



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病 2014

# 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.835 2014/11/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 厚労省「病院・診療所の訪問看護報酬を引き上げる」

### 2015年度介護報酬改定 病院・診療所訪問看護の減少に歯止め。訪問リハ評価体系の再編も視野

10月22日の介護給付費分科会に、事務局(厚労省老健局老人保健課)は、2015年度介護報酬改定で病院・診療所による訪問看護の報酬を引き上げる方針を示した。訪問看護を実施している病院・診療所が年々減少している事実、急遽対策を迫られたもの。

分科会で、迫井正深老人保健課長は、「地域包括ケアという観点からも、病院と診療所には一定程度、訪問看護を提供していただく必要がある。減少傾向に歯止めをかけた」と説明した。(4面に関連記事)

地域包括ケア体制を構築していく上で、介護保険で提供される訪問看護はきわめて重要な役割を担っている。

しかし、事務局が示した資料によると、訪問看護の利用者数は02年の22.2万人から14年の35.5万人(いずれも4月審査分)に増加しているが、同じ期間の訪問看護事業所数の推移をみると、訪問看護ステーションは1,056から5,405に増えたものの、病院・診療所の訪問看護(請求事業所数)は3,874から1,687へと大きく減少している。

この間、介護報酬と診療報酬は訪問看護ステーションの育成強化に努めてきたが、実は、その過程で、病院・診療所の訪問看護部門が弱体化するという逆行現象が生じていたのだ。

病院・診療所が訪問看護から撤退していく背景には、報酬上の格差、看護師の不足など様々な要因があるが、少なくとも現にある病院・診療所の訪問看護に報酬面からテコ入れし、これ以上の減少を阻止、さらには底上げを図りたいというのが、厚労省の本音である。

15年度介護報酬改定における「訪問看護の報酬・基準見直し案」として、事務局が示した方針(別掲)は、(1)訪問看護ステーションの在宅中重度者を支える対応体制を評価する、(2)病院・診療所からの訪問看護の報酬単価を増額する、(3)訪問リハについて、訪看ステーションと訪問リハ事業所の評価の見直しも含めた再整理、の3点からなる。

(1)は、緊急時訪問看護加算、特別

管理加算、ターミナルケア加算のいずれも一定以上の算定実績等をもつ、在宅中重度要介護者の医療ニーズに重点的な対応体制をしいている訪問看護ステーションを評価する(新たな加算を設ける)というもの。14年度診療報酬改定で新設された「機能強化型訪問看護ステーション」に対応する措置だ。

(3)は、訪問看護ステーションと病院等訪問看護事業の訪問リハの評価体系を再編を含めて見直すというものだが、その方向性について、事務局は「今後の通所リハと訪問リハに関する議論にあわせて、これらも整理してはどうか」と提案した。

生活期リハについては、現在、「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」で、今回改定に向けて、その充実化を図る具体策が議論されている。

その検討課題には、①廃用症候群への早期対応、②居宅サービスの一体的・総合的提供とその評価、③通所と訪問の連携や他のサービス事業所間・専門職間の連携、があげられている。

この議論を先取りし、事務局は、8月27日の介護給付費分科会に、通所介護の重度者対応機能と心身機能訓練を強化して地域連携拠点化していく中で、看護やリハの専門職については「他事業所との連携等による人員配置の見直しも必要」とする考えを表明するとともに、「訪問系サービスと通所系サービスの一体的・総合的な機能分類と評価体系」の必要性を提起している。

委員からは、「通所介護と医療機関を含む訪問看護の連携」「既存の事業所同士の連携強化に加えて複合化した多機能一体型の創設」「居宅施設と訪問看護事業所の委託契約」「自施設利用者に対する訪問看護を通所介護が行えるようにする」などの検討を求める意見が示された。

こうした、在宅の中重度要介護者を支援するリハを地域という面展開の中に位置づける上で、訪問リハの評価体系を再編・見直すとともに、病院・診療所の訪問リハを増点して底上げを図るのが、訪問リハに対する厚労省の15年度介護報酬改定の方針である。

### 介護給付費分科会「訪問看護の報酬・基準(案)」10月22日

#### 論点1 在宅中重度者を支える訪問看護ステーションの対応体制の評価について

在宅での中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズに対応する訪問看護ステーションの体制を評価してはどうか。

#### 対応

・在宅での中重度要介護者の療養生活を継続するための支援を更に強化する観点から、医療ニーズに対応したサービス提供体制の評価を行うため、新たに加算を設ける。

・在宅中重度要介護者の医療ニーズに対して、以下のような重点的対応を実施している体制を評価する。

電話等により常時対応できる体制や緊急時に訪問看護を行う体制(緊急時訪問看護加算)、特別な管理を必要とする利用者に対して計画的な管理を行う体制(特別管理加算)、在宅での死亡まで看護を提供する体制(ターミナルケア加算)のいずれも一定割合以上の算定実績等があること。

#### 論点2 病院・診療所からの訪問看護の報酬算定の見直しについて

将来的な訪問看護従事者の増員を図るべく、病院又は診療所からの訪問看護供給量の拡大を促し、同時に病院看護職に対するOJT(訪問看護への従事)による訪問看護職の育成を推進するため、病院又は

診療所からの訪問看護の報酬の見直しを行ってはどうか。

#### 対応

病院・診療所の訪問看護の報酬単価を増額する。

#### 論点3 訪問看護ステーションにおけるリハの見直しについて

訪問リハについて、訪問看護ステーションと訪問リハ事業所との評価に、見直しも含めた再整理が必要ではないか。

#### 対応

今後の通所リハと訪問リハに関する議論にあわせて、これらも整理してはどうか。



## 紹介なし大病院受診の定額負担を議論

医療保険部会 委員は概ね導入を支持、しかし具体案で意見分かれる

10月15日の社保審医療保険部会は「療養の範囲の適正化・負担の公平の確保」をテーマに取り上げた。事務局(厚労省保険局総務課)は、紹介なしで大病院を受診する場合の患者負担に関する具体的な論点を提示した。

論点は、(1)定額負担を求める保険医療機関(大病院)の範囲、(2)初診だけでなく再診も対象とするか、また、定額負担の額をどうするか、(3)定額負担を求めない(求める)患者・ケースはどういうものか、(4)「療養の給付の費用の額」と定額負担との関係はどうするか、の4点からなる。

対象病院に関しては「病院機能」と「病床数」という2つの分類を例示。前者は、①特定機能病院(86病院)、②地域医療支援病院(439病院)、③DPC病院(I群80病院、II群99病院、III群1,406病院)が、後者は、④500床以上(450病

院)、⑤200床以上(2,656病院)という区分けが考えられるとした。

定額負担の額としては、①初再診料相当額から一部負担金相当額を控除した額、②外来における平均的な費用などを勘案した額(例えば5,000円、10,000円など)の2案を例示。

定額負担を求めない患者に関しては、①初再診共通で「緊急の場合(救急患者等)および「その他やむを得ない場合」、さらに、②再診においては「他の医療機関に文書による紹介を行なう旨の申し出を医師から受けていない場合」と「その他これに類する場合」が、いずれも該当するとする考えを提示した。

また、定額負担と「療養の給付の費用の額」の関係について、事務局は以下の3通りの考え方を提示した。

●パターン1 一部負担金を除く初再診料を定額負担とする(初再診料に限

て定額負担を課し、その7割給付分を定額負担とする。つまり初再診は0割給付となる)。「定額負担の額として、患者の受診行動に与える効果が少ないか」という点が論点にあげられる。

●パターン2 保険給付の範囲内で一部負担金(3割)に加えて定額負担を求める(この場合、例えば定額負担を5,000円とすると、初再診時医療費の給付分(7割)の範囲内であれば定額負担として5,000円を徴収する(残りは給付)が、それを上回るときは7割相当額までを定額負担として徴収する)。「窓口の事務が煩雑化する」点が論点にあげられる。

●パターン3 「療養の給付の費用の額」に上乗せして定額負担を求める(したがって初再診時の医療費に定額負担を加えた額をもって「療養の給付」とする)。「定額負担が医療費の総額を膨らませることの合理的な説明が困難」という点が論点にあげられる。

この日の議論では、新たな定額負担の導入に一部の委員から慎重論が示されたが、強い反対意見は出ず、多くの

委員はパターン2を支持する意見を表明した。額は5,000円という声がある一方で、1万円とする意見も多く出た。

対象病院でも意見が分かれるなど、方向性を詰めるにはいたらなかった。

同日の部会は入院時食事療養費と入院時生活療養費の見直しについても検討した。

事務局は「見直してはどうか。その場合に、低所得者等どのような者に対する配慮が必要か」と抽象的な論点にとどめたが、今後は、現行の入院時食事療養費(食材費のみ)を、入院時生活療養費の食費と同様、食材費に調理費を加えた負担とした上で、いずれについても額を引き上げる方向の見直しを提案してくるものとみられる。

その場合に、見直しの対象を一般病床まで広げるか、さらには、入院時生活療養の適用を療養病床の65歳未満患者にまで拡大するか、今後の議論が目ざれるところだ。

「清話抄」は3面に掲載しました。



# 主張

## 2015年版 全日病は「病院のあり方報告書」で2025年の医療・介護を提言する

2025年に向けた医療・介護供給体制の改革が本格化しつつある。この10月、医療介護一括法の柱の一つである病床機能報告制度がスタートした。その報告に基づき、来年4月から各都道府県で地域医療構想が策定される。

全日病では、来るべき変革に備え、できる限りの取り組みを進めていく。まず、病院のあり方委員会は、4年ぶりの改訂となる「病院のあり方報告書」2015年版の執筆に着手した。

「2025年の日本を想定した報告書」と銘打ち、医療の質、医療・介護提供体制、医療圏、医療従事者、医療費、

診療報酬体系と介護報酬体系、病院における情報化の意義と業務革新、産業としての医療の各テーマを取り上げ、持続可能な医療・介護制度に向けた提言をまとめたと考えている。

次に、急性期後の病床への対応である。2014年度診療報酬改定で7対1を中心とした急性期病床の絞り込みがなされる中、在宅復帰につながる急性期後の病床の意義がますます高まっている。

全日病は長年、急性期で治療後の患者、在宅療養中の患者、介護施設入居者等を対象に地域包括ケアを推進

する「地域一般病棟」を提唱してきたが、先の診療報酬改定における「地域包括ケア病棟」として結実した。

慢性期に関しては、将来性に不安のある25対1療養病床、特定疾患病棟、障害者施設、介護療養病床についての実態把握を進めている。引き続き、急性期(DPC)検討、地域包括ケア病棟検討、慢性期検討の3つのプロジェクトチームによって、会員病院が直面する課題の解決策を研修会を通して発信していく。

