



全日病 NEWS 8/15

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.715 2009/8/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

糖尿病対策を強化。がんをモデルに仕組みを構築

慢性疾患対策で 筋・骨格系及び結合組織疾患、慢性閉塞性肺疾患、慢性疼痛の対策も着手



厚生労働省の「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会」は、8月10日、慢性疾患対策でこれまで施策が手薄な疾患と領域に系統的かつ具体的な施策を講じるべきとする意見(検討概要)をまとめた。

「検討概要」は、筋・骨格系および結合組織の疾患、慢性閉塞性肺疾患(COPD)および慢性疼痛を、対策を急ぐべき重点分野にあげた。厚労省は、また、既存対策の対象となってきた糖尿病について、がんをモデルに、患者参画を踏まえた患者支援の仕組みを構築し、他の慢性疾患に及ぼしていく構想を明らかにした。

厚労省は今秋に複数の検討会を立ちあげ、2010年度早々に具体案をまとめる一方、10年度予算の概算要求にモデル事業などの関連予算を計上する方針だ。

慢性疾患対策の強化は世界的潮流であり、今後、12年同時改定や健診事業だけでなく、医療計画にも影響を与える可能性がある。(4面に「検討概要」を掲載)

「検討概要」は、増大をたどる非感染性疾患(NCD)に対する系統的・総合的な施策が必要であるという認識のもと、これまでの慢性疾患対策を見直し、対策が手薄な領域や十分な効果があがっていない分野に対する対策を打ち出すよう提起している。

具体的な疾患・領域として、「筋・骨格系および結合組織の疾患、慢性閉塞性肺疾患(COPD)など」と「受療頻度の高い疾患に共通する慢性疼痛」を重点分野にあげるとともに、糖尿病など既存施策がとられている慢性疾患についても、重症化予防や合併症対策を踏まえた施策の体系化を求めると、疾患構造の変化と高齢社会化を見据えた慢性疾患対策の今後の方向性を打ち出した。

対策の検討に際しては、1次から3次予防、合併症予防を含めた系統的かつ総合的な施策を追求、その際、患者・予備軍のニーズや視点、さらには、学校教育を含む社会の各機関・団体の連携した取り組みを踏まえるべきとしている。

「検討概要」を受けて、厚労省は、糖尿病対策を含む複数の検討会を今秋に立ち上げ、2010年6月をめどに対策案をまとめるとともに、10年度政府予算の概算要求にモデル事業や調査研究の予算を計上する方針だ。

上田博三健康局長は、「検討概要」を

踏まえ、すでに一定の対策が講じられている糖尿病対策についても、患者参画が実現しているがん対策をモデルに仕組みを再設計し、予防を含めた患者支援の施策体系をモデル化し、その後、他の慢性疾患に及ぼしていくという手順を明らかにした。

慢性疾患対策は、これまで、悪性新生物、糖尿病・心疾患などの生活習慣病、難治性疾患、腎疾患、免疫アレルギー疾患などが優先され、ほとんど手がつけられていない領域も少なくない。また、生活習慣病については、伸び悩む健診率にみられるように、医療分野だけでなく、社会全体の認識や各機関・団体が連携した取り組みなど、十分な環境が整備されているとはいえない。

しかし、米国では慢性痛に対する総合的な対策が講じており、WHOは、非感染性疾患(NCD)の予防と管理にかかわる政策を立案し世界各国が実施するよう求めている。

今回打ち出された方向性は、こうした国際的な潮流を受け、これまで手薄だった領域とともに疼痛対策を取り上げ、QOLという視点や基準を取り込みながら、患者のニーズと患者参画を踏まえて具体的な施策体系のモデルを構築し、慢性疾患全体の予防と重症化予防の仕組みの制度化を設計するというもの。

ガイドライン、診療各科や医療機関連携のあり方、痛みの測定、QOLへの影響度やアウトカムの評価など、新たな課題は今後の調査研究の中で取り上げられる。

個別検討やモデル事業を経て施策案として固まるのは11年度となるが、12年度の診療報酬・介護報酬同時改定で

は、維持期リハを含め、医療機関や介護施設さらに予防の分野において、報酬だけでなく提供体制の面からも各種の措置が図られるものとみられる。

■とりまとめ後の上田博三健康局長挨拶

今後は、増大をたどる非感染性疾患(NCD)への対策を重視したい。その中には生活習慣病もある。がんについては、患者が参画して対策が協議されている。しかし、がん以外の疾患はそうしたかたちになっていない。がんのモデルを慢性疾患にも導入していきたいと考えている。

今回は、慢性疾患の全体を俯瞰し、どの分野が抜けているか、それを慢性疼痛、筋・骨格系、COPDというかたちで整理した。

また、沢山いる予備群をどうするか。糖尿病を対象に、患者が参画しているがんをモデルに、1次から3次までの予防を含めた体系的な取り組みをモデル化し、他の慢性疾患や高血圧などに広めていきたい。

秋以降に、今まで手をつけていなかった分野を含めて具体的な対策を検討する。

■木村博承生活習慣病対策室長の談話

今後の慢性疾患に対する取り組みとして、縦軸に、これまで系統的な取り組みがなされてこなかった筋・骨格系および結合組織の疾患、COPD等への対策という課題を、横軸に、疼痛を緩和するという、QOLの向上に集約される課題を位置づけた。とくに、疼痛の緩和は病状に着目したものであり、画期的な取り組みといえる。

さらに、3つ目として、既存の対策が取られてきた疾病等についても、もっときめ細かい対策を講じるために、がんをヒントにモデル化する。対象は生活習慣病、とくに糖尿病をとりあげる。そして、これを基に各疾病ごとに検討会を設けて対策を図っていく。

今秋に設置する検討会としては、例えば、筋・骨格系および結合組織、COPD、糖尿病が考えられるが、モデル事業を想定した仕組みづくりの研究や調査をしてもらい、来年6月をめどに報告をまとめてもらう。

これらの結果は医療提供体制や診療報酬に影響を及ぼす可能性があるが、現時点で具体的なものは考えていない。モデル事業等の予算は概算要求に盛り込む。

議論は色々出たが、慢性疾患や疼痛をどう定義するかは、ここでのテーマではない。

「10年度診療報酬、12年度介護報酬はプラス改定とする」

自民党がマニフェスト「療養病床再編は適切に措置する」。2,200億円抑制には触れず

自由民主党は7月31日に衆議院総選挙に向けた政権公約となるマニフェストを公表した。

マニフェスト(自民党政策BANK)は、冒頭に「安心」という項目を掲げ、まず、2011年度までに消費税を含む税制の抜本的改革を実施して「中福祉・中負担」の社会保障制度を構築することを謳っている。

医療関連では、以下の公約があげら

れている。

- (1) 地域医療の再生や災害に強い病院づくりを進める。
- (2) 大学病院の医療体制を整備し、医師偏在の解消に向けた臨床研修医制度とする。
- (3) 診療報酬は来年度プラス改定を行なう。
- (4) 現在の高齢者医療制度は年齢のみによる区分を見直すとともに、現行の

枠組みを維持しながらよりよい制度への抜本的な改善・見直しを行なう。

- (5) 新型インフルエンザなどへの対応を強化し、第2波に備え、公費助成を含めた体制整備に万全を期す。
- (6) 難病対策、肝炎対策、がん対策を充実する。

また、「介護サービスの改善と職員の処遇改善」については、

- ① 今後3年間で、特養、老健、グルー

プホームの約16万人分の整備を目標に取り組み

- ② (今回の) 介護報酬の3%アップ改定に加え、介護職員の処遇改善に努める事業主に職員1人当たり月平均1万5,000円の引上げに相当する金額を助成する
- ③ 2012年度の介護報酬改定は引き上げる
- ④ 療養病床再編成については適切に措置することを掲げた。

医療費の伸びを2,200億円抑制する政策や医療安全調査委員会の法制化については言及を控えている。(5面に自民党公約の詳細と各党公約の比較を掲載)

清話抄

よく当たる将来予測の代表格として、人口の将来予測がある。最近、その人口の将来予測データを分析してみたところ、これまで広く信じられていたと思われる日本の将来像と大きく異なる事実が見えてきた。

多くの日本人は漠然と、「今後当分、日本の高齢者はかなりのスピードで増

え続ける」と思っているだろう。しかし、実際、日本の高齢者が急激に増えるのは1990年から2015年の25年間であり、15年以降はほとんど増えない。

宮城県、関東7県、静岡、愛知、三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、福岡、沖縄は35年以降まで高齢者の数は増え続けるが、これら17都府県を除く「29県および北海道」は、15年から25年の間に高齢者数のピークを迎え、その後高齢者人口が減少に転じる。

高齢化率は全都道府県とも25年以降も上昇を続けるが、上昇の原因は地域により異なる。高齢者数の減少が始まる29県と北海道の高齢化率上昇は、高齢者数の減少以上に65歳未満の人口が減少することにより発生する。一方、埼玉、神奈川、千葉に代表される高齢者数が増加する都府県の高齢化率上昇は、主に高齢者の数の伸びにより発生する。

漠然と「これから日本の高齢者は、どんどん増える」と思うより、「あと5年で、

日本の高齢者数の急激な増加は終わる。あと10年すると、多くの地域の高齢者数が減り始める」と考えたほうが実情に合っているようだ。

高齢者向けの施設や医療機関の経営を考える場合、地域により将来戦略が大きく異なる。東京周辺の埼玉、神奈川、千葉の限られたエリアでは施設不足が予想されるが、日本の多くの地域では、むしろ、高齢者数の減少に向けた施設の将来戦略を描く必要があるようだ。(泰)

主張

民間中心こそが世界に誇る医療を築いた。公的重視の政策は行き詰るとい歴史を想起すべきである

近年の日本は、WHO公認世界一ともいえる医療制度を破格の価格で提供してきた。その日本の医療の特異な歴史的背景を考えると、1874年の医制制定以来自由開業制を基本としたことが日本を民間医療機関中心の医療体系とさせ成果を得た大きな要因と考える。

