

2016年度 新点数説明会

①『点数表改定のポイント』説明会

3月21日(月・振替休日)

入院：午前10時～12時30分

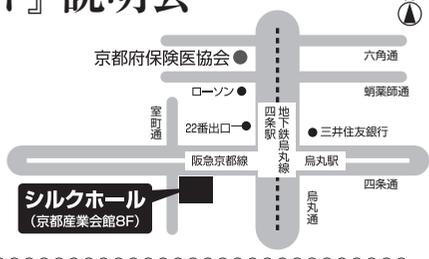
※開始時間変更

入院外：午後2時～4時30分

シルクホール(京都産業会館8F)

『点数表改定のポイント』

※3月21日の説明会当日は事前(3月10日頃)に会員宛に送付する「案内ハガキ」をご持参下さい。ハガキと引き換えにテキストを1冊無料でお渡しします。当日ご参加でない場合は、説明会終了後(3月24日予定)の送付となりますのでご了承下さい(1冊無料)。説明会当日も販売します(会員価格：1冊3,000円)。



②『新点数運用Q&A・レセプトの記載』説明会

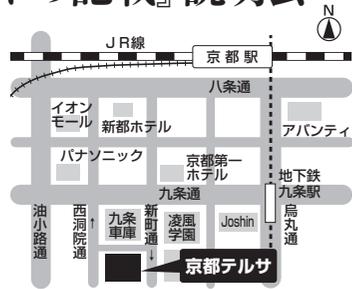
4月28日(木) 午後2時～4時30分

テルサホール(京都テルサ内)

『新点数運用Q&A・レセプトの記載』

※会員に1冊無料で送付。発送方法は追って連絡します。

お申込みは協会まで。『グリーンペーパーNo.234』(2月25日発行)の参加申込書をご活用下さい。



中医協答申 に対する談話

地域医療、在宅ケア充実程遠く

「より安く」では国民医療は守れない

中医協は2月10日、厚労大臣に対し16年度診療報酬改定について答申した。今回の改定は「地域包括ケアシステムの推進」「医療機能の分化・強化、連携を重視する」とともに、患者を在宅へ点課題としている。前回改定に引き続き25年に向け、急性期病棟だけでなく回復期病棟、療養病棟、有床診療所を含めた入院医療の機能再編を進める。ゲートオペレーター機能の強化を推進する。外来では「かかりつけ医」機能を強化

外来で「かかりつけ医」機能を強化
外来では「かかりつけ医」機能の強化を推進する。ゲートオペレーター機能の強化を推進する。患者のフ

リアクセスを制限することにつなげてはならない。在宅医療では在宅診療・特等診療を組み合わせ、月単位の単一建物で何人診療したかにより点数設定(下図参照)したため、在宅医療を担う保険医の意欲を下げ、混乱をもたらしている。投薬では減薬の評価、後発医薬品使用促進、向精神薬多剤の算定制限の強化等、薬剤費の削減策を強化した。そのような状況の中で、

①入院中の患者の他医療機関受診の際の減算率が緩和
②同一患者に対して二つ以上の異なる医療機関で異なる疾患の在宅自己注射指導管理を行った場合にそれぞれ算定可能
③1カ月27回以下の自己注射を行う患者の同指導管理料が引き上げ
④同一建物居住者の訪問診療料が203点に統一
⑤在宅訪問点滴注射管理指導料が引き上げ
⑥検査で静脈採血料が5点引き上げ
⑦皮下・筋肉注射、静脈内注射、点滴注射料等が引き上げ
⑧施設基準における産休・育児等の常勤の定義等の改善点があった。少ない財源の中で厚労省の努力は、一定評価したい。

購読料 年8,000円
送料共 但し、会員は会費に含まれる
発行所 京都府保険医協会
〒604-8162
京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637
インターネットアドレス 烏丸6階
電話 (075) 212-8877
FAX (075) 212-0707
編集発行人 久保 佐世

主な内容
地区医師会との懇談(左京、下西) (2面)
解説・中医協答申 (3面)
政策解説・「新専門医制度」(4面)

ご用命はアミスまで
◆医師賠償責任保険
◆休業補償制度(所得補償、傷害疾病保険)
◆針刺し事故等補償プラン
◆自動車保険・火災保険
☎075-212-0303

患者状態・診療回数	単一建物 居住者	強化型支援診療・支援病		支援診療・ 支援病	左記以外
		病床あり	病床なし		
別に定める重症患者 月2回の訪問診療	1人	5400	5000	4600	3450
	2~9人	4500	4140	3780	2835
月2回の訪問診療	10人以上	2880	2640	2400	1800
	1人	4600	4200	3800	2850
月2回の訪問診療	2~9人	2500	2300	2100	1575
	10人以上	1300	1200	1100	850
月1回の訪問診療	1人	2760	2520	2280	1710
	2~9人	1500	1380	1260	945
10人以上	780	720	660	510	
院外処方せん未交付					+300
在宅緩和ケア充実診療所・ 病院加算(要届出)	1人	+400	+400		
	2~9人	+200	+200		
10人以上	+100	+100			
在宅療養実績加算1 (要届出)	1人			+300	
	2~9人			+150	
10人以上			+75		
在宅療養実績加算2 (要届出)	1人			+200	
	2~9人			+100	
10人以上			+50		

同時改定での大幅引き上げを目指して
次回18年度は医療・介護の同時改定が予定されている。安倍政権が打ち出した「介護離職ゼロ」の実現のためには介護サービス提供施設、介護職員に対する十分な

医療費を削減しようとしても、現実には不可能である。また、日本専門医機構は資格取得を「must」だと明言している。国は総合診療専門医をゲートオペ

「新専門医制度」を利用して医師数の削減など、医療費の抑制に使おうと考えている。このような様々な問

何のための専門医資格か?!

