



全日病 NEWS 12/15

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.838 2014/12/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

医療需要推計で新たな提案。医療資源めぐり疑問の声も

地域医療構想策定GL検討会 急性期における病態が安定しない患者の扱いなど、なお論点を残す

12月12日に開催された「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」は、2025年の医療需要(患者数)を医療機能ごとに推計する方法について議論した。

事務局(医政局地域医療計画課)は、(1)医療資源投入量が特に高い段階の患者は高度急性期とした上で、ICU等の病棟に入院する患者像も参考に、高度急性期機能の患者数を区分する基準を考へてはどうか、(2)急性期に存在する「医療資源投入量は落ち着いているが、引き続き、状態の安定化に向けた医療提供が継続されている患者」をどう扱うか、(3)慢性期機能の医療需要と在宅医療を受ける患者は一体の医療需要ととらえてはどうか、という3点を論点に掲げ、患者を医療機能で区分する議論の深化を求めた。

事務局は、次回会合を年末に予定、そこに、医療機能ごとに区分される患者の基準案をあらためて整理して示し、医療需要推計方法について合意を得たいとしている。

厚労省「あるべき施策」で機能別の従事者配置目標を提起

2025年の医療需要推計(入院)に関して、検討会は、これまでの議論から、(1)2025年の医療需要を機能区分ごとに算出し、それをもとに2025年の必要量(病床数)を構想区域・都道府県ごとに推計する、(2)医療需要(1日当たりの入院患者数)は基本的には人口に入院受療率(人口10万人対入院患者数)を乗じて算出する、(3)入院患者数の医療機能別区分は、DPCやNDBデータをもとに、医療資源投入量の多寡を基準に算出することで、基本的に合意している。

そのうち、高度急性期と急性期の患者数については、「入院から医療資源投入量が落ち着く段階までの患者数」とすることも、概ね一致している。

この医療資源投入量について、事務局は前回(10月31日)、DPCデータを使って、1入院における1日当たり医療資源投入量と入院日数との関係をいくつかの疾患で例示。急性期病床の患者については入院日数経過ごとに医療資源投入量が逡減をたどり、ある段階で投入量が安定することを明らかにした。

この日の検討会に、事務局は、DPC病院で2013年度に入退院が完了したDPC算定患者に関するデータを紹介した。

それは、DPCで対応する255疾患についてみた、入院日数経過にそった、1日当たりの医療資源投入量の中央値(出来高換算した点数=入院基本料を除く)と患者割合の変化を表わしたグラフで、急性期病床に関しては、医療資源投入量の変化が患者の病態変化と大きく相関していることを示している。

このデータから、事務局は、高度急性期機能について、①医療資源投入量が特に高い段階の患者数を高度急性期の患者数とするという(前回提示した)考え方の確認を求めるとともに、②救命救急病棟、ICU、HCU等の病棟に入院する患者像も参考に高度急性期機能の患者数を区分する基準を考へてはどうか、と提案した。

①について、構成員からは同意する

慢性期機能と在宅医療は一体の需要ととらえる

次に、在宅医療の需要について、事務局は、前回に、「退院して在宅医療を

意見も出る一方、慎重な声もあがった。相澤構成員(日病常任理事)は、医療資源投入量(中央値)の推移を示したグラフに「ところどころ突出した値を示すところがある」と指摘。「(診療行為等の)データをみればわかるが、あるいは抗がん剤の使用かもしれない。それならば外来でも可能だ。医療の中身を問うことなく、単に医療資源投入量だけで判断するのは危険ではないか」と疑問の声をあげた。

西澤構成員(全日病会長)も、「医療資源投入量で分けるとするのは基本的によいが、医療資源投入量をどう考へるかという問題がある。例えば手術は人手を要するが、投薬は人手を要さない」と、拙速な判断を戒めた。

西澤構成員は、また、医療資源投入量(出来高点数)から入院基本料を除外するという事務局の考え方も疑問視し、「人の配置がもっとも評価されているのは入院基本料だ。それを外すというのはいかがか」と論じた。

北波地域医療計画課長は「データの制約がある中で、こう対応するのがベストと考へる。入院基本料を除外したのは、7対1とか10対1という体制の違いが患者個々の病態とどこまでリンクするのかわからないからだ」と答弁した。