政策研究大学院大学島崎謙治教授の説によると、過去140年間に、日本で公的医療機関中心主義が唱えられた時期が3回ある。1回目は明治初期の西洋医学の速やかな普及の為に国立病院に医師の教育養成が求められた時期、2回目は1942年から1945

年の戦時体制下、3回目は1948年から1950年代半ばまでのGHQ占領下の医療審議会のもと、戦争で荒廃した医療機関整備計画に基づいて一部実施された時である。

この時期、1948年制定の医療法によって日赤、済生会、厚生連を含む公的医療機関の規定や国庫補助規定が設けられ、さらに、1957年の国民皆保険実施計画策定によって市町村立病院、特に国民健康保険病院が1946年の93病院から1960年の558病院へ増加した。ただし、1962年の医療法改正の結果、公的医療機関の病床規制が行われ、1963年をピークに減少した。

一方、民間病院は1950年の医療法改正で医療法人制度が設立、1954年の租税特別措置法改正で医師優遇税制が始まり、1960年に現福祉医療機構の前身である医療金融公庫が設立されるという流れができ、増加の一途をたどった。しかし、1985年の医療法改正で民間病院にも病床規制が始まり、病床増加のピークが終わった。

島崎教授の説によると、3回の公的医療機関中心主義の時期の内、2回目の戦時下はともかく、あとの1回目と3回目は、共に財政緊縮政策の結果中断されている。やはり、財政の面から公的中心主義は行き詰る

という事実を歴史が証明しているのではない。

現在、大阪府下の自治体病院は、公表されている計数をみる限りでも100円稼ぐのに約130円の経費がかかっている。これに民間病院にかかる税負担や建築費用等の経費負担を加えれば、診療報酬を1.5倍以上に増やさないと経営は成り立たなくなっている。

民主党が進める国立病院中心主義は日本の現在の厳しい経済状況下では過去の歴史が示すように、いずれは中断を余儀なくされ、民間医療機関中心へと変えざるをえないものと考えられる。(K)

QIを増やし、医療療養病床の質評価を精緻化

慢性期分科会 「区分評価票」に評価項目を追加、レセプト添付を義務化する方向で議論

8月10日の診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、医療療養病床における医療サービスの質検証の精度を上げるために、「治療・ケアの内容の評価表」の項目を追加拡充した上で「医療区分・ADL区分に係る評価票」に評価項目を移し替え、そのレセプトへの添付を義務づける方向で見直し提案を行なった。

見直しに伴って、区分変更にかかわるレセプトへの記載等の書類作業の簡素化を図る一方、「治療・ケアの内容の評価表」は廃止することになる。

慢性期は引き続き「評価票」の見直しについて検討を進めるが、同日の議論では、現場における「評価票」の記入負担は増大するが、質のより精緻な検証評価を行なうためにはやむを得ないという意見が示されており、大筋、事務局提案の内容で合意が図られるとみられる。

個々の患者ごとに、状態が変化したときに該当項目をチェックして医療区分とADL区分の評価を行なう「医療区分・ADL区分に係る評価票」は、入院基本料の算定根拠として用いられるが、主に患者・家族に対する説明資料として使われており、レセプトには添付されない。

一方、医療の質の評価項目(QI)の検

討を進めていた慢性期分科会は、2008年度診療報酬改定に際し、慢性期実態調査のうちの患者特性調査結果にもとづいてQIの抽出を試みた結果、褥瘡、尿路感染症、身体抑制、ADL低下の4項目を採用するよう中医協に提案した。

それを基に、08年度改定では、病棟ごとに継続的に測定・評価するツールとして、前出4項目からなる「治療・ケアの内容の評価表」の記載と、治療・ケアの問題のある可能性の患者には該当項目ごとに「治療・ケアの確認リスト」を使って治療・ケアの内容を確認することが義務づけられた。

しかし、今回、08年度慢性期調査結果について、患者特性調査結果から算出したQIをレセプト調査で任意に添付されていた「評価票」から試算したQIとの比較を試みた結果、尿路感染症以外は分母の採り方が異なるために比較検証ができないことが判明した。

さらに、「評価表」は報告が義務づけられていない上に「評価票」の作業と重複する面があることや、これまで依拠してきた患者特性調査は必ずしも精度が担保されていない任意アンケートであるなど、より精緻なQIを導く上で限界が明確になったとして、事務局は、新たに「評価票」をもちいて測定するとともに、項目によってはQIの新たな算定方法を検討するという提案を行

なったもの。

追加するQIとしては、「身体抑制」については、ミトン着用と隔離措置の各患者数が、また、新たな評価項目としては「留置カテーテル」と「3日以上連続した痛み」の各状態患者数があげられているほか、「ADLの低下」に関して

は、「(ADL区分の評価で求める)支援レベルの合計点が2点以上増加した患者数」を「ADL区分が下がった患者数」へと簡略化する。

分科会で合意を得た見直し案は報告に盛り込まれ、10年度改定で施行すべく基本小委に諮ることになる。

■新たな評価項目として考えられるもの

現行の「治療・ケアの内容の評価表」の項目	新たな評価項目(案)
<ul style="list-style-type: none"> ○ADL区分1・2の患者における褥瘡 ○ADL区分3の患者における褥瘡 ○尿路感染症 ○身体抑制 <ul style="list-style-type: none"> ア 四肢の抑制 イ 体幹部の抑制 ウ ベッドを柵(サイドレール)で囲む エ 介護衣(つなぎ服)の着用 オ 車いすや椅子から立ち上がれないようにする(腰ベルトや立ち上がれないイスの使用) ○ADLの低下(「支援のレベル」の合計点が2点以上増加) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ADL区分1・2の患者における褥瘡 ○ADL区分3の患者における褥瘡 ○尿路感染症 ○身体抑制 <ul style="list-style-type: none"> ア 四肢の抑制 イ 体幹部の抑制 ウ ベッドを柵(サイドレール)で囲む エ 介護衣(つなぎ服)の着用 オ 車いすや椅子から立ち上がれないようにする(腰ベルトや立ち上がれないイスの使用) カ ミトンの着用(手指の機能抑制) キ 自分の意思で開けることのできない居室等への隔離 ○ADL区分の低下(ADL区分が1から2となった患者数及び2から3となった患者数の和) ○留置カテーテル ○3日以上連続した痛み

※下線部が追加・変更の箇所

一般病棟「除外患者」は90日超75歳以上の96.6%

8月10日の慢性期分科会に、事務局は、前回7月29日の会合に報告した、13対1と15対1看護配置病棟を対象に実施した「一般病棟で提供される医療の実態調査」集計結果について、その後、改めて調査対象病院へ回答内容の問い合わせを行なった結果、前回報告で無回答(不明含む)とされた回答結果に変更が生じたとして、集計結果を再提出した(実態調査結果の概要は8月1日号で既報)。

再集計の結果、集計対象件数は4,888件から5,461件に増加したが、事務局は「集計結果の内容の大きな変更はない」としている。

また、前回集計結果の追加データとして、「与薬した全薬剤の種類」と「特定患者および特定除外患者の医療区分比較」の各データを提示した。

与薬の薬剤数では、在院91日以上の患者で「9種類以上」というのが多くなっているほかは、在院90日以内および医療療養病床と比べて顕著な違いはみられない。

また、今回報告した「特定患者および特定除外患者の医療区分比較」デー

タによって、13対1および15対1の一般病棟に入院している在院91日以上の患者に占める「特定患者除外規定の対象患者」(後期高齢者特定入院基本料の算定対象から外れて引き続き当該一般病棟入院基本料を算定している患者)の割合が明らかとなった。

「特定患者および特定除外患者の医療区分比較」は、90日超の患者1,121名のうち、75歳以上は741名であり、そのうちの716名(96.6%)が特定患者除外規定の対象となっていることを示している。

一方、7月29日の同分科会に事務局が報告したところによると、2007年6月審査分の社会医療診療行為別調査によると、「除外対象」患者のレセプトは3万6,352件あり、1日当たりの点数は2,070点であった。

こうした、医療を必要とする高齢患者は、地域の一般病院や市町村立病院に入院しているものとみられる。医療課は「除外対象患者の正確な実態は7対1や10対1を含めて詳しく把握しないと分からない」としている。

■過去7日間に現在の病棟で与薬した全薬剤の種類

薬剤の種類	13対1・15対1病棟・在院90日以内(n=4,340)		13対1・15対1病棟・在院91日以上(n=1,121)		【参考】医療療養病床(n=7,926)	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
0種類	319	7.4%	82	7.3%	365	4.6%
1~3種類	1,107	25.5%	245	21.9%	2,096	26.4%
4~6種類	1,162	26.8%	306	27.3%	2,827	35.7%
7~8種類	634	14.6%	182	16.2%	1,226	15.5%
9種類以上	840	19.4%	272	24.3%	1,292	16.3%
平均	5.6種類		6.1種類		5.4種類	

■「特定患者」および「特定除外対象患者」の医療区分の比較(対象=在院91日以上の75歳以上741名。無回答数を割愛)

医療区分	「特定患者」(後期高齢者特定入院基本料を算定している患者)	「特定除外対象患者」(一般病棟入院基本料を算定している患者)
医療区分1	7 (43.8%)	180 (25.1%)
医療区分2	4 (25.0%)	284 (39.7%)
医療区分3	5 (31.3%)	252 (35.2%)
合計	16 (100.0%)	716 (100.0%)

厚労省が医療・介護改革調整会議を設置

厚生労働省は7月24日、省内に「医療・介護改革調整会議」を設置した。医政・老健・保険の3局の連携を図り、一元的な施策を立案・実施するための調整機関となる。水田邦雄事務次官が議長に就いたほか、各局長、関係審議官と課長級で構成される。実際の調整は付設された「医療・介護の連携と機能強化に関するプロジェクトチーム」で図るが、具体的な作業はPT内に設置した「医療の機能分化・連携班」と「介護と医療の連携(地域包括ケア)班」で進める。