2025年に向けた国策が地域包括ケアシステムの構築にあることは明白で

ある。全日病として、国に先駆けて、地域包括ケアシステムのクリニカルインディケータを作成したらどうだろうか。

例えば、ストラクチャー評価指標は在宅医療・訪問看護利用者数、介護サービス利用者数等、プロセス評価指標は地域ケア会議の運営状況、独居者の見守り体制等、アウトカム評価指標は医療介護連携率、地域の在宅復帰率、在宅看取り率等が考えられる。

地域包括ケアを支えるのは全日病の会員病院しかないという矜持を常に持っていたいと思う。(A)

## 厚生労働省「まち・ひと・しごと創生政策検討推進本部」を設置

地方再生へ地方厚生局が施策を提案。「外国人による介護・看護の人材養成」も

厚生労働省は省内に「まち・ひと・しごと創生政策検討推進本部」を設置し、10月23日に第1回会合を開いた。

同省は7月に厚生労働事務次官を主査とした「まち・ひと・しごと創生政策検討チーム」を設置していたが、政府が関係大臣からなる「まち・ひと・しごと創生本部」を9月3日に設けたことを受け、10月23日付で、塩崎厚生労働大臣を本部長とし、副大臣、大臣政務官、大臣補佐官をそれぞれ本部長代行、代理、補佐に据え、その下に政策統括官(主査)と関係局長等を構成員に配した、政治家主導の体制に改組したもの。

抜本的な少子高齢化対策とともに、若者の東京への流出を止め、それぞれの地域で若い世代が職業と家族を得て、次世代へと豊かな暮らしをつないでいく「地方創生」に向けた施策を、政府の創生本部と連携して検討することが設置の目的だ。

第1回会合は政府の創生本部で策定

が進む人口減少克服・地方再生に向けた長期ビジョンと5ヵ年の総合戦略の論点を確認するとともに、厚労省における施策検討の状況を報告しあつた。

総合戦略の論点には、「医療福祉を含む個別産業の基盤強化」と「大都市圏における高齢者医療・介護対策の見直し」があげられている。

一方、厚労省による「地方創生・人口減少克服に向けた対策」は、大きく「しごとづくり」「ひとづくり」「まちづくり」からなり、そのうちの「まちづくり」に関しては、以下の3本柱を掲げている。

- (1) 人口減少に応じた福祉のまちづくり(多世代交流・多機能型の生活サービス支援の推進)
- (2) 医療・介護の総合的な確保の推進(地域医療構想の策定、地域包括ケアシステムの構築、地域の医療介護人材の確保、情報連携の推進 等)
- (3) 高齢社会に対応した医療保険制度改革(国保改革=財政支援の拡充、財政

運営の都道府県移行等 等)

こうした施策の具体化に向け、厚労省は9月8日に同省として取り組むべき課題や対策を報告するよう各地方厚生(支)局長へ要請したところ、約40件の提案が提出され、その概要が第1回会合に報告された。

提案のうち、医療・介護に関係するものは以下のとおりだ。

- ・北海道における医療観光の推進(北海道)
- ・介護職員等に対する「喀痰吸引等」の

研修の普及による在宅医療の充実(関東)・特定健診データを活用した健康的なまちづくり(関東)

・外国人による介護・看護の人材養成(四国)

・高齢化社会における安全・安心な地域医療の提供(九州)

・地域包括ケアのための総合情報拠点の整備(九州)

推進本部は、各提案を関係部局に提供して具体的な検討を求める方針を確認した。

## 厚労省 14年度基金の額を各都道府県に内示

厚生労働省は、消費税増税分等を投入した新たな基金(地域医療介護総合確保基金)の2014年度の配分額を10月17日付で各都道府県に内示した。内示額は11月中旬に決定される。

14年度の基金規模は903.7億円。その2/3にあたる602.4億円を国がもつこと

になり、都道府県ごとに、基金額とその内数となる国費の額が内示された。

基金額は、東京都77.3億円、大阪府49.5億円、兵庫県39.4億円、神奈川県38.5億円、北海道37.3億円が上位5県。一方、高知県と佐賀県はそれぞれ8.0億円と最小の基金規模となった。

## 最高裁 妊娠理由の降格は男女雇用機会均等法違反と判断

元病院職員の上告に一番・二審へ差し戻しの判決。「不利益」に当たらない基準も明示

広島市の病院に勤務していた女性が妊娠を理由に降格させられたのは不当だと訴えた裁判の判決で、最高裁は10月23日、女性側の敗訴とした一番・二審判決を破棄し、審理を広島高裁に差し戻した。

判決の主旨は「妊娠や出産を理由にした降格は、女性の自由な意思に基づく承諾があったと客観的に認められる場合や、円滑な業務運営などに支障があり、降格させても女性の不利益にならないような特段な事情がある場合を除いて違法」というもの。

男女雇用機会均等法は「妊娠などを理由に女性労働者に対して解雇その他不利益な取扱いをしてはならない」としている。今回の差し戻し判決は妊娠や出産を理由にした降格に対する初めての最高裁判断となった。

一番・二審の判決等によると、理学療法士として広島市の生協病院に勤めていた女性は管理職の副主任に昇格後、妊娠したため負担の軽い部署への異動を希望したが、異動先は3人からなる部署であることに加えてすでに主任がいることなどから、病院は異動後に打

診の上で副主任の職を解いた結果、女性は月9,500円の手当を失った。

産休があけて職場に復帰したところ管理職への再登用がないことなどから、女性は管理職手当の賠償などを求めて10年に病院開設者を提訴、その後退職した。

妊娠に伴う降格が「不利益な取扱い」にあたるかが争点となっていたが、病院側は「(降格は)本人の同意を得ていた」と主張。一番の広島地裁は「病院側は同意を得たうえで事業主としての必要性に基づき、裁量権の範囲内で(降格を)行った」として請求を棄却、

二審の広島高裁も一審判決を支持した。

これに対して、最高裁の第一小法廷(桜井龍子裁判長)は「原告の女性は降格を承諾していたとはいえない」とみなし、裁判官全員が男女雇用機会均等法に違反すると判断した。

ただし、妊娠等にもなう降格をすべて「不利益な取扱い」とするのではなく、「本人の自由な意思に基づく承諾」と「特段の事情」がある場合は違法ではないという基準を示した。

判決の補足意見で、桜井裁判長は上告理由に該当していない育児休業から復帰した後の配置にも言及し、「妊娠中に就いた軽い業務での地位ではなく、もともとの地位との比較で(不利益な取扱いの判断を)行うべきである」と論じた。

## 厚労省 Q&Aで病床機能報告不提出の場合の罰則規定を明示

10月に施行された病床機能報告制度に対して、厚生労働省は同省HPに同制度のガイドページ(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>)を設けて報告方法などの告知に努めているが、10月9日に「よくあるご質問」と題したQ&Aを掲載した。Q&Aについて、同省は今後必要に応じて追加改訂を行なうとしている。

Q&Aの10月16日追加改訂版(病院・有床診療所共通)に、「報告を行わなかった場合、何らかの罰則があるのか」という質問を掲載、要旨以下の回答を示した。

「本年10月1日施行の改正医療法第30

条の12第5項と第6項、第75条の3に病床機能報告を行わなかった場合の規定がなされています。なお、期限(11月14日)までにご提出のない場合は、適宜督促がなされた上で、それでもご提出いただけない場合は、都道府県知事から提出命令がなされる場合があります(医療法第30条の12第5項)」

厚労省が指摘した改正医療法第30条の12と第75条の3の内容は以下のとおりだ。

### ●改正医療法

#### 第三十条の十二

5 都道府県知事は、病床機能報告対象病院等の管理者が第一項若しくは第二

項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該病床機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができる。

## 厚生労働省 省内横断の医療介護改革推進本部を設置

厚生労働省は10月10日付で、省内に、厚生労働大臣を本部長とし、副本部長に厚生労働事務次官、構成員に関係局長等を配した医療介護改革推進本部を設置した。

地域包括ケアシステムの構築と医療

6 都道府県知事は、前項の規定による命令をした場合において、その命令を受けた病床機能報告対象病院等の開設者がこれに従わなかったときは、その旨を公表することができる。

第75条の三 第三十条の十二第五項の規定による命令に違反した者は三十万円以下の過料に処する。

保険制度改革を進めるため、全省が一体となって、①改革に対する国民の理解を深める広報等の積極的展開、②医療保険制度改革に対する、地方自治体、経済界、医療関係者等の理解・協力の確保を図る、ことが目的。



# 中医協で議論開始。両側から承認期間の柔軟運用を望む声

患者申出療養制度(仮称) 規制改革会議は16年度施行の前倒しと協力病院の拡大を要請。厚労省は難色か

10月10日に開かれた規制改革会議は厚生労働省保険局の担当官を招き、「患者申出療養制度(仮称)」創設に向けた検討状況等をたずねるとともに、意見交換を行なった。その際、規制改革会議の委員からは、(1)同制度の施行時期を早めてほしい、(2)患者の申し出を受けて「患者申出療養」を実施する協力医療機関を増やしてほしいという声が多く示され、同会議としてあらためて厚労省に検討を申し入れた。

これに対して、厚労省は「要望として受け止め、検討させていただく」とし、正式な回答を控えた。

規制改革会議後の記者会見で、岡議長(住友商事相談役)は、「私どもが答申し、閣議決定された重要なポイントは“患者起点”、患者が申し出をしてスタートすることである。現在の評価療養と決定的に異なるもので、まさに新しい制度をつくってもらうということである」との所見を表わした。

規制改革会議が提案した「患者申出療養制度」は、その実施の判断を一定条件付きながら患者と医療機関(医師)に委ねていた当初案から、「申請された内容は、全国統一的な中立の専門家によって、安全性・有効性の確認や患者への不利益の有無について評価を受ける」と医療界の自律的介入を認める案に変わり、最終的には、実施計画の作成とその国による審査(前例のない診療の場合)を介在させる、現行の先進医療制度に模した制度とすることで厚労省との間に合意が成立した。

その結果、6月24日閣議決定の規制改革実施計画には、要旨次のように書き込まれた。

●「患者申出療養」として前例がある診療は、臨床研究中核病院もしくは患者に身近な医療機関が前例を扱った中核病院に申請。原則2週間で当該中核病院が判断し、受診可能とする。