これに対して、西澤構成員は、「入院基本料については、例えば看護必要度が入院区分に役に立つのかなど疑問も多い。(患者の病態との関係を明確にする意味からも)ガイドライン施行後でよいから、一度タイムスタディをしてみてもどうか」と問題提起した。この提案には、他の構成員からも賛成の声があがった。

事務局は医療資源投入量測定との関係で疑問があるとした入院基本料であるが、その除外は、結果的に医療資源投入量を低く算出することになる。将来の医療費を低めに誘導するデータに転用されないか、懸念が残るところだ。

受ける患者数(現状で入院しているが、入院医療の機能強化と効率化によって



退院し、在宅医療へ移行すると考へられる患者数」と「現状で在宅医療を受けていると考へられる患者数の合計として考へる」ことを示したことを踏まえ、「慢性期機能の医療需要と在宅医療を受ける患者は一体の医療需要ととらえてはどうか」と提起。

その理由に、①療養病床は包括算定であるため、「退院して在宅医療を受ける患者数」を推計する上で、医療行為を出来高換算した医療資源投入量にもとづく分析を行なうことができない、②現段階では、地域によって在宅医療や介護施設等にバラツキがあるため、各地域の在宅医療患者数を見込むには、全国的な状況を勘案して設定する必要がある、ことをあげた。

その上で、「(一体の医療需要のうち)どの程度の患者を慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療で対応するかについては、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることも踏まえ、医療資源投入量とは別の指標により、設定することとしてはどうか」と提案した。

療養病床の入院受療率の地域差について、事務局は、「都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示した」データを提示。

京都府と和歌山県を取り上げ、「ともに入院受療率は全国平均と近いが、入院患者の発生率と平均在院日数が異なる」と指摘した上で、そうした違いが生じる背景を都道府県別に探るデータ

を披露した。

それによると、全国的に、入院患者発生率が高い県は総じて平均在院日数が短く、相対的に低い県は平均在院日数が比較的長い。

このデータについて、市町村の構成員が「療養病床の分布に差があるのは地域差があるということだが、それだけ地域差を考へる必要があるという意味か」と質した。

北波課長は「事実としてこうなっているということだが、やはり、これだけ差があるのはまずいではないかと思っている」と答へて、「それは全国平均を目指せということか」と重ねての質問を受けたが、同課長は「今後の議論ではないか」と述べるにとどめた。

「医療資源投入量とは別の指標」でみるとの事務局提案には「療養病床の受療率、平均在院日数、入院患者発生率を組み合わせて考へるということか」との質問が出た。

北波課長は、「受療率(という指標)は1つの例示に過ぎない。慢性期には障害者や長期療養の患者がいるが、それら患者を含めて在宅と一体に捉えるという考へは、在宅の受皿の問題もあって、どこまで可能かという点はあるが、一方で、医療区分の2や3をみている進んだ在宅医療もある。問題は、2025年までにどこまで可能かという視点である」と、在宅に重点を置いた医療需要の配分を導く指標となる可能性を示唆した。

「知事の措置は合理的な根拠で適切に運用されるべき」

そのほか、この日の検討会は、「あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等」について、事務局提案を検討した。

その中で、(1)地域医療構想にもとづく機能分化・連携は医療機関の自主的な取り組みと医療機関相互の協議により進められることが前提であること、かつ、(2)地域医療介護総合確保基金を活用して進めていくこと、(3)医療機能ごとの医療従事者の配置目標等が求められること、(4)医療法に定める機

能分化・推進にかかわる都道府県による措置は、合理的な根拠に基づき適切に運用されることが重要であることなどの視点を盛り込んでガイドラインに明記する考へを示した。

このうち、(3)については、「まずは、今回、各地域医療構想で2025年の各医療機能の必要量を定め、疾病構造や人口構造の変化など環境の変化も踏まえた上で、今後、国において検討する」と記した。

医療等分野の番号制度に関する中間報告

医療・介護の情報連携にもちいる番号制を検討してきた「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会」は12月3日、「中間まとめ」を大筋で了承した。

医療等番号 17年7月以降に保険資格のオンライン確認を導入

「中間まとめ」は、(1)医療・介護の分野にマイナンバーとは別の番号を検討する、(2)マイナンバーのインフラと共有するものは活用する、(3)各機関で保有する情報を紐づけて引き出す

分散型の情報基盤とする、(3)各機関の情報を電子的に紐づける「見えない番号」(電磁的符号)が望ましい、(4)まずは医療保険等資格のオンライン確認の早期導入を目指す、ことなどを提