2010年度診療報酬改定、12年度同時改定への対応とともに、「急性期の強化」「一般病床の機能分化」「療養病床の位置づけ」「住居施設・介護施設に対する外部からの医療提供」「主治医・高齢者担当医の役割」などが政策課題としてあがっている。

DPC点数設定で新たな例外措置の導入が決まる。救急にも適用

基本小委 入院初期の配点を高める場合の後半期引き下げに疑問。適用基準を求める意見も

8月5日の診療報酬基本問題小委員会は、診療報酬調査専門組織・DPC包括評価分科会がまとめた「診断群分類1日あたり点数設定方法の見直し案」を了承した。

同日の基本小委では、点数設定の見直し以外にも、次期改定で導入される新たな機能評価係数を構成する評価項目として優先的に採用される方向で検討が進んでいる「効率性指数」「複雑性指数」に関する議論が行われた。

議論において、支払・診療各側から率直な疑問が示され、事務局(厚労省保険局医療課)が説明に苦慮する場面がみられた。

診断群分類点数設定方法の見直し案は2つある。

1つは、入院初期の費用が当該分類の点数を大きく上回る一方で、一定期間経過後は、逆に点数が費用を上回っているという分類について、入院初期の点数をこれまでよりも大きく引き上げ、その代わりに、一定在院期間(入院期間I日)後の点数をこれまでよりも引き下げるといったもの。

もう1つは、それとは反対のケースで、入院初期は点数が費用を上回り、一定期間が過ぎた以降は、逆に費用が点数を上回っているという分類に関して、1入院あたりの平均費用(=点数)に対する入院初期の加算率を15%から10%に下げ、その代わりに、一定在院期間(入院期間I日)後の点数は引き上げるといったもの。

前者のケースは、例えば、入院初期に集中的な検査や投薬などを必要とする脳梗塞の分類の一部が該当する。

これまででは、通常は25パーセント値(当該疾患を算定するDPC病院の平均在院日数が短い方から25目にあたる病院の在院日数)をもって入院期間I日とするところを、5パーセント値という前倒しの在院日数をもって入院期間I日と設定し、割高な1日点数の算定を認めるという点数設定で対応してきたが、それでも、出来高と比べると大幅な赤字が避けられないという現場からの声で見直しが行われた。

5パーセント値を基にしたケース

と、新たに採用される25パーセント値を基にしたケースの点数設定で大きく異なる点は、前者の場合は1入院期間の1日平均費用を基に、前倒した入院期間をはさんで点数の付け替えをしているのに対して、新たな案は25パーセント値にいたる入院期間Iの1日平均費用を基に点数の付け替えをするところにある。

したがって、5パーセント値の場合よりも長い期間、現在よりは高水準の点数が設定されることになる、この方法の採用によって、5パーセント値に基づく方法はなくなる。

事務局(厚労省保険局医療課)によると、全部で約1,500ある分類の10%が、この方法に該当するとみられる。この見直しについて、事務局は、6月29日のDPC分科会で、「過去2年のデータをみると救急に関しても今回の見直しでカバーできると考える」と説明している。

これに対して、後者のケースは入院期間を通して費用の変化が少ない疾患が該当する。

点数が高めに設定されている入院期間こそ利益が出るが、入院期間I日を過ぎると点数が2段階かけて下がるために、赤字を余儀なくされるという。

事務局は網膜管閉塞症(その他の手術あり)を例示したが、分類の数%が該当するとみており、両方合わせるとDPC全分類の約2割が、今回の見直しによって救済されることになる。

「特定入院期間の点数は下げる必要があるか」

2つの見直し案のうち、前者の、「入院初期の費用が当該分類の所定点数を大きく上回る分類」については、今回の見直しで、入院期間II日(当該分類の平均在院日数)が過ぎた特定入院期間(DPC包括評価が適用される限界の在院日数)にいたる間の1日点数も、現在より下げられることになる。

点数設定方法の見直しは、分類ごとの総延点数を変えずに、在院期間の階

段ごとの配分を変えるというやり方をとる。図1・図2のように、配分の調整は、入院期間Iまでの点数と入院期間IIまでの点数の総延点数を変えることなく、一方の点数を高くすれば、それとトレードオフのかたちで他方の点数が下がって調整がつくことになる(図の上ではA=Bというかたちで異なる在院期間の階段の面積の和を一致させて説明している)。

基本小委の議論から 8月5日

西澤委員 「入院初期の点数を入院期間I日までの医療資源の平均投入量とする」とした見直し案で、入院期間IIまでいたった場合の総点数は、現在の点数と変わらないのか。また、Iでは、特定入院期間にまで行った場合の総収入はどうなるのか。

事務局 入院期間IIまではA=Bという関係で調整されているので、(収入に)変化はない。入院期間IIを過ぎると15%ダウンする。実状に見合っただけで点数が下がるということだ。

西澤委員 入院期間IIまでは現在と総点数が変わらないにもかかわらず、それを超えると現在よりも下がる。この辺りは何らかの配慮が必要ではないか。

事務局 点数設定については、まず、出来高の場合の点数変化のグラフを下敷きにする。通常の点数設定の方法で問題がなければ、それを適用する。問題は入院数日のコストが高い分類の場合で、その場合に今回の見直し案を適用するが、これはあくまでも例外的な措置である。

西澤委員 入院期間IIまでの間は総体として現在と同じ点数であるが、IIを過ぎるとかなり下がる。しかし、これを下げずに上乗せするという考え方もあるのではないか。これを下げるのであれば、(その分をIとIIの期間に)上乗せするという考え方もあるのではないか。

事務局 これは入院期間Iが現在のDPC点数よりもかなり高い医療資源の投入であるときに適用するもの。その辺りのご心配は無用ではないか。

藤原委員 この見直し案には入院期間を短縮させるインセンティブがあるものと理解している。背景にはDPCの病院が増加していることがあると考える。

事務局 DPCには1,500もの分類(点数)がある。これまでの例だと80%がうまくいっているが、20%ほどが、それに外れている。これまで調整係数で補正されてきたが、それが、徐々になくなるので補正がきかなくなる。在院期間の短縮というよりも、そうした補正という目的がある。

したがって、特定入院期間にいたる間の点数には影響を及ぼさないものと考えられるが、医療課は、特定入院期間までの間の点数も、現在、入院期間IIまでの点数から15%下げられていることから、引き続き、現在よりも点数が下がる入院期間IIまでの点数に対して15%下げると提案、結果的に了承された。

その結果、「入院初期の費用が当該分類の所定点数を大きく上回るが一定期間経過後は逆に点数が費用を上回っている」分類は、入院期間IIを過ぎれば過ぎるだけ、病院の収入は現在よりも大きく減ることになる。

これに対して、診療側の西澤寛俊委

員(全日病会長)は疑問を唱え、配慮を求めた。しかし、事務局は「実状に見合っただけで点数が下がるということ。例外的措置であり、心配は無用だ」と答えた。

一方、支払側の対馬委員は、現在の5パーセント値を含め、こうした“例外措置”の適用可否を決める基準がない点を指摘、「(説明のあった)定性的基準は分かるが、(どこまで乖離が生じると適用されるかという)定量的な基準がない」と疑問を呈し、「こうした基準をこそ中医協が判断すべきではないか」と提起した。

しかし、この提起は、具体的な議論にはつながらなかった。

表1 ■現在の1日あたり点数設定方法(通常の場合)

※入院期間I日(25パーセント値)までの1日点数は、当該診断群分類の平均点数を基準に、入院期間I日までの点数は基準を15%上回る水準に設定し、入院期間II日までの点数はIに上乗せした延点数がA=Bとなる水準にまで下げるといったように、点数を付け替えて調整される。さらに、入院期間II日から特定入院期間(“診断群分類ごとの平均在院日数+2SD”で求められる包括評価対象期間の限度日)までの点数は、前出のつけかえによって下げられた入院期間II日までの点数から、さらに、15%引き下げられる。この方法は、点数とコストの乖離が少ない分類について、今後も適用される。

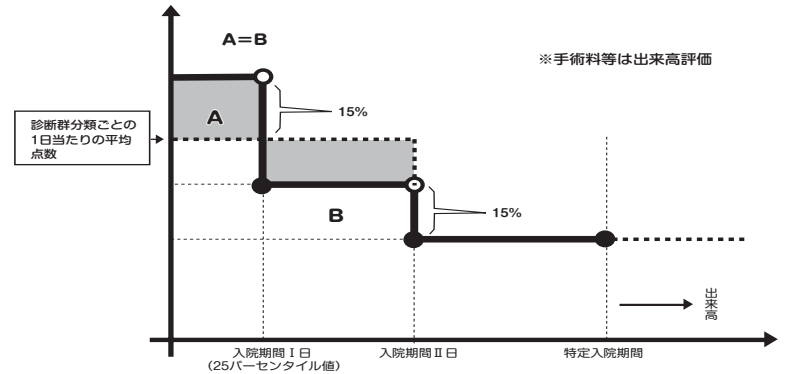
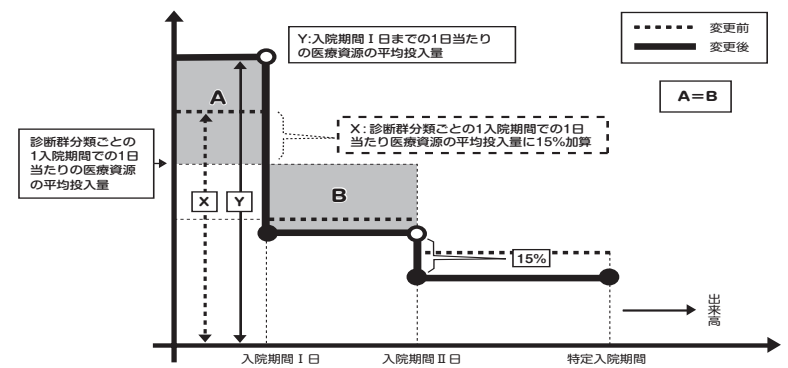