総合診療専門医を含めた「新専門医制度」が議論される中、私は最近、専門医資格を取得する本来の目的は何なのかを考へる。ちなみに私は専門医資格を取得していない。取得することで自分は何を得るのか、得ることで何がしたいのかという、それぞれの医師が持つ価値観を思う。資格を取得する最初の目的は、医学として科学的な

高浜原発
3号機が再
稼働するこ
とになった
た。原発推進か脱原発か意見が分かれるところである。優柔不断だと思われても仕方ないが、白黒はっきりさせるのは困難ではないだろうかと思っていた。そんな時、佐伯啓思氏の『さらば資本主義』を店頭で見つけた。佐伯氏は「原発推進か脱原発かの単純二分法はおかしい。将来の日本経済の状況や代替エネルギーの状況を見ながら漸進的に減原発に向かうべきだ。また脱原発は経済レベルを落とし、脱成長を覚悟すべきである」と言っておられる。要するに、脱原発は「近代的な価値(より安く、より早く、より便利に等)」を根本から見直さなければ達成できないということである。ある程度豊かさを放棄する必要があるのだろうか。また「成長戦略」についても言及し、現状打開には「グローバルリズム」「競争力」「成長追求」を見直すしかないと言張されている。詳しくは佐伯氏の著書をお読みください。私らしくない内容になった▼年金をいまだく年齢になり、「物質の豊かさを」心の豊かさへ、「生活の豊かさ」を「生活の質」にと、「少しは昔にもどろう」という気持ちになつてはいる今日この頃である▼今年も厳しい診療報酬改定だ。審査委員の時、目に余るレセプトが見えられた。保険医の自覚を持ち、良心的な保険請求をしなければならぬ。(玲奈)

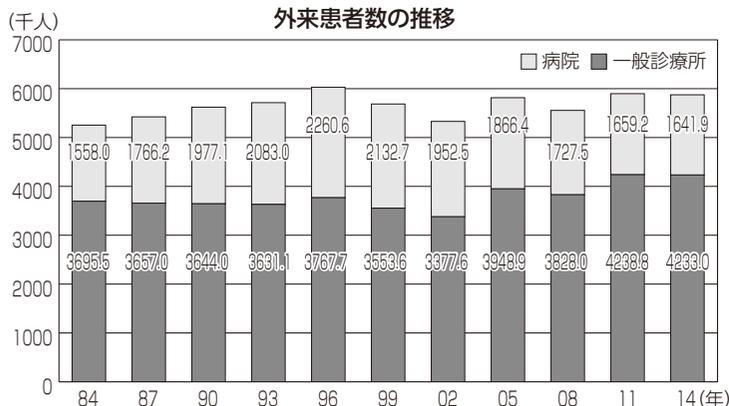
病院・診療所別の外来患者数推移

シリーズ⑤

厚労省「患者調査」から 3年後の05年には大きく回施設ごと医科外来患者数の 復した(小泉内閣01年4月30年の推移をみた。2014年(06年9月)。調査は調査4年は病院約164万人、日に全国の医療施設で受療診療所約423万人で、とした推計患者数で3年に一度実施。

地域を除いて推計) ちなみに施設ごとの02年以降の外来医療費をみると、病院、診療所ともに増加を続けている。14年は病院約5・7兆円、診療所約8・1兆円であり、病院と診療所の比率は外来医療費の約2割で約338万人、

データでみる医療



※2011年は宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値
 ※「2014年患者調査」施設の種類の別推計患者数の年次推移より歯科を除いて作成

病院で長期療養していた人がいなくなり自宅に帰るとは考えにくく、サ高住に入ることが多くなる。サ高住は質がバラついていてという意見がある。我々はこのように関係していったらよいのかこの意見が出された。

これに対して協会は「安倍首相は『新三本の矢』として『介護離職ゼロ』を打ち上げたが、国は介護報酬で、介護施設、介護職員を確保するが、医療職を育てるのが議論されていないことだ。かなり重症で



出座者13人で開催された下京西部医師会との懇談

また地区からは、大きく変わりゆく地域の状況も紹介され、地域包括ケアのあり方を、これまでと違った観点で地域を支えていかなければならないとの意見も出た。



協会は1月16日、左京医師会との懇談会を開催。地区から28人、協会から6人が出席した。

左京医師会の伊地智俊晴理事の司会で開会。冒頭、

地区より「地域医療構想による病床削減で多くの患者が病院から出るといことになり、地域の医師会の医師が訪問診療していくことになる。しかし、今まで

左京医師会と懇談会

1月16日 ウェスティン都ホテル

在宅患者支えるために現場の医師の声結集を

左京医師会の出木谷賞会長より「地域医療構想、地域包括ケアのキーワードは、より質の高い医療をより安く、ということのようだが、より安いということではなく、我々の収入が下がるといことだ。

一方、医療の質の高さはどのように評価するのか。これは極めて個人個人の主観、感覚に基づくものである。主観を定量的に評価するというのは、非常に乱暴だと思ふ。また、昨出席者34人で開催された左京医師会との懇談

下京西部医師会と懇談会

1月27日 下京西部医師会事務所

協会は1月27日、下京西部医師会との懇談会を開催。地区から8人、協会から5人が参加した。山下琢

監事の進行で開会、安田雄司会長と垣田理事長のあいさつ後、新専門医制度等について協会からの情報提供を行い懇談した。

地区からは、学会認定の専門医から専門医機構認定の新専門医に移行することに関しては、領域によって数十例の簡易な症例報告で可能とするような、相当にハードルを低く設定したものとするという話が聞かされてきている一方で、卒後新規で取得する場合は、キャリア途中での専門医の変更や、臨床と研究の行き来に際して弊害が出る懸念があるとの意見が出た。そして、認定の問題だけではなく、制度自体をどう活用していくかとしているのかに話は移った。協会からは、一番の狙いは医師の「適正

第31回 保団連医療研究フォーラム

「保険で良い医療」を実現する医療実践について考える

—「開業医医療の復権」をめざして

とき 10月9日(日)~10日(月・祝)

ところ 国立京都国際会館(京都市左京区宝ヶ池)

主催 全国保険医団体連合会

主務地 京都府保険医協会・京都府歯科保険医協会

分科会・ポスターセッション演題を募集します!!