言している。
このうち、医療保険等資格のオンライン確認については、「できるだけ早期の導入(平成29年7月以降)を目指す」とした。

診療側 治療率低下と平均在院日数短縮の評価めぐり分科会の見解を批判

診療報酬基本問題小委員会 DPC分科会が「退院時転帰の指標に『治療+軽快』の採用」を提案。基本小委は否定

12月3日に開かれた中医協の診療報酬基本問題小委員会で、平均在院日数短縮傾向に対する評価のやりとりが出現。診療側の医科委員は、異口同音に「短縮はほぼ限界に達している」という認識を示した。診療側の見解に、支払側の白川委員(健保連副会長)も一部同意した。

議論は、基本小委の質問に対する診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会の回答をめぐって行なわれた。

DPC評価分科会による「2013年度退院患者調査の結果報告」を検討した10月8日の基本小委は、報告を基本的に了承したが、その際、診療側の中川委員(日医副会長)は、(1)DPC対象等病院における退院時転帰で治療が減少している理由、(2)(出来高病院を含めて)平均在院日数が継続的に短縮している要因を示してほしいと、同分科会に要請した。

この指摘について、DPC評価分科会は11月10日と26日の2回にわたって検討した結果、要旨以下の見解をまとめ、この日の基本小委に回答した。

(1) 過去5年の退院患者調査結果をみると、退院時転帰は、治療は減少傾向にあるが、「治療+軽快」に着目すると、すべての病院類型に若干増減があるものの、経年的な変化の傾向は認められない。今後、この調査では、病院のアウトカム指標として、治療と軽快をまとめてモニタリングすることが妥当ではないか。(2) 出来高をふくむすべての病院類型

で短縮傾向が認められる。また、DPC対象病院の平均在院日数はその他病院よりも短い。その要因として、①診療報酬上の評価、②医療・看護技術の進歩(在宅・外来での化学療法、急性期のリハ、内視鏡手術など侵襲性の低い技術、認定看護師等による合併症発生の抑制やADL低下の防止)、③病床機能の分化(後方病院の充実)など、複合的要因が考えられる。

この回答に対して、中川委員は「予期せぬ再入院」の割合が年々増加している事実をあげ、治療割合の減少と「予期せぬ再入院」の増加が相関している可能性に懸念を示すとともに、治療と軽快を合わせた指標とする考えに強く反対し、同分科会に再検討を求めた。

また、平均在院日数短縮化の取り組みは出来高病院を含めて強化の一途をたどっているとも指摘。病院現場を疲弊させるなど「短縮はもはや限界に達している」と主張、その政策を見直す時期にきているという認識を表明した。

平均在院日数に関する見解に診療側の鈴木委員(日医常任理事)と万代委員(日病常任理事)も同調し、DPC評価分科会に再検討を求めた。

一方、支払側の白川委員は「基本的には、DPCの病院だけでなく、病院全体として、平均在院日数を減らすべきだと思っている」としつつも、「現実には様々な機能の病院があり、すべてを同列に議論するつもりはない」と述べ、

平均在院日数の機械的な短縮論とは一線を画す立場を表明した。

その上で、「DPCの病院に関しては、(診療側の指摘に)同意できる点もある。とくに、予期せぬ再入院が増えているのは何故なのか、私も関心がある。引き続き注目し、かつ、議論していかねばならない重要な問題だ」と発言、DPC評価分科会とは異なる認識を表明した。

基本小委の指摘に反論を試みたDPC評価分科会の見解に対する中川委員の反駁はさらに続き、「DPC対象病院が

これだけ増えた現在、DPCという制度がこのままでいいのかという検討を積極的にしなければならない」と、DPC制度の見直し論にまで及んだ。

治療率低下や平均在院日数に関する診療側の意見に、事務局(厚労省保険局医療課)は「そうした指摘があったことを分科会にあらためて報告し、今後の議論に反映させていきたい」(佐々木企画官)と述べ、今後の議論で十分留意する意向を表明した。これを受け、基本小委はDPC評価分科会の回答を了承した。

激変緩和措置 廃止是非議論の資料へ、当該病院を調査

この日の基本小委は、また、DPC評価分科会から上がった、激変緩和措置対象病院に対する特別調査の実施案を承認した。

激変緩和措置とは、DPC対象病院の調整係数を基礎係数と機能評価係数Ⅱに段階的に置き換えていく中で、医療機関係数別係数の変動によって生じる診療報酬収入の変化を2%の範囲にとどめるために暫定調整係数を調整することをいう。