●「患者申出療養」として前例がない診療は中核病院が国に申請、原則6週間で国が判断、受診可能とする。患者に身近な医療機関を最初から対応医療機

関(協力医療機関)として申請(共同研究)する場合は、その医療機関で受診可能とする。

●国は、新しい仕組みの施行までに、専門家の合議で安全性・有効性を確認する際の議論や運営のあり方を検討する。

●中核病院は15箇所限定せず、要件を満たせば追加する。中核病院の承認により対応医療機関を随時追加する。

この制度は「次期通常国会に関連法案の提出を目指す」ことで合意され、厚労省は2016年度施行を目指している。

## 厚労省 協力病院に「特定機能病院等」の基幹病院を想定か

「患者申出療養制度」は10月22日の中医協総会で審議が始まり、厚労省保険局医療課は別掲の論点を掲げた。

「規制改革実施計画」と基本的に同じであるが、「協力医療機関」に関して、厚労省の考えは「リスクが高い診療は中核病院」とし、「中程度の診療は中核病院及び特定機能病院等」としている点で、規制改革会議と微妙に違っている。

厚労省は、身近な医療機関よりも中核病院に患者が直接出向いて申し出るケースを否定していない。したがって、患者が中核病院に集中する可能性があるが、身近な医療機関のやみくもな拡大には慎重で、中核病院以外は特定機能病院等の基幹病院を想定している。

中医協総会で、診療側中川委員(日医副会長)は「この仕組みは対象医療機関が拡大するのでもいいことだと思う」と「患者申出療養制度」を肯定する一方、

「身近な医療機関は都道府県に少なくとも1つはほしい」と発言、厚労省の考えに同調することを示唆した。

その中川委員は、「この制度の本質は、患者が説明を納得してその利用を申し出るとい患者起点にある」と述べ、規制改革会議の岡議長と同じ認識を示した。

その一方、論点で「実施可能な医療機関の類型に応じて中核病院が個別に判断する」とされた協力医療機関については、「申し出た医療機関が実施可能であるか否か、技術ごとに、国もしくは中核病院が判断するべきではないか」と発言。協力医療機関が中核病院との連携関係で安易に決まることがないような仕組みを求めた。

中川委員は、また、前例のない診療は「国が中核病院の申請から6週間で判断する」、前例のある診療は「中核

10月10日の規制改革会議の厚労省に対する申し入れは、同制度施行の前倒しと「患者に身近な協力医療機関に(難しい)要件を設けないようにすべし」という2点だ。前者の判断は社保審医療保険部会、後者は中医協の範疇となる。次期通常国会に向けた健保法等改正の準備期間はほとんどなく、中医協と医療保険部会の検討も並行作業となることが避けられない。

厚労省は前倒しに否定的だが、協力医療機関の要件緩和にも慎重な構えだ。

病院が実施希望医療機関の申請から2週間で判断する」としている点を、「6週間や2週間にこだわる必要はない。安全の確保こそ重要である」と批判。

患者の申し出から実施までの時間をできるだけ短くするこの制度に対しては、支払・診療両側から、「6週間を守るあまり審査が甘くならないか」「(先進医療の6ヵ月、最先端医療迅速評価制度の3ヵ月に対して6週間で承認が出るために)中核病院や製薬企業が患者の背中を押すことにならないか」など、“患者起点”が“患者不在”の制度に転じる可能性に懸念を示す声があがった。

中医協と規制改革会議は「患者申出療養制度」の創設を支持する点で一致しているが、その最大の意義である“患者起点”の捉え方で、安全優先の立場に立つ中医協と迅速を旨とする規制改革会議との間に大きな違いがある。

### 中医協総会「患者申出療養(仮称)の運用に係る論点」(要旨) 10月22日

#### ①申請の対象となる医療

- ・申請の対象は限定せず、一定の安全性・有効性が認められた場合に認めてはどうか。
- ・保険収載の見込みがないものは対象外としてはどうか。
- ・現行評価療養の対象とならない、先進医療の実施計画(適格基準)対象外の患者に対する医療も対象としてはどうか。

#### ②協力医療機関

- ・予め医療の内容に応じて実施可能な医療機関の類

型を設定し、それを参考に臨床研究中核病院が個別に判断してはどうか。

- ・具体的には、例えば、リスクが高いものは臨床研究中核病院のみで可能とし、リスクが中程度のものは臨床研究中核病院や特定機能病院等で可能という類型はどうか。
- ・臨床研究中核病院は医療機関の申請を受けてから原則2週間で判断を行なう。

#### ③申請手続

・患者からの申出を臨床研究中核病院が受けた場合は必要な書類を揃えて国に申請する。

・患者が臨床研究中核病院以外の病院等に申し出た場合は、臨床研究中核病院から国に共同研究の申請を行なう。

#### ④国における審査

・「患者申出療養会議(仮称)」を新設し、持ち回り審議も活用し、臨床研究中核病院の申請から原則6週間で判断する。

## 中医協総会 入院分科会の14年度調査実施案を承認

再生医療製品に最先端医療迅速評価制度。薬事も条件・期限付の早期承認

10月22日の中医協総会は、日本再生医療学会や日本製薬団体連合会など4団体を招いて、再生医療製品の保険適用に関する意見聴取を行なった。4団体とも「再生医療等製品事業の活性化に向けて、条件・期限付の薬事承認を取得して市販する段階から、保険適用とすることが適当」と、再生医療を推進する新しい制度的枠組みを求めた。

再生医療に関しては、制度的枠組みとして再生医療推進法が制定され、昨年施行されている。さらに、再生医療等提供の手続きなどを定めた再生医療等安全性確保法と再生医療等製品の早期承認制度導入と市販後安全対策を定めた薬事法改正法が通常国会で成立、

11月25日に施行される。

中医協にかけられたのは早期承認制度導入の是非の検討である。

意見聴取で、関係団体は、①治験後に条件・期限付の早期承認の上で即時保険を適用し、市販後の検証を経て期限内にあらためて承認申請を行なう制度とする、②既存の医薬品・医療機器と異なる再生医療等製品の製品特性を踏まえ、保険上別個の製品カテゴリーを新設した上で新たな価格算定・保険収載ルールを策定する、ことを求めた。

このうち、①は、「日本再興戦略改訂2014」で「抗がん剤に続き、再生医療や機器も、保険収載に向けた先進医療の迅速化・効率評価組織を年度内に立

ち上げ、保険収載に向けた先進医療の迅速化・効率化を図る」とされた。

「抗がん剤に続き」というのは、短期間の審査で先進医療を認める最先端医療迅速評価制度(先進医療ハイウェイ構想)の対象にすべしという意味だ。

抗がん剤については、実施計画の評価を外部の国立がん研究センターに求めることで、これまで6~7ヵ月要した評価期間を3ヵ月程度に短縮することを目指し、2013年度内に開始されている。

事務局(厚労省保険局医療課)は、政府方針にもとづいて再生医療等製品を最先端医療迅速評価制度の対象としたが、抗がん剤とは異なり、再生医療等製品は既存医療機関への委託が

難しいことから、評価機関として先進医療会議(技術審査部会)に再生医療分科会と医療機器分科会を設置する考えを明らかにした。

同時に、先進医療会議で分科会や実施医療機関の具体的な案をまとめ、中医協への報告を経て、今年度内に運用を開始したいと説明、総会の了承を得た。

再生医療等製品の薬事法承認に関しては、すでに、医薬食品局の医療機器・再生医療等製品審査管理室長が10月8日の中医協総会に「再生医療等製品を医薬品や医療機器と別の定義とし、別個の審査承認手続きとする」ことで条件・期限付早期承認制度につなげる方針を表明している。

このほか、同日の中医協総会は、診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」が実施する入院医療の2014年度調査実施案を承認した。

### 清話抄

#### 社会的共通資本としての病院

宇沢弘文先生が9月18日に他界されました。幾たびかノーベル賞候補になり、ローマ法王に「社会主義の弊害と資本主義の幻想」という回廊の主題を提案されました。また、地球環境保全の活動もなさっていました。

私共の病院は1990年代から環境問題に取り組み始め、2008年から5年間カーボンオフセットを達成しましたが、これは先生のご著書「地球温暖化を考える」を頂いたのがきっかけです。

先生は様々な方面に慧眼を發揮されましたが、われわれに最も関係の深い概念は「社会的共通資本としての医療」であります。しかし、社会的共通資本としての価値を持った病院とは何でしょうか?

ある組織の価値は行動価値と保有価

値に分かれます。行動価値は病院がどのような医療を行うかということで、言を待ちません。

一方、保有価値とはその組織が保有している資産の価値であります。社会的に最も重要な病院資産は医療データであると思われま。それを集めて分析することによって医療の質を上げ、様々な要望や適切な政策の基礎となる、まさに社会的共通資本に相応しいものであります。

一方、医療データはその特性として

集めることによってその価値が何倍にも増大しますので、病院の保有する医療データを正確で客観性のあるものとし、拋出し、収集・分析し、公共の価値を持たせることが喫緊の課題であると思われま。

多くの医療機関が淘汰されてきました。その中で行動価値と保有価値とを備え、社会的共通資本としての病院に相応しいものにしていくことが存続すべき病院の資格要件であると考えています。(稲)



# 15年度介護報酬改定の議論本格化。厚労省が各論を提示

介護給付費分科会 在宅中重度への対応を評価。事業所・サービス間の連携へ、算定要件等を弾力化

社会保障審議会・介護給付費分科会における2015年度介護報酬改定をめぐる議論が本格化した。

10月3日に2014年介護事業経営実態調査(実調)の結果が示され、それを踏まえて10月15日に2015年改定の基本的視点について議論を行なった介護給付費分科会は、その後、週1回のペースで各論を論じる日程に入った。

事務局(厚労省老健局老人保健課)は、11月下旬にかけて、居宅サービスを2回、施設サービスを2回、その他(処遇改善、区分支給限度基準額、地域区

分など)1回と、総論と合わせて6回の議論を行ない、12月に改定の基本的な考え方をまとめ、12月上旬に運営基準(省令)案の答申を終える予定だ。

2014年実調は、(1)介護サービス21種類のうち19が黒字を示し、多くのサービスで収支差率が5%以上となった、(2)介護保険3施設の収支差率は特養8.7%、老健施設5.6%、介護療養型8.2%と黒字ながら、いずれも前回調査よりは率は下る、という結果となった。

実調結果に対して、少なからぬ委員からは「実態を反映していない。これ

を基に報酬を決めるのは危険だ」など、大幅なマイナス改定を危惧する声があった。

10月15日は、(1)在宅中重度者や認知症高齢者への対応のさらなる強化、(2)介護人材確保対策の推進、(3)評価の適正化と効率的な提供体制の構築と、3点に集約した今回改定の「基本的な視点」が了承された。