締切 2016年3月31日(保団連必着) ※今年は締め切りが早くなっておりますのでご注意ください。

詳しくは、本誌2953号および2955号に同封の演題募集案内チラシをご覧ください。

原稿は電子メールでの提出のみとさせていただきます。専用アドレス 31iryoken@doc-net.or.jp

■各分科会10演題 ※1~7分科会は在宅・日常診療・医科歯科連携を含む

- ◇第1分科会 認知症分科会
- ◇第2分科会 癌を含めた終末期分科会
- ◇第3分科会 難病(障害、リハビリを含む)分科会
- ◇第4分科会 高齢者分科会
- ◇第5分科会 子どもの医療と健康問題分科会
- ◇第6分科会 メンタルヘルス分科会
- ◇第7分科会 「生活習慣病」分科会
- ◇第8分科会 貧困・労働・生活・環境問題がベースにある医療と健康の問題分科会
- ◇第9分科会 口腔の健康問題分科会(「保険で良い歯科医療」、「日常診療の工夫」の取り組み含む)
- ◇第10分科会 医療技術、医学・医療運動史、医療制度問題・医療運動分科会

■ポスターセッション 15演題予定 質疑5分

私も演題発表します!

理事 北村 裕展

私の地域の医師会では、認知症になっても安心して過ごせることを目的に、行政・医療・介護・家族会などの関係者が連携する「西京区認知症地域ケア協議会」を立ち上げました。その一環で、もの忘れ相談リストを作成し、患者さんに配布しています。こういった地域での取り組みについてご紹介できればと考えています。



解説

中医協答申書にみる 2016年度診療報酬改定

中医協答申書および「個別改定項目」の特徴、その問題点を見ていく。なお、届出の必要性の有無は説明から省略する。

1. 入院医療 ～川下への流れ急に

7対1入院基本料の平均在院日数の短縮は避けられた。しかし、「重症度、医療・看護必要度」の評価項目が変更されるとともに、該当患者割合が15%以上から25%以上に引き上げられる(9月末まで経過措置。200床未満は経過措置として17年度末まで23%未満)。短期滞在手術等基本料3の対象手術の追加により実質的に平均在院日数の計算が不利になったこと、自宅等退院患者割合が80%に引き上げられたことと合わせ、類下げを迫られる病院が少なからず出てくる。

一般病棟7対1病棟を2病棟以上有する病院が10対1に変更する場合、2年間に限り、7対1病棟と10対1病棟の両方を保持できる取り扱い(病棟群単位の届出)が導入される。ただし、17年度からは一般病棟のうち7対1の病床数を60%以下にし、18年度以降はゼロにしなければならない予定だ。慎重な判断が求められる。

地域包括ケア病棟入院料の包括範囲から手術、麻酔が除外され、出来高算定できるようになった。もともとポストアキュート(急性期経過後に引き続き入院医療を要する状態)とサブアキュート(在宅や介護施設などで症状が急性増悪した状態)の患者の両方を受け入れることが期待されていたが、手術が包括されていたためサブアキュートの患者の受け入れ機能を担うことが難しかった点を改善した。

療養病棟では入院基本料2にも医療区分2・3(医療必要度が高い状態)の患者割合が合計5割以上という施設基準が導入された(9月末まで経過措置)。満たさない場合も95%で算定できるが、非常に厳しい施設基準が唐突に導入された感がある。該当しない患者の退院を促進する動きも出てこよう。

2. 外来医療 ～かかりつけ医機能の強化

認知症の患者に対する主治医機能の評価として認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算が、小児かかりつけ医機能の評価として小児かかりつけ診療料が新設された。

再診料の認知症地域包括診療加算は、地域包括診療加算を届け出た診療所において、①認知症以外に1以上の疾患(疑い除く)を有する、②1処方につき「内服薬の投薬が5種類以下」かつ「向精神薬の投薬が3種類以下」の条件を満たした場合に算定できる点数で、地域包括診療加算より10点高い。もともと地域包括診療加算の対象病名に認知症が入っているが、中医協で「高齢者では6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連している」「服薬する薬剤数が多いほど服薬アドヒアランスが低下する」と報告された結果、認知症患者に対する減薬を評価した点数とも考えられる。

小児かかりつけ診療料は、①小児科外来診療料を届出、②時間外対応加算1か2を届出、③小児科又は小児外科の専任の常勤医がいる、④地域の小児科領域の社会的活動に参加している等が施設基準である。患者・家族からの電話等に常時対応し、専門医療機関等との連携が求められている。対象患者は3歳未満だが、3歳未満で当該診療料を算定したことがある患者は未就学児まで算定できる。各区分の点数は小児科外来診療料より全て30点高く、施設基準や算定要件を強化した点数と言える。

問題はこれらの点数が新設された背景に透けて見えるものだ。「保健医療2035」で厚労省は20年までに「ゲートオープナーとしてのかかりつけ医を育成、全地域へ配置」と明記した。言い方は異なるが期

待しているのはゲートキーパー機能であろう。15年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」は「かかりつけ医以外を受診した場合に定額負担を導入すべき」と打ち出した。16年度末までに結論を出し、17年の通常国会に法案を提出するとしている。16年4月から紹介状なしに大病院を受診した場合、一部負担金の他に初診時5,000円、再診時3,000円の定額負担を支払う。医療機能別に定額負担を設定する手法が既に導入されている。協会は患者のフリーアクセスを阻害する制度改悪に断固反対していく。

3. 在宅医療 ～単一建物で何人診療したかで細分化

前回改定に続き、在医総管(在宅時医学総合管理料)が大きく組み替えられた。施設向けの特医総管(特定施設入居時等医学総合管理料)は、医師又は看護師の配置義務のない有料老人ホーム、サ高住、グループホームの入所患者も対象となり名称から「特定」の文字が消えた。

また、16年3月までは、月に1回でも訪問診療料の「同一建物居住者以外833点」を算定していれば、同一建物居住者以外の在医総管・特医総管を算定できたが、4月以降は同月に単一建物に居住する患者を何人診療したかで判断し、1人、2～9人、10人以上の3区分で算定する方法に変更された。

さらに、末期の悪性腫瘍や指定難病などの「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」は引き上げられたが、「それ以外の患者」は引き下げになる。加えて、月1回の訪問診療で管理している場合の区分が新設された。