置き換えはすでに調整係数の50%に及び、次回改定で75%、18年度改定で100%となって完了、DPC/PDPSはすべて機能実績による評価となる。

しかし、激変緩和措置によって調整係数の置き換えを猶予していくと、18年度の置き換えは収入変動の激変を招

くことになり、分科会では、次回改定も実施すべきかという議論が行なわれる中で、当該病院の経営実態と意識などの調査を実施し、その結果を踏まえて廃止の是非を判断することになったもの。

調査対象は、14年度改定で同措置を受けた135施設(変動率+2.0%以上82施設、変動率-2.0%以下53施設)。

調査内容は、①財務状況(DPC病棟だけでなく医療機関全体の収支変動)、②人員配置、③医療提供体制(医療計画における5疾病・5事業・在宅医療にかかわる当該医療機関の地域における役割)、④DPC参加前後の入院診療の外来移行の実態、⑤DPC参加の経緯、⑥18年の調整係数廃止に向けた要望、かならなる。

中医協総会 患者申出療養 「先進医療を身近な機関で希望する患者」を対象に追加

12月3日の中医協総会に、事務局(厚労省保険局医療課)は「患者申出療養の対象となる医療のイメージ」に、新たに「既の実施されている先進医療を身近な機関であることを希望する患者に対する療養」を追加する考えを示し、了承を得た。

「患者申出療養」の枠組は11月5日の中医協総会で承認を得た後、11月7日の社会保障審議会医療保険部会でも承認を受け、厚労省は現在、次期通常国会に提出する健保法等関連法案の作成を進めている。

11月5日に示された「患者申出療養の対象医療(イメージ)」は次のとおり。

- ①先進医療の実施計画(適格基準)対象外患者に対する療養-対象年齢外の患者、病期の進んだ患者合併症を有する等
- ②先進医療として実施されない療養-一部の国内未承認・海外医薬品等使用、実施計画が作成されていない技術等
- ③現在行なわれている治療の対象とならない患者に対する治療薬等の使用-

治療の枠組み内での柔軟な運用(日本版コンパッションネートユース)では対応できない患者

今回の修正によって、前出の3点に「既の実施されている先進医療を身近な機関であることを希望する患者に対する療養」が追加された。

11月5日の総会に示された事務局案(前出の①~③)に対して、診療側中川委員(日医副会長)は、「患者申出療養を一番求めているのは、先進医療を希望しているのにその実施医療機関が近場にならぬ患者ではないか」と指摘し、こうした患者に対する療養を対象に加えるよう求めた。

同委員は、また、「多くの先進医療は1桁の数の医療機関でしか実施されていない。患者申出療養の枠組で実施されるようになれば、希望する患者が増えて先進医療の症例も積み重なる。結果として保険適用が早まるのではないか」という認識を披露した。

中川委員の考え方に、唐澤保険局長は「今のご指摘は、患者申出療養が先


進医療普及の契機になるというものだ」と賛同し、前出の3点に追記する意向を表明した。

その結果、①に示された「既存の各先

進医療の対象から外れた患者」とは別に、「既存各先進医療を行なっている医療機関に通えない地方在住の患者等」も同制度の対象となることが決まった。

■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(東京会場)(90名)	2015年1月29日(木) 10:00~16:30(全日病会議室)	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。 ・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が、当研修会の目的です。
2014年度 第2回病院医療ソーシャルワーカー研修会(120名)	2015年2月11日(水)~12日(木)(全日病会議室)	20,000円(27,000円)	参加条件 ①実務経験3年以上の医療ソーシャルワーカー(MSW)の方、あるいは、日本医療社会福祉協会の主催する「基幹研修1」を修了した医療ソーシャルワーカーの方、 ②管理部門の方(院長、事務長も可)、看護部門の方、 ③院内連携ワークショップに関する研修会として実施致します。 可能な限り3名様(MSW、管理部門、看護部門よりそれぞれ1名ずつ)でのご参加をお願いいたします。(2名様以上のご参加より受付いたします。)なお、MSWの方の参加は必須とさせていただきます。
医療機関トップマネジメント研修インテンシブコース(36名)	2015年3月7日(土)~8日(日)(全日病会議室)	70,000円(70,000円)	・医療機関トップマネジメント研修の修了者以外の方も、ご参加いただけます。 ・本研修で使用予定のケースは、「クライシスマネジメント」、「業務改革」、「病院新築移転」。 ・懇親会費用10,000円(希望者のみ)



