



# 全日病 21世紀の医療を考える全日病 2007 ニュース7/1

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 清話会ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.666 2007/7/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

## 「医療機能強化型」老健の創設を了承

### 新型老健の創設 来4月に初の期中改定。医療療養の転換は全て受入

6月20日に開催された介護施設等の在り方に関する委員会は、療養病床から転換した老健施設の新たな類型として事務局(厚労省老健局老人保健課)が提示した「医療機能強化型老人保健施設(仮称)創設案」を了承。その他の療養病床転換支援追加措置の実施および関連議論の要請と併せた「報告」をまとめ、上位審議機関である介護給付費分科会に今後の取り扱いを付託した。

### 医療法人の特養経営、次期通常国会で法改正

具体的な施設基準と介護報酬の案は9月に開かれる介護給付費分科会で審議され、諮問・答申を経て、来年の診療報酬改定と同時に介護報酬改定と省令等改正を実施、4月に施行する。介護報酬としては初の期中改定となる。

新型老健の概要は5月18日の同委員会で示されたものと基本的に変わらないが、新たに「医療機能強化型老人保健施設」という名称が加えられた。ただし、委員会で異論が出たため、事務局は名称の再考を受け入れた。

「療養病床転換促進のための追加的な支援措置」に盛り込まれた医療法人等による特養設置に関しては、「2008年通常国会に老人福祉法改正法案を提出」することが明確にされた。

二重借り入れを余儀なくされる転換病床に対する借り換え融資制度についても、その概要が示された。

09年度からの第4期介護保険事業計画における転換枠については、「医療療養病床からの転換はすべて受け入れ」方針があらためて明確にされた。

#### 「療養病床転換促進のための追加的な支援措置」

#### ①「(仮称)医療機能強化型老人保健施設」の創設

\*介護給付費分科会に諮問の上、08年4月に介護報酬改定と関係省令等の改正  
(1)夜間・休日・日勤帯以外に必要な医療

・急性増悪時の対応  
・日常的な医療処置(喀痰吸引、経管栄養等)

▶老健施設の医師のオンコールや他の保険医療機関医師の往診、看護職員  
の夜間配置によって対応。

(2)看取りに際して必要となる医療

・医師による状態の確認、指示の変更、緊急かつ高度な医療処置

・看護職員による状態の観察、一般的な医療処置

▶緊急かつ高度な医療処置も含めた必要な医療サービスが提供できるよう看取りの体制を整える。

#### ②医療法人などによる特養の設置

医療法人など営利を目的としない法人による特養の設置を認める。

\*08年通常国会に老人福祉法改正法案を提出、成立後速やかに施行予定。

#### ③サテライト型施設の多様化

本体施設とサテライト型施設の多様な組合せを可能とし、人員・設備基準等の更なる規制緩和を行う。

\*介護給付費分科会に諮問の上、08年4月に介護報酬改定・関係省令等の改正

#### ④小規模老健施設の人員基準等の緩和

小規模老健について、介護報酬の算定上限日数撤廃や介護支援専門員等人員基準の緩和を行う。

\*介護給付費分科会に諮問の上、08年4月に介護報酬改定・関係省令等の改正

#### ⑤在宅医療と「住まい」の場を組み合わせ

#### せたサービス提供体制の構築

診療所併設有料老人ホームや高齢者専用賃貸の居住者に対する在宅医療の診療報酬。

\*08年度改定に向けて中協協で検討

#### ⑥新たな借換融資制度の創設

過去に療養病床整備に要した借入金(債務)の長期安定融資への借り換えを行う「療養病床転換支援貸付金制度(仮称)」①民間金融機関からの借入金を福祉医療機構が借換、②福祉医療機構の既存融資案件に係る償還期間を延長)を創設する。

\*08年4月から(08年度予算要求事項)

#### ⑦第4期介護保険事業計画における療養病床転換受入れの円滑化

療養病床の転換が本格化する第4期介護保険事業(支援)計画(09~11年度)では、医療療養病床から介護施設への転換はすべて受け入れる。

\*09年4月施行(基本的考え方は本年6月に通知)