協会は、在医総管は「個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価」であり、「何処で何人診療したか」で点数に格差をつけるのはおかしいと繰り返し主張しており、厚労省に何度も改善を申し入れてきた。また、患者の状態に応じた点数の評価も、加算点数か出来高で行うべきである。地域で支えなければならない患者が増加する一方、このような改定で在宅医療の質と量が担保できるのか、担当する保険医の意欲が続くのか疑問である。

4. 薬剤をめぐる改定 ～減薬・残薬対策、投与制限、後発品促進

①「7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限」は廃止されなかった。一方、6種類以上の内服薬が処方されている患者について、内服薬を2種類以上減少した場合に算定する薬剤総合評価調整管理料(250点、月1回)が新設された。別の医療機関・薬局に照会・情報提供した場合、連携管理加算(50点)を加算する。

②処方せん交付時に、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合の一般名処方加算1(3点)が新設された。また、後発医薬品の使用割合が高い院内処方の診療所について、処方料に外来後発医薬品使用体制加算(70%4点、60%3点)が新設された。

③医療機関と薬局の連携で残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方せんの様式を改定し、対応に関するチェック欄を新設した。

④調剤報酬において、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で服薬指導等を行うこと、24時間の相談に応じること等を評価したかかりつけ薬剤師指導料と、その施設基準を満たした上で、医療機関が地域包括診療加算等を算定している場合の点数としてかかりつけ薬剤師包括管理料が新設された。厚労省は15年10月に「患者のための薬局ビジョン」を公表、「対物業務から対人業務へ

とシフトを図る」としたが、それを体現した改定。

⑤入院外の患者に1処方に70枚超の湿布薬を投薬した場合は、調剤料、処方料、処方せん料、調剤料は算定できなくなった。やむを得ず70枚を超えて投薬する場合は、その理由をレセプトおよび処方せんに記載する。70枚以内であっても、1日分の用量又は何日分に相当するかの記載が必要になる。

この他、薬価制度については、市場拡大再算定による薬価の見直し、年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施、新規収載された後発医薬品の価格引下げ、後発医薬品の数量シェア目標の引上げを踏まえた長期収載品の特例的引下げの基準の見直し等の改定が行われる。

5. リハビリテーション ～要介護者等への提供、ますます厳しく

18年の医療・介護同時改定を見据え、要介護者等に対する医療保険のリハビリテーションの算定制限が強められている。要介護者等への維持期リハは17年度末まで算定期限が延長されたが、点数は90%に減算から60%に減算へ大幅に引き下げられた。加えて過去1年間に介護保険の通所リハの実績を届け出していない場合、更に80%に減算しなければならない。

また、脳血管等リハ、運動器リハ、廃用症候群リハ(新設)を実施している要介護者等のうち、算定日数上限を3分の1経過した患者は、直近3カ月以内に新設の目標設定等支援・管理料を算定していないと、10月以降90%に減算しなければならない。

一方、脳血管等リハに区分されていた廃用症候群リハが独立した。ただし、算定日数上限が120日に短縮されている。

非常に問題があるのは、回復期リハ病棟入院料にリハのアウトカム評価が追加導入されたことだ。退院患者のFIMの改善が平均で一定の水準を満たさない場合は、1日6単位を超える疾患別リハが包括される。医療の個性、不確実性を考慮しない取扱いであると同時に、今後様々な点数に組み込まれる可能性がある。

6. 精神科医療 ～“地域移行”等促進

前回改定で導入された向精神薬多剤投与の制限が強化された。抗うつ薬、抗精神病薬は4種類以上から3種類以上に変更され、かつそれぞれについて3種類の場合に限り患者の病状等によりやむを得ず投与する場合は除外されることとなった(臨時投薬の場合は認められる)。

また、3種類以上の抗うつ薬、抗精神病薬を投薬している場合、通院・在宅精神療法が50%に減算される(頻度が一定以下等の条件を全て満たす場合は減算から除かれる)。

医師の処方権の制限も問題だが、投薬の種類数により精神療法を引き下げるのはあまりにも乱暴だ。

さらに、精神科デイ・ケア等について最初に算定した日から1年を超えて算定する場合であって週4～5日を算定する場合は、特に必要性が認められる場合に限定される。

入院点数では、退院支援を重点的に実施する精神病棟について、地域移行機能強化病棟入院料が新設された(1日1,527点)。精神科専門療法等を除き包括される。届け出ている精神病床の5分の1を減床する等の施設基準がある。精神病床の削減の具体化に踏み込む、なりふり構わぬ手段に出たと言える。

7. 電子情報の評価

診療情報提供料(I)に検査・画像情報提供加算が新設。患者紹介の際に主要な診療記録を電子データでクラウドにアップ又は送信した場合に加算する。受けた側もクラウドで閲覧または受信して活用した場合、新設の電子的診療情報評価料が算定できる。

4月からは、電子的院外処方せん発行のための法整備が行われる。15年6月「日本再興戦略」は「18年度までに地域医療情報連携ネットワークの全国各地への普及を実現する」と打ち上げ、地域における患者情報の電子的共有の普及が目指されている。16年度改定は、この点で大きな節目となる。

政策
解説

「新専門医制度」問われるオートノミー 崩れる地域医療

厚労省の部会 「実施延期」求める声で紛糾

2月18日、厚生労働省の社会保障審議会・医療部会（部会長＝永井良三・自治医科大学長）で、「新専門医制度」が議論の俎上にのぼった。複数の委員から「開始時期の延期」を求める声が相次いだという。参考人として「制度」の準備状況を説明した一般社団法人日本専門医機構の池田康夫理事長はすでに研修プログラムの申請が開始されており、「混乱は避けたい」として予定どおり2017年からの研修スタートに理解を求めた。永井部会長は「影響が大きいので、今後も引き続き議論したい」と、医療部会の下に「専門医制度専門委員会」を設置し、議論を深めることを提案し、了承された※1。

昨年未から年明けにかけて、「新専門医制度」の実施延期を求める声が俄かに出始めていた。15年12月9日には一般社団法人日本病院会が「日本専門医機構のあり方について（要望）」を機構に対して提出。「開始時期を遅らせる判断を」求めた。同会の末永裕之副会長はm3.comのインタビューに対し、「大学医局」復権を懸念するコメントを寄せている。

