見直しの5年後までに検討を行なうことにした。

そのため、研修期間、プログラム内容、基幹型研修病院の要件など骨格部分の見直しは新たな到達目標の下であらためて検討するとされたため、制度の大枠は現行のまま15年度からの研修に臨むことになる。

ただし、必修科目の指導医必置と指導医講習会の受講義務、プログラム責任者の受講努力義務、研修病院の第3者評価の努力目標化と将来的な義務化、防衛医大や自治医大を除く地域枠研修医のマッチングを介した研修病院確保など、細部は、少なからぬ点で改正方針が打ち出されている。

一方、募集定員に関しては、10年度研修から適用された都道府県と研修病院の募集定員設定に対する激変緩和措置を13年度末で廃止することを確認。さらに、研修医分布の全国的な均衡を図る視点から、マッチングに参加する志望者と定員全体数の乖離を段階的に小さくする方針を打ち出し、都道府県別定員数算定方法の見直しを行なった。

事務局(厚労省医政局総務課医師臨床研修推進室)が示した、都道府県別募集定員の新たな算定方式にもとづいた試算(別掲)によると、東京、京都、大阪、福岡の4都府県の15年度研修医募集定員数は13年度から減少。栃木、埼玉、千葉、山梨、兵庫など大都市に隣接する県を中心に増加をたどるなど、研

修医の大都市偏在の是正が進められる。とくに京都府の削減数が大きく、委員からは「同情」の声も出たが、制度運営の安定性を全体として確保するためには止むを得ないというのが部会の判断となった。

募集定員数は、今後5年をかけて研修志望数と定員数との差を現在の約1.237倍から約1.1倍へと圧縮していく。大都市の定員が少なくなる分、研修医は地方へ向かうというわけだ。

部会は、まとめの最終段階で、基本理念にある「プライマリ・ケア」をめぐる興味深い議論を展開した。

プライマリ・ケアという理念の堅持を確認する過程で、その意味について「統一見解」を明記すべきとの意見が大勢を占め、いったんは解釈を注記することで一致した。それが、解釈から参考となる見解の注記へと変わり、さらに、この日の議論で、参考となる見解注記も見送ることであらためて合意したのである。

この問題で、委員を務める神野氏(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)は終始一貫、「プライマリ・ケアの概念は時代とともに変わるもの。無理に定義したり、解釈を参照する必要はない」と主張し続けたが、結局、神野委員の言うとおりに決着した。

今回の見直しで、再指定のハードルが上がった以外、基幹型研修病院の要件は、「自院における研修期間は1年以上を目指す(ことが望ましい)」など、あり方の方向性は打ち出されたものの、具体的な変更はなかった。

3,000症例数の要件は維持されるが、その柔軟な運用が認められた。ただし、専門病院の指定は事実上難しくなった。

一方で、中医協付設のDPC分科会は、



▲医師臨床研修部会に臨む神野副会長(左から2人目)

Ⅱ群から協力型研修病院を外す方向の見直しを企図している。したがって、Ⅱ群を目指す病院は基幹型研修病院への志向を強める可能性がある。

こうした医療提供体制と診療報酬上の方向のずれについて、神野委員は「医政局と保険局はよく連絡し、整合性の確保に努めていただきたい」と注文をつけた。

報告書案の末尾「終わりに」には「今回の制度見直しの施行後5年以内に所要の見直しを行う」旨が明記されているが、ここに続く段落として、「検討に際しては、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、卒前教育、国家試験、専門研修、生涯教育との連続性の観点を十分に考慮すべきである」という一文が挿入された。

前回(10月10日)に、小川委員(岩手医科大学理事長・学長)が挿入を要求したためであるが、この文章は、その直前の「4. その他」の「2) 医師養成全体との関係」の「見直しの方向」に書き込

まれた文章と主旨が同じであり、重複するものだが、「繰り返しではないか」と違和感を示す意見に、提案者の小川委員は「それだけ大事なものだ」と譲らず、やむなく採用されたものだ。

大学病院の委員は、終始一貫、医師臨床研修の制度を医学部復権の方向で設計しなおすよう求めてきた。今回の見直しが大枠で据え置かれ、本格的な見直しが5年後に先送りされたのは、大学病院側と研修病院側との考え方の不一致を克服できなかったためであるが、大学病院の委員は、医学部教育の改革や専門医制度の開始を踏まえ、今回の見直しで、より専門医志向に応じた制度設計を期待している。そうした「執念」が「終わりに」の修正に反映された格好だ。

部会は、この日示された文案の修正作業を部会長に一任し、近日中に意見募集にかかることを了承した。医師臨床研修部会は、パブコメ後に再度会合を開いて最終報告をまとめる方針だ。

□都道府県別募集定員の上限(粗い試算)―増減の大きい都府県(上位4位まで)

	13年度の都府県別募集定員の上限	13年度の研修病院募集定員合計	都道府県別の基礎数(仮上限)	都道府県別の上限	13年度の研修病院募集定員との差
東京都	1,260	1,519	1,171	1,491	-28
京都府	243	283	178	244	-39
大阪府	531	667	495	635	-32
福岡県	374	488	347	445	-43
栃木県	204	170	216	246	+76
埼玉県	431	436	428	491	+55
山梨県	117	77	117	129	+52
兵庫県	338	378	353	433	+55

## 「改定で自然増に上積みする状況にあるのか」

財政制度審議会財政制度分科会 財務省がプラス改定を否定。病床数管理へ、診療報酬より基金方式の実効性を評価

10月21日に開かれた財政制度審議会財政制度分科会に、財務省主計局は2014年度予算編成における社会保障の位置づけを示す資料を提示、その中で診療報酬改定に対する同省の考え方を提示した。

14年度予算編成に関して、政府は、(1)社会保障支出も聖域とはせず見直しに取り組む(「経済財政運営と改革の基本方針」=6月14日閣議決定)、(2)年金・医療等の経費は、前年度当初予算に相当する額に自然増9,900億円を加算した額の範囲内で要求するが、自然増を含め、合理化・効率化に最大限に取り組む、その結果を14年度予算に反映させる(「14年度予算の概要要求に当たっての基本的な方針」=8月8日閣議了解)という方針を定めている。

14年度における年金・医療等の自然増のうち、医療は3,500億円、介護は1,500億円を占める。

財務省は、①国民医療費が2000年度から2010年度までに約7.3兆円増加している、②13年度の国と地方の公費負担(予算ベース)は当初予算の約10.6兆円が約16兆円(国民医療費約42兆円の38.1%)にまで膨らんでいる、③そのうち医師等の人件費が47.7%、医薬品が22.1%を占めている(13年度)、④医療機関別には、病院50.4%、一般診療所22.4%というシェアである(10年度)、⑤国民医療費と介護費を合わせた名目GDPに対する比率は9.4%に達している(10年