## 「医療区分項目は基本的に妥当」

### 06年度慢性期調査の最終報告 一部に運用見直しを提起。ADL中心に費用・点数の乖離を指摘

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(分科会長・池上直己慶應大学教授)は、6月28日の会合で現行医療区分の項目分布は基本的に妥当とみなすことで基本的に一致、2006年度慢性期調査結果の最終報告書をまとめた。

ただし、酸素療養(医療区分3)、うつ・問題行動(ともに医療区分2)など、項目によっては、運用の要件を通正化すべきであると提起した。

最終報告書は、特にADLの面で、コスト割れになっている区分がある一方で十分な収支差が確保されている区分があるという、慢性期患者分類における費用と収入のアンバランスな構造を明らかにし、その是正を提起した。

医療区分の項目は基本的に現状どおりとする見解が打ち出されたため、現場への深刻な影響は避けられる見通しだ。(2面に報告要旨と分科会の議論を掲載)

今年4月の中間報告において、同分科会は、直接ケア時間にもとづいたコスト分析から費用と診療報酬に乖離が生じていると指摘したが、最終報告書では、コストの総体的な分析から、費用と収入の間に乖離があること、具体的には各医療区分とも、ADL区分が高いほど収支差額の大幅な縮小さらには収支差損の状態にあることを、あらためて立証した。

その例証として、最終報告書は、医療区分1のADL2・3では1日約3,500円の赤字となるが、医療区分3のADL区分1では5,397円の黒字となるデータ(費用差最大の場合:「患者分類毎の収入・費用差」)を公表した。

この乖離に関して、06年度診療報酬改定に向けた分科会報告で認知症障害を含めて11区分とされた患者分類が、改定の配点上5区分(別途2区分に加算)と簡素化されたことが原因の1つとして取り上げられ、その旨の指摘を書き込むことが合意された。

委員からは、「コストに見合わない点数設定」に対する疑問だけでなく、「医療

区分1は入院医療を必要としないという政策判断」に対する疑問(中間報告)も再度盛り込むべきとする意見など数々

#### 後期高齢者医療制度

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会が6月18日、約3ヶ月ぶりに再開された。

事務局(厚労省保険局医療課)は、7月に社保審の医療部会と医療保険部会で後期高齢者医療制度が取り上げられるなど議論の密度を高め、秋頃に診療報酬体系骨子のとりまとめを行なうと、当面の日程を説明。

その上で、「想定される論点例」を示し、同日は「入院」について議論したいと提起した。

事務局は、資料を使って、75歳以上の入院は療養病床が圧倒的に多いこと、300床以上の病院で手術・麻酔を伴う入院も相当数あるが、費用が最も高いのは100床台の病院であり、そこでは手術・麻酔は決して多くないことなどを

の修正要求が出ており、今後、箇所によっては表現が変わることが予想される。

最終報告書は、7月半ばの診療報酬基本問題小委員会に報告される。

基本小委の議論いかんでは、項目の見直しを慢性期分科会に再び付託する場面も考えられるが、事務局(厚労省保険局医療課)は、そうした可能性は少ないと予想している。

基本小委への報告後、医療とADLの各区分の点数をコストに照らして見直す作業が始まるが、同日の慢性期分科会で、原医療課長は「(現行5つの)包括区分の範囲見直しは基本小委の議論に

委ねる」という認識を明らかにした。したがって、今後は、基本小委の判断が医療療養病床再編成の方向を誘導する。基本小委には療養病床に詳しい委員がいないとして、慢性期分科会では、「我々の意見が反映できる仕組みを整えてほしい」という注文も出た。

事務局は、2006年度慢性期調査結果の最終報告を終えた時点で、慢性期分科会は閉会となることを明らかにした。

同日の慢性期分科会では、一般病床に入院する長期患者に対する調査の必要が提起された。また、06年度調査結果集計の途中で提起された「ケアの質を測定するQI」抽出というテーマが積み残しとなっている。