16年1月19日には国立がん研究センター堀田知光理事長が、やはりm3.comのインタビューに答えて、次のように述べている。「研修プログラム制を導入した点が、我々としては引かかるのです。プログラム制は、大学などの基幹施設が中心となり、関連施設を束ねて、研修施設群を構成するやり方。そこに専攻医を囲うことになるので、我々ナショナルセンターとしては少し動きにくいわけです」※2。

さらに、日本医師会も声をあげた。横倉義武会長は2月17日の記者会見で「現状のまま改革を進めると、地域医療の現場に大きな混乱をもたらすことが懸念される。新制度が地域包括ケアシステム構築の阻害要因になってはならない」と述べ、延期も視野に入れた対応を主張した※3。

日本医師会は他ならぬ、機構の社員であり、前出の末永氏も機構理事を務めている。いわば延期論は身内からの発信であり、機構内で検討されて然るべきものが、機構の外へ溢れ出した。社会保障審議会という厚生労働省設置法第7条を根拠とした公的な場の議題となったことの意味は重大である。「新専門医制度」創設の起点となった厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会 報告書」は、「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（専門家による自律性）を基盤として、設計されるべきである」と述べ、現実の制度設計は専ら新たな第三者機関である機構が担ってきた。

「新専門医制度」構築作業の現段階

機構の池田理事長が述べるまでもなく、すでに「新専門医制度」に向けた準備はすべての医師・すべての自治体を巻き込む形で進んでいる。

機構は、2017年から新制度による新専攻医の研修を開始し、2020年に新制度における専門医認定開始を目指して準備を進めてきた。

スケジュール的には※4、15年までに19の基本領域の「基本研修プログラム（PG）整備基準」「モデル研修PGマニュアル等」「更新の新基準」を策定する。地域では「基幹研修施設」が設けられ、各々が「研修PG」を構築する。さらに、「指導医資格の基準策定」と「新制度の開始に向けた暫定処置の検討」に着手している。

また、16年は既存学会認定専門医の新専門医への「切替更新」「指導医講習」実施、「サブスペシャリティ領域の検討」、そして現在2年目の初期臨床研修医に基本領域PG

が提示され、専攻医登録開始まで漕ぎ着けねばならない。こうした作業進捗を詳細に把握することは難しいが、概ね次のような状況のようだ。

まず、基本領域の研修プログラムは19領域すべてが出そろった。

モデル研修プログラムは18領域で公表された。総合診療科については、「しばしお待ち頂きますようお願いいたします」と機構ホームページにある。

更新の新基準策定については、「個別領域の具体案の策定」にあたり、機構に設置した「領域専門医委員会」へ各領域からの委員が集い、作成中である。「その結果多くの領域で2015年、16年度から機構による専門医更新新制度の採用を決定」したという。そして、「更新基準について準備の整った領域から公開を始めており、順次公開数を増やしていく予定」と、ホームページにある。

「整備指針」「補足説明」では、「新制度完全発足までの新基準に基づく専門医認定の手順（経過措置）」がすでに示されている。これは現在の学会認定の専門医が機構認定専門医へ移行するための措置である。20年まで学会認定専門医は機構基準専門医へ段階的に移行していくのである。

また、指導医について機構は「指導医は資格ではなく要件である」とのスタンスであり、要件として、専門医取得後1回以上の更新が基本とされている。

なお、「基幹研修施設」設定やプログラム策定状況についての京都府内の現状については、協会の聞き取りに対し、府医療課は基幹施設・連携施設にペーパーで調査中と回答している。

開業医の不安と中小病院への「とどめ」

現在、京都府でも基幹研修施設における研修プログラム作成、研修施設群の設定が進んでいる。地域の医師たちにも「制度」の姿が少しずつ知られるようになってきたことで、京都でも懸念の声が聞かれるようになってきた。

そのうち、開業医から寄せられる懸念は大きく二つある。

一つは、全国で35%いる専門医資格を持たない医師※5にとって「新専門医制度」がどうかかわってくるのか、という問題である。近いうちに専門医取得が「must」※6となる事態は、専門医資格のない医師が、今後何年かの時を経て少数派になり、やがていなくなることを意味する。

二つめは、学会認定の専門医資格を取得している医師が、「新専門医制度」による新たな資格基準（機構基準）に適合し、スムーズに「機構認定専門医」へ移行できるのか、である。とりわけ、新たに基本領域へ位置付けられた「総合診療科」への現役医師の移行問題は未だに明らかになっていないことが多い。

病院の懸念も深刻なものだ。「新専門医制度」の研修施設群には基幹研修施設と連携施設がある。全国的に症例数等の新たな要件の導入により、基幹研修施設は大学中心となる公算（中小病院が基幹研修施設になれない）となっている。2004年度の臨床研修の必修化以降、後期研修に力を注いできた地域の病院への影響、地域医療への悪影響が危惧されるのである。

この問題こそ2月18日の医療部会で複数の委員が一斉に指摘したことである。

連携施設になれないとももちろん、専攻医が来ることはない。「必要症例数や、研修施設の指導医数などが規定されていることから、若手医師が大きな基幹病院しか回れなくなる。若手医師が中小病院からいなくなり、医療提供体制が崩壊するのではないか。連携施設に入れても、「症例数が少なければ数カ月しか研修できなくなる。地方の中小病院はとどめを刺される」。また、専攻医の待遇をめぐっても、短期間ずつ様々な経営母体の病院で研修することもあり、身分の不安定化、社会保険や労働条件がどうなるのかとの懸念も示されたのである※7。

協会の開催した第5回開業医フォーラム（2月7日開催）でも、スピーカーを務めた民間病院長はそれらの不安を表明した。従来、中小病院の多くが自らの地域で果たす役割を自覚し、理念を掲げ、高い誇りを持ち、後期研修を担い、若い医師を育ててきた。「新専門医制度」で懸念される事態とは、即ちそうした努力と、培われてきた各病院の医師養成の理念や仕組みの否定なのである。フォーラムでは、地域医療構想における機能別必要病床数も相まってこ