あんしんとゆとりで仕事に専念

一般社団法人 全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

一般社団法人 **全日病厚生会** お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

厚労省案「共通科目」の履修に414時間。異論相次ぐ

看護師特定行為・研修部会 「認定看護師等に実技の一部免除」にも疑問の声。事務局は次回に修正案

包括的指示の下で手順書によって特定行為を実施できる看護師の研修制度について具体案をまとめつつある看護師特定行為・研修部会は、11月26日、事務局(厚労省医政局看護課)が提案した研修内容の具体案について議論した。

研修の内容は、すでに骨組みの部分が事務局から示されている。今回、新たに提案されたのは、主に以下の部分だ。(1)研修内容は、臨床病態生理学、臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床薬理学、疾病・臨床病態概論、医療安全学、特定行為実践からなる「共通科目」と21の特定行為区分(研修の最小単位)からなる「区分別科目」とで構成される。(2)そのうち、「共通科目」の履修に414

時間を要する。「区分別科目」の教育時間は最少で15時間、最大で72時間となる。

(3)既に履修した学習内容は本制度における当該科目の履修の一部を免除することができる。

(4)特定行為の知識・技能をすでにもつ看護師は特定行為区分ごとに必要な知識・技能(区分別科目)の履修の一部免除することができる。

(5)研修修了者は、行為を実施する医療機関等で、当該行為を患者に実施する前に、当該行為に関する知識や手技の事前チェックを受ける。

これらの事務局提案のうち、(2)および(3)(4)に対して、構成員から異論が相次いだ。

(2)については時間数が多すぎて現実

的ではないというのが大方の意見で、「半分ほどでいい」との声もあがった。

構成員である神野正博全日病副会長は、eラーニングを利用して就業を続けながら研修を受ける看護師にかかる負担が大きすぎるとして、時間数の見直しを求めた。

(3)に関して、事務局は「日本看護協会が認定する認定看護師教育機関による認定看護師教育課程」等を例示し、履修一部免除の対象者とした。

(4)については「指定研修機関において当該行為に関する知識・技能を有していることを確認できた場合」という条件案を示した。

この考え方にも疑問と反対意見が多く示され、桐野部会長(国立病院機構理

事長)は、座学は免除可能としつつも、「実技の免除は裏ルートができる可能性がある」と指摘、事務局に検討を指示した。

事務局は次回会合に修正案を提示する方針で、研修案の年内とりまとめを期している。

また、特定行為の項目案として、10月23日の部会で継続検討とされた6項目に関しては、その後の議論で2項目を特定行為とすることで合意されたため、この日は、残り4項目の可否を検討した。

しかし、全員一致となることがなく、「経口・経鼻気管挿管の実施」と「経口・経鼻気管挿管チューブの抜管」の2つは、引き続き次回の検討に回された。

第8次看護職員需給 改革効果を見込むため見通しの期間は2年間

厚生労働省は「看護職員需給見通しに関する検討会」を12月1日に開催し、2025年を見据えた長期にわたる需給見直し策定の検討を開始した。

現在の第7次需給見直しは2015年まで。これまで7回にわたる需給見直しはいずれも5年ごとに策定されてきたが、2025年の医療需要と病床必要量を示す地域医療構想が15年度以降策定され、それによって、各地域の提供体制は大きな影響を受けることが見込まれ

る。

一方、看護師等の勤務環境改善マネジメントシステムの医療機関への導入が10月に施行され、15年10月には看護師等免許保持者の届出制度が始まる。

こうした制度施策による影響を的確に盛り込む必要があることから、事務局(厚労省医政局看護課)は、第8次見直しは2016~17年の2ヵ年とすることを検討会に提案、了承された。

事務局が示した資料によると、12年

の就業看護職員数は約154万人(病院は約94.5万人=61%)。このうち、看護師は約103万人(病院は71%)、准看護師は約38万人(同44%)。

看護職員全体で見ると、第7次見直しにおける同年の予測は、需要が157万人、供給が152万人であったから、実際の就業者154万人は供給見直しを上回っているが、なお、需要には追いついていない。