「基本的な視点」に「規制緩和等を進めていくことが必要」とある点について、迫井老人保健課長は「算定要件等の弾力化を念頭においている」と説明。

効率化に向けて、事業所・サービス間の連携を進める上で人員配置の緩和などを想定していることを示唆した。

同日の議論で、多くの委員は処遇改善加算の継続を訴えたが、保険者の委員は「打ち切りが当然」とした。

10月22日には、事務局から、訪問看護等5種類の居宅サービスに関する「報酬・基準案」が示された(1面に掲載)。それは、多くのサービスに在宅の中重度要介護者への対応を評価する項目が並ぶ、15年度改定の最大ポイントがうかがえる方針であった。

## □2015年度介護報酬改定に向けた基本的な視点(要旨 10月15日)

第1の視点は、地域包括ケアシステムの構築に向けた、在宅中重度者や認知症高齢者への対応の更なる強化である。今般の制度改正は在宅医療・介護連携の推進を地域支援事業に位置づけたが、今回の介護報酬改定も、医療と介護の連携も含め、在宅中重度者や認知症高齢者への支援を強化することが必要である。

また、2014年度診療報酬改定や地域医療構想に基づく病床機能の分化・連携による在宅復帰促進の流れによって在宅医療・介護のニーズが高まり、在宅要介護者の中重度化が見込まれることから、在宅生活の限界点を更に高めるための対応が必要である。

第2の視点は介護人材確保対策の推進である。介護人材の確保に当たっては、事業者自らの意識改革や自主的な取組を推進するとともに、国・都道府県・市町村が役割分担しつつ、事業者の取組がより促進される仕組みを構築していくことが必要である。

第3の視点は評価の適正化と効率的な提供体制の構築である。限りある資源を有効に活用するためには、より効果的で効率的なサービスを提供することが求められている。

このような観点から、必要なサービス評価の体系化・適正化や規制緩和等を進めていくことが必要である。

## □2014年介護事業経営実態調査結果の概要

調査時期/2014年4月(14年3月中の収支等の状況を調査)

有効回答率/48.4%(介護老人保健施設57.5%、介護療養型医療施設43.2%等)

\*前回11年調査との比較については調査対象が同一でないことに留意が必要

### ●調査結果のまとめ

#### ①施設系サービス

・収支差率は、介護老人福祉施設8.7%(前回比-0.6ポイント)、介護老人保健施設5.6%(-4.3ポイント)、介護療養型医療施設8.2%(-1.5ポイント)と、介護老人福祉施設は微減、介護療養型医療施設と介護老人保健施設は下降している。

・収入に対する給与費の割合は、介護老人福祉施設57.6%(+0.1ポイント)、介護老人保健施設56.5%(+4.3ポイント)、介護療養型医療施設56.3%(+1.1ポイント)と、介護老人保健施設は上昇しているが、他の2施設は変動が小さい。

#### ②訪問系サービス

・収支差率は、訪問リハビリテーション5.3%

(+2.2ポイント)、訪問看護ステーションは5.0%(+2.7ポイント)。

・給与費の割合は、訪問看護ステーション76.6%(-3.4ポイント)、訪問リハビリテーション68.1%(+7.3ポイント)となった。

#### ③通所系サービス(略)

#### ④その他のサービス(略)

### ●総括

・多くの介護サービスで、職員1人当たりの給与費と利用者数等稼働率の上昇を伴いながら、収支差率は5%以上となり、10%以上となったものもある。各介護サービスの収入に対する給与費の割合は、前回調査と比べ、概ね同程度の水準を維持している。

・施設系サービスの収支差率はいずれも5%以上となった。

・訪問系のうち、訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、訪問看護ステーションの収支差率は5%以上となっている。

・通所系の収支差率はいずれも5%以上で、通所介護の収支差率は10%以上となった。

# 構想区域は2次医療圏を基本とすることで概ね一致

地域医療構想策定GL等に関する検討会 厚労省「仮定にもとづく2025年推計に対し、地域医療構想はDPC等データから推計する」

来年4月の施行を迎えた地域医療構想を策定するGL案について検討する「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」は、10月17日、「構想区域の設定」と「2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法」をテーマに取り上げた。

地域医療構想の対象地域となる「構想区域」の設定について、事務局(厚労省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室)は、2次医療圏がベースとなることの認識を示した上で、「現行2次医療圏には、人口規模や面積の格差や大幅な患者の流入・流出、基幹病院へのアクセスの格差があることに留意する必要がある」と指摘。

さらに、地域医療構想は、将来(2025年)における、①人口規模、②患者の受療動向(流出率・流入率)、③疾病構造の変化、④基幹病院までのアクセス時間等の変化等、地域の実態を踏まえて定められるべきものと注意を喚起。

「構想区域は、以上のような点を踏まえて定めることが必要ではないか」と、議論の方向を提起した。

議論において、事務局は、医療介護

総合確保方針にそって医療と介護の計画の整合性が求められることや、地域医療構想が先行することなどから、2018年度の第7次医療計画策定の際に、都道府県によっては2次医療圏の見直しを行なう可能性がある」と指摘した。

こうしたことも含め、検討会は、現行2次医療圏をベースに構想区域の設定を行なう方向で概ね一致した。多くの構成員の認識は、具体的な設定は各都道府県に委ねざるを得ないというものだ。

「2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法」を論じるに際して、事務局は、社会保障・税一体改革の「医療・介護に係る長期推計」(平成23年6月)で試みられた「2025年の医療の需要(1日当たり利用者数等)と供給(必要ベッド数)」の推計方法を、パターン1を例に詳しく解説した。

その上で、「構想区域ごとの2025年の医療需要と必要量の推計」を行なう際の留意点を以下のとおり4点示し、「これがこれから検討していただきたい点だ」とした。

その中で、一体改革における推計とは

異なり、DPCデータやレセプトデータといった精緻なデータを駆使して、できる限り実態に即した、根拠のある推計を行なう必要があるとの認識を示した。

①一体改革では、一定の仮定(改革シナリオ)を置いて各機能の将来の患者数を推計しているが、(地域医療構想では)DPCデータやレセプトデータなどのデータを活用して、より患者の状態や診療実態に即した推計を行なう必要がある。

②一体改革では、一定の仮定(改革シナリオ)を置いて、平均在院日数や在宅・外来等への移行を推計しているが、(地域医療構想では)DPCデータやレセプトデータなどのデータを活用して、患者の状態や診療実態を踏まえた前提のもとに推計を行なう必要がある。

### 西澤会長「医療・介護提供体制の四病協提言を参考にしてほしい」

この日の検討会で、構成員の西澤会長は、医療・介護提供体制に関する日医・四病協の共同提言(13年8月)と四病協の追加提言(13年11月)を紹介し、医療機能区分のあり方、病棟とともに病院を類型区分する必要、地域包

③都道府県間・構想区域間の患者の流入・流出や地域差の要因分析等を踏まえた推計をどのように行なうか。

④その他、どのような留意点があるか。

これらを踏まえ、事務局は、活用可能なデータとして、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)、国保データベース(KDB)、DPCデータをあげ、その内容を説明した。

事務局の説明に、構成員からは、「2025年の医療の需要と供給」の推計方法など、一体改革の2025年シナリオに疑義を表わす意見も示されたが、検討会の大勢は、一体改革の推計とそこから現在にいたる改革の方向性を参考とした上で、新たなデータを踏まえて各地域にふさわしい推計を試みるという考え方を支持した。

括ケアを支える地域病院の役割(地域医療・介護支援病院)などの考え方をあらためて説明、「今後、地域医療構想を考える上で参考にしてほしい」と訴えた。

## 全日病 11月の「HOSPEX Japan」で公開セミナー

全日病は11月13日と14日の両日、「HOSPEX Japan 2014」で公開セミナーを開催する。「HOSPEX Japan」は日本医療福祉設備協会と日本能率協会が共催する医療設備・機器の展示会で、毎年この時期に東京ビッグサイト(東京都江東区有明)で開催されている。

会場(東展示棟)に設けられた特設ルーム(定員150名)を使った「病院団体セ

ミナー」は今年で3回目で、毎回、全日病の主要委員会が講演企画を持ち込んで、自ら運営している。

展示会参加者は全日病のセミナーに無料で参加できるため、医療設備・機器業界や医療機関の関係者のほか、一般市民の参加も少なくない。

今年の企画は以下のとおり。

【11月13日】

11:00~12:30 広報委員会/「人口減少社会に向かう日本の医療介護の現状と将来予測」 国際医療福祉大学大学院教授 高橋 泰

13:00~14:30 人間ドック委員会/「あなたの健康危険度を予測します—現在の健康度を評価するシステムと将来の健康危険度を予測するシステムの紹介」 東海大学医学部教授・同附属八王子病院健康管理センター長 高橋英孝【11月14日】

11:00~12:30 救急・防災委員会/「AMAT研修・訓練と活動の実際」 日本医科大学准教授 布施 明

13:00~14:30 プライマリケア委員会/「プライマリ・ケアにおける喫緊の課題とこれからの変化する医療の形」 豊泉会丸山病院理事長 丸山 泉

15:00~16:00 介護保険制度委員会/「日本と欧州における認知症対策の現状」 弘生会本庄内科病院理事長・院長 本庄弘次



# 社会福祉法人 内部留保を厳格に定義。地域への継続投下義務化へ

社保審福社部会 財務規律の名の下に「収益の地域還流システム」を導入。次期通常国会で法改正

役員報酬基準や役員区分ごとの報酬等の総額を含む会計情報の公表など社会福祉法人の運営透明性をめぐる議論を終えた社会保障審議会福祉部会は、その後、財務規律など業務運営・財務運営のあり方の議論を進めていたが、10月20日にその議論を一巡させた。引き続き、法人の再編や複数法人による協働など連携・協働のあり方の議論に入る。

事務局(厚生労働省社会・援護局総務課)は9月30日の部会に社会福祉法人に課す財務規律の考え方を提起。その一環として、「内部留保から控除対象財産や運転資金を除いた余裕財産を計画的に地域に再投下する」仕組みを社会福祉法人に導入することを提案した。

10月7日には、再投下の対象となる「地域公益活動」の考え方を、10月16日には再投下計画の枠組みとその原資となる「余裕財産」の定義を提案。

10月20日には「地域公益活動」の実施をすべての社会福祉法人の責務とした上で、その実施状況の公表を法律に明記することを提案、一部に疑問の声はあったが、部会は事務局提案を基本的に了承した。