表2 ■見直し後の入院期間に応じた点数設定の方法(入院初期の医療資源投入量が1入院期間の平均投入量と比べて大きい場合)

※入院初期の1日あたり費用が1入院期間の1日あたり費用に比べて非常に大きい分類は、入院期間I日(25パーセント値)までの間は、入院期間Iの平均費用となるように点数を設定する。この場合、入院期間II日にいたる間の点数は、A=Bという付け替えによって現在よりも引き下げられ、双方の配分が変わることになるが、入院から入院期間II日(平均在院日数)にいたる間の延点数は変わらない。ただし、特定入院期間までの間の点数は、現在よりも引き下げられた入院期間II日までの点数から、さらに、15%引き下げられるので、現在よりも大幅な減点が避けられない。



対馬委員 コストと点数の差が大きいとはどう判定されるのか。定性的な言い方ではなく、定量的にちゃんとした基準が必要ではないか。これは毎年見直されるのか。

事務局 2年毎の改定のたびにツリーを決める際に見直すことになる。今回は現場から「乖離が大きい」という声が上がったことから見直し案につながった。基準については、現時点では数値云々まで

西澤会長、藤原委員の発言をたしなめる

8月5日の基本小委で、診療側藤原委員(日医常任理事)から問題発言が飛び出し、西澤委員(全日病会長)がたしなめる一幕があった。

以下に発言の要旨を紹介する。

藤原委員 病院勤務医については過労と言われてきたが、医師1人が1日に診る外来患者は28.0から32.6人、担当入院患者は10.9人、1月の当直は1.6から2.78回と出ている。これだけを見ると、病院の勤務医が本当に逃げ出したくなるほど多忙であるの

は(事務局の検討も)詰まっていない。

対馬委員 現在、5パーセント値にあてはまるケースはどのくらいあるのかなどを示してほしい。こうした基準をこそ、中医協が判断すべきではないか。

事務局 現状の適用割合は示すことができる。新たな3つの案については10月までのデータにもとづいてチェックするので年末にならないと示すことができない。

か、多少の疑問を感じる。

西澤委員 今、藤原委員から「病院の勤務医が多忙であるのか疑問だ」という発言があったが、これはぜひ認識を改めてほしい。単に数字をみるだけでなく、実際に病院を紹介するので、現場をみてから発言していただきたい。

藤原委員 データが出たから、それに対してコメントしただけで、実際そのように考えているわけではない。誤解のないようお願いしたい。

6年制に対置。4年制医学教育で2案を提起

東京都・メディカルスクール有識者検討会の報告書 学士対象「専門職大学院」と「3年次選抜型4年制医学部」

東京都が設置した「メディカルスクール有識者検討会」(座長・鴨下重彦国立国際医療センター名誉総長)は約1年(8回)かけて検討した、現行6年制に対抗する新たな医学教育システムの案とその課題を整理した報告書をまとめ、8月5日に公表した。

報告書は、新しい医学教育モデルとして、①専門職大学院として学士を対象とする「4年制のアメリカ型メディカルスクール」、②他大学・学部で2年以上

の教養課程を修了あるいは卒業している者を対象とする「3年次選抜型の4年制医学部」の2つを提案した上で、法改正ほかの課題を提示している。

ただし、東京都自体はメディカルスクールの設置構想をもっていないことから、報告書は、今後の国内における議論に、四病院団体協議会が2007年にまとめた報告書とともにたたき台を提供するかたちとなった。

報告書の要旨を紹介する。

メディカルスクール有識者検討会報告書(要旨) 8月5日

●新しい医学教育機関

新しい医学教育機関は米国のmedical school に匹敵するものとすべきである。また、基盤となる自然科学、社会科学、基礎医学教育をおろそかにすることがあってはならない。さらに、基礎医学の教員には一流の研究者を揃え、研究体制を充実する。

現在よりも入学年齢を高めた4年制の医学教育制度を検討に値するが、教育の質を保証する必要がある。特に、専門職大学院制度を医学教育に適用する場合には、職員数や教育研究体制の充実に格別の配慮が必要である。

【具体的方策】

・学生の意識改革を促進させる手法の導入

高い志と優れた資質を持つ者が医学教育を受けられるよう、奨学金の賦与や融資を積極的に行う。また、臨床医学に適性のない学生の進路変更を容易

に行えるように、途中で何らかの学位(医科学士など)を与えて、一旦、卒業させるという方法も考慮する。

●実践的な臨床教育を重視したカリキュラム

現行の医学部を凌ぐ職員数と優れた指導医を擁することにより、基礎医学を十分に踏まえた上で、実習中心の臨床医学教育を行う。

【具体的方策】

①自然科学、社会科学、人間学を統合した基礎医学教育と実践的臨床教育

最初の2年間で基礎医学を修得した後に、後半2年間で病院を中心とした臨床現場における教育を実施する。

②充実した指導体制

・現在の医学部では、7～8人程度の学生に1人の教員がついて実習を担当することが多い。より十分な指導を行うための教員数を確保することが必要である。

・指導医に対する評価を行うと同時に指導医の働きやすい環境を整備する。

・地域における診療所や近隣病院との連携を整備する。その際、地域の指導的医師には臨床教授などの称号を付与し、指導の責任体制を明確にする。

③研究体制の整備

・臨床医学のみならず、基礎医学、社会医学に対する理解も重視し、基礎医学、社会医学の研究者の育成も可能な体制とする。

・最先端の研究を行う研究所との連携を強化し、指導医や学生が交流できる体制とする。

●新しい医学教育モデルと課題

例として、2つの4年間に要する医学教育システムを検討した。これらの案は、現行の6年制医学部とは異なる医師養成システムとして検討に値する

①アメリカ型メディカルスクール

専門職大学院型であり、学士を対象とした4年間の教育システムである。また、卒業時に専門職博士の学位を授与する。

日本でこれを実施する場合、課題として以下の点が挙げられる。

○医師法(第11条)の改正

・医師養成の専門職大学院卒業生にも医師国家試験の受験資格を授与する法改正が必要。

○専門職大学院設置基準の改正

・4年間の医師養成専門職大学院を創設する場合には、特別規定を整備する。

○その他、学位規則も整備が必要。

②3年次選抜型の4年制医学部

入学者は他大学や他学部で2年以上の教養課程を修了、あるいは卒業していることを要件とする。また、2年間の基礎医学の課程が修了した時点で、大学卒業資格(医科学士など)を付与し、適性のある学生のみを対象として後半2年の臨床実習教育を行う。

課題として下記の点が挙げられる。

○学校教育法(第87条)の改正

・現行の6年制医学部に加えて4年制医学部を規定する。特に他大学で取得した2年間の単位認定が必要となる。

○学位規則の改正

・4年間のうち、前半の2年で大学卒業資格を付与する。

■まとめ

本検討会は東京都の委嘱を受けて医学教育のあり方を議論し、2つのタイプの医学教育システムを検討課題として提案するとともに、その法的問題点を挙げた。しかしながら、現在、東京都には主体的に新しい医学教育機関を発足させる計画はない。

その結果、今回の検討では、医学教育のあり方を中心に議論を行い、制度設計の詳細には踏み込まなかった。

わが国の医学教育を改革し、新しい医学教育制度を導入するには、制度設計、予算、スペース、運営システム等、多くの検討課題がある。具体的検討に入る前に、まずは東京都の主体的な姿勢と財源の明確化が求められる。

先進事例となる支援モデル体系を具体的に示す

「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会」 1次予防から早期発見、適切な治療、合併症の予防まで一連の支援方を体系化

「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会」 検討概要(概要) 8月10日 ※1面記事を参照

1. 国民生活と慢性疾患

・感染症などの急性疾患から、がんや循環器病などの生活習慣病を初めとした慢性疾患へとわが国の疾病構造が大きく変化した結果、病状の様々な段階に応じた総合的な対策が求められている。
・2007年国民生活基礎調査によると、国民の多くが慢性的な痛みを抱えている。全米調査によると、米国では慢性痛に悩む患者が人口の9%を超えており、それによる社会的損失は年間約9兆円と推計され、米国は痛みの評価や治療基準の作成など総合的な対策を講じている。
・非感染性疾患(NCD)の死因別割合は08年現在世界の約60%を占めており、今後10年間で77%にまで増加すると予測されている。WHOは世界行動計画(08～13年)で全世界でNCDの予防と管理を行なう政策を立案し実施している。

2. 施策の現況

・慢性疾患に対する施策をみると、悪性新生物、糖尿病、心疾患などの生活習慣病や難治性疾患、腎疾患、免疫アレルギー疾患などの対策は比較的進んでいる。一方、筋・骨格系および結合組織の疾患、慢性閉塞性肺疾患(COPD)などの系統的な施策は、ほとんど行われていない。
・慢性疾患対策を考える上で、受療頻度の高い疾患に共通する課題として「慢性疼痛」があげられる。慢性化した痛みの診断・治療は容易ではなく、身体面、精神面、社会面からの全人的なアプローチが必要である。

3. 慢性疾患の全体像の俯瞰

・慢性疾患全体の中の重要分野を明らかにするとともに、それらに対する施

策の有無やその濃淡も考慮に入れつつ、各施策の重要性と取り組み状況の差に留意していく必要がある。

・死亡原因に占める割合、受療状況、医療費における割合等に加え、QOLを加味した指標等、様々な角度から対策の重要度と対策の現況を勘案しながら、当面は、施策として力を入れるべき重点分野を系統立てて総合的に検討していくことが望まれる。

4. 体系的な施策展開の必要性

・既存の施策がある重要領域についても、そのさらなる充実を検討する必要がある。

・施策検討の際には、その科学的な根拠や国際的な動向を視野に入れるとともに、施策の評価という観点も重視する必要がある。

・様々な関係者や地域における連携・協力も視野に入れながら、国民・地域住民の参画を得て、慢性疾患と向き合う患者を、家族、医療機関、患者会、学校、行政、メディア、NPO、企業など多種多様な関係者が主体的に関与して、社会全体で支える施策を推進するという視点も必要。