一般社団法人日本専門医機構 社員名簿

平成27年8月4日現在

名 称	代表者氏名
1 日本医師会	横倉 義武
2 日本医学会連合	高久 史磨
3 全国医学部長病院長会議	荒川 哲男
4 四病院団体協議会	堀 尚雄
5 日本がん治療認定医機構	西山 正彦
6 内科診療領域	内科学会 小池 和彦
7 小児科診療領域	小児科学会 井田 博幸
8 皮膚科診療領域	皮膚科学会 島田 眞路
9 精神科診療領域	精神神経学会 武田 雅俊
10 外科診療領域	外科学会 國土 典宏
11 整形外科診療領域	整形外科学会 丸毛 啓史
12 産婦人科診療領域	産科婦人科学会 藤井 知行
13 眼科診療領域	眼科学会 山下 英俊
14 耳鼻咽喉科診療領域	耳鼻咽喉科学会 久 育男
15 泌尿器科診療領域	泌尿器科学会 藤澤 正人
16 脳神経外科診療領域	脳神経外科学会 嘉山 孝正
17 放射線科診療領域	医学放射線科学会 本田 浩
18 麻酔科診療領域	麻酔科学会 外 須美夫
19 病理診療領域	病理学会 深山 正久
20 臨床検査診療領域	臨床検査医学会 村田 満
21 救急科診療領域	救急医学会 木村 昭夫
22 形成外科診療領域	形成外科学会 細川 亙
23 リハビリテーション科診療領域	リハビリテーション医学会 水間 正澄

一般社団法人日本専門医機構ホームページより

のままでは大学病院をヒエラルキーの頂点にした、例えば改正医療法により設立が可能となる（17年度施行）メガ法人・地域医療連携推進法人の傘下に収まる道しか残されないとの声もあがった（フォーラムの詳細は次号掲載予定）。

オートノミーに立ち返って考えることが重要

協会は早い段階から新専門医制度はプロフェッショナルオートノミーに基づく取り組みとされながらも、国にとっては医療提供体制改革を通じた医療費抑制方策であることを指摘してきた。それは一方で、大学病院を頂点とした提供体制再編を促し、経済成長に資する世界最先端医療の開発を目指すものに他ならない。その一方で、地域には総合診療専門医あるいはかかりつけ医という名のゲートキーパーを配置する。これまで開業医と中小病院が支えてきた地域医療の姿が根底から変質させられかねないと警鐘を鳴らしてきた。

医療部会の座長である永井氏は「関係者間の調整が十分にできていない中で、制度設計がどんどん進められていた印象」と述べたという。

機構は、厚労省の管轄した「専門医の在り方に関する検討会」報告書のスケジュールや制度構想にほぼ忠実な形で、猛烈な勢いで仕組みづくりを進めてきた。そもそも、なぜそんなに急がねばならなかったのか？

医師制度の変革は、医師たちの手によって進める。それは大切な姿勢だ。しかし一度立ち止まって、考えることが必要だった。

何のための専門医資格なのか？

「新専門医制度」を本当に求めているのは誰か？

何人にも侵すことのできない、守るべき医師のプロフェッショナルオートノミーとは何か？

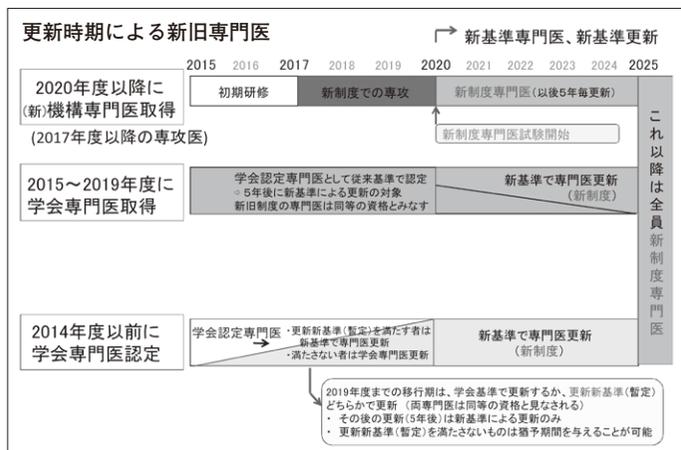
そういう基本的な事柄を考える暇もなく、突き進んできた結果が、今日の事態を招いたのではないだろうか。

社会保障審議会の議論にのぼった以上、以降は国の介入は避けられない事態となる。

地域医療を担う開業医や勤務医の人生を賭した仕事の尊さやその誇り、そして蓄積を侵すことだけは決して許されない。

（脚注）

- ※1 「新専門医の開始延期も含め検討、専門委員会発足」（m3.com 2016年2月19日）
- ※2 「堀田知光・国立がん研究センター理事長に聞くサブスペシャリティ「がん専門医」の位置付けも課題」（m3.com 2016年2月27日）
- ※3 「新専門医制度、「延期も視野」と日医会長」（m3.com 2016年1月19日）
- ※4 「新たな専門医の仕組みに関する地域説明会」（2015年9月23日・京都開催）当日資料を参照した
- ※5 日本医師会の小森貴常任理事が第6回医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するWGのヒヤリングにおいて説明した際に紹介した数字である。元データは、「三師調査から厚労省が作成」とのこと
- ※6 上記、新たな専門医の仕組みに関する地域説明会での千田彰一氏（徳島文理大学副学長）の説明から
- ※7 「新専門医制度、2017年スタートに暗雲」（日経メディカル 2016/2/19）



新たな専門医の仕組みに関する地域説明会(15年9月23日)資料より

楽しく・わかりやすく・ためになる!