これらは社会福祉法改正に盛り込まれ、次期通常国会に提出される。

事務局が示した財務規律は、①適正・公正な支出管理(役員報酬基準の設定、調達等における特別利益の供与制限など)、②「余裕財産」の明確化、③福祉サービス・地域公益活動への再投下、の3点からなる。

事業の継続に要する財産と資金を「控除対象財産」とし、限定的・機械的に算定する。次に、「すべての財産(資産-負債-基本金-国庫補助等特別積立金)」から「控除対象財産」を差し引いたものを「余裕財産」と定義する。

「控除対象財産」とは、①社会福祉法に基づく事業に活用している不動産等、②建替や修繕・設備更新等の再生産に必要な財産、③必要な運転資金(算出基準を適用)をいう。

そして、「余裕財産」が生じた法人には、それを、①地域ニーズに対応した新サービス、②人材への投資、③地域公益活動に計画的に再投下することを義務づける、というもの。

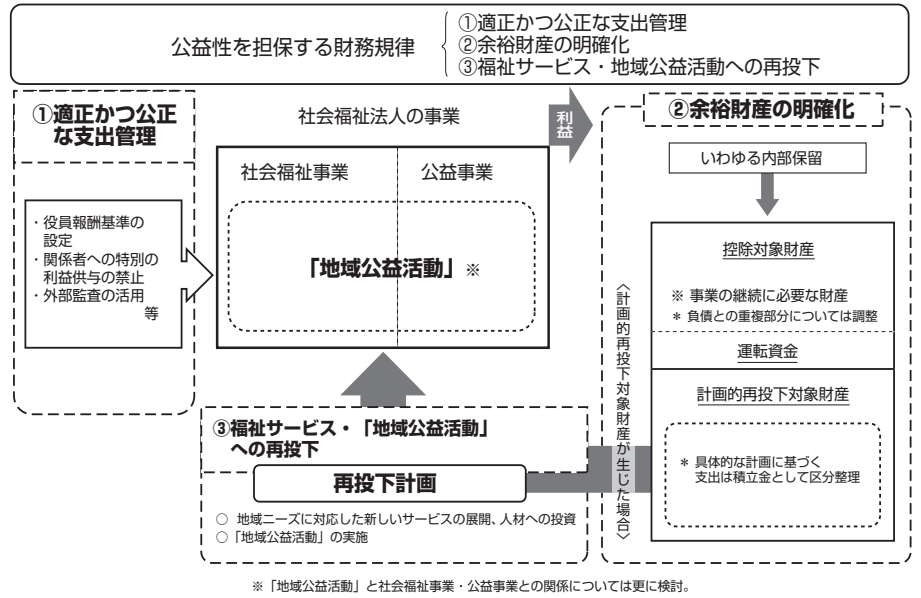
「地域公益活動」には直接費用の支出を伴わないものも含まれる。

事務局は「地域公益活動は(社会福祉法に規定する)社会福祉事業又は公益事業に包摂される」としているが、さらに、「地域公益活動以外の社会福祉事業又は公益事業により供給される福祉サービスも計画的再投下の対象となる」としている。

つまり、「地域公益活動への投下計画を策定した上で、さらに、再投下可能な財産がある場合には、これを地域公益活動以外の社会福祉事業又は公益事業により供給される福祉サービスの充実に計画的に投下する」、というわけである。

かくて、「余裕財産」の計画的再投下の仕組みは、公的給付の及ばない福祉等サービスを地域に提供する新たな手段となる。

## 社会福祉法人の財務規律のイメージ



※「地域公益活動」と社会福祉事業・公益事業との関係については更に検討。

# 厚労省 新型法人は医療法人。社員に法人を想定、新たな概念の医療法人を想定か?

医療法人の事業展開等に関する検討会 新型法人の参加法人経営への関与、病院直営、株式会社への出資等に慎重論が多数

10月10日の「医療法人の事業展開等に関する検討会」に、事務局(厚生労働省医政局医療経営支援課)は、「新型法人」の一步踏み込んだイメージと論点(別掲)を提示し、議論の深化を図った(10月15日号既報)。

前回(9月10日)の検討会で「非営利ホールディングカンパニー型法人」を「新型法人」と仮称することで一致したが、事務局はこの日、「地域連携型医療法人」と仮称することを提案。「新型法人」を医療法人の1類型に位置づける考えを明らかにした。

ただし、社会医療法人のように医療法を改正して新たに位置づけるか否かについては「まだ決めかねている」と答えた。

医療法人運営管理指導要綱や各都道府県の設立認可基準の上で医療法人の社員は自然人にかぎるとされている。

医療法人や社会福祉法人を傘下法人に想定する新型法人の法人格を「地域連携型医療法人」とした事務局は、自然人規制を撤廃するのか、あるいは、現行医療法人制度とは異なる、まったく新たな概念の医療法人を想定しているのかについて説明を惜しんだ。

論点で「2以上の事業地域で病院等を開設している法人」も「対象を当該地域の病院に限って」参加を認めるとの考えが示され、「自治体病院等も同様の取り扱いとする」ことが提起された。

「自治体病院には法人格がないが」という疑問に、事務局は、「例えば国立病院機構や日赤等が法人として参加した場合に、傘下の当該地域の病院のみが新型法人の傘下に入り、全国組織との間に(事業方針等の)調整機能を設けるという考え方だ。自治体病院も同様の考え方で参加できるのではないか」と説明した。

これは、全国組織の法人が新型法人の参加法人になるが、具体的には指定された当該地域の病院が参加法人の権利・義務等を執務するという考え方になる。

この論でいくと、地方自治体は地方自

治法で地方公共団体という法人格が認められているので、県立病院の場合は県が、市立病院の場合は市が参加法人となって、当該地域の病院が実際上の権利・義務等を執務することが考えられる。

論点には、こうした問題以外にも、「新型法人による参加法人経営方針への強い関与」「新型法人の病院等経営」あるいは「株式会社への出資」などの提起がなされたが、全国組織の参加を含め、新型法人が組織するグループの効率的経営を可能とする考え方に対して、構成員は総じて慎重な反応を示した。

この日の検討会には、「附属病院を別法人化し、同病院を中核として近隣病院を包含したメディカルセンターを構築する」として「新型法人」に名乗りを上げている岡山大学附属病院の構想が紹介された。

この構想について、日医の今村委員は、「その件で岡山大学附属病院と話し合いをもち、色々疑問点を指摘したところ、この構想は考え直すとの回答を得た」ことを明らかにした。

議論の中で、社会福祉法人の委員は、公益法人並みの公益性担保を目指して改革が予定されている社会福祉法人が医療法人中心の「新型法人」に参加することへの違和感を表明した。

検討会に出席した社会・援護局の西辻総務課長も社会保障審議会福祉部会で議論が進む社会福祉法人制度改革の全体像を説明し、検討上の参考とするよう求めた。

事務局は、また、医療法人に株式会社と同様の分割を認める考えを示し、議論を求めた。事業を分割譲渡する場合、現行では病院廃止の届出や新規の開設許可が必要となるが、分割が法的に認められると手続きの大幅な簡素化が図られる。

対象は持分のない医療法人だが、社会医療法人と特定医療法人は除かれる。事務局は、具体的に対象となる医療法人は、約5万(1人医師医療法人を含む)あるうちの7,000ほどにとどまることを明らかにした。

## 「地域連携型医療法人(仮称)」のポイントと論点(要旨)

### 1. 新型法人の事業地域範囲

2次医療圏を基本として、地域の医療事業を実施するのに適当な範囲を新型法人が定め、都道府県知事が認可する範囲としてはどうか。

### 2. 新型法人の参加者

・参加法人は複数であることを前提としてはどうか。

・地域内の医療事業実施者は、法人・個人問わず対象としてはどうか。介護事業実施者の参加をどう考えるか。

・2以上の事業地域で病院等を開設している法人は、新型法人と当該法人の事業実施方針が異なる場合の調整規定を設けた上で、対象を当該地域の病院に限って参加を認めてはどうか。自治体病院等についても同様の取り扱いとしてはどうか。

### 3. 新型法人のガバナンス

・社団の場合は、現行の医療法人と同

様に社員総会は各社員1議決権とし、理事も社員総会で選任してはどうか。財団の場合は、理事は現行医療法人制度と同様に評議員会で選任するが、評議員は寄付行為で定める方法で選任することにしてはどうか。

・新型法人は参加法人等を統括するが、参加法人等による新型法人の事業計画や予算等重要事項に対する関与は、事項ごとに、(1)参加法人等が新型法人に意見聴取・勧告を行なうという一定の関与にとどまる、(2)協議・承認(不承認の場合は修正を指示する)を行なう強い関与、のどちらかを選択できることにしてはどうか。

・新型法人の理事長要件をどう考えるか。  
・新型法人への加入手続きは新型法人の定款で定めてはどうか。新型法人からの脱退は貸付金の精算等を条件に任意に可能とするが、新型法人の定款等

で脱退手続きを定めることも可能としてはどうか。その場合でも、止むを得ない理由がある場合はいつでも脱退可能としてはどうか。

・社団の場合は、新型法人が地域の関係者からなる地域協議会を開催し、地域協議会は新型法人に意見具申できるようにしてはどうか。財団の場合は評議員に地域の関係者を一定割合以上任命してはどうか。また、いずれの新型法人も理事に地域の関係者を任命することにしてはどうか。

### 4. 新型法人の非営利性の確保

新型法人における剰余金の配当は禁止してはどうか。また、残余財産の帰属先も、現行医療法人制度と同様に国や公共団体等に限定してはどうか。

### 5. 新型法人の業務内容

・新型法人の主な業務は複数法人等における統一的な事業実施方針の決定と

してはどうか。

・新型法人は法人全体のキャリアパスの構築、医薬品等の共同購入、参加法人等への資金貸付等を実施できるようにしてはどうか。その場合に、資金貸付等については貸付だけを認めるものとし、税法上の取り扱いを考慮して贈与は認めないことにしてはどうか。

・以下についてどう考えるか。

①参加法人等から新型法人の管理運営経費を徴収すること

②新型法人は原則として出資はできないものとした上で、関連事業(介護・共同購入等)を行なう株式会社への出資(一定条件を付することも含めて)