・1次予防から早期発見、適切な治療、合併症の予防までの一連の支援方を推進する、今後の先進事例となる支援モデル体系を具体的に示すことが必要。また、ガイドライン等により、予防から治療、合併症対策に至るまでの全体の水準を高めていくことも必要。

5. 対策の充実を検討すべき疾患・領域の具体例

・慢性疾患のうち、筋・骨格系および結合組織の疾患、慢性閉塞性肺疾患(COP

D)などに対する施策はほとんど行われていない。今後は、これらの対策の充実が検討されるべき。

・慢性疾患のなかでも、筋・骨格系および結合組織の疾患を初めとする慢性疼痛をきたす疾患は受療頻度が高く、QOLに大きな影響を与えることから、今後は、この分野の対策の充実化が十分に検討されるべき。

6. まとめ

・慢性疾患については、日常生活の健康管理を初め、病状の段階に応じた総合的な対策の必要性が増大している。

・慢性疾患については、発症予防から合併症対策に至るまでの一連の過程で、総合的な視点に立って予防の啓発や医療の質を高める努力を行なうとともに、社会全体で患者を支えていくことが求められており、国としても基盤となる環境の整備を強力に推進していくことが重要。

・慢性疾患にあって、系統的な取り組みがなされていない筋・骨格系および

結合組織の疾患、慢性閉塞性肺疾患(COPD)などについては、QOL向上の支援等を求める患者ニーズに応えるという視点から、施策のあり方を検討することが重要。

・受療頻度の高い疾患に共通する課題である「慢性疼痛」には、診療科を超えた全人的なアプローチが求められる。

・糖尿病など既存施策の対象となっている慢性疾患についても、効率的・効果的な啓発・普及活動を一層推進し、健診の受診率の向上に努めるとともに、関係医療機関等との連携をより一層促進させるなどが今後とも必要。

・以上の視点や認識に基づき、今後速やかに、より重点対象とすべき疾患分野や施策対象とすべき領域ごとに、それぞれの特徴に配慮した詳細な検討が引き続き行われ、対策のさらなる充実に向けた支援体制を構築し、患者主体の慢性疾患対策に社会全体で取り組む意識の醸成とその基盤づくりが積極的に推進されることを望む。

日本下肢救済・足病学会創立学術集会

Better Legs, Better Life ～下肢を救ってQOLを高めよう～

会 長 ● 大浦武彦 (医療法人社団廣仁会 褥瘡・創傷治癒研究所長、北大名誉教授)

日 時 ● 9月26日(土) 9:00～17:30

会 場 ● パシフィコ横浜 横浜市西区みなとみらい1-1-1

Tel.045-221-2155

参加費 ● 正会員 事前受付 8,000円 当日10,000円

非会員 事前受付 10,000円 当日12,000円

お申込み・詳細は学会ホームページをご覧ください

<http://www.jlspm.com/2009/>

医療再生に向け、各党が選挙公約でしのぎを削る

総選挙の医療公約 病院勤務医対策と地域医療の確保が主たるテーマ。後期高齢者医療制度も

4年ぶりの総選挙が8月18日に公示される。主要政党の選挙公約も出揃い、早くも終盤戦に近い舌戦が繰り広げられている。

内閣府が今年6月に実施した「国民生活に関する世論調査」の結果によると、政府に対する要望でもっとも多かったのが「医療・年金等の社会保障構造改革」(70.8%)であった。

「社会保障構造改革」を望む割合は、とくに、大都市、女性(とくに主婦)、50歳～60歳代で際立って高く、介護を含む老後に対する国民の不安感をうかがわせている。

疲弊する病院、ほころびが拡大する地域医療、医師・看護師等の疲弊と不足が進行する中、主要政党は医療など社会保障を重要分野と位置づけ、選挙公約で、医療崩壊の阻止に向けた政策を打ち出している。

各党とも、病院勤務医対策と地域医療の確保を中心に、医療再生に向けた政策を競っている。後期高齢者医療制度も重要なテーマになっている。

以下に、自民党のマニフェストおよび主要政党の医療政策を報告する。(8月1日号に民主党のマニフェストを既報。1面に関連記事)

今後も医師数を増やす。大学病院を核とした臨床研修医制度とする

自民党のマニフェスト(政策BANK)から(要旨) 7月31日公表

※達成期間は、とくに記載がない限り4年間。

■国民の安心・安全のための社会保障制度の確立

■主要政党の選挙公約(自民党・民主党を除く＝民主党の選挙公約は8月1日号既報)

政党	医療政策(要旨)
公明党	<ul style="list-style-type: none"> ・国保について、都道府県単位の一元化された地域保険の創設に向けた検討を進める ・医療事務補助者の配置促進など、大学病院の医療環境を飛躍的に向上させる ・医療費や医師数等の水準を引き上げ、医療提供体制の強化と医療従事者の処遇の改善を図る ・「医療改革国民会議」を設置する。「医療基本法」を制定する ・医師不足の診療料を解消するため、診療報酬の充実や科ごとの養成数目標の設定など取り組みを進める ・勤務医過重労働解消のため診療報酬評価を充実するとともに直接的財政支援を進める ・新生児から思春期児童までを対象にした「小児保健法」を制定する ・社会保険病院・厚生年金病院は公的医療機関としての機能を存続できるよう早急に対応する ・レセプトオンライン請求は完全義務化について再検討する ・「救急医療基本法」を制定し、通報から15分以内に診てもらえる「15分ルールの確立」を目指す ・将来的に全国に400カ所のER(救急治療室)、50カ所のPICU(小児集中治療室)を整備する ・「新介護ゴールドプラン」を策定。特養、老健、グループホームなど16万人分の拠点整備を行なう ・医療・介護の一体的提供を確保する地域包括ケアシステム構築に向け、12年の同時改定で措置を講じる ・療養病床転換後の老健施設等への介護報酬等を実態に見合った水準に引き上げる
共産党	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療制度を廃止する ・子供と高齢者の医療費無料、3割負担の引き下げを目指す ・医学部定員1.5倍化など医師数を計画的に増やし、OECD加盟国の平均並みにする。看護師200万人体制を確立する ・診療報酬の「総額削減」や保険外診療の拡大をやめ、安全・有効な治療はすみやかに保険適用する。薬・機器にかたよった報酬のあり方を見直し、医療従事者を適正に評価するなど診療報酬改革を進める ・公的医療機関への支援を強め、国公立病院、厚生年金病院、社会保険病院などの統廃合や民営化をやめる ・5ヵ年計画で特養の待機者を解消し、特養や生活支援ハウスなどの緊急整備をすすめる ・療養病床の廃止・削減計画を白紙撤回する ・介護報酬の5%引き上げ、別枠公費による賃金の月3万円以上引き上げなどによって、14年度までに、150万人の介護従事者を養成・確保する
社会民主党	<ul style="list-style-type: none"> ・「後期高齢者医療制度」を廃止し、国民皆保険制度を守る ・医師数を増やし、総合医を育てる。看護師、福祉や介護職員の増員、待遇の改善を行なう ・医療・介護保険の国の負担割合を引き上げ、保険料・利用料を減免する ・療養病床の削減計画とリハビリ制限を中止する ・国公立病院、厚生年金病院などの公的病院の統廃合・民営化は行なわず、小児・産科・救急等の地域医療を守る
国民新党	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費をOECD諸国並みに引き上げるとともに、医師、看護師、介護士の不足を解消する ・救急病院のたらい回しの改善についても緊急に対応する
新党日本	<ul style="list-style-type: none"> ・「後期高齢者医療制度」を廃止し、75歳以上の医療費無料化を実施する ・診療報酬制度を根底から見直し、給与・勤務時間を始めとする医療従事者の待遇改善を促進する ・子育て中の女性医師、高齢な医師が、地域基幹病院と連携した家庭医として地域医療に貢献できる環境を推進する ・海難審判庁に準じた医療過誤審判制度を導入し、医療現場の精神的萎縮を防ぐ

民主党「10年度改定は病院の報酬を1割上げる」

8月12日の民主党マニフェスト説明会(東京都総支部連合会主催)で、説明に当たった鈴木寛参議院議員(民主党東京都連幹事長)は、「来年4月の診療報酬改定では、医療従事者の増員を支援するために、病院(入院)の報酬を最低1割引き上げる。どの分野のスタッフを増やすかの判断はそれぞれの病院の判断に任せる」と語った。

この引き上げについて、同議員は「対象は公立、民間を問わない」と述べ、病院全体を対象に考えていることを明らかにした。

1割引き上げの根拠として、「小泉改革の下で医療機関は約10万人の雇用を失い、約1割の報酬ダウンが行われた」という認識を示した。

さらに、「来年4月の措置は緊急避難に過ぎない。それ以降の増額支援は改めて打ち出したいが、少なくとも、12

年度改定に向けて、医療現場の声がまんべんなく聴ける枠組みをつくり、実態を把握しつつ、現場の声を反映させ

改正省エネ法 法人単位でエネルギー管理義務の有無を判断

昨年5月に改正された「エネルギーの使用の合理化に関する法律」(省エネ法)が2010年4月1日に施行を迎える。省エネを進めるためのエネルギー管理義務は、これまでは、一定規模以上の大規模工場を対象としていたが、今回の法改正で、医療施設など中小規模の事業場を数多く設置する事業者が新たに義務の対象に加わる。

施行まで時間があるが、対象に加わった事業所は、2009年4月から1年間にわたってエネルギーの使用量を計測し、記録をとる必要がある。

エネルギー管理が義務化となるエネ

社会保障制度の一体的見直しを進める。社会保障番号・カードを2011年度中を目途に導入する。「社会保障制度改革国民会議(仮称)」の設置に向けた法整備を進める。

■税制抜本改革

消費税を含む税制の抜本的改革について、11年度までに必要な法制上の措置を講じ、経済状況の好転後実施。これにより、「中福祉・中負担」の社会保障制度を構築する。

■医療制度基盤・医療体制の安心確保

必要な時に救急医療や産科医療を受けられる体制をつくり、救急医療や産科・小児科・へき地医療の担い手である勤務医を確保する。医療確保のために、今後も医師数を増やすとともに、思い切った補正予算を通じ、地域医療の再生や災害に強い病院づくりを進める。