DPCの分野では当該分科会が恒常的に開催されているが、データをもって慢性期医療全体を再設計する場の確保を期待する声が現場には根強い。

## 「早期退院に向けた総合的評価」を導入か

説明した。

入院の主な論点は「総合的な入院診療計画」の普及と「早期退院に向けた総合的な評価」の導入である。

原医療課長は、現行診療報酬における入院診療計画や入退院時のケアカンファレンスについて、「算定が少ない。それが普及されるための工夫はあって然るべきだ」という認識を示した。

#### 想定される論点例(抜粋・要旨)

##### ●外来

主治医が後期高齢者を総合的に診ることを進めることを、また、受診時に、病歴や受療歴(投薬、検査等を含む)確認が行われることをどう考えるか。

##### ●入院

・退院後を見通した総合的な入院診療

計画が立てられ、患者や家族に提供されることをどう考えるか。

・早期退院に向けた総合的な評価についてどう考えるか。

##### ●在宅

・地域の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者がチーム対応する取り組みを進めていくことをどう考えるか。

・医療関係者の連携を調整する主治医の取り組みを進めることをどう考えるか。

・医療機関等の連携体制の充実及び後方支援する医療機関の普及を進めることをどう考えるか。

・終末期に備えた患者の生前意思や家族の希望を尊重することをどう考えるか。

・疼痛緩和ケアを進めることをどう考えるか。

医療区分3

医療区分2

# 酸素療養、うつ・問題行動は運用の厳格化が「必要」

慢性期調査報告  
の内容と議論

## 医療区分2の認知機能障害にはコスト差が認められない



「慢性期調査報告案」(抜粋箇所の要旨) 6月28日の慢性期分科会 \*最終的に表現が変わる項目がありえる。1面記事を参照

### (1) 医療療養病棟の役割について

#### ②分科会としての意見

急性一般病院での治療後の受け入れが期待され、今回の調査結果からも、そのような患者の受け入れが実際に行われていた。また、急性期治療後の患者を受け入れて円滑な在宅療養等へ導入を図る一方、在宅療養等の患者等が入院治療を必要とする場合に対応する等、在宅支援の役割も担っている。

一方、医療の必要性が高い患者像として、終末期の看取りや緩和ケアを必要とする患者、神経難病、認知症の患者等を挙げる意見もあった。

なお、喀痰吸引や経管栄養、膀胱留置カテーテル等の医療処置が必要な患者について、介護施設での対応の位置づけができるまでは、医療療養病床が療養を提供すべきではないかという意見が出された。

### (2) 医療区分、ADL区分、認知機能障害加算の妥当性について

#### ①概括的評価

医療区分及びADL区分は概ね妥当であると考えられた。

#### ②医療区分に関する個別項目の検討

状態像に視点を置いて検討するべきであるという意見が多く出された。また、医療区分項目の追加、削除の範囲は最小限に留めるべきであるとの意見が出された。

#### a. 新たに医療区分3の評価項目とするもの

医療区分3と同等と考えられる評価項目として、医師による「1日数回の指示見直しが必要」「毎日の指示見直しと看護師による頻回観察が必要」「毎日の指示見直しと看護師による24時間観察が必要」等医療提供頻度にかかわるものが

挙げられた。

これらについては看取りを評価する項目であり採用するべきであるという意見もあったが、診療報酬上の評価とするには曖昧な項目であり不適切という指摘がなされた。

#### b. 新たに医療区分2の評価項目とするもの

医療区分2と同等と考えられる評価項目として、「個室管理」「余命6ヶ月以下」「注射・点滴日数が週に6日」「注射・点滴日数が週に7日以上」「抗生物質注射」「末梢静脈栄養」が挙げられた。

これらについては、診療報酬上の評価とするには曖昧な項目であり不適切な項目であると考えられた。また、医療処置の項目であり、適切なケアから外れる可能性のある項目であり不適切である等の指摘がなされた。