度)、⑥国民医療費の前年比伸び率は、介護保険制度創設で医療費の一部を移し変えた2000年度とマイナス改定(本体-1.36%、全体-3.16%)であった06年度を除くと一貫して名目GDPの伸び率を上回っている、ことなどを説明。

さらに、13年度予算の医療費約42兆円を例にあげて、「診療報酬を1%引き上げると医療費は約4,200億円増加する」とも指摘。「自然増に加えて、さらに診療報酬改定により、それを上積みする状況にあるのか」と論じた。

また、7対1の導入が病床の機能別分布を大きく歪めたことに言及。「診療報酬は一定の要件を満たせば算定できるため、ある診療報酬を算定する病床の数を制限することはできない。(2025年を見据えたときに)単に診療報酬の配分によって対応するというのでは行き過ぎた医療提供体制の変化をもたらす可能性があり、まずは、医療法改正による病床の適切な区分の設定などによる実効的な規制手法を講じることが不可欠」という認識を披露。

また、7対1病床の削減方針にも言及。それをもってしてもプラス改定の理由にはならないと断定。さらに、「医療提供体制の実状は地域ごとに異なっており、目指すべき方向性も地域ごとに異なる」が、現行診療報酬は全国一律が前提であり、国民会議が提起した「地域ごとの実状に応じた対応」はできないと論じた。

では、どうすれば「地域ごとの実状に応じた対応」が可能となるか。

財務省は、その方策として、①適切な病床区分の設定など実効的な病床数のコントロール、②将来のニーズも踏まえた地域医療ビジョンの策定、③診

「資源・ニーズが異なる地域ごとに対応する必要」を提起

この考え方は、10月11日の社保審医療部会に厚労省が提案した医療法改定事項と概ね一致するが、財務省は、こうした施策案を例示するにあたって、10月16日の同分科会ヒアリングで国際医療福祉大学の高橋泰教授(全日病広報委員会・介護保険制度委員会各特別委員)が陳述した見解を参考とした。

2次医療圏ごとの人口構成・医療ニーズの変化と医療・介護提供体制の将来予測をデータベース化した高橋教授は、この4月19日の社会保障制度改革国民会議に参考人として出席し、「資源と需要には地域差があり、それを踏まえた“あるべき提供体制”を計画していかなければならない」などと提言した。

高橋教授を推薦した同会議の権丈委員(慶大教授)は、その日の国民会議で、(1)病床機能情報報告制度の導入と地域医療ビジョンの前倒し策定、(2)それに沿った分化・連携を促すために消費税増収分を財源とする基金を創設する、(3)2次圏ごとの基準病床数を医療機能別に算定して地域医療計画に盛り込む、(4)都道府県を国保の保険者とし、保

療報酬以外の財政支援手法という3つを示し、「医療提供体制改革の手順として、まずは、これら(①~③)の方策が適切に講じられるか、見極めていく必要がある」と整理した。

除医療機関指定・取消権限を与える等の施策を講じる、(5)医療機関の再編等が可能となるように医療法人制度を見直すことなどを提案、それらを医療法改正で明示すべきと論じている。

その後の厚労省の動きは、概ね、権丈提言の方向で推移している。権丈教授は4月19日の提言をまとめる上で、高橋教授の2次医療圏ごとの提供体制将来予測を参照している。

同教授の見解は、国民会議報告書に「国民会議の議論から資源の地域差が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく『ご当地医療』の必要性が改めて確認された」と書き込まれた。

消費税増収分を投入する財政支援に関しては、国民会議報告書を引用した上で、それが地域医療ビジョンを前提とした話であることを指摘。その上で、こうした国民会議の議論は「消費税増収分を活用するか否かにかかわらず、医療提供体制改革とそれに伴う財政支援(診療報酬を含む)の関係一般にあてはまる」という認識を示した。

# 「案1」は機能毎の基準病床数で規制、「案2」は機能毎の基準で誘導

医療部会 「都道府県知事は公的病院に医療機能の転換要請、私的病院には要請できる」案も

「地域医療ビジョンを実現するために必要な措置(必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等)及び新たな財政支援制度の創設について」(概要)  
\*厚労省が10月11日の医療部会に示した課題・論点の概要(1面記事を参照)

## 1. 必要な病床の適切な区分の設定及び病床機能報告制度・地域医療ビジョンとの関係

「必要な病床の適切な区分の設定」については以下の2案があると考えられる。

案1●医療法上の一般病床・療養病床について、現行の基準病床数に加えて、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定める。

(具体的内容)

・まずは、各医療機能の定性的な基準により病床機能報告制度を開始するが、次の段階で、医療法上の一般病床・療養病床について病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定める。

・その上で、各医療機能の既存病床数が基準病床数を超過している場合には、当該医療機能の病床の新規開設・増床について、現行の基準病床数に基づく新規開設・増床の許可に係る仕組み(公的医療機関の場合は許可しない、一般医療機関の場合は勧告)を適用する。  
案2●医療法上の病床区分は変えずに、病床機能報告制度の医療機能について現状を把握し、その結果を分析から定量的な基準を定めて各医療機能の必要病床数へと誘導していく。

(具体的内容)

・病床機能報告制度は、当初は各医療機能の内容は定性的な基準とするが、報告された情報を分析し、今後、各医療機能の定量的な基準(※)を定める。  
※定量的な基準は、例えば、手術や処置等医療の内容を踏まえた指標により設定することを想定しているが、どの指標が良いのか等は、今後、病床機能報告制度の情報を分析して検討。

・定量的な基準は、地域において医療機能に著しい偏りがある等の一定の場合に、都道府県が政策的に一定の範囲内で補正することができる。

・その上で、診療報酬と新たな財政支援の仕組みとを適切に組み合わせ、必要な医療機能の病床数へと誘導していく。

※案1・案2のいずれにしても、各医療機能の基準病床数又は地域医療ビジョンの必要量は、都道府県が地域の事情に応じて一定の補正を行なうことができることを検討。

## 2. 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について

都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について、以下のような内容が考えられるが、これらについてどう考えるか。

### (1) 医療計画の機能強化等

①医療計画の策定・変更時の医療保険者の意見聴取  
・医療計画を定め又は変更する時に、現在、都道府県ごとに設置されている保険者協議会の意見を聴くことにしてはどうか。

【課題・論点】

保険者協議会を法定化して機能を強化することが前提となる。

### ②機能分化・連携のための圏域ごとの協議の場の設置

・現在、5疾病・5事業・在宅医療のために都道府県が必要に応じて2次医療圏ごとに設けている圏域連携会議で、地域ごとの機能分化・連携の推進について議論してはどうか。

・この議論の場に、地域の病院の開設者等の医療関係者、都道府県、医療保険者の代表等、地域の機能分化・連携に係る主要な関係者の参画を求めてはどうか。

【課題・論点】

医療機能の分化・連携を2次医療圏ごとに協議する場を医療法上規定するべきか。

### ③医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化

都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定するこ

ととしてはどうか。具体的には、  
・国が定める両計画の基本方針を整合的なものにして策定する

・現在、医療計画の期間は5年、介護保険事業支援計画は3年であるが、両者の整合を図るために医療計画の策定サイクルを見直す(両者の期間が揃うよう2018年度以降計画期間を6年とし、在宅医療など介護保険と関係する部分等は中間の3年で見直す)