地域医療の砦たる大学病院の医療体制を整備し、医師偏在の解消へ向けた臨床研修医制度とする。社会保険病

院・厚生年金病院は必要な病院機能を維持する。

診療報酬は、救急や産科をはじめとする地域医療を確保するため、来年度プラス改定を行なう。

■高齢者医療制度等の見直し

75歳を過ぎたサラリーマンは、引き続き現役の制度に加入し続けられるようにするなど、年齢のみによる区分を見直す。公費負担の拡大に取り組むなど、現行の枠組みを維持しながらよりよい制度への抜本的な改善・見直しを行なう。所得の低い方は保険料の9割軽減措置を継続、さらに、外来の患者負担の月額上限を半減する。高額療養費制度の見直しは09年末までに結論を出し、実行する。

■健康づくり

新健康フロンティア戦略を踏まえ、「健康日本21」を着実に推進する。次期国会で「口腔保健法案」の早期成立を図る。

■新型インフルエンザなどへの対応強化

新型インフルエンザワクチンの速やかな製造と公的助成による接種体制の整備など、第二波に備え、公費助成を含めた体制整備に万全を期す。

■難病対策、肝炎対策、がん対策の充実

難病患者の医療費助成、難病研究拡充等、難病対策を充実させる。「肝炎対策基本法」を制定し、総合的な肝炎対策に取り組む。患者の立場に立ったがん対策を充実させる。

■医薬品・医療機器の安全・安心

承認審査体制の充実と迅速化を図り、市販後安全対策を充実・強化する。未承認薬の特別審査ルートを創設し、審査期間を6ヵ月に短縮する。

■介護サービスの改善と職員の処遇改善

今後3年間で、特養、老健及びグループホーム約16万人分の整備を目標に取り組む。介護報酬の3%アップ改定に加え、介護職員の処遇改善に努める事業主に職員の給料1人当たり月平均1万5,000円引上げに相当する金額を助成する。12年度の介護報酬改定時では、介護保険料の上昇を抑制しつつ、介護報酬を引き上げる。療養病床再編成については適切に措置する。

ながら決めるプロセスを含めて現在の診療報酬を見直していく」と、中医協体制の見直しと診療報酬を連続して引き上げる方向性を打ち出した。

これ以外にも、①5分間ルール(外来管理加算)は廃止する、②レセプトオ

ンラインを義務ではなく原則とする、③社会保険病院等の民間売却は中止し、新たに公的な受け皿を設けて経営を移譲していく、などの具体的政策を明らかにした。

この特定事業者に該当するか否かが決まるのが、09年4月から10年3月までの1年間に使用したエネルギー量の合計である。

エネルギー使用量は、燃料・熱・ガス・電気ごとに所定の方法で原油換算値へ換算するが、詳細は、資源エネルギー庁のホームページ(TOP頁の「個別施策情報」から入る)に掲載されている。

また、改正省エネ法について、詳しくは資源エネルギー庁の省エネルギー・新エネルギー部(03-3501-9726)でも質問に応じている。

入院基本料増額と介護業務の評価・看護基準の運用緩和がベース

第2報は各分野の要望を盛り。第3報も用意。情勢は流動的だが主導的に対応する

日病協 診療報酬実務者会議委員長
全日病副会長 猪口雄二

日本病院団体協議会(日病協)は、日本国内に存在する11の病院団体が2005年の中医協改革を期に、病院団体の代表を中医協委員に推薦するために集結した協議会である。現在は、中医協委員は推薦された者ではないという規約のため正規の推薦機関ではないが、実質は発足当時と同様に運営されている。

また、日病協の大きな目的のひとつが、診療報酬改定に係る病院界の声を厚生労働省に要望していくことにある。その要望をまとめるのが実務者会議と呼ばれる委員会であり、現在、自分が実務者会議の委員長を拝命している。

しかし、官と民、大と中小、急性期と慢性期など、立場の異なるそれぞれの団体の意見を統一するのは、中々難しいものがある。

その日病協として、この7月31日に「平

成22年度診療報酬改定に係る要望書(第2報)」を提出したので、ここに解説する(第2報の全文は8月1日号に掲載済)。

すでに、第1報は本年4月に提出している。第1報は要望の内容を絞り込んでおり、①入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額、②介護(看護補助)業務の確立と看護基準の柔軟な運用、という全病院に共通した2つの要望事項に集約した。

今回の第2報は、この2つの要望をさらに具体化した上で、新たに病院全体、急性期、慢性期、精神科、リハビリテーション、外来それぞれにおける要望事項を作成した。

各項目ともに多彩な議論の末に出来上がったものであるが、ここでは要望書のとりまとめに至るいくつかの考え方を紹介したい。



▲日病協の改定要望書を記者クラブで発表する猪口副会長(正面右側)

近年の医療の高度化、専門性の細分化、国民の医療に対する要望の高まりなどが関連している。

こうした状況にあって、2次救急病院がさらに有機的に機能するためには、救急患者受け入れを行うための人員・設備投資が必要である。このような費用は助成金で賄うべきという考え方もあ

る。しかし、2次救急病院の積極的な受け入れを具現化するために、診療報酬上の加算は有効に作用するであろう。

また、診療報酬が加算されることは患者の負担増に繋がる。これは、現在問題となっている、タクシー代わりの救急車利用という問題にも一定の抑制効果があるのではないだろうか。

データを反映させた入院基本料にすべし

まず、「入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額」である。入院基本料とは何であるか、それは、病院を経営するために必要な人件費や施設等の費用を診療報酬において保証するものである。

それでは、入院基本料の数値には根拠があるのか。答えは「皆無」である。我々は病院経営において、提供した医療に対して支払われた報酬の中でやりくりしているのが実態であり、提供する医療に必要な費用を積算し、それに基づいて費用を請求しているのではない。

近年の医療の高度化、専門性の細分化、国民の医療に対する要望の高まりなどに応じて、病院における医療提供

のための費用は増加している。

このような現実において、安全な質の高い医療を提供するためにはどのくらいの費用が必要なのか、病院の規模や分野により費用に差があるのか、地域によりどの程度の費用格差があるのか、などの多くの要素を含んだデータ集積を行い、その結果から算定される入院基本料にしていかななくてはならない。

第2報では、まもなく出てくるであろう各種経営調査結果を平成22年度改定に反映させ、入院基本料を増額すること。そして、短中期的には、診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会等といった専門機関による、根拠のある報酬の立案と検証を求めた。

急性期リハは人員基準を要件とすべきである

次に、「急性期病院におけるリハビリテーションの評価」である。今後、病院機能分化はさらに推進されると考えられる。急性期と回復期リハビリテーションや亜急性期の連携は医療計画にも描かれており、施設間連携が地域内で活性化することは間違いない。

急性期疾患の発症後や術前術後のリハビリテーションは急性期病院にとっ

て必要不可欠なものである。

しかし、急性期後早期にリハビリテーション施設に転院する場合、急性期病院で必要なリハビリテーションはベッドサイド中心である。

従って、急性期病院のリハビリテーションは、「施設基準」ではなく「人員基準」とすべき、という要望になった次第である。

個人的には「病院のあり方報告書」を基礎に議論

その他にも多くの要望事項がある。例えば、慢性期入院医療においては「日本慢性期医療協会」など、精神科医療については「日本精神科病院協会」や他の精神科に係る団体の意見などを出していただき、何とかまとめることができた。

ただ、個人的には全日病「病院のあり方に関する報告書」を基礎に置いて議論してきたつもりである。この報告書は極めて広い観点から書かれており、

どのような議論にも通用すると、改めて感じている次第である。

今後、日病協・実務者会議としては、中医協における議論の行方を見守りつつ、「今こそ」という時に「第3報」を提出する予定である。政治的に不安定な現在こそ、医療の現場を預かる我々医療界の当事者が、自らのあるべき姿を描く時であろう。

看護基準の柔軟運用は看護職員にもプラス

続いて、「介護(看護補助)業務の確立と看護基準の柔軟な運用」について解説したい。

18年度改定で、中医協における議論もなくいきなり導入された月平均夜勤72時間・2人夜勤という制度改定は、それまで夜勤加算を取得していなかった病院にとって大変な問題となった。

この問題と7:1看護基準の導入は、看護師不足に拍車をかけることとなり、日本中の病院が悲鳴を上げてしまった。

したがって、今回の要望においては、①急性期病院にも実際には多くの介護

業務が存在しており、7:1、10:1看護においても現実に介護(看護補助)職を配置しているので、看護補助加算を認めること、②月平均夜勤72時間・2人夜勤は、看護師不足という現実や小規模の病棟では算定不可能であることなどを踏まえて、より柔軟な対応とすること、③平均夜勤時間の算定に日勤のみ勤務者や短時間労働者も含めること、などを求めた。

その根底は、看護職員にとって働きやすい職場を創造することにある。

2次救急の再生には診療報酬の加算が必要

急性期入院医療では、「救急搬送受け入れ加算」について解説したい。

近年、救急車のたらい回しが頻繁に

報道され、一方では3次救急(救急救命センター)への患者一極集中が認められる。その原因は、先にも述べたように

全日病・医法協共催 2009年度「臨床研修指導医講習会」開催のご案内

日程 ● いずれかの日程を選択(1泊2日、実講習時間16時間以上)
①11月14日(土)・15日(日)
②12月5日(土)・6日(日) ※会場はいずれも東京都内
定員 ● 各回48名
参加費 ● 8万円(宿泊費・食事代・資料代を含む)
申込締切日は8月28日。詳細は全日病HP掲載の案内を参照