新しく医療機関に勤められた方の研修会

1日目

日時 4月13日(水)
午後2時~4時
内容 「医院・診療所での
接遇マナー研修・初級編」
元日本航空客室乗務員 茂木 治子氏

2日目

日時 4月14日(木)
午後2時~4時
内容 「医事紛争から見た
医療従事者としての心構え」
林 一資 協会副理事長
「知っておきたい
保険基礎知識(請求留意事項)」
種田 征四郎 協会理事
場所 京都府保険医協会・ルームA~C
対象者 新入職員、研修会はじめての方
定員 両日40人(要申込)
協賛 有限会社アミス

保険診療



特別養護老人ホームの配置医師について

Q、特別養護老人ホーム 訪問以外でもホームに出向の配置医師をしています。いくつかあります。2週間に1度の割合で定期 その場合であっても、配置的に健康管理等を行っていい医師は初診料・再診料・往診料は算定できません。医師は算定できないので

しょうか。

A、算定できません。定期的な健康管理等について配置医師は初診料・再診料・往診料は算定できませんが、特別の必要があつて行う診療(外来・往診問合わせ)については、配置医師であつても初診料・再診料・往診料を算定できます。

医師が選んだ医事紛争事例

35

(30歳代後半女性)

〈事故の概要と経過〉

慢性C型肝炎で約半年間、インターフェロン(ペグイントロン)通常の半量(50ug)を週1回皮下注射で投与していた。終了後4カ月目でウイルス陰性を維持していた。なお、患者は当初より強い不眠症であつたことから、インターフェロンによる鬱状態や精神不安定、自殺企図を予防するため、半量にした経緯があつた。更に注射による痕を回避する目的で、左右

の腕に交互に、同部位に刺入しないようにしていた。

患者に対する副作用の説明としては、発熱、食欲不振、倦怠感、眼底出血に加え、精神症状の悪化についても言及して了解を得ていた。

患者側は、インターフェロン注射部位(左右上腕にそれぞれ1カ所)に直径約

10mmの皮膚潰瘍が発症したとクレームを表明し、その後には明瞭ではないが、弁護士資格を持たない代理人を介して賠償請求をしてきた。

医療機関側としては、過去に患者から注射部位の硬結・発赤について尋ねられた。

腕に交互に、同部位に刺入しないようにしていた。

8万分の4の確率、インターフェロンで皮膚潰瘍

患者に対する副作用の説明としては、発熱、食欲不振、倦怠感、眼底出血に加え、精神症状の悪化についても言及して了解を得ていた。

患者側は、インターフェロン注射部位(左右上腕にそれぞれ1カ所)に直径約10mmの皮膚潰瘍が発症したとクレームを表明し、その後には明瞭ではないが、弁護士資格を持たない代理人を介して賠償請求をしてきた。

医療機関側としては、過去に患者から注射部位の硬結・発赤について尋ねられた。

記者の視点

57

一昨年の大物歌手に続き、今度はプロ野球の元スター選手が覚醒剤。有名人が違法薬物の容疑で捕まると、一部のマスメディアは、まるで凶悪事件のように大騒ぎして行状を暴き立てる。

しかし、彼らはべつだん、他人を傷つけたら、金品を奪ったりしたわけではない。一部の薬物の所持や使用を犯罪として扱うのは、本人の健康と社会に与える有害な影響を防ぐためだ。つまり、この種の刑事罰は、もっぱら予防を目的としている。

読売新聞大阪本社編集委員 原 昌平

薬物依存は「治療」が肝心だ

説に立った政策、本人の意思に期待する政策だった。ところが、初犯で執行猶予になり、また使ってしまうケースが少なくない。今度は実刑になつても、刑務所を出たら繰り返す。そういう病気のだから、刑罰の威嚇による再犯防止には限界がある。かつて、覚せい剤やめますか、それとも人間やめますか、というキャンペーンがあつた。モンスター扱いして脅かすだけで、支援のかけらもない最悪の内容だった。必要なのは治療であり、やめ続けること(回復)への技術面を含めた支援だ。

けれども、薬物依存の診療にあたる医療機関は少ない。回復支援を主に担ってきたのはダルク、マック、NAとといった民間リハビリ施設・自助グループである。

近年は刑務所、少年院、保護観察所などで、ダルクの協力を得たプログラムが行われるようになった。ただし施設内で薬物が切れている間に本人がもう大丈夫と思つても、シャバに出たら誘惑に負けることが少なくない。

重要な課題は、地域生活を営みながら受けられる回復支援である。まだ捕まっていな人は、逮捕されて仕事や生活基盤を失わないうちに断ち切るほうがよい。処方薬をはじめ、違法ではない薬物に依存する人も増えている。

そこで、通いたくなる工夫をした「スマープ」など、通院向けのプログラムが一部の公立病院や精神保健福祉センターで導入されつつある。

刑罰中心から、治療を中心にした薬物対策へ。多くの国々はすでに転換している。これは人権の問題というより、どういった方法が役に立つかという有効性の問題である。

依存に陥る人の多くは何らかのつらさを抱えており、快感への欲求より、苦痛を紛らわせるために依存するという見方もある。社会で居場所を失つと、よけいにクソリを使いたくなるという。回復すれば希望を持てるよう、社会の対応も変えないといけない。

金融共済だより

休業補償制度 新しい加入者証をお送りしています

加入者証に付いている生命保険料控除証明書を大切に保管してください。

金融共済委員会 (2/17)の開催状況

各地区から選出の委員により、共済制度の健全・安定運営を行っています。

①補償分科会 給付2件、加入5件を審査し全件可決しました。

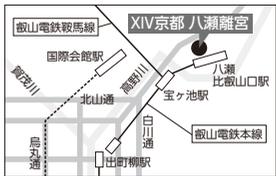
②資諮問分科会 今回は案件なし。

イタリアランチ付 陶芸教室

今回は、粘土の塊を手や指でのばして作る「手びねり」の手法を用いて、オリジナルのお茶碗や湯飲みなどを作ります。また、陶芸に挑戦した後は、目の前に広がる「行の庭」を眺めながらのイタリアランチです。

ご家族、従業員のみなさんもお誘い合わせの上、ぜひご参加下さい。

日時 4月17日(日)
陶芸：午前10時30分~午後12時30分
ランチ：午後12時30分~
集合 午前10時/地下鉄国際会館3番出口前
※現地解散
場所 エクシブ京都 八瀬離宮 (京都市左京区八瀬野瀬町74番地)
定員 20人(先着順・要申込)
参加費 会員：5,000円、非会員：6,000円