#### c. 医療区分3から医療区分2の評価項目に変更するもの

「ドレーン法・胸腹腔洗浄」は、ケア時間、1日費用共に全体の費用と差がなかったが、患者数はごくわずかであった。

「酸素療養」「発熱を伴う気管切開・気管内挿管」「感染隔離室におけるケア」は全体費用と差がなかったが、「酸素療養」については、現在の規定を見直し、今後、適切な要件とすることが必要であると考えられる。

#### d. 医療区分2の評価項目から除くものについて

「うつ状態」「問題行動」「多発性硬化症」「パーキンソン病関連疾患」「神経難病以外の難病」「脊髄損傷(四肢麻痺が伴う)」「脱水」「嘔吐」は、ケア時間、1日費用共に全体と差がなかった。

「うつ状態」「問題行動」は、項目を除外するよりも、現在の規定を見直し、今後、適切な要件とすることが必要で

あると考えられる。

難病については医療療養病床として本来受け入れるべき患者像であり、項目を除外すべきでないとの意見が出された。

#### e. 経管栄養・胃瘻について

病院長のアンケートで医療区分2に加えるべきという意見が多かった経管栄養、胃瘻等の処置について検討したが、ADL区分3の平均ケア時間を比較すると、経管栄養、胃瘻のみを選択し

ている者は、全体よりもわずかに短かった。

#### ③認知機能障害について

認知機能障害の有無については、医療区分1にはケア時間も費用も若干の差が認められたが、医療区分2には差が認められなかった。

## 医療区分1のADL2・3、1日3,500円前後の赤字

### (3) 患者分類と費用について

現在の入院基本料と比較すると、医療区分1のADL区分1~3は患者1人1日当たり費用に比べ低く設定されていた。診療報酬における入院基本料の設定

は、医療区分それぞれにみると、今回の調査結果から算出された費用に比べ、上下に幅が広がっていることがわかった。

#### ■患者分類毎の収入・費用差 (69病院のコスト調査から：費用差最大の場合)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	-3,534円	143円	448円
ADL区分2	-3,489円	573円	1,131円
ADL区分1	-1,338円(認)	1,918円(認)	5,397円
	-1,001円	1,894円	

#### ■患者分類毎の収入・費用差 (69病院のコスト調査から：費用差最小の場合)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	-3,534円	452円	2,063円
ADL区分2	-4,224円	513円	2,412円
ADL区分1	-2,996円(認)	767円(認)	4,697円
	-2,855円	721円	

\*「収入・費用差」とは、各区分の患者1人1日あたり推計収入(当該入院基本料に一律4,491円を加えた額)から費用(人件費、材料費等の変動費と設備関係費、経費等の固定費)を差し引いたもの。4,491円の内訳は入院基本料等加算1,163円、出来高部分580円、リハビリテーション828円、食事療養費1,920円。

\*「費用差最大」とは、直接ケアに関与しない「その他人件費」をケースミックス値に応じて按分して算出した場合の費用を意味する。同「最小」とは、「その他人件費」を一律に按分して算出した場合の費用をいう。

## 分科会は閉会。基本小委から区分見直し要請あれば再開

慢性期入院医療の包括評価調査分科会の主なやり取り 6月28日

**委員A**●最終報告は中間報告の内容と整合性が保たれるべきだ。中間報告ではケア時間の面、今回はコストの面で診療報酬との乖離が明らかになった。11区分を5区分にしたことが混乱を招いていることを最終報告で明確にすることによって一貫とした内容になる。

**医療課長**●中間報告では医療区分1の点数が低いという主旨となった。しかし、医療区分2・3によっては大幅なプラスとなっている。全体の収支は概ねバランスが取れているというのが最終報告の結論。そこに、「低い方を上げて高い方を下げよ」と書き込むという意味か。