全日病 第5回看護部門長研修コース開催のご案内

日程 ● 第1単位/10月23日(金)~25日(日)(2泊3日)
第2単位/12月4日(金)~6日(日)(2泊3日)
受講料 ● 全2単位(6日間)15万円(テキスト代・宿泊費・食事代含)
定員 ● 40名
申込締切は9月17日。詳細は全日病HP掲載の案内を参照

医療事務技能審査試験

医療事務技能審査試験は、厚生労働省許可の(財)日本医療教育財団が実施する全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカル クラーク」の称号が付与されます。

- 合格者に付与する称号 (1)1級メディカル クラーク (2)2級メディカル クラーク
- 受験資格 医療事務職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

- 試験日 (1)1級 年3回(6月・10月・2月) (2)2級 年12回(毎月)
- 試験科目 <実技I> 患者接遇(1級には院内コミュニケーションも含む)
<学 科> 医療事務知識
<実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

【主催：社団法人 全日本病院協会・財団法人 日本医療教育財団】
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 合格者に付与する称号 ドクターズクラーク
- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。

- 受験料 8,000円
- 試験日 年6回(5月・7月・9月・11月・1月・3月)
- 試験科目 <学科> 医師事務作業補助知識 <実技> 医療文書作成

●試験の詳細資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

(財)日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-2-10-1923
●03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

医療施設「災害・事故発生時の事業継続計画」策定率は8.4%

事業継続に関する実態調査 福祉施設はわずか1.6%。医療施設の3/4が「事業継続計画」を認識せず

内閣府(防災担当)が7月14日に公表した「特定分野における事業継続に関する実態調査」の結果によると、医療分野で事業継続計画を「策定済・策定中」とした施設・法人は8.4%に過ぎず、「策定予定あり」(8.3%)を加えても2割以下にとどまっていることが分かった。

事業継続計画を知らないと答えた施設・法人は73.4%にのぼっている。

「事業継続計画(BCP)」とは、災害・事故発生時の事業中断を最小限にとどめ、事業の継続に必要な対応策をまとめたもので、「緊急時企業存続計画」とも称されている。

先行する欧米では、事業組織が負う社会的責任の1つとして重視されており、事業継続への取り組みを持続するマネジメント(BCM)を国際規格にするための準備がISO(国際標準化機構)で進む一方、ISO認証機関において、その認証が始まっている。

政府では、内閣府が2005年10月に「事業継続ガイドライン第1版」を公表、06年2月には中小企業庁が「中小企業BCP策定運用指針」を公表している。

行政組織においても、「内閣府本府業務継続計画」(08年7月)を筆頭に策定が進

んでいるが、静岡県など都道府県レベルにおいても策定支援が始められている。

しかし、08年1月の内閣府調査から、わが国における事業継続計画の策定率は、大企業で約2割、中堅企業では約1割と少ないことが判明した。

そこで内閣府(防災担当)は、「地震防災と事業継続」の観点から国民の関心が高いと思われる事業主体を選んでアンケート調査を、今年2月～3月に実施したもの。

医療分野については603施設・法人に調査票を送付、事業者団体を含む252施設・法人から回答を得た(回答率41.8%)。

医療施設等で事業継続計画を「策定済・策定中」とした施設・法人は8.4%と少なかったが、福祉関係の施設・法人は1.6%と極端に少ない。これに対して、銀行等金融機関は54.6%、証券会社は86.8%、もっとも少なかった鉄道会社でも15.6%と医療を上回っている。

事業継続計画を「策定済・策定中・策定予定」の法人等に策定動機をたずねたところ、医療分野でもっとも多かったのは「災害対策基本法、消防法等の法令・規制上の要求から」(61.9%)で、次いで「企業の社会的責任、情報提供

活動の観点から」(54.8%)、「過去の災害、事故の経験から」(23.8%)の順。

「国や地方自治体、業界団体のガイドライン等を見て」というのも19.0%あった。

内閣府(防災担当)は現在、「事業継続

計画策定促進方策に関する検討会」を設置して、事業継続ガイドラインの改定と事業継続計画策定を促進する施策の検討を進めており、中間報告の取りまとめに入っている。

事業継続計画の意義を再確認すべき。行政には資源確保が求められる 飯田修平常任理事

内閣府が今年3月に実施した「特定分野における事業継続に関する実態調査結果」の報告が公表されたが、医療施設、福祉施設の対応は他分野に比べると遅れていることが判明した。我々は、事業継続計画(BCP: Business Continuity Plan)の意義を再確認しなければならない。

だが、BCP策定を進める上で、解決されるべき問題もある。

例えば、内閣府のガイドラインに図示された、操業度の許容限度と許容期間、現状の予想復旧曲線、BCP実践後の復旧曲線は如何に設定すべきかなども、そのひとつだ。

実際に活かせるためには、リスクの対象、災害発生地域、範囲、規模、

程度、被害の程度等々毎にBCP策定が必要となるが、復旧および事業継続の為の資源確保が不明確では、形式的なBCPに終わってしまう。

今回の新型インフルエンザ対策において「行動計画」「ガイドライン」が策定されたが、直ちに改定された経緯がその良い事例である。想定と実際とが異なり、計画もガイドラインも役に立たなかった。また、医療機関への資源投入は無きに等しかった。

BCPを策定しても、竹槍で突撃する内容では意味がない。個々の医療機関の問題ではなく、国、自治体として実用に耐える対策を求めたいものである。

支部からの報告

佐藤医療課長が講演 近畿ブロック研修会—充実した交流会



大阪府支部通信委員
支部長 白山鴻鍵



全日本病院協会是小澤凱夫先生を会長として昭和35年4月、大阪の地で発足、創立された歴史的な背景もあり、常に責任を感じております。最近の医療情勢は変化が激しく戸惑うばかりで、会の運営に困惑しております。会員が最も求めているのは、直接医療に結びつく新しい情報ではないかと思えます。

去る6月27日に開催された近畿ブロック研修会には、講師に厚労省の佐藤

敏信医療課長を招き、「医療提供と課題」の演題のもと、最新情報を盛り込んだ貴重な話をされ、会員一同多大な感銘を受けました。

講演後の茶話会の際には、西澤寛俊会長を初め、佐藤課長、吉田静雄監事、宮芳久顧問、辻尚司顧問、日野頌三理事、加納繁照理事、川崎晃代議員の参加のもと、大阪府、兵庫県、京都府、奈良県、和歌山県、岡山県の会員41人が出席しました。

研修会の講演が済んだ後に講師と膝を交え、談笑の中で長時間、質疑応答がなされたことは余り例がなく、初めての試みとして大変有意義なものでありました。

この会の後で退会を撤回した病院もあり、主催者としても感謝しています。今回の研修会開催に際し、ご協力下さった大阪府私立病院協会を始め、近畿各支部の方々に感謝申し上げる次第です。

2009年度第4回常任理事会の詳細 7月18日

【主な協議事項】

●人間ドック実施指定施設指定料・更新料の改定

本会会員病院が人間ドック実施指定施設に指定される際に納める指定料の引き上げと3年毎の更新時に要する更新料の新設が承認を得た。

●「病院機能評価受審支援相談事業」に関するアンケート調査

「病院機能評価受審支援相談事業」利用会員病院を対象にした調査の実施が承認された。

●2010年度税制改正要望事項

医療制度・税制委員会がまとめた「2010年度税制改正要望事項」が承認された。

●2009年度老人保健健康増進等事業

「2009年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)事業」として、本会および日本慢性期医療協会による「認知症を持つ要介護高齢者への適切な医療・ケア体制の構築に関する調査研究事業」

が採択され、当該調査研究事業の実施が承認された。

●官民人材交流センターとの協力関係構築について

内閣府の下に設置された官民人材交流センターに関する情報案内を本会ホームページ掲載することが決まった。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の4名の入会が承認された。

静岡県 西伊豆病院 院長 仲田和正
滋賀県 甲南病院 理事長 古倉みのり
宮崎県 南部病院 院長 八尋克三

退会が2名あった結果、在籍会員数は2,270名となった。

●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

以下のとおり人間ドック実施施設指定の申請が承認された。

◎日帰り人間ドック
千葉県 柏厚生クリニック

日帰り人間ドック実施指定は489施設となった。

シリーズ／個人情報保護に関するQ&A～実際の事例から学ぶ～ 第5回

編集●個人情報保護担当委員会 *数回にわたり毎月15日号に掲載します。

病院職員が家族に患者の話題。その患者との挨拶から情報漏えいが知られる

個人情報保護担当委員会では会員病院から種々の相談を受ける。そこで、各施設が実際に体験した事例から、他の参考になるように施設条件などを具体的に明らかにした対応事例を場面別に整理、「個人情報保護に関するQ&A～実際の事例から学ぶ～」と題したシリーズとして、『全日病ニュース』に連載することで要望に応えることにした。

第5回目は病院職員が家族にした患者の話題が、偶然のことから、知人である当該患者に知られることになり、患者から抗議を受けたという事例を紹介する。(個人情報保護担当委員会特別委員 坂本憲枝)

個人情報保護にかかわる対応事例 その5

Q 病院職員が家族にした患者の話題が、偶然、その患者に知られることになり、抗議を受けた。

●事例

通院している患者から、「近所に住んでいる病院職員の家族から『お身体は大丈夫ですか?』と尋ねられた。病院職員は、例え家族であっても、患者の個人情報を話してはいけないのではないか」と、病院の受付窓口で苦情があ

った。

●病院の対応

受付の医事課職員がその場で謝罪し、事実確認をする旨伝えた。事実確認をしたところ、外来の看護助手が、その患者とたまたま院内で出会ったことを軽い気持ちで家族に話し、それを

聞いた職員の家族が、あいさつのつもりで、その患者に大丈夫ですかと話しかけたことが判明した。

A 個人情報保護担当委員会の見解

患者にとって病院に通院している事実を、第三者が知っていることは大変心外なことです。人に知られたくない病気で通院している患者だけではなく、自分が通院しているという事実が漏れたこと自体が気持ちの良いものではありません。