・国、都道府県、市町村(介護保険事業計画を策定)において、こうした整合的な基本方針や計画を策定し、進めるための協議を行なう

・訪問看護など市町村の介護保険事業計画に盛り込まれた在宅医療サービスを確保するための取り組みを医療計画に記載すること等が考えられるのではないかな。

【課題・論点】

都道府県・市町村が協議する上で、既存の医療や介護に係る協議との役割分担を整理し、効率的に行なっていくことが必要。

### ④地域医療ビジョンの達成のための都道府県知事による診療報酬に関する意見提出

都道府県が地域医療ビジョンを実現していく上で、診療報酬を活用して医療機能の分化・連携を推進していくことができるよう、現行の医療費適正化計画に係る都道府県の診療報酬への意見提出のような仕組みを導入することが考えられないか。

【課題・論点】

医療費適正化計画との整合を図るとともに、医療費適正化に資する意見を提出することとするなど、医療保険財政への影響も踏まえた議論が必要ではないか。

### (2) 新たな財政支援制度の創設

新たな財政支援の仕組みは消費税増収分を活用して設けることとし、医療機関の施設や設備の整備だけでなく、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実等も対象とする柔軟なものとするべきではないか。また、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものもあることから、都道府県に基金を造成する仕組みとしてはどうか。

【課題・論点】

①消費税増収分を活用する前提として、地域医療ビジョン、介護保険事業計画等の策定を通じて、実効ある医療・介護サービス提供体制の改革の姿を示していくことが必要。

②地域医療再生基金、介護基盤緊急整備等臨時特例基金で実施している基盤整備との関係について整理が必要。

### (3) 病床の有効利用に係る都道府県の役割の強化

### 【参考2】 現行の医療法における医療機関に対する行政の関与の比較

	公的医療機関	公的以外の一般医療機関
①病床過剰地域における開設・増床について	許可しないことができる (公的医療機関以外に、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合等が開設する病院も対象)	要件を満たしていれば許可することになる。ただし、都道府県が医療計画の推進のため、勧告を行うことができる。勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる。
②稼働していない病床の扱い	削減を命令することができる	規定なし
③医療従事者の確保等の都道府県の施策への協力	協力義務が規定されている	規定なし(ただし、広く医療従事者に対して、協力の努力義務が課せられている)
④医療機関の設置について	設置を命令することができる	規定なし
⑤建物・設備の共用、医師の実地修練等のための整備、救急医療等確保事業に係る必要な措置の実施について	命令・指示をすることができる	規定なし

※医療法上の「公的医療機関」とは以下が開設する病院を指す。都道府県、市町村、一部事務組合等地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、普通国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

## 清話抄

ある週刊ビジネス誌で「首都圏で相次ぐ買収と新設。リハビリパブルは続くのか」というタイトルの記事が掲載されていた。回復期リハビリ病棟を持つ病院が拡大しているという内容であった。

私見ではあるが、受け入れる患者さ

んや立地、スタッフ数によって当然大きく異なるものの現在の回復期リハビリ病棟では利益を確保することはそう難しいことではないと思う。しかも、急性期病床ほどは病床稼働が変動しないため経営的にも安定しやすい。

一方で、急性期病院においては、ますます在院日数の減少により、「病床数」がかつてほど重要ではなくなっている。そういった急性期病院が、

必要なくなった病床を活用して、今後回復期リハビリ病棟を開設するケースが増えてくるのではないだろうか。

7対1算定のハードルが上がることになればその流れは一気に加速する気がする。

そうなれば、入院患者を急性期病院からの紹介に頼る回復期リハビリ病院は急速に稼働率維持が難しくなり、経営環境は大きく変化するだろう。

病院ごとの機能分化を進める流れのなかで、本来こういった変化は望むべき状況ではないはずだ。

こういう矛盾を招いているのは、病床区分によって大きく利益率が異なる診療報酬制度の弊害でもあるのではないだろうか。

安易な拡大が過度な競争環境を招く、そういった状況に陥らない制度設計を切に望みたい。(井)

# 厚労省 在宅24時間対応と薬剤一元管理等、主治医機能の評価を提起

後期高齢者診療料とは異なる概念。支払側・診療側ともに否定的

## 10月9日●外来医療(3) 主治医機能について

### 【論点】

14年度改定における外来医療の課題は1月23日と6月12日に続く、3回目となる。

1月23日は「複数の慢性疾患を持つ患者に対する適切な医療の提供と外来の機能分化のさらなる推進」が検討課題にあげられ、6月12日には「複数の慢性疾患を有する患者に対する主治医機能をもつ医師の総合的な評価」と「診療所の機能と初・再診料」が論点となった。

この日は6月12日に提起した「主治医機能」について、事務局(厚労省保険局医療課)は、より踏み込んだ考え方を示した。それは、「主治医」を5つ機能にもとづいて評価する、したがって算定要件にしてはどうかという提起であった。

具体的には、以下の機能を論点にあげた。

#### ①対象医療機関と対象患者

診療所と中小病院を対象とし、対象患者は高血圧症、糖尿病、脂質異常症や認知症を有する患者とする(年齢による区分は行なわない)。

#### ②服薬管理

院内処方等により、医師または配置薬剤師等が一元的な服薬管理を行なう。

#### ③健康管理

健康診断・検診の受診勧奨を行ない、その結果等をカルテに記載する。評価結果をもとに患者の健康状態を管理し、健康相談できる体制をとる。また、たばこ対策を行なう。

#### ④介護保険制度の理解と連携

要介護認定の主治医意見書の作成や居宅療養管理指導等の介護サービスを提供する等

#### ⑤在宅医療の提供および24時間の対応

外来から在宅医療までの継続した医療の提供を行ない、24時間の対応を行なう(夜間の連絡先も含めて患者に対して説明と同意を求める等)。

論点によると、かつての後期高齢者診療料を全年齢層に適用拡大した包括評価にみえる。

ただし、対象疾患を生活習慣病と認知症に絞るのか、後期高齢者診療料並みに拡げるかは現時点で不明。また、対象医療機関に200床未満の病院を想定している点も後期高齢者診療料と異なる。また、生活習慣病管理料と対象疾患が重なるため、この導入は生活習慣病管理料の要件に影響を与えよう。

後期高齢者診療料と大きく異なるのは、「主治医」に一元的な服薬管理を求めている点だ。これが薬剤を包括に含めることにつながるかは現時点で不明。いずれにしても、医薬分業がここまで