**委員A**●それは中医協の問題だ。要は、区分の実態に見合った評価の差があるべきという主張が盛り込まれるべきということだ。

**委員B**●ADL区分の低い方が利益が高いのはおかしい。分科会として、区分のコストと収入に乖離があるという事実は指摘しなければならない。

**課長**●11区分を5区分にしたということが誤りということ。その点が分かるように書いたらいかかか。

**委員A**●①ADL区分の問題、②値上げ上の格差、③11区分を5区分にしたミスマッチという点が盛り込まれるのであれば納得する。

**委員C**●どの医療区分にあってもADL区分3が厳しく値上げされている。この点をクリアに指摘してほしい。

**課長**●つまり、ADL区分のバランスが正しくない。つまり、11区分を5区分にしたという点に求められる問題だ。しかし、包括する以上、一定の範囲が対象となる。その中で手間のかかり方が少ない分、利益が出るというのはいかたがな。その点をどのように調整するか基本小委で議論してもらうしかない。

**委員D**●収支差について細かく論じてもしかたがない。11項目は実際には9項目。これを5つにしているに過ぎない。この5項目の妥当性について議論する余地はあるが、その数を多くすれば済むという問題かどうか。

**分科会長**●11区分をどう点数にまとめるかは中医協の仕事だが、コストと収入に乖離があったという事実は指摘すべきだろう。

**委員D**●指摘は事実だけでよい。現行点数と比べてどうかというのは言及しない方がよい。医療区分1は介護保険で面倒みるとされたのではないか。

**委員E**●急性期以外の一般病棟について今年度新たに調査してほしい。

**課長**●それは基本小委で議論されるべき問題。その指摘があったと報告するにとどめてはいかかか。

**委員E**●慢性期調査は本来、急性期以外の一般病棟から特養、老健にいたるまで調べるはずだった。少なくとも今後の課題として取り上げてほしい。

**委員A**●賛成。医療と介護にわたる全

体像をみるためには入り口の実態も明らかにされなければならない。地域ケア整備構想を進めていく上でも必要だ。

**委員C**●一般病床のすべてが急性期というわけではない。療養病床のみならず、亜急性期、急性期を含めた患者像を捕捉することは必要だ。

**事務局**●本分科会は基本小委の委嘱を受けて行なう組織。問題提起としてはよいが、分科会としてどうこういう問題ではないように思う。分科会長の口頭による報告としてはいかかか。

**会長**●分科会委員の共通認識として表明しよう。

**委員C**●06年度改定のときは各区分の全項目を表にした。今回は分類表は示さないのか。

**事務局**●各項目ごとに医療とADLの面から妥当性について意見を述べよというのが付託事項。それに対して、基本的に不適切な項目はないが一部に検討が必要なものがある、という報告になる。

**委員A**●前改定では、項目の入れ替えを検討するよう中医協から分科会に戻った。今回も同様の手順を踏んでほしい。細部にわたって我々の意見が提供できるようにしてほしい。

**事務局**●今回はその妥当性を検証した結果、概ね適切ということになった。おっしゃるようにはならないと考えるが。

**委員A**●中間報告に「医療区分1は入院医療を必要としない」という政策判断

がなされ、診療報酬もコストに見合わない点数が設定されていることは大きな疑問」と書き込んだ。それを再度盛り込んでほしい。

**委員F**●まったく賛成だ。

**課長**●この件は、基本小委の委員長から「当分科会の付託事項ではない」と釘を刺された。

**委員A**●後々残るのは最終報告書だ。分科会の総意としてそうした指摘を残したい。

**委員B**●中間報告で示した疑問を、最終報告がエビデンスとして明らかにした。中間報告の文言を繰り返す必要はなく、当該箇所にその主旨を書き込めばよい。

**委員D**●区分の妥当性評価の「新たに医療区分3の評価項目とするもの」に「(医療提供頻度にかかる項目は)診療報酬上の評価とするには曖昧な項目」とあるが、これは、曖昧でなくするという課題として、今後のテーマとなるべきではないか。

**課長**●医師が頻繁にかかわる患者は、やはり、ケア時間が長い。患者の状態を表わす上で重要な項目であることは事実。しかし、診療報酬の評価項目としては曖昧。と、他に代わる評価項目はない。したがって、他項目とのかかわりの中で使っていくしかないのでは。