病院職員が院内で、たまたま近所の人と出会って挨拶を交わしたということだけを何気なく家族に話したことが発端ですが、病院職員が家族に話したという事実が問題です。

「何気なく、軽い気持ち」で患者の個人情報を第三者に話すことは、職務上、知り得たことの守秘義務違反になります。同時に、「病院職員から個人情報漏れた」ということで病院への信頼

あらためて、医事課長が患者に丁寧に謝罪し、今後は厳重に注意する旨を伝え、該当職員には厳しく注意した。

を失うことにもなります。

病院には、医師、看護師、事務員、清掃などの委託業者やボランティアの方々など、多くの人々が働いています。その多くが地域の方で、患者と顔見知りであることが多く、十分に注意していても情報が漏れやすくなることがあります。

多くの病院の就業規則では「職務上知りえた事実を漏らしてはいけない」と規定されていますが、これは退職後も適用されます。

守秘義務は、個人情報保護法だけでなく各種の法律でも規定され、違反した場合は刑罰の対象になりますので、職員には十分周知徹底する必要があります。

「調査報告書は警察に渡さない」

日病協・死因究明制度WG 民主党が説明。異状死届出義務は見直す。業務上過失致死傷罪の改正も視野

日本病院団体協議会(日病協)の「診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ」(座長・深尾立千葉労災病院長=労働者健康福祉機構)は、8月4日の会合に民主党の足立信也参議院議員を招いて、政府の医療安全調査委員会に対抗して同党がまとめた法案の考え方を聞いた。

「死因究明制度等に係るWG」は4月の日病協代表者会議で設置が決まったもので、同日が3回目となる。会合には、オブザーバーとして、厚生省の医療安全推進室長に7月に就任した佐々木昌弘氏も同席した。

足立議員は、民主党がまとめた診療関連の死因究明制度に関する考え方について、「医療の納得・安全促進法案」および「医療事故等による死亡等(高度障害等含む)の原因究明制度」と題した2つの文書を提示するとともに、

死因究明の流れを図解で説明した。

民主党案の基本は、医療事故は医療機関内の事故調査委員会による調査をベースとし、厚生労働大臣が指定した事故等分析事業を行なう機関に報告書の提出を義務づける。一定規模以上の病院には、政令で定める事故が発生した場合に、患者・遺族に事故調査委員会の調査報告をもって説明する義務を課す、というもの。

これによっても事実関係の解明・納得が得られない場合は、患者側・医療

機関側とも都道府県の医療安全支援センターに調査を依頼することができ、同センターは調査チームを結成して調査を行なうが、その報告書にもとづいて第三者ADR機関の紹介を得ることができる。

民主党の死因究明制度案には、刑事捜査との関係が出てこない。それは、「そもそも調査チームの報告書を警察に渡すことはしない」(足立議員)という原則に立っており、死因究明のプロセスに刑事捜査との関係は生じないからと説明している。

医師法21条については、死亡診断書、検案書、死産証書の定義を明確化した上で、それらが交付できない事案に限って「警察への届け出義務」を課すが、

「届出義務違反に罰則は設けない」としている。

これに関連して、足立議員は、異状死の届出を受けて警察が死因究明捜査を行なうためには「医療関連死以外の死因究明を取り扱う法律が必要」という認識を表わした。

さらに、前出死因究明法などで医療関連死を厳密に定義することによって、刑法211条に、業務上過失致死傷罪の適用外として医療関連死を位置づけることが可能となると主張。

「医療関連死以外の死因究明法の成立、刑法211条の改正、医療の納得・安全促進法の制定という3セットを実現しなければならない」と強調した。

同日の「死因究明制度等に係るWG」は、さらに、外国の法と制度についても検討した。

今後も数回会合を重ね、司法当局と共に、航空・鉄道事故調査委員会についても実情聴取を試みる方針だ。

民主党「医療の納得・安全促進法案」の骨子(死因究明にかかわる部分を中心に要約)

●医療法改正事項

- ・病院、診療所、助産所の管理者は医療安全管理委員会を設置しなければならない。
- ・政令で定める病院の医療安全管理委員会は政令で定める事故が発生したときに事故調査委員会を設け、その調査報告をもって患者・遺族に説明する。
- ・都道府県は医療安全支援センターを

設置し、患者・遺族または医療機関の依頼にもとづいて医療事故の原因調査を行ない、患者・遺族または医療機関に報告する。

- ・病院、診療所、助産所の管理者は、前出の医療事故、あるいは、政令で定める、医療提供過程で患者に被害が生じる恐れがあったと認められる各事案について、別定期限内に厚生労働大臣が

指定した事故等分析事業を行なう機関に報告書を提出しなければならない。

- ・事故等分析事業において、①事故にかかわる情報・資料の収集・分析と科学的な調査研究、②それらの結果・成果の医療機関や厚生労働大臣等への提供、③事故等の再発防止に関する提言を行なう。

●医師法改正事項

- ・医師は、あらかじめ説明した内容と

異なる診療もしくは適切に診療が行われなかった場合には、さらに、患者が死亡した場合には、その事実と経緯等当該患者・家族もしくは遺族に知らせるべき事項を、速やかに、適切な方法で説明しなければならない。

- ・医師法21条の、死体等に異状がある場合の警察への届け出義務の規定は削除する。

医療事故等による死亡等(高度障害等含む)の原因究明制度(要約) 民主党

患者・家族(遺族を含む)の意思や思いを最大限尊重しつつ、もっとも効果的に死因・経過を究明する制度を創設する。

院内事故調査委員会による調査が一義的という考えに立つが、患者・家族が院外機関による調査を望む場合は、公的機関が依頼を受けて調査チームを結成し、調査に当たらせる。さらに、その調査結果を受けて紛争解決を行なう事業者の紹介も行なう。

国及び地方自治体はこれらの制度のための財政措置を行なう。

再発防止に関しては、別途民間団体を指定し、広く事故情報を収集させ、分析・再発防止策の策定に当たらせる。

1. 死亡診断(略)
2. 医療機関の対応・義務

- ・医療事故等の可能性がある場合に院内に事故調査委員会を設置しなければならない。(中小病院や診療所が共同で設置することも含む)
- ・医療対話仲介者(メディエーター)を設置する。

3. 院内事故調査委員会の調査・報告

- ・事故調査委員会は調査報告書をまとめ、患者・家族へ説明・報告しなければならない。

4. 医療安全支援センターへの届出、調査・報告、紹介・紛争解決

- ・各都道府県に「医療事故に関する科学的原因究明委員会(仮称)」を設置し、届出先としては医療安全支援センターを活用する。

- ・患者家族が調査報告に納得できない場合または医療機関が必要と判断した場合に、医療安全支援センターへ届け出て、調査を依頼することができる。原因究明委員会が選任した調査員によるチームが調査を行ない、患者・家族および医療機関に報告する。

- ・患者家族または医療機関は医療安全支援センターへ届け出て、第三者ADR機関の紹介を依頼することができる。

- 5. 死亡時における医師の対応を法的に明確にする
- ・医師は、診療中の患者の死亡原因が診療に係る傷病に関連したもの(診療に関連した者を含

む=次項も同様)であるとき、死亡診断書を交付する。

- ・医師は、死亡した者が診療中の患者以外のものであった場合または診療中の患者であった場合(前項の場合を除く)、当該死亡の原因を特定することができるときに、死体検案書を交付する。

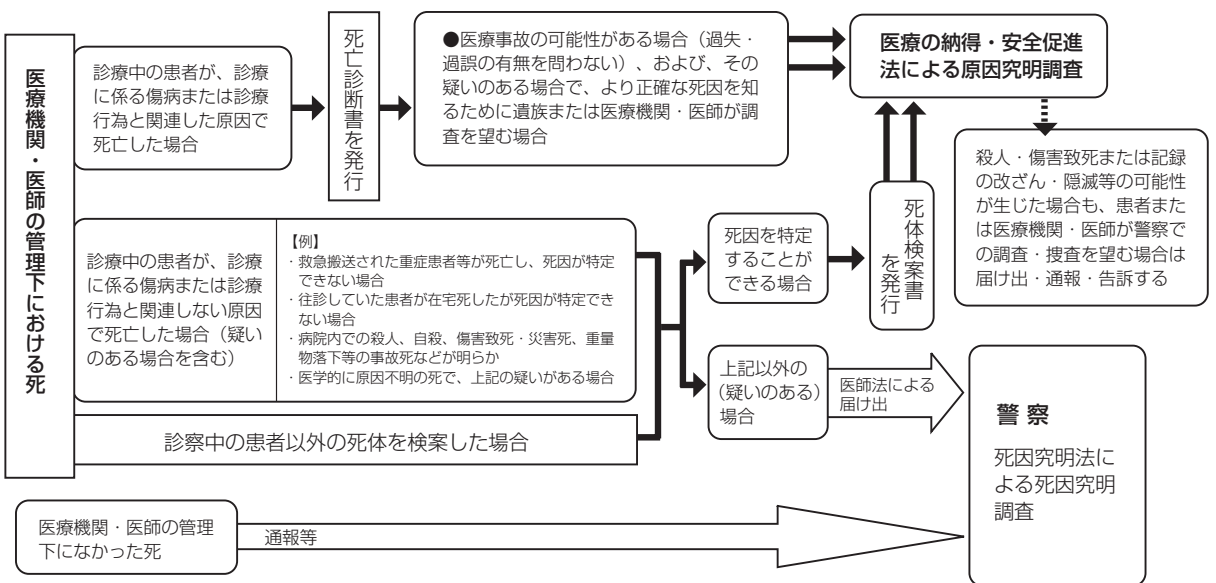
- ・医師は、診療中の患者が死亡した場合、死体または妊娠4月以上の死産児を検案した場合で、死亡診断書・死体検

案書を交付できないときは、死因究明法における非自然死体として24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

6. 中長期的課題

医療者による自律的処罰制度の進捗状況等を勘案しつつ、刑法における故意罪と過失罪のあり方や業務上過失致死傷罪などについて諸外国の法制度を参考に検討し、必要があれば見直す。

■死因究明の流れ



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 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) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588