普及した中、薬剤師を配置していない診療所にはハードルが高い話だ。

9月25日付医政局総務課長通知(医政総発0925第9号)は、常勤医が3人超診療所の専属薬剤師設置義務に関する「都道府県知事の許可を受けた場合はこの限りでない」という但し書きの取り扱いに柔軟な対応を求めている。また、「主治医」評価に薬剤師の配置を求める方向性の保険局医療課と医政局総務課の間に、視点の違いがあるとも受け取れる。

「主治医」評価の提案が後期高齢者診療料と決定的に異なるのは、主治医意見書の作成や居宅療養管理指導等介護保険サービスへの参入を求めている点だ。さらに、24時間の在宅対応を要件とみなしている点で、後期高齢者医療とは別のカテゴリーの導入を企図しているとも解釈できる。

介護との連携および24時間対応には、中小病院と診療所を地域包括ケアに包含していく視点がある。とくに、主治医意見書や居宅療養管理指導はケアマネとの連携を促すということにもなる。さらに、24時間対応には、在支病・在支診を補完する在宅医療提供体制を整える意図がうかがえる。

### 【議論】

診療側から示された「この提案がフリーアクセスの制限につながるのでは」という懸念に、宇都宮医療課長は「そういう体制は考えていない。かかりつけ医の機能も海外のかたちは違ってしかるべきだろう。適切に病院や専門医に紹介するかたちを推進していきたい」と否定した。

支払側からは「院内処方の評価は医薬分業と矛盾しない範囲で考えるべきだ」という意見が示された。また、健康診の受診勧奨を含む健康管理に違和感を訴える声もあがった。さらには、介護との連携で「地域ケア会議への出席も評価対象とすべき」との意見も。花井委員(連合)は「主治医のすべてに24時間対応を求めるのは難しい。地域の体制作りが大切だ」と論じた。

そうした中、健保連の白川委員は「主治医機能を診療報酬にどう結びつけるかという難しい問題。どういうイメージをもっているのか」とたずねた。

宇都宮課長は、「服薬管理は医薬分業を変えるものではないが、薬局がない地域もある上、分業の下で医師の薬剤への関心低下や他所での投薬との連携不足という問題がある。また、家族を支えるレスパイトという手段もあるのに、それを知らずに緊急入院を手配しかねないという面もある。こうした、

現在は評価対象となっていない、様々な知識、情報、健康管理を含めたものを評価していく、出来高ではない評価もあるのではないか」と説明した。

これに対して白川委員は、「主治医機能の評価は当然。だが、そのことと診療報酬上の評価は別だ。ここに書かれた1つ1つはどれもよいが、それを包括するとどうなるか、もっと時間をかけて論じるべきではないか。診療所の医師に薬剤管理を求めるのは勤務過剰ではないか。もっと機能分担と連携を考えて設計されるべきだ。効率化もあるが、しかし、質の担保ももっと大切ではないか」と、事務局提案に消極的

な反応を示した。

診療側の鈴木委員(日医常任理事)は、「主治医機能に何でも放り込まれたら診療所の医師は大変。ここには有床診や中小病院も入る。地域包括ケアの中で、診療所、有床診、中小病院をどう位置づけていくかを考えなければならない」と問題提起した。「1人の医師に何もかも期待できるのか」という疑問は、支払側からもあがった。

森田会長(学習院大学教授)は、議論を「主治医機能の内容に反対はないが、それをどう評価していくか、併せて、かかりつけ医との関係をどう整理するという点が問題である」と整理した。

## 連携型含む機能強化型の要件強化を提案

### 10月16日●DPC評価分科会「中間報告」

DPC評価分科会より、14年度改定に向けたDPC評価見直し検討に関する中間報告が行なわれた(中間報告の骨子は9月15日号と10月1日号を参照)。

### 【議論】

中間報告で「Ⅱ群病院から協力型臨床研修病院を外す」とされたことについて、事務局は「12年改定のデータで見ると、この変更でⅡ群から外れる病院は1つである」と明らかにした。

3日以内再入院について、検証調査結果は「病名が一致しないものが半分超えているが、4日目以降はその率が下がる」としている点について、白川委員は「これはルールの悪用ではないか」と指摘。関連して、コーディングミスとして発見された件数の報告を求めた。

また、「病名が一致した場合に一連の入院とみなす」という規定に疑問を示し、「関連した病名とする方法もある。悪用されないような仕組みをお願いしたい」と見直しを求めた。

地域医療指数の対象に在宅医療は入れないという考え方に、支払側の伊藤委員(津島市長)は、「中医協総会では、(在支病の)200床未満という枠を少し広げてはどうかという議論もなされている。総会の議論との整合性を確保したかたちで検討してほしい」と提起。小山DPC評価分科会長は、「在宅をしているDPC病院は非常に少ないが、在宅支援をしているところは多い。在宅支援の評価を考える方向で議論は進んでいる」と答えた。

### 10月23日●在宅医療(4) 在支病・在支診と訪看ステーション

### 【論点】

事務局は、在支病・在支診に関して、①連携型の機能強化型は各医療機関がそれぞれ実績要件を満たすべきとすべきではないか

②常勤医要件を満たさなくても十分な実績をもつ在支病・在支診を評価してはどうか

③機能強化型の実績要件(年間の緊急往診件数と看取り件数)を引き上げてはどうか

④在支診の緊急時受け入れ先となっている医療機関の緊急時受け入れを評価してはどうか

⑤緊急時受け入れ医療機関が在支診と共同で行なう訪問診療や往診を評価してはどうか

を論点にあげた。また、訪問看護ステーションのサテライト設置を認める、その高機能の面について評価を設ける、さらに「機能

強化型」を評価するという提案を行なった。また、外来部門を設けない在宅医療専門の保険医療機関を認めるべきかと提起した(この論点は未審議)。

### 【議論】

診療側西澤委員(全日病会長)は前出①の考え方を強く否定。提案の底流にある実績主義に疑問を示し、「方向性として、在宅に取り組む裾野を広げる視点に立つべきである」と主張するなど、2年前に導入したばかりの機能強化型を安易につくりかえることに反対した。

鈴木委員も在支診のハードルを上げることが「かかりつけ医機能の強化充実と逆行する」と否定的見解を示した。

一方、支払側は、おおむね提案の方向で見直すべきとしたが、論点が多いこともあって、この日の議論は深まらなかった。同じく訪問看護ステーションをめぐる議論の時間がなく、今後にもちこされた。



あんしんとゆとりで仕事に専念

一般社団法人 全日病厚生会の

# 病院総合補償制度

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)
  - 医療施設機械補償保険
  - 居宅介護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
- 従業員向け団体保険制度
  - 勤務医師賠償責任保険
  - 看護職賠償責任保険
  - 薬剤師賠償責任保険