※作品は後日発送となりますので、郵送代金が別途必要となります。

所得税・贈与税の税率構造改正など解説

白色確定申告説明会開く

協会は鴨井勝也税理士を講師に、2015年分白色確定申告説明会を2月12日に開催。

説明会では、15年分確定申告の所得税および贈与税についての主な改正点を解説するとともに、申告書の書き方について説明した。

所得税の改正点

所得税に関する主な改正点は、①所得税の税率構造が改正され、課税される所得金額4000万円超について45%の税率が設けられたこと。②財産債務調書の提出制度が創設され、所得



講師の鴨井氏

税等の確定申告書を提出しなければならぬ者で、その年の総所得金額および山林所得金額の合計が200万円を超え、かつ、その年の12月31日において、その価額の合計が3億円以上の財産またはその価額の合計が1億円以上の国外転出特例対象財産を有する者

は、その財産の種類、数量が必要となったこと。③ふるさと納税制度の控除限度額が、住民税の所得割の現行1割が2割に引き上げられ、16年度分以後の住民税について適用されることなど。

また、②の財産債務調書の提出対象者は、所得の合計額が2000万円を超える者が「財産および債務の明細書」として提出していた従来よりも、かなり減少すると思われるが、提出漏れ又は記載漏れについては罰則(その財産または債務に関して所得税の申告漏れが生じたときは、過少申告加算税等が5%加重される)があるので注意を促した。

贈与税の改正点

贈与税については、①税率構造が改正され、贈与を受けた年の1月1日において20歳以上の者がその者の直系尊属(父母や祖父母等)から贈与を受けた場合に適用する「特例税率」が「一般税率」とは別に設けられ二本立てとなったこと。②住宅取得資金贈与の非課税限度額が拡大され、15年1月1日から19年6月30日までの贈与について適用されること。③結婚・子

育て資金の一括贈与に係る贈与税が、受贈者(20歳以上50歳未満の者)の結婚・子育て資金(婚礼、住居、妊娠・出産に要する費用等)に充てるために、その直系尊属が金銭等を支出して金融機関(信託会社や銀行等)に信託等をした場合、受贈者1人につき1000万円(結婚費用は300万円を限度)まで非課税となる制度が創設され、15年4月1日から19年3月31日まで適用されることなどを情報提供した。

申告書への記載

マイナンバーの記載に関しては、15年分の確定申告書には必要ないが、税務関係では16年1月より事業所として、従業員の扶養控除

それでも茶畑と朝霧の景色が一番

柳澤 衛 (相楽)

和東より②

医師の診る風景

地域包括ケアシステムが中学校区に構築されるようです。まさに和東町には和東中学が1校であります。ちなみに学校医は私です。病気も介護も生活支援、生活予防も和東町で完結しなさいと2014年度診療報酬改定では言っています。

和東町には地域包括支援センターがあります。ケアマネは空席です。それでも活発に仕事をされており、週に1度は相談を受けます。3カ月に1度は和東ネットワークとして、近隣の介護従事者との連絡会があります。理学療法士を招

いての話や商工会での村おこし、独居老人への配食のこころなど社会資源の少ない中でのサポートについて話し合いがされます。配食は食中毒の恐れから11月から3月までの6回で、1食200円で自宅まで届けます。コンビニ弁当より安く内容は意外と豪華です。1例は肉団子のあんかけ、春雨サラダ、かぼちゃの煮物、漬物、柿、ご飯です。社会福祉協議会に

「ふれあい」は地域の老人会のおしゃべり会みたいなものです。高齢の方と元婦人会の70歳ぐらいまでのボランティアの方によつて運営されています。高齢の方は少しずつ減っていき、ボランティアは毎年1歳ずつ高齢になられます。新陳代謝がありません。同じことがゲートボールでも起こっています。新しい方が参加されません。消滅地域と言われているこの地域を象徴するように、ゲート

ボールは風前の灯となっております。それでは少し若い方は何をしているかといえば、グラウンドゴルフをされています。少しの雨では中止などない本来のゴルフ精神をもって、茶畑で痛めた、まがった腰でホールインワンを目指して夢中でいます。これらの娯楽に参加していただけない高齢の男性の余暇の過ごし方が超高齢社会の中の盲点のように思われます。パチンコ屋もありません。せめてもの野菜つくりも野猿の餌になり、ストレスの原因になります。

それでも和東の茶畑と朝霧の景色が一番と、住み慣れた地域での臨終を願う方が多いです。

できない相談です。町内17カ所で毎月開催される、「ふれあい」という名のボランティアによる茶話会の開催。社会資源のない中、福祉課と共同で活躍しています。

「ふれあい」は地域の老人会のおしゃべり会みたいなものです。高齢の方と元婦人会の70歳ぐらいまでのボランティアの方によつて運営されています。高齢の方は少しずつ減っていき、ボランティアは毎年1歳ずつ高齢になられます。新陳代謝がありません。同じことがゲートボールでも起こっています。新しい方が参加されません。消滅地域と言われているこの地域を象徴するように、ゲート

ボイジャーの配食サービスのようす

センターでの配食サービスのようす

ボイジャーの配食サービスのようす

ボイジャーの配食サービスのようす

バイバイ原発 3・12 きょうと 関連企画 講演会 電力自由化について 考えよう! とき 3月12日(土) 午後5時30分~ ところ 京都府保険医協会・ルームA~C 講師 朴勝俊さん(関西学院大学教授) 入場無料・先着70人 共催 京都府保険医協会・京都府歯科保険医協会・バイバイ原発きょうと実行委員会

1月医療事故報告件数は33件 遺族が初のセンター調査を依頼 日本医療安全調査機構は10月にスタートした医療事故調査制度の1月状況を2月16日に公表した。センターに初の調査依頼が遺族から1件あった。1月の医療事故報告受付件数は33件(診療所1件、病院32件)で、診療科別の内訳は、「医療事故報告の判断」に関する相談が38件(26%)、「手続き」に関する相談が36件(25%)、「院内調査」に関する相談が34件(24%)、「センター調査」に関する相談が6件(4%)、その他30件(21%)であった。

訃報 藤田克也氏(享年89、伏見 1月23日)逝去。謹んで哀悼の意を表します。

ボイジャーの配食サービスのようす

ボイジャーの配食サービスのようす