12年の就業者数のうち、新たな入職

者が、新規資格取得5.1万人、再就業14.0万人と19.1万人いるが、実際の就業者(154万人)は前年より4.2万人の増えるにとどまった。

これについて、事務局の資料は、同年に16.1万人が離職等で現場から離れていると指摘した。実際には年度をばさむことになるが、単純化すると、同年の離職は16.1万人、再就業は14.0万人というかたちで、未就業の看護職員の数は相変わらず増加をたどっている。

その結果、全国の潜在看護職員数は、約55万人(02年)から約71万人(12年)へと、大きく増加している。

特定保健指導 検査値改善と生活習慣病の医療費抑制に効果

「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」は11月26日、特定健診・保健指導にメタボリックシンドローム関連疾患の医療費を減少させる効果があるとする分析結果(第2次中間報告)を公表した。

同WGは、①特定健診・保健指導による検査値改善の効果と行動変容への影響、②特定健診・保健指導による医療費適正化効果、③特定健診・保健指導によるその他効果の各検証を行なうため、2013年3月に、厚労省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」に設置された。

レセプト情報・特定健康診査等情報データベース(NDB)を使って、08年度から11年度の間特定健診・保健指導受診者のデータ(各年約200万人)を分析。

その結果、特定保健指導終了者はそれ以外の者と比較すると、各年度、全ての性・年齢階級別で、腹囲、BMI、体重が大きく減少、血糖、血圧、脂質等も改善されたとして、指標ごとの数値データともども、今年4月の第1次中間報

告にまとめている。

今回の報告は、特定保健指導への参加が生活習慣病に関連する保険診療費に与える影響の検証として、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の3疾患から関連する合併症に移行する前段階の治療(主に投薬)に要する保険診療費への影響を測るために、NDBのうち、入院外レセプトのみを対象に分析したもの。

脳卒中、心筋梗塞、糖尿病合併症は発症までに長期間を要するケースが多いことから、今回の分析対象とせず、別途、

13~14年度の厚労科研でそれら疾患にかかわる特定保健指導の医療費適正化効果が分析されており、今年度中にその結果が公表される見通しだ。

今回の報告によると、積極的支援の参加者と不参加者との間に、翌年度に、男性7,030~5,020円、女性7,550~2,590円、動機付け支援参加者と不参加者とは、翌年度に、65~73歳で、男性6,340~3,630円、女性7,680~5,930円などの差異が認められた。

したがって、「特定保健指導の、①

3/4の施設が「消費税増税」で費用増と回答

福祉医療機構は10月に実施した2014年度診療報酬改定影響調査の結果を、11月28日に公表した(回答施設は218)。

それによると、14年4月~9月の6ヵ月間の収入動向は、「大幅な収入減」(16.0%)、「若干の収入減」(30.3%)、「ほぼ前年度を維持」(17.9%)、「若干の収入増」(31.6%)、「大幅な収入増」(4.1%)という結果で、収入減とした施設が収入増と

答えた施設を10.6ポイント上回った。

利益については、「大幅な利益減」(22.0%)、「若干の利益減」(31.2%)、「ほぼ前年度を維持」(17.9%)、「若干の利益増」(25.2%)、「大幅な利益増」(3.7%)と、利益減とする施設の割合が利益増と答えた施設の割合を24.3ポイント上回った。

ところが、支出の動向については、「大幅な費用減」(1.4%)、「若干の費用

減」(10.1%)、「ほぼ前年度を維持」(13.3%)、「若干の費用増」(58.7%)、「大幅な費用増」(16.5%)となり、費用増となった施設は全体の3/4にも達した。

支出動向に影響を与えた理由を「診療報酬改定」としたのは5.0%に過ぎず、過半数の52.8%が「消費税増税」をあげた。その他の理由としては「人件費等の増加」をあげる意見が多かった。

一方、収入動向に影響した理由は「患者数の減少」(36.7%)が最多であった。

一般社団法人 全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました



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

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

●ご加入のお申込み、お問合せは… (株)全日病福祉センター

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

センターへの事故報告の期限「遅滞なく」で合意

医療事故調査制度の施行に係る検討会 原因究明の結果と再発防止策は基本的に報告に書き込む方向

医療事故調査制度の詳細を検討している「医療事故調査制度の施行に係る検討会」は12月11日、事務局(厚生労働省医政局総務課医療安全推進室)がこれまでの議論から整理した省令・通知に書き込む事項の考え方(別掲)について議論した。