一般社団法人 全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター  
〒101-0064 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. 03-5283-8066

# 14年度改定基本方針の検討を開始。数回の議論でとりまとめか

医療保険部会・医療部会 重点項目に「医療・介護の連携推進」の声多数。医療従事者の負担軽減を求める意見も

2014年度診療報酬改定基本方針をめぐる議論が社会保障審議会で開始された。議論は、10月11日の医療部会で先行して始められ、医療保険部会も10月23日の会合で初回の議論を始めた。

社保審は例年、7月頃に改定基本方針の検討に着手しているが、今年は一括改革に関連した改定方針の議論が先立ったため、本来の改定方針議論は大幅に遅れることになった。

一括改革に関連した改定方針は「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について」としてまとめられ、9月25日の中医協総会に報告されている。

## ■医療部会における議論

10月11日の医療部会で、厚労省保険局の宇都宮医療課長は、一括改革関連の方針と基本方針との関係について、「最終的には合体させることになるが、これからまとめる改定基本方針でその論点を回避する必要はない。一括改革関連の改定方針は両論併記が多い。議論の過程で一致する点が出れば、その方が望ましい」と説明した。

次期改定では「一層の重点化と効率化が求められる」と唱える高智委員(健保連)は、病床の機能分化と連携推進における急性期受血確保の必要を述べるとともに、社会的入院の解消、必要度の低い長期頻回・重複受診の是正などを重点課題とすべきとした。

菊池委員(日看協副会長)は、「医療従事者の負担軽減と在宅医療の推進を引き続き重点課題とすべき」とした上で、充実が求められる分野に「がん医

療、精神科入院の機能分化と地域移行、周産期、小児医療」をあげた。

連合の花井委員は、従事者の負担軽減に加えて、認知症対策、後発品の使用促進、レセプト電子化などの取り組みを求めた。また、3人の委員が明細書発行の促進を訴えた。

これに対して、医療側委員は、「精神科医療の評価を高める必要がある」「入院と在宅における多職種連携を取り上げるべき」などの意見を表明したが、初回ということもあり、本格的な論戦にはいたらなかった。

永井部会長(自治医科大学学長)は「12月初旬にはまとめたい。意見がある方は文書で出してほしい」と要請。事務局による骨子案づくりへ協力を求めた。

## ■医療保険部会における議論

10月23日の医療保険部会で、遠藤部会長(学習院大学教授)は、「次回に骨子案が出る」ことを明らかにした。

菊池委員(日看協副会長)は、次期改定も、前改定で重点課題とされた「医療従事者の負担軽減」と「医療介護の連携」に「特に取り組んでほしい」とした上で、医療従事者に関して「夜勤看護など現在の基準を後退させてほしい」と強調した。後段の発言は医療部会でも行なわれた。

前改定で重点課題となった「医療と介護の連携体制の

強化等」に関しては、複数の委員が「改定内容は不十分であった」と批判、14年度改定でも最優先課題とするべきとした。岩村委員(東大大学院教授)は「診療報酬の中に地域包括ケアをしっかり位置づけなければならない」との問題意識を明らかにした。

負担軽減や医療・介護の連携に加えて「機能分化と連携の推進」を取り上げ、「この3本柱に集中してほしい」との意見(日経連の委員=参考人)も出た。協会けんぽの小林委員は「緩やかなフリーアクセスの制限」を課題にあげた。

また、複数の委員が、ICT普及による重複受信のチェック等医療情報活用を促進するべきとの意見を示した。連

合の委員(参考人)は明細書の無料発行、後発品の使用促進、レセプト電子化、平均在院日数の短縮などの個別課題を並べた。

そうした中、医療側の鈴木委員(日医常任理事)は、「前2回とも急性期大病院中心であった。高度急性期ばかりで高齢社会は支えられない」として、地域密着の医療機関とかかりつけ医の評価を、また、在宅医療における他職種連携の推進を求めた。

一方、武久委員(日慢協会長)は、「高齢者の慢性期救急と急性期救急のトリアージが必要」など、「高齢者慢性疾患への対応をしっかり構築すべき」と主張した。

□これまでの改定基本方針における「重点課題」と「視点」

	2008年度改定	2010年度改定	2012年度改定
改定率	全体 -0.82% 本体 +0.38% 医科 +0.42%	全体 +0.19% (10年ぶりのプラス改定) 本体 +1.55% 医科 +1.74% 入院 +3.03% (そのうちの約4,000億円を急性期入院医療に投入)	全体 +0.004% 本体 +1.38% (急性期、処遇改善、在宅医療、医療技術と、投入分野を指定) 医科 +1.55%
改定の重点課題	(緊急課題) 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減	(重点課題) 1. 救急、産科、小児、外科等の医療の再建 2. 病院勤務医の負担軽減 (医療従事者の増員に努める医療機関への支援)	(重点課題) 1. 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減 2. 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実
改定の視点	①患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点 ②質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点 ③我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点 ④医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点	①患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点 ②医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点 ③充実が求められる領域を適切に評価していく視点 ④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点	①患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点 ②医療機能の文化と連携を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点 ③充実が求められる分野を適切に評価していく視点 ④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

# 特定行為案と指定研修の案を了承。保助看法の改正へ

チーム医療推進会議 特定行為は一般の看護師も可能。指定研修は勤務と並行した受講も可

10月29日のチーム医療推進会議は、特定行為を実施する看護師の研修制度等を検討してきた看護業務検討ワーキングチームの「検討状況報告」(10月17日)を了承した。同報告は社保審医療部会への報告を経た上で、保助看法の改正に反映される。

「報告」は、指定研修を修了した看護師が、医師の包括指示の下、プロトコールにもとづいて自らの判断で特定行為を実施する制度について、41の診療補助行為を特定行為案とするとともに指定研修の骨組み案をまとめ、10月17日の会合で合意した。

これによって2010年5月から36回にわたって開かれてきた同WGは廃止となった。

制度の枠組みは保助看法に書き込まれ、通常国会で改正法が成立後、特定行為案や指定研修の仕組みをあらためて審議する検討会が設置され、そこで具体的な制度設計を固めたのちに省令等で制定、早ければ15年度から施行する。

## 「これまでの検討状況」(要旨) 10月17日の看護業務検討WG

診療の補助における特定行為の内容及び指定研修の基準に係る事項(行為の区分、研修内容、方法等)について議論した結果は以下のとおりであった。

### 1. 診療の補助における特定行為(案)について

#### (1) 特定行為の範囲

○特定行為とは、医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専

門知識及び技能をもって行う必要のある行為と定義される。

○特定行為の検討に当たっては、①行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があること、②特定行為に係るプロトコールに基づき看護師が患者の病態の確認を行った上で実施する行為であること、を判定基準とした。