③新型法人自身が病院等を経営すること

### 6. 新型法人の透明性の確保

公認会計士等による外部監査の実施やHP等による財務諸表公告を義務づけてはどうか。



寄稿／医療提供体制改革に向けて民間病院団体と各病院が行うべきこと



国際医療福祉大学大学院教授(全日病広報委員会特別委員) 高橋 泰

# 病院協会は「協議の場」に民間病院を参加させる取り組みが急務

## 医療提供体制改革のスケジュール

今年の10月から各病院が、どのような医療を提供するか病床が何床あるかを都道府県に報告する「病床機能報告制度」が始まった。

来年には国がガイドラインを示し、各都道府県において「協議の場」が設定され、国のガイドラインを踏まえて、地域(≒二次医療圏)ごとにどのような機能の病床をどの程度配置すべきかの目標

を設定する「地域医療構想(ビジョン)」が作成される予定である。

さらに、現状の機能別の病床数と都道府県が作成した地域ごとの機能別の病床数の乖離を、国からの補助金(基金)なども利用しながら解消し、地域の病床を2025年以降の社会に応じた形に変えていく事業が始まる。

## 医療制度改革の背景

わが国の人口構成は、今後、(1)0～64歳人口が毎年100万人ずつ減少し、この傾向は今世紀末まで続く、(2)75歳以上人口は、2025年頃まで年間50万人のスピードで急増し、2025年から増加スピードが鈍り、2030年以降横ばいになる、という2つの大きな変化により、急速に変化していく。

わが国の医療提供体制は、今後短期間で急増する75歳以上の医療事情と、今後減り続ける0～64歳の医療事情に対応する形で変化していく必要がある。0～64歳が必要とする医療とは、どのような医療であろうか。

これは、従来の急性期医療、言い方を変えれば、治癒を目的とする医療である。このような医療は、技術を尽くして患者を徹底治療する医療であり、病気やケガが治れば、元の生活に戻れることがほとんどである。

一方、75歳以上が必要とする医療とは、どのような医療であろうか。

75歳以上の後期高齢者も従来型の急性期医療を必要とする場面が多いが、後期高齢者が主に必要とする医療とは、病気は完全に治らなくとも、地域で生活を続けられるよう身体も環境も整えてくれるような「生活支援型医療」であ

り、年齢が進めば進むほど、この傾向は強まる。複数の病気を抱えた高齢者が、完全には治らずとも地域で暮らし続けることを支える医療であり、今後、このタイプの医療の需要が増える。

このようにわが国全体で見れば、従来の急性期病床の需要は、2030年以降急速な減少が見込まれる一方、生活支援型医療の需要は都市部を中心に急速に増大するので、従来型の急性期医療を提供する病床から生活支援型病床や介護施設への転換が必要になる。

わが国では、人口当たりの病床数や医師数などの医療資源においても、人口動態の推移においても、地域差が大きい。また、ほとんどの地域で人口が減少するが、その程度は地域により大きく異なり、人口の構成の変化も大きな地域差がある。

現在、急速に進行中の「従来型の急性期医療」から「生活支援型」への医療需要の変化、及び、医療資源や人口動態の地域差の解消を目指し、各地域が国全体との整合性を持たせながら、各地域の状況に応じて医療提供体制改革を進めようとしているのが、今回の改革の背景である。

## これまでの医療改革との違い

1986年に実施された第一次医療法改正により、1990年以降、年齢階級別の人口と有病率をもとに地域ごとの病床総数の上限が決められ、地域の総病床がその枠を超えた場合、その地域において新たな病床は許可されないという「病床規制」が行われている。

しかし、1990年以前から多くの病床が存在した地域や、1990年以降の人口減少などにより病床数が病床枠を超えてしまった地域において、枠を超えた病床数を減らすための具体的な対策は、これまで取られてこなかった。

## 想定すべき2つのシナリオ

今回の医療提供体制改革により地域の病床の構成や数がどの程度変わるかを予測した上で、各病院は「病床機能報告」を行ないたいところである。しかし、現時点では、改革がどの程度進み、将来の地域の機能別病床数がどの程度のレベルに収束するかを予測することは、ほとんど不可能と言える。そこで、改革が最も進んだ場合のシナリオと改革があまり進まない場合のシナリオを以下に示す。

「改革が最も進むシナリオ」は、  
・都道府県が、国が作成した病床数の大幅削減を織り込んだガイドラインに沿って地域医療構想の原案を作成する。  
・地域(二次医療圏)ごとに開催される「協議の場」で都道府県が作成した原案に対して関係者が意見を述べるが、実質上、国のガイドラインとほとんど変わらない地域医療構想が追認される。

これまでの改革を病院から見れば、新規の病院の開設は規制されていたが、既存の病院は、自分の在り様を変えることが求められることのない改革であった。

一方、今回の改革は、地域の実情に応じて、それぞれの病院の在り様を変えてほしいという内容の改革である。多くの病院が、病床の一部を「従来型の急性期医療」から「生活支援型」に転換したり、病床のダウン・サイジングをしたりすることを求められる可能性がある。

・この地域医療構想が実現されるよう国は、基金、診療報酬、税制、医療法の改正、過剰病床の買い上げ、介護保険施設などへの転換に対する補助を行うなど種々の方策を駆使し、積極的に動き、地域の病床機能や病床数が、地域医療構想に沿う形で大きく変化するというものである。

このシナリオに沿って今後の改革が進めば、人口減少社会に応じた医療提供体制の適正化や政府や保険財政の健全化に寄与するが、多くの地域の病院は病床構成の変更や病床削減を求められることになり、多くの病院にとって辛い改革になる可能性が高い。

一方、「改革があまり進まないシナリオ」は、  
・地域の「協議の場」が、国の作成したガイドラインを参考に地域医療構想を作成する。

・この場合、「協議の場」において地域の現状が混乱しない配慮がなされ、国のガイドラインと大きくかけ離れた、現状維持に近い地域医療ビジョンに落ち着く可能性が高い。

・さらに、地域医療構想に沿った機能別病床数に向けた改革を行おうとしても、現場の反発が強く、国も積極的な実現に向けた策を取らず、結局、ほとんど地域の医療提供体制は何も変わらないというものである。

「改革があまり進まないシナリオ」のようになれば、医療現場の混乱は一時的には避けられるが、中長期的には保険財政が破たんし、医療機関が診療報酬を請求しても支払いの遅延や請求額を3割カットした額しか支払われないなどの、最悪に近い事態が発生する可能性が高まるレベルまで国の財政が逼迫していることを理解しておく必要があるだろう。

前者の「改革が最も進むシナリオ」は財務省や内閣府などが望むシナリオに近いものであろう。また、後者の「改革があまり進まないシナリオ」は、現場の意見を尊重し、大きな混乱を望まない医師会や厚生労働省が望むシナリオに近いものであろう。

現実のシナリオはこの2つのシナリオの間で進むことになるが、現在のわが国の財政状況と人口減少に対応しようとする国や財務省の決意は固いので、前者に近いシナリオに向けて舵が切られる可能性は決して低くないと考えるべきだろう。

## 都道府県の民間病院協会がすぐに行うべきこと

地域医療構想が地域の医療提供体制の整備や各病院の病床構成にどの程度影響があるかは未知数であるが、非常に大きな影響を及ぼす可能性が否定できないことを考えると、民間病院にとって、地域の機能別病床数の枠組みを決める地域医療構想の作成に関わる「協議の場」に、民間病院の代表を送り込むことは不可欠であろう。

現在、二次医療圏レベルで開催される地域医療構想の「協議の場」の人選の影響が、とても大きなものになる可能性を認識している人は行政関係者にも病院関係者にも少なく、現状のまま進めば、地域医師会の代表、病院代表(公的病院の院長)、学識経験者などで

各地域の「協議の場」が構成され、民間病院の声を反映するメンバーが協議の場にはない「協議の場」が各地で作られる可能性は、決して低くない。

都道府県レベルでも民間病院が代表を送り込む仕組みがない都道府県が少なく、まして二次医療圏レベルで民間病院の代表を送り込む仕組みをもつ地域(二次医療圏)は皆無に近い。しかし、「今は、天下の一大事」ということで、急場しのぎでもよいので、都道府県レベルあるいは地域の民間病院が集まり、代表を決め、都道府県に民間病院の代表を入れるようアピールすることが求められるだろう。

## 医療提供体制改革に向けて各病院が対応すべき3つのポイント

これまで述べてきたように、医療提供体制改革に応じて、病院も経営方針を大きく変えていく必要があるだろう。最後に、その3つのポイントを示す。

●ポイント1 地域に求められる変化に対応した経営

今後、地域の現状や人口推移に応じた地域医療ビジョンが都道府県ごとに発表され、ビジョンの示した方向には誘導策、ビジョンに反した動きには罰則が用意されることになる。

都道府県の言うとおりに経営を行うことは必ずしも勧められる経営のスタンスとはいえないが、地域がどの方向を目指して進み、自院がどの方向に進むと追い風が吹き、どの方向に進むとアゲインストの風が吹くかを見届けることが重要になってくる。時代の流れている方向を見誤らないことが、何よりも大切である。

●ポイント2 減収増益を目指した経営  
これから多くの地域で病床のダウ

ン・サイジングを中心とした人口減少社会に向けた撤退戦が求められるだろう。早期に適切な撤退戦略を立て、うまく撤退を行えば、ほとんど無傷で済むが、決断が遅れ、体力を消耗してからの撤退は、全滅に近い痛手を負うことが多い。

地域の需要の減少に応じて、見切りをつけるべき領域は早めに諦め、むしろコストを上手く削減することにより、減収増益を目指したビジネスモデルの構築を目指すべきであろう。

●ポイント3 地域の活性化を視点に入れた経営

住民がいなければ病院もなりたたない。また、医療・福祉は地域の生活を支える基本インフラであり、医療・福祉が充実していなければ、人はその地域から去っていくことになる。特に過疎地域では、地域の自治体と協力して、病院や施設が地域の魅力を挙げる存在になるよう施設運営が求められる。

### ■現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病HPをご参照ください)

研修会名(定員)	日時/会場	参加費/会員(会員以外)	備考
2014年度 個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコース(北海道会場)(90名)	11月27日(木) 10:00~16:30 (北海道医師会館 =北海道札幌市)	12,000円 (16,000円)	対象者は医療機関の個人情報保護管理責任者、担当者で、医療機関内に個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目的としています。
院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会	12月20日(土) ~21日(日) (全日病会議室)	25,000円 (30,000円)	・本研修は各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習を通して習得することを目的とします。 ・本研修は全日本病院協会と日本医療法人協会の共催で実施した「医療安全管理者養成課程講習会」のための講習(1単位)に該当します。
第2回「医療の質の評価・公表等推進事業」—データ・マネジメント研修会	2015年 1月9日(金) 13:00~18:00 (全日病会議室)	・医療の質評価公表事業参加病院・MEDI-TARGET参加病院 1,000円 ・上記以外の病院 3,000円	・第1回は医療の質の評価公表等推進事業参加病院又はMEDI-TARGET参加病院を対象としておりましたが、今回は全ての病院が参加可能です。