議論では、まず、診療関連死が発生した場合に報告対象か否かの相談先となる医療事故調査・支援センターと支援団体の位置づけが問われた。

一義的にどちらに相談すべきかという問題で、一部の構成員から「支援団体への相談が先行されるべき」との意見が出たためだが、構成員は「センタ

ーも支援団体とともに相談先に位置づけるのが妥当」とする意見、したがって、問題は、役割分担等両者の間の整合性を図るということにあるという認識が大勢を占めた格好だ。

次に、事故発生直後の遺族への説明事項を省令とするか、改正が容易な通知とすべきかで意見が分かれた。

ただし、「改正医療法は遺族に対する説明事項を省令で定めなければならない」としており、この方向で決着が図られるものとみられる。

センターへの報告の期限に関しては、改正医療法の「遅滞なく」という考えを通知も採用するが、拡大解釈さ

れないよう表記にあたって留意するという方向で合意した。

院内調査の内容については、特段の意見が出なかった。

院内調査の報告書に原因究明の結果と再発防止策を書き込むかについては、「原因の明記は結果的に責任追及につながる」との声も出たが、院内調査の過程で原因の究明が行なわれ、かつ、再発防止についても検討がなされるのは自然の流れで、問題は、それをどう報告に書き込むかにある。

構成員の意見は「任意記載事項とすべき」と「必要記載事項とした上で、具体的には医療機関の判断にゆだねる」

とに分かれたが、基本的に記載事項とした上で、再発防止策を確定するに至らない場合などにはその旨を記すなど、記載の内容は医療機関の判断に委ねる方向の意見が多数を占めた。

この議論は、センター調査の報告でも繰り返されたが、「原因究明も再発防止も触れない報告ではセンターの意味がない」という指摘もあり、院内調査報告と同じ事項でセンター調査報告を作成するという意見が多数を占めた。

意見の隔たりが大きな論点は、この日大方とりあげられた。

一部に異論の向きもあるものの、大きなポイントに関しては、この日の議論で大筋合意の方向がみえてきたといえる。

次回1月14日は「医療事故の範囲(定義)」がテーマに取り上げられる。

これまでの議論を踏まえた論点と省令・通知事項に関する事務局の考え

1. 医療機関からセンターへの事故報告について

(1) 医療機関内での判断プロセス(センターや支援団体への相談)

管理者が医療事故調査・支援センターへ報告を判断する上での支援として、センターは医療機関からの相談に応じられる体制を設ける。

*医療事故の判断の際の相談について以下の意見があった。「センターに相談する」「支援団体に相談する(センターに相談しない)」「センターに相談する前に支援団体に相談する」

(2) 医療機関から遺族への説明事項

遺族へは以下の事項を説明する。

制度の概要、解剖(Ai)が必要な場合の同意取得にかかわる事項、医療事故の内容に関する情報(報告時点で可能な範囲とする)、院内事故調査の実施計画

*「遺族への説明事項はセンターへの報告事項と同様とするか」検討願いたい

(3) 医療機関からセンターへの報告事項

センターには以下の事項を報告する。

医療機関名/所在地/連絡先、日時/場所/診療科、医療機関の管理者/(連絡担当者)、患者情報(性別/年齢/病名等)、医療事故の内容に関する情報(疾患名/死因/臨床経過等=報告時点で可能な範囲とする)、調査計画と今後の予定、その他管理者が必要と判断した情報

(4) 医療機関からセンターへの報告期限

具体的な期限は設けず、「遅滞なく」報告とする。
*期間については「1ヶ月以内」「24時間以内」との意見があった。

2. 医療機関が行う医療事故調査について

(1) 医療機関が行なう医療事故調査の方法等

○管理者が必要な調査項目を選択決定する。

○調査は当該医療従事者を除外しない。

○再発防止策は必須事項とせず管理者の判断に委ねる。

○調査項目は「臨床経過」と「原因分析」の中から必要な範囲内で選択する。(臨床経過の詳細項目は省略=編集部)

*「原因分析は医療機関の行なう医療事故調査の項目としてよいか」検討願いたい

(2) 医療機関が行なった医療事故調査の遺族への説明事項等

○遺族への説明は口頭(説明内容をカルテに記載)又は書面(報告書又は説明用の資料)の適切な方法を管理者が判断する。

○遺族への説明事項は「臨床経過=客観的事実の経過」とし、現場医療者など関係者について匿名化する。

*「遺族への説明事項は院内調査の項目やセンターへの報告事項と同様とするか」検討願いたい。

*非懲罰性の担保について意見があった。

(3) 医療事故調査結果のセンターへの報告事項

○以下の事項を記載した報告書をセンターに提出する。医療機関名・所在地・連絡先、日時・場所・診療科、医療機関の管理者、患者情報(性別・年齢・病名等)、臨床経過(客観的事実の経過)