○検討の結果、41行為を診療の補助における特定行為(案)とした。

指定研修は41の行為を14の分野に分けて選択受講できる上、eラーニングの利用が認められ、実習は指定研修機関以外でもできるなど、現役看護師に配慮したものとなる。研修機関は14の分野ごとに指定される。基準のいかんによっては民間病院の指定も可能だ。

また、特定行為は指定研修を修了した看護師以外も医師の具体的指示で実施できるため、この制度によって看護現場が混乱する懸念はなくなった。その場合、必要な研修を院内で受けることが努力義務となる。

ただし、指定研修を修了した看護師に特定行為を実施させるか否かは医師の裁量となるため、同行為に起因した事故で医師の責任が問われる可能性はこれまでと変わらない。

厚労省は、今後、指定研修を修了した看護師をどう呼ぶかという名称も検討するとしている。施行と併せて、厚労省は特定行為以外の診療補助行為も通知で明確化し、グレーゾーンの解消に努める方針だ。



(2) 特定行為等に関する留意点について

○指定研修を修了していない看護師も医師又は歯科医師の具体的指示に基づいて特定行為を行うことは可能。ただし、保助看法に研修を受けることが努力義務として追加される。

○また、特定行為に該当しないが、厚労省で診療の補助として明確化される行為についても、看護師が医師の指示の下に行なうことも可能である。

### 2. 特定行為に係る看護師の指定研修の基準に係る事項(案)

○指定研修を修了した看護師は、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコールに基づき特定行為を行なう。

○指定研修は特定行為の14区分に応じたものとする。

○研修機関の指定は特定行為の区分ごとに行なわれるが、指定研修機関は、独自の裁量で特定行為の区分を組み合わせることで研修を提供することができる。

○指定研修は概ね3~5年の実務経験を有する看護師を想定した内容とする。

○指定研修機関において全て研修を実施する場合と指定研修機関外で実習を実施する場合とがある。教育内容の一部をeラーニングで提供することができる。各実習施設における指導は指定研修機関の策定した基準に基づいて実

施し、評価は指定研修機関の責任において実施する。研修修了の評価は指定研修機関が主体となり考査する。研修の枠組み(教育内容、単位等)は指定研修機関の指定基準として省令等で定める。

○指定研修を修了した看護師は看護師籍に修了登録を行なう。

### 3. その他

○本制度における包括的指示とは、いわゆる「お任せ」の指示を意味するのではなく、医師が個々の患者の診察を行い、患者の状態を把握し、指定研修を修了した看護師に行わせることが可能かどうか判断した上で、対象となる患者の病態の範囲や確認事項の内容等が明示されたプロトコールに基づき、個々の看護師に対して出されるものである。

○指定研修を修了した看護師でも、特定行為を包括的指示で実施するだけでなく、具体的指示による実施または医師自らが直接対応すべき場合もあり、その判断は医師が行うものである。

○特定行為以外の診療の補助行為に係る医師の指示の取り扱い従前の通りである。

○特定行為の内容及び研修内容等の基準等について制度施行後の必要な見直しを行うことが必要である。

報告／2013年度厚労省多職種協働によるチーム医療推進事業「職種横断的質向上チームの構築と推進人材の育成」の受託について

# 厚労省の委託事業に全日病の研修等企画案が採用

## 「職種横断的質向上チームの構築と推進人材の育成」で研修を4件実施



医療の質向上委員会委員長 飯田修平

全日本病院協会は医療の質向上委員会が主体となり、平成25年度厚生労働省多職種協働によるチーム医療推進事

業「職種横断的質向上チームの構築と推進人材の育成」を受託したので紹介する。

会医学講座教授、飯塚悦功東京大学工学部教授(役職は当時)を講師にお迎えしてGWを実施した。

本研修の目的は、基本的考え方の検討である。講義の後、GWで課題の問題点と解決方法を考え、合意形成し、グループ間で討議することにある。

日時：2013年9月14日～9月16日  
会場：愛媛県県民文化会館(ひめぎんホール)

参加者数：28名

プログラム：講義とグループワーク

①組織管理・TQM、ものごとの考え方・論理思考(飯田修平)

②社会とは(長谷川友紀)

③法とは(宮澤潤)

\*①②③の单元毎にGWを実施した。

●職種横断的質向上チームの構築と推進人材育成研修

テーマ：業務フロー図作成講習会

目的と概要：業務改善には現状分析、業務の洗い出しとその妥当性の確認が必要である。業務フローの検討が必須であるが、業務フロー図を書こうとすると、書けないのが実情である。

参加病院には、事前課題を提示し、自院の薬剤に関する業務フローを洗い出して、講習会では、自院の業務フローに基づいて業務フロー図を作成する。

日時：2013年11月22日～23日(応募病院数が70となり、2014年3月8日～9日に追加講習会を開催予定)

会場：全日病大会議室

参加予定病院：39病院(151名)

プログラム：講義と演習

講義の内容

①事業概要説明、他職種チーム医療(飯田修平)

②TQMとは(飯田修平)

③チーム医療とは(長谷川友紀)

④業務工程図とは(永井庸次)

⑤ダブルチェックとは(藤田茂)

⑥業務フロー図作成のコツ(小谷野圭子)

演習の内容

①事前課題で作成した自院の薬剤業務(入院)フロー図修正と発表・討議と再修正

②詳細フロー図作成と発表・討議と再修正

●チーム医療実践医療施設見学(2013年12月～2014年3月)

①公益財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院(東京都練馬区)2013年12月14日

②日立製作所ひたちなか総合病院(茨城県ひたちなか市)未定

●組織管理・質管理、業務改善・業務革新の考え方と手法研修

テーマ：「医療のTQM七つ道具」の考え方と使い方を学ぶ

目的と概要：組織管理・質管理、業務改善・業務革新の考え方と手法の習得は容易ではない。講師らが品質管理学会の「医療経営の総合的質研究会」で出版した「医療のTQM七つ道具」を用いて具体的事例で研修する。

日時：2014年2月11日

会場：全日病大会議室

募集予定数：150名

プログラム：講義とミニ演習(検討中)

①QC七つ道具

②医療のTQM七つ道具

業務工程(フロー)図、QFD(品質機能展開)、FMEA(故障モード影響解析)、5W1Hメリット・デメリット表、RCA(根本原因分析)、対策発想チェックリスト、まあいいか(不遵守)防止ツール

### 1. 事業の目的

高度化・複雑化する医療を安全かつ円滑に遂行するために、多職種からなるグループで、総合的質経営(Total Quality Management：TQM)の考え方に基づいた研修等を実施し、職種横

断的質向上チームの構築と推進人材を育成し、共通の理念・方針に基づいて協働するチーム医療の基盤を整備すること、が当事業の目的である。

### 2. 事業実施の背景

病院では、制度の制約、また、各部署や専門職種が職務分掌や専門性を理由に、縦割り(部署)・横割り(機能)の壁を作り、部分最適は目指すが、全体最適を図ることが困難である。