# 指定研修の大枠で一致。次回に研修内容の具体案を検討

看護師特定行為・研修部会 41の特定行為案のうち35項目は合意。6項目は学会から意見聴取

特定行為を実施する看護師の研修制度を省令等に盛り込む具体案を検討している医道審議会「看護師特定行為・研修部会」は、10月23日、同制度を補助看法に位置づける上でたたき台となった41項目にわたる特定行為のリストのうち、医系学会等から見直しの声があがっている12項目の取り扱いについて議論した。

その結果、12項目のうちの6項目は特定行為とするが、残りの6項目はなお議論を継続することで意見が一致。次回に当該意見を寄せた学会を招き、意見を聴取することにした。

6項目は、経口・経鼻気管挿管の実施、経口・経鼻気管挿管チューブの抜管、胸腔ドレーン抜去、心嚢ドレーン抜去、褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン、褥瘡・慢性創傷における腐骨除去、からなる。

続いて研修内容の検討に移り、事務

局(厚労省医政局看護課)が提示した課題にそって意見を交わした。

想定される指定研修受講者については、事務局案に「概ね3～5年の実務経験を有する看護師」とあるのを、「概ね3～5年以上の実務経験」と解釈することで合意した。ただし、「省令に実務経験〇年以上と明記することはない」(事務局)。あくまでも、「理念上望ましいとするターゲット属性」(事務局)に過ぎず、研修内容を検討する上でのイメージである。

「特定行為に係る看護師の指定研修は、チーム医療のキーパーソンである看護師が、患者・国民や、医師その他の医療スタッフから期待される役割を十分に担うため、高度な臨床実践能力を発揮できるよう、医療安全に配慮した実践と振り返りを繰り返しながら自己研鑽を継続する基盤を構築するものでなければならない」とされた指定研

修の基本理念には、数名の委員から字句修正等の意見が示されたため、修文を検討することになった。

研修実施方法に関しては、講義・演習は指定研修機関で受けるものの、実習は受講生の所属施設など指定研修機関外でも可能とする案があらためて示された。講義・演習にはeラーニング等の活用が認められる。実習施設には、病院、診療所、老健施設、訪問看護ステーション等が想定されているが、訪問看護ステーションの場合は診療所医師が指導医となるなどの指導体制確保が求められる。

部会は、基本的に、この考え方で合意した。

教育内容は、特定行為区分ごとに「共通の知識・技能+必要な知識・技能」からプログラムが生まれ、受講生はどれかの区分を選択することになる。この考え方は基本的に一致しているが、

特定行為の具体的な分け方は、前述6項目の結論が出たあとの議論となる。

教育内容について、神野正博委員(全日病副会長)は「大切なことは判断力をどう養うかだ。それにはグループワークが欠かせない。eラーニングだけの場合はそれが難しいので、集合教育の時間を有効に使う必要があるのではないか」との認識を表明した。

また、厚労科研で福井次矢聖路加国際病院長の研究班が「特定行為14区分41行為案の教育内容案」をまとめていることに触れ、「この成果を踏まえたものとしてはどうか」と提起した。

他の委員からは、「講義の時間数、講義と演習の比率はどうなるのか」「大学院教育との違いをどう考えるのか」といった疑問が示された。

部会は、次回に教育内容の具体的なたたき台を踏まえて、さらに検討することを確認した。

## 介護療養病床 存続を求める声が圧倒的。機能強化へ、各病院が様々なビジョン

全日病の「経営セミナー」 迫井老健課長「看取り、ターミナル、認知症身体合併症の機能は存続する必要」



全日病が主催する「2025年に生き残るための経営セミナー」の第6弾「超高齢化社会での介護療養病床の重要性」が、10月21日に本部会議室で開催された。

「経営セミナー」第6弾を企画した安藤高朗副会長は、冒頭の挨拶で、「このセミナーを開催した目的は、介護療養型医療施設を運営してきた我々自身の手でその機能を明らかにするとともに、今後の課題を確認し、どのように地域包括ケアに役立つ病床にしていくのかを検討することにある。その上で、介護療養病床の機能の存続に向けて行政に対する要望を考えていきたい」と説明した。

安藤副会長は、また、全日病として、慢性期医療と介護療養病床の実態を探るアンケートを10月に実施したことを明らかにした。

調査は2本からなり、「慢性期医療に関する調査」では、医療療養の25対1病床、障害者施設、特殊疾患病棟を対象に患者の実態や地域包括ケア病棟届出の有無と転換意向を、「介護療養病床に関するアンケート」では、介護療養病床の患者と機能の実態、転換意向、病院として存続することへの賛否をたずねる内容になっている。

調査結果を基に、西澤執行部は、今後の「経営セミナー」で、2017年度末に廃止が見込まれる医療療養25対1病床の問題に取り組んでいくことを検討している。

講師に招かれた厚生労働省老健局の迫井正深課長は「超高齢化社会を迎える中で介護療養病床をどう位置づけるか」と題して講演。

「介護保険法に書き込まれた廃止規定は有効であるが、それと役割・機能は別だ。看取り、ターミナル、身体合併症の認知症患者と、介護療養病床が現に果たしてきた機能は今後も存続していく」と述べ、同病床に期待される

機能として、看取り、ターミナル、認知症身体合併症の3点をあげた。

その上で、これら機能を全うする上で必要な、他の介護施設や医療療養とことなる取り組みや人的配置を考えていく必要を述べた。

事例発表として、京都西南病院(清水紘理事長)は看取りの場、松谷病院(松谷之義理事長)は認知症身体合併症を診る病床という立場から、重度要介護者入院医療を提供している現状を報告し、その病床の存続を訴えた。

### 「必要な機能の存続は2025年に向けた覚悟で取り組む必要がある」

厚生労働省老健局老人保健課 迫井正深課長の講演要旨

介護療養型医療施設は旧介護保険法に位置づけられていたが、11年の改正で削除された。つまり、介護保険法の適用施設としての廃止は予定されている。しかし、その役割と機能は必要であると整理されている。

つまり、制度上の施設類型としては法律の通りであるが、機能をどう考えるかは別だ。実態論として「廃止」の表現には違和感があり、事業をやめていただくという趣旨ではなく、新しい機能への転換だとしてお話ししている。

高齢化により要介護4と5の割合が増え、重度化している。医療区分の2と3は医療療養にシフトし、介護療養は医療区分1が中心だが、老健より高い頻度の医療処置という実態がある。看取りとターミナルも他の介護施設と違う。明らかに介護療養型医療施設でしか受け止めることができない利用者があるわけで、医療療養だけでなく、他の介護施設とも区別する必要がある。

医療ニーズが高い中、重度の要介護者や身体合併症を伴う認知症患者の増加で、受皿確保が困難と見込まれる中、看取り、ターミナル、中重度医療ニ

その後、参加者は8つのグループに分かれて各病院の実態を報告しあう中で、介護療養病床が果たしている機能の現状について意見を交換、グループごとに、介護療養病床の今後の機能のあり方や取り組むべき課題を整理するとともに、医療行政に対する要望などの意見を発表した。

発表では、今後の課題(自院として取り組みたいこと)として、「ターミナルと看取り」「身体合併症をもつ認知症患者」「在宅復帰に向けたリハの充実」「重度患者に対するケアの質向上による他施設との差別化」「地域との連携」「介護職員の専門職としての確立」などの意見が多かった。

在宅復帰の機能強化をめざす意見の中には、「病院から在宅、具合が悪くなったらまた病院、そして看取るところまでの流れをつくっていききたい」など、介護療養病床を地域包括ケアに積極的に位置づける意識が強くなってきた。

ケアの質向上については、嚥下のリハ、経口摂取への移行、あるいは「おむつ代の廃止も含めた排せつ介助」といった在宅復帰に向けた取り組みの必要を唱える病院が少なくなかった。

こうした機能強化に取り組む上で必要なものとして、参加病院からあがったのは、マンパワーの確保、スタッフの教育研修、処遇改善への支援と、主にヒトの問題であった。他方で、在院日数短縮やアウトカムに対する評価を求める意見も多かった。

こうしたことを踏まえ、「行政に望むこと」としてあがったのは、なによりも「介護療養の存続」であった。仮に廃止が避けられないとしても「早期に介護療養病床の将来の姿を示してほしい、そして、転換するための時間を与えてほしい」という切実な声であった。

あるいは「機能を残すのであれば施設ではなく病院(医療提供の場)として存続してほしい」という意見もあった。

ズへの対応という機能の確保について、我々としても2025年に向けて、覚悟して取り組む必要があるのではないかと、(8月7日の介護給付費分科会に提示した論点に)問題意識として示させていただいた。

制度上どう位置づけるかは引き続きの検討となるが、現にケアされている機能とそのキャパシティは確保して行く必要があるということ、事務局として(8月7日の論点に)明記させていただいた。

問題は、看取りとターミナルケアを引き続いて確保するためにはどういう体制が必要であるかだ。とくに医師を含めたマンパワーの配置。これを詰めて行き、必要な機能とはこういうマンパワーを伴うもの、ということが要件になるということ、明らかにする必要があります。

そうした要件を設けていかないと、病院として(医療保険と)連続した施設になってしまうし、逆に、介護保険施設としては何が違うのかということがみえてこない。そういった体制の問題、そして、どういう取り組みをして



いくのかという問題がある。

例えば、老健は在宅復帰を強めてリハに力を注ぐとともに、訪問看護などの居宅サービスとのインターフェイスを強めようとしている。このように、機能や特性を担っていくためにはそれにふさわしいサービスとマンパワーがあるはずだ。

同様に、医療療養における看取りやターミナルとの比較を整理していくことが、報酬上の評価や制度上の位置づけを考えることにも繋がっていくものと考えられる。いずれにしても事務局の考えは基本的に(8月7日に)示したとおりであり、これを基に今後の報酬改定を考えていく。



# 事故調査制度 運用上の課題ごとに一致点と検討課題を中間報告に整理

診療行為関連死の調査手法に関する研究班 西澤会長「院内調査による原因究明が基本。報告書は責任追及に繋がらない記載とする」

西澤寛俊全日病会長を研究者とし、28人の研究協力者からなる2014年度厚生労働科「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究班」は、10月14日に検討結果の中間報告(議論の整理)をまとめた。