○当該医療従事者等の関係者について匿名化する

*「医療機関が行なう医療事故調査項目に原因分析を加えた場合、それを、センターへの報告事項とするか」「再発防止策をセンターへの報告事項とするか」検討願いたい。

(4) 医療事故調査の結果の取扱い

○報告書の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踏まえる。

○医療機関が報告する医療事故調査の結果に院内調査の内部資料は含まない。

*非懲罰性の担保について意見があった。

3. センターが行なう整理・分析について(省略)

4. センターが行なう調査

(1) センターへの調査依頼と調査の内容

○当該医療機関の管理者・遺族は医療事故として報告した事案についてセンターに調査の依頼ができる。

○院内調査終了後に調査する場合は院内調査の検証が中心となる。院内調査終了前に調査する場合は院内調査の進捗状況等必要な事実確認を行なうこととなる。それぞれ、センターから調査への協力を求められた場合、病院等の管理者は協力すること。

*「センター調査は医療機関が行なう調査と同じ項目としてよいか」検討願いたい。

(2) センター調査の医療機関・遺族への報告とセンター調査の結果の取扱い

センターは以下の事項を記載した調査結果報告書を医療機関と遺族に交付する。

医療機関名・所在地・連絡先、日時・場所・診療科、医療機関の管理者、患者情報(性別・年齢・病名等)、臨床経過(客観的事実の経過)、原因分析

*「センター調査の項目に原因分析を加えた場合、管理者・遺族への報告事項とするか」検討願いたい。

*再発防止策については、①記載する、②記載するが表現に注意する、③記載しないという意見があった。
*非懲罰性の担保について意見があった。

女性医師の勤務環境改善へ提言

厚生労働省に設置された「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」は、12月5日に、女性医師が働きやすい環境整備に向けた課題と取り組みの方向性をまとめた報告書案を了承した。

報告書には、医師に占める女性の割合が増加の一途をたどっている中、出産・育児というライフステージを抱える女性医師が就業放棄に追い込まれるこ

とがないような環境を整えるために、医学部(卒前教育)、臨床研修、医療現場、専門医など、キャリアアップしていくステージごとに考慮されるべき課題を整理するとともに取り組み内容の事例・例示が盛り込まれた。

病院に関しては、妊娠・育児中の女性医師に配慮した柔軟な勤務形態として、短時間正規雇用、交替勤務制、当

直や時間外勤務への配慮をあげるとともに“複数主治医制”の導入を提案、さらには専門医資格の更新に際しても基準適用への配慮の必要を提起している。

同懇談会は、「日本再興戦略改訂2014」の中に「女性医師が働きやすい環境の整備」が明記されたことを受けて設置された。厚生労働省の村木厚子事務次官が主催、かつ、村木事務次官自らも出席する異例の懇談会となった。

病院団体からは全日病の西澤会長が構成員に参加。10月3日の日の会合で、

会員の2病院が進めている女性医師の勤務環境改善活動事例を紹介している。

臨時国会で審議未了となった「女性が活躍できる社会環境整備推進法案」は次の通常国会に提出される見込みで、成立すると、医療機関を含むあらゆる企業は勤務実態や管理職への登用状況などを数値化・公表し、環境改善に取り組むことが義務化される。

そうした意味から、この報告書は、同法を踏まえた関連施策の原典となる可能性もある。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

＜称号＞ **メディカル クラーク**®

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,700円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- ＜実技Ⅰ＞ 患者接遇
- ＜学 科＞ 医療事務知識
- ＜実技Ⅱ＞ 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

＜称号＞ **医事業務管理士**®

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,200円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- ＜実技Ⅰ＞ 患者接遇・院内コミュニケーション
- ＜学 科＞ 医事業務管理知識
- ＜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

＜称号＞ **ドクターズクラーク**®

【主催】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 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科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,300円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- ＜学 科＞ 医師事務作業補助基礎知識
- ＜実 技＞ 医療文書作成

●試験の詳細な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。

一般財団法人 日本医療教育財団

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