組織構造や意識の壁を取り払って組織横断的に連携する必要があるが、これを促進する教育研修プログラムは不十分である。

### 3. 研修の企画・実施体制

医療の質向上委員会とTQMを実践している会員病院が中心となり、研修を企画、プログラムを開発・試行し、推進人材の育成を図る。

チーム医療に必須の知識である組織管理、質管理(特にTQM)、業務改善(業務分析と業務フロー)、業務革新、さらにチーム医療の結果として重要な安全管理、データ管理に重点を置く。

#### (1) 研修内容

- ①チーム医療実施の事例研究と事例発表・グループワーク(GW)
- ②チーム医療実践に必要な多職種間のコミュニケーション能力の向上
- ③多職種の相互理解を深化するGWによる事例研究
- ④チーム医療実践医療施設見学実習
- ⑤全日病が独自に行うチーム医療に関する研修等

#### (2) 対象者

組織管理、チーム医療促進の仕組みづくりに従事する中間管理職以上、および安全管理者、データマネジャー等を想定する。

#### (3) 研修計画

●病院経営者・管理職等対象のTQM合宿研修

テーマ：TQM(総合的質経営)の医療への適用—医療と社会と法

目的と概要：社会の変革の中、医療機関経営者には的確な情勢判断と意思決定が求められており、ふれない物事の基本的考え方が必須である。

DRG・TQM合宿研修会(2002)では、「質」を切り口に病院経営を考えることを目的に、ドン・ヒンドルNSW大学客員教授、長谷川友紀東邦大学医学部社

## 2013年度 第6回常任理事会の抄録 9月21日

#### 【主な協議事項】

##### ●人間ドック実施指定施設の承認

□日帰り人間ドック

東京都 花と森の東京病院

日帰り人間ドック実施指定は合計482施設となった。

##### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

[正会員]

北海道 桑園中央病院 理事長 松井傑

神奈川県 相模原南病院 理事長 石川誠剛

神奈川県 北里大学東病院 院長 菊池史郎

和歌山県 石本病院 理事長 石本淳也

在籍会員は2,448人となった。

[準会員]

北海道 さっぽろ北口クリニック 理事長 徳田禎久

千葉県 奏の杜クリニック 院長 仲野敏彦

#### 【主な報告事項】

##### ●「終末期医療ガイドラインの利用状況調査」の実施

本会「終末期医療に関するガイドライン」の利用状況と会員病院における終末期医療の状況をたずねる調査を実施する旨を報告があった。調査結果は09年5月に策定したGLの改訂に供する。

##### ●第57回全日本病院学会の開催

第57回全日本病院学会を、北海道支部の担当で、2015年9月12日(土)・13日(日)に札幌市で開催することが決まった旨の報告があった。

##### ●病院機能評価の審査結果

8月2日付で以下の18会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

□Ver.6.0(順不同)

#### ◎一般病院

埼玉県 北里大学メディカルセンター 更新

千葉県 帝京大学ちば総合医療センター 更新

東京都 岩井整形外科内科病院 更新

東京都 旗の脳神経外科病院 更新

大阪府 加納総合病院 更新

徳島県 ホウエツ病院 更新

徳島県 伊月病院 更新

長崎県 佐世保中央病院 更新

熊本県 川野病院 更新

#### ◎複合病院

静岡県 榛原総合病院 更新

□主たる機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)

#### ◎一般病院1

大阪府 浪速生野病院 更新

兵庫県 ツカザキ記念病院 更新

長崎県 聖フランシスコ病院 更新

鹿児島県 寺田病院 更新

#### ◎一般病院2

茨城県 つくばセントラル病院 更新

◎リハビリテーション病院

広島県 西広島リハビリテーション病院 更新

#### ◎慢性期病院

鹿児島県 高田病院 更新

#### ◎精神科病院

東京都 平川病院 更新

8月2日現在の認定病院は2,369病院。そのうち、本会会員は971病院と会員病院の39.7%、全認定病院の41%を占める。



## 一般社団法人 全日病厚生会 病院総合補償制度に

# 「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 一般社団法人 全日病厚生会  
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

# 西澤会長、3期6年の任期満了で中医協委員を終える

## 中医協総会 退任挨拶で、各委員に「基本診療料のあり方の検討」を託す



▲西澤会長(右から4人目)は診療側委員を3期6年務めあげた。

中医協診療側の西澤寛俊委員(全日病会長)は3期6年(2007年9月28日～13年10月26日)にわたる任期をまっとうし、中医協委員を退任した。

中医協委員の任期は社会保険医療協議会法で2年とされている。再任については、閣議決定で各種審議会の委員任期が10年を超えることが禁じられている以外、社会保険医療協議会法、同令、同議事規則に明文的規定はない。

しかし、2004年10月の全員懇談会の了解事項で「支払側委員と診療側委員の在任期間は、各関係団体で任期が6年を超えてからの新たな推薦は行わない」とされたことから、3期を超えた推薦は行わないことになった。

西澤会長以外に、嘉山孝正委員(全国医学部長病院長会議相談役)も10月26日に任期満了を迎え、2期4年で退任した。

中医協委員としての西澤会長の活動にはきわだった特徴があった。

1つは、DPC分科会や入院医療分科会など中医協の関連会議によく足を運び、中医協に諮られる前段階の議論に耳を傾けたことである。中医協委員でこうした行動をとる委員はこれまでほとんどいなかった。

また、日病協の診療報酬実務者会議や四病協の医療保険・診療報酬委員会など病院団体の診療報酬議論にも毎回参加し、各団体委員の声に耳を傾けた。

2つ目は、中医協に出てくる資料をよく吟味し、その不明な点や誤解を招く点を質し、ときに、誤謬を指摘することに熱心だったことだ。

談話や演説の部分部分を切り貼りで見られるとニュアンスが変わるが、統計等のデータも、それが、1つの方向からの読み方をデフォルメして見られると、議論が誘導される危険性ははらむ。

中医協で、しばしば、そうしたデータの使われ方をみてきた西澤会長は、議論に先立って解釈の再確認を行なうとともに、データの補足や追加提出を求めたりした。データに真摯な分、エビデンスにもとづく議論を歓迎した。

3点目は、診療報酬の視点にとどまらず、しばしば、医療法(医政局)や介護保険法(老健局)の視点からも問題の所在と解決の方向を提起、そうした部局との連携した議論を求めたことである。

こうした姿勢の根底には、「国民に安全かつ良質な医療を効率的に提供する」という理念と「国民のために質の高い医療経営を継続する」という命題があった。したがって、国民にプラスとなる制度変更や改定には前向きに取り組む一方、医療経営に大きな負担やいたずらな混乱を与える変更・改定には、根拠データの提示と十分な検討時間を求めた。