西澤会長は10月23日の記者会見で中間報告を発表、全日病HPに掲載した。

西澤研究班は来年3月報告に向けて、残る課題の具体化に努める。厚労省は、15年10月に施行される医療事故調査制

度運用のGLを策定するが、研究班の報告はその参考に供される見込みだ。

「議論の整理」は、医療事故調査制度の骨格にそった検討すべき分野とテーマごとに、(1)検討された課題、(2)これまでの議論の方向性、(3)その他の意見、(4)残された検討課題、に分けて整理。研究班で集約された考え方を「これまでの議論の方向性」にまとめる一方、集約にいたらなかった意見と論点は「その他の意見」に併記した。

会見で西澤会長は、「この制度の目的は、責任の追及ではなく、予期しない死亡に対して院内調査で原因究明を図り、再発防止策を探ることにある。そのために、報告書や遺族への説明等も当事者は匿名とするなど責任追及の要素を排除する方向で考えている。研究班には患者側も参加しており、報告は医療側と患者側の共通した考えを踏まえてまとめられる」と説明した。

その上で、「3月までに検討すべき課



題が明らかになった。残る期間に議論を深化させ、医療人と国民の納得が得られる報告としたい」と語った。

## 診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究班「議論の整理」(要旨)

### II. 医療事故調査制度の基本理念・骨格について

#### 1. 医療者の取組方針

##### ●これまでの議論の方向性

本制度は、医療の安全確保を目的として、医療事故の再発防止に繋げることであり、そのために、医療者の自律的な取り組みとして医療事故の調査・分析を行うものである。事故発生当該病院等が主体的に院内事故調査を適切に実施することが、医療の質向上と安全確保に繋がるため、院内事故調査の実施体制の構築が重要と考えられる。医療事故の調査の基本は事実経過の的確な把握であり、そのためには、事故発生(インシデント)が適時、適切に報告されることが必須である。その前提として、報告者の非懲罰性の確保が重要である。また、医療者が事故の概要を遺族に適切に説明するよう努めることが重要である。

#### 3. 訴訟との関係

##### ●これまでの議論の方向性

本制度は、紛争処理とは切り分けて原因の調査と再発防止策に繋げることが目的である。あくまでも医療の質の向上による安全確保のために医療界全体が一致して取り組みつつ、医療機関が調査をしっかりを行い、遺族に説明することが必要である。

#### 4. 再発防止の考え方

##### ●これまでの議論の方向性

適切な原因分析により再発防止策が医療現場に定着するような仕組みにすべく検討を進めることが必要である。具体的には、ヒューマンファクターおよびシステムエラーに着目した再発防止策を検討することとしてはどうか。医療機器や薬剤などの物そのものが原因の場合も検証することが必要と考えられる。

### III. 医療事故ガイドラインの具体的な事項について

#### 1. 医療事故の報告等に関する事項について

##### 1) 医療事故の考え方について

##### ●これまでの議論の方向性

i) 医療事故調査の標準化のための具体的な報告基準、例示等の考え方

今般の制度で医療事故調査の対象となる「医療事故」の範囲に関して、まず、「提供した医療」については、「医療」をどこまでとするかを検討する。「医療を伴わない管理」は医療事故調査の対象とせず、「医療中の管理」は対象に含まれると考える。当該「医療」を行ってから死亡するまでの期間について、何らかの目安を示す必要があると考える。「死亡又は死産」の「死産」については、死亡と同様に、「医療に起因する」上での話であり、「死亡」と同じ考え方で良いと考える。「予期しないもの」の考え方については、様々なご意見があったため今後さらに検討する。

ii) 報告すべき医療事故の決定プロセスの標準化について

今般の制度では、事案が発生した際、まずは各医療機関の管理者が組織として、その事案が報告すべき医療事故に該当するかどうかを判断することとなる。しかしながら、小規模医療機関(診療所、助産所等)では医療関係者の数や事案経験数も少なく、判断することが難しい場合もあると考えられる。したがって、報告すべき医療事故の判断の過程において、支援団体の支援や、医療事故調査・支援センター(以下「センター」という。)への相談が必要となる場合があると考えられるが、その際の支援団体やセンターの関与のあり方については、さらに検討が必要である。

##### ●残された検討課題

・報告の対象となる「医療」の範囲  
・「医療」を行ってから事故発生・死亡までの期間の具体的な考え方  
・「予期しないもの」の考え方

・医療事故の決定プロセスにおける、支援団体やセンターの関与のあり方

##### 2) 医療事故の報告及び遺族への説明事項等について

##### ●これまでの議論の方向性

##### i) 病院等からセンターへの報告事項について

医療事故が起きた際、医療機関からセンターへ最初に報告する事項については、院内事故調査を開始する前の段階であり、不明な事実が多いことを踏まえて、現在行われているモデル事業や医療事故情報収集等事業での報告事項を参考にしつつも、必要な事項についてさらに検討することとする。

##### ii) 遺族への事前説明事項について

医療事故の報告に当たり、医療機関が遺族に説明する事項については、上記の「センターへの報告事項」から、個人が特定できる情報等を除いたものとして整理することとする。また、制度の概要に加え、解剖の必要の有無についても、遺族に説明することが必要である。

##### ●残された検討課題

・過去の事業の届出様式を参考に本制度において必要な事項の整理  
・センターの報告受付体制(24時間とする等)  
・センターの報告受付方法(書面or電話orウェブ上など)  
・死亡から報告までの期限(目安)

#### 2. 院内調査に関する事項

##### 1) 医療事故調査項目について

##### ●これまでの議論の方向性

##### i) 医療事故調査の調査項目について

医療事故調査の調査項目については、モデル事業での調査項目を参考とする。医療事故では、点滴やカテーテルなどを抜去、廃棄してしまうと調査に支障がある可能性があるため、そうした状況の保全にも留意する。

##### iv) 調査期限(目途)について

調査期限について、調査はなるべく短期間で行った方が良いとの意見もあった。個別の事例によって調査に必要な期間は異なるが、一応の目安としての調査期間を検討することとする。

##### ●残された検討課題

・調査項目のみならず、その評価の手法  
・解剖や死亡時画像診断を必要とする場合の考え方(状況や実施時期等)  
・解剖や死亡時画像診断を必要な時に実施できる体制の構築  
・具体的な調査期限(目安)

##### 2) 支援団体の支援について

##### ●これまでの議論の方向性

##### i) 支援の内容について

院内調査の質を高めるためには、支援団体による支援が重要である。支援団体が行う支援は、調査の支援や、情報を分析・評価するための評価の支援など複数のものに類別化されるのでそれぞれについてさらに検討する。国民から信頼されるためには、公平性・中立性・透明性が担保されることが必要である。実際の支援に当たっては、医療現場の実態に即しつつ、高い専門性を持つ者からの支援が必要と考える。

地域での支援団体は、職能団体、病院団体、大学病院などで構成されることが想定されるが、各地域の実情にあわせ、関連する様々な団体が支援を提供し動きやすいように、連携することが現実的である。また、都道府県を越えた、広域の連携も可能にする体制が望ましい。支援を受ける医療機関の側からみると、医療事故調査を円滑に実施するためには、支援団体の支援を受けるための窓口はある程度まとまっていることが望ましいことから、各地域で支援団体同士が十分連携し、支援窓口の設置や必要な担当者の配置などの体制を構築していくこととする。

##### ●残された検討課題

・支援の類別化とそれぞれの支援のあり方(センターと支援団体の役割分担)  
・地域間における事故調査の内容及び質の格差が生じないような各地域での支援のあり方(標準的な支援

のあり方を示すかどうかを含む)

・各地域の複数の団体間の連携と窓口のあり方

#### 3. 院内調査結果の報告のあり方について

##### 1) 院内調査結果報告書のあり方について

##### ●これまでの議論の方向性

本稿でいう「報告書」とは、院内調査終了後に、最終的に外部(センター、遺族)に対して提出するものを指すこととする。また、その作成目的は医療事故の再発防止であり、個人の責任追及のためのものではないことを基本的な考え方とする。そのため、個人の責任追及に繋がらないようにするための記載事項を検討する。

記載内容については目的、事実の概要、医学的評価、結論などの事項ごとに整理した上でさらに検討する。また、調査を行った結果、再発防止策が見出せない事案である場合、又は再発防止策の検討に時間を要する等、院内事故調査終了の段階で直ちに再発防止策が明確にならない場合があることも踏まえ、再発防止策は院内調査報告書に必ずしも記載できるとは限らないことに留意する。但し、各医療機関は、再発防止のために継続的な検討と対応を行うこととする。

##### ●残された検討課題

報告書の記載事項、記載方法

##### 2) 遺族への説明のあり方について

##### ●これまでの議論の方向性

前節の「1) 院内調査結果報告書のあり方について」の議論を踏まえた上で、遺族への説明のあり方についてさらに検討する。

##### ●残された検討課題

遺族への説明事項・説明者・説明の場

#### 4. センター業務について

##### 1) 院内調査に関する事項について

##### ●これまでの議論の方向性

##### i) 院内調査結果の整理・分析について

医療機関が、院内調査報告書完成前に、報告書の記載事項に漏れ等がないかをセンターへ確認を求められるような体制を検討する。センターが整理・分析する事項については個別事例だけではなく、集積された事例を、その内容や背景、要因等について類別化するなど、分析することが有効であると考えられる。

検討に当たっては、現在、日本医療機能評価機構で運営されている医療事故情報収集等事業など、既に行われている事業で得られた知見をもとに検討する。

##### ●残された検討課題

・センターが整理・分析する事項・方法(当事者からの事情聴取の実施有無を含む)  
・整理・分析結果の医療機関への報告方法  
・整理・分析結果の再発防止への活用方法

##### 2) センターが行う調査に関する事項について

##### ●これまでの議論の方向性

院内事故調査の終了後に、センターが調査する場合は、院内事故調査により記録の検証や(必要な場合の)解剖は終了している。したがって、新たな事実を調査するというより、院内事故調査結果の医学的検証及びヒューマンファクターや医療機器などの物の観点からの検証を行いつつ、現場当事者への事実確認のヒアリングや、再発防止に向けた知見の整理を主に行うことが考えられる。

一方で、院内事故調査の終了前にセンターが調査する場合は、院内事故調査を行う医療機関と連携し、必要な事実確認を行うことが考えられる。なお、センター調査の申請期限については何らかの目安を設ける必要がある。

##### ●残された検討課題

調査項目について(①当事者からの事情聴取の実施の有無、②報告書で提言された再発防止策の医療機関での取り組みの有無、③当該医療機関の医療安全管理体制について、を含む)