こうした姿勢は、推薦団体や経営医療機関に帰属する医療人の視点を越えるものであり、中医協委員の1つのあり方を示したとえる。

その象徴が基本診療料へのこだわりであった。

支払側委員は、その裏に「診療報酬点数引き上げ意欲」を感じていたようだが、西澤会長を初めとする病院団体が求めてきたのは、診療報酬の「見え

化」であり、医療費単価決定の合理性であった。

支払側・診療側の議論で決する診療報酬ではあるが、その単価は、基本的に改定率で導かれる医療費総額に収めるべく、前回比増減の匙加減で調整されて決められてきた。そこに確たるエビデンスがないことは明らかであり、したがって、厚労省は、報酬決定の裁量権を守るために、診療報酬と原価の議論については封印を試みてきた。

その論拠として「医療費の原価は解

明が難しい」という神話が使われてきたが、医療機関の運営コストは企業原価と同様に解明可能であり、問題は、診療報酬各項目と対応する原価の把握が難しいという点にあった。

しかし、そうした原価問題も、IT化の進展とともに、神学論争から経営実務論争へと変わっていく可能性がある。

西澤会長は、退任の挨拶で「将来に向けて、この議論は本当に大切である」と訴えた。そこには、「質の高い医療を継続して提供できるように診療報酬はどうあるべきか」という問題意識がある。西澤会長の、将来を見据えた退任の弁は示唆に富むものであった。

### 西澤会長の中医協委員退任の挨拶(要旨)

6年はあっという間であった。積み残したものが多く、あと10年も20年もやりたいというのが私の思いである。この思いを他の委員に引き継いでいただき、中医協を本当にいいものにしていただきたい。

在任中、事務局が提出する資料には、データの出し方やその解釈ぶりに、色々注文をつけた。私の真意は議論に資する資料の作成をお願いしたいということであった。

私は、国民に質の高い医療を継続して提供できるように診療報酬はどうあるべきかという点を常に頭に置いて議論してきた。それを、1号側と公益委員の皆さんにご理解いただけるよう心がけてきた。私の思いは最後まで押し通すことができたかと思っている。

医療崩壊といわれた時に委員に就任したが、その後は3改定とも診療報酬本体はプラス改定であった。思い出深いのは、まず、手術料が大幅に上がったことである。技術料が評価されたものとして大変大きなことであった。

続いて、医師事務作業補助者の評価と7対1・10対1の看護補助者の評価である。これは、医師を雑務から解放し、看護師が看護業務に専念できるようにするために喜ばしいことであった。もうひとつは地域特性の評価である。これを、ぜひ、いいかたちで育てていただきたい。

基本小委が再開され、1号側の合意を得て、基本診療料のあり方に関して、今後の議論の方向が打ち出された。これは私の遺言と思って、今後ともぜひ、検討を続けていただきたい。この議論はすぐ改定に結びつくわけではないが、将来に向けて本当に大切であると考えている。

心残りは夜勤看護72時間の問題である。今、労働環境改善は医政局でも対応している。もはや、病院経営者が労働環境を悪くすることは絶対にない。これを入院基本料の要件から外して加算に切り替えていい時期がきている。ぜひご検討いただきたい。

最後に、改定前の正月に医療課の若い皆さんが職場に寝泊りしながら作業している、そのご苦労を目にしてきた。事務局とは対立する場面も多かったのだが、一方で、その献身的な姿勢に心から感謝の意を表わしたい。(拍手)

# AMAT(全日病災害時医療支援活動班)の概要を発表

## 全日病がHOSPEXで無料公開セミナー。5講座に約450人の参加

全日病は、10月24日と25日に、東京ビッグサイトで開かれた「HOSPEX Japan 2013」で公開無料セミナーを開催。広報、人間ドック、救急・防災、医療保険・診療報酬、介護保険制度の5委員会がプログラムを提供、5講座で計450人近い参加を得た。昨年に続く2回目の開催となる。

広報委員会が企画したセミナーは、「人口減少社会に向かう日本の医療福祉の現状と将来予測ー特に首都圏に焦点を当てて」と題して、国際医療福祉大学大学院の高橋泰教授が今後の人口動態にもとづく医療圏ごとの医療ニーズの変化予測から導かれる経営戦略を策定する上の視点について講義。

「地域によって人口変動のパターンが大きく異なる」ことから、各医療機関は綿密なデータ分析が欠かせないことを指摘した。とくに、「これから東京周辺部はただでさえ少ない医療機関が、更に混雑することが予測され、大変な時代を迎える」と警告した。

人間ドック委員会は「中国における最近の医療事情ー病院、人間ドック、介護・福祉の面から」と題して、中国の医療市場に関する解説を行なった。講師は、診断等を供給する栄研化学株

式会社の浅野慎一郎氏(常務執行役中国事業室長)。

100%出資上海子会社の経営者として中国の市場を長く観察してきた経験から、貴重なデータを豊富に使いながら、医療制度の整備途上にある同国の現状と将来展望を解説した。

救急・防災委員会は、一大事業として設計してきたAMAT(全日病災害時医療支援活動班)の目的と理念、枠組みの概要を発表。

AMAT研修ワーキンググループに属する布施明氏(日本医科大学付属病院)、勝見敦氏(日赤災害医療コーディネーター)および全日病の猪口正孝常任理事(東京都災害医療コーディネーター)が、DMATやJMATの比較等を通して、急性期から亜急性期にかけた被災病院の支援、避難所等の巡回診療、空路以外の広域搬送など、AMATが担当する支援領域について分かりやすく説明した。

会場にはAMATが採用した出勤時のユニフォームが飾られ、各講師とも、2014年2月8日・9日に開催される第1回AMAT隊員養成研修会への参加(会員病院以外も参加可能)を呼びかけた。

そのほか、介護保険制度委員会は、



「在宅療養支援～情報共有と医療・介護の連携」と題して本庄次氏(本庄内科病院理事長・院長)が講演。

医療保険・診療報酬委員会は「診療報酬についてわかりやすく解説」というテーマで、猪口雄二副会長と西本育

夫氏(大倉山記念病院事務長)が、現行診療報酬体系の骨格から患者が知っておくと便利な診療報酬算定のポイントにいたるまで、国民にも理解できる平易な解説を試みた。

### 一冊の本 book review

## 『医療大転換』

葛西龍樹著 発行●筑摩書房 定価●777円(税込)

「総合診療医」「かかりつけ医」「家庭医」など、プライマリ・ケア医を表す言葉が巷間で溢れているが、筆者は、あらゆる疾病の専門医であり地域住民の健康や生活まで相談に乗る医師こそ、プライマリ・ケア医だと主張する。無駄な投薬や検査、患者のたらい回しも、真のプライマリ・ケアが解決する。社会保障制度改革国民会議で「緩やかなゲートキーパー」に期待が寄せられる中、本書は医療関係者にとって必読の書と言えるのではないだろうか。(安)