**委員C**●基本小委で項目を入れ替えるという方針が出た場合はどうなるのか。

**事務局**●その通りであれば再開する。

# 届出後、第3者機関が事件性有無峻別の方向

診療行為関連死  
調査等第3者機関

## 残るは捜査との並行問題。医療側も証拠保全等担保を受け入れか

6月27日の「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」(座長・前田雅英首都大学東京法科大学院教授)で、オブザーバーとして参加している法務省(刑事局刑事課長)と警察庁(刑事局刑事企画課長)がそれぞれ発言。医療事故死の調査等を目的とした第3者機関の設立構想に賛成する一方、証拠保全の必要から、第3者機関による調査と警察による捜査を両立させる方法が好ましいとする見解を表明した。

### 検察と警察が発言。医療側との間に歩み寄りが

警察庁は「過去立件されてきたレベルのものは引き続き警察にまかせてほしい」と発言。法務省(検察)は、事件性有無の判断と証拠保全が適切になされるのであれば「第3者機関に最初のとは口をまかせるといふ考えもあり得る」と、医療側の見解に一步步み寄った。

これに対して、警察庁は「航空機事故調のように同時並行して走るとい

制度に近いものになるかもしれない」というイメージを披露した。

医師法21条については「届け出たか否かで警察の対応が変わることはない」(警察庁)として、警察への届出の法的義務には拘泥しない考えを示した。むしろ、第3者機関への届出が義務化され、「グレーゾーンについて、患者への説明や対応してくれるのであれば期待

するものがある」(警察庁)と、医療界との新たな連携に対する期待をのぞかせた。

法務省は、医療事故が騒がれる背景には、迅速な行政処分や示談・調停等裁判外の紛争処理制度が整っていないことがあると指摘。刑事罰にいたる前に行政処分が取られれば「刑事の面で情状酌量をはたらくという関係もありえる」という認識を明らかにした。

また、第3者機関による事件性有無の峻別についても、「マニュアルのようなものを厚労省が作る事が望まれる」(警察庁)と提起。厚労省が大きな鍵を握っていると示唆した。

医療側委員には、なお、第3者機関が事件性ありと判断した時点から警察が介入すべしとする意見が強い。しか

し、すべての医療事故への免責を否定する発言や捜査と調査活動の両立条件模索を志向する意見が出るなど、医療側にも歩み寄りの気配が生じている。

座長は、「今まで空白だった部分が本日の議論で埋まった。後2、3回の議論で残る点を詰めたい」ととりまとめに意欲的だ。

事務局を務める医政局総務課医療安全推進室の佐原康之室長は、検討会終了後、「医療側と検察・警察とで大きな歩み寄りができた。後数回の議論で、第3者機関に関する中間的なとりまとめが可能だ。その後も、行政処分、ADR、被害補償と検討は続けられる。21条は今後も残るが、解釈を明確にするなど運用が変わる可能性がある」と、議論が山場を越えたことを認めた。

### 「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」主な発言(6月27日)

#### 1. 警察庁の説明

それまで医療過誤事件の届出は年間数件に過ぎなかった。しかし、都立広尾病院の事件で平成11年に44件と急増。平成12年は124件、東京女子医大事件の翌14年は185件と急増し、15年248件、16年255件とピークを迎え、その後、17年214件、18年190件と落ち着きつつある。

病院がリスクマネジメントに取り組むようになり、患者との対話にも力を入れたことが減少に繋がっているのではないかと現場はみている。

警察がことさら医療過誤事件に力を入れているということはない。遺族等の思い入れが増え、届出が増えていることが背景にある。もっとも、届け出たか否かで警察の対応が変わることはない。

第3者機関の設置は我々も賛成だ。医療事故の捜査は現場にも苦労がかかる。医学上の十分な知見を得る必要があるものは第3者機関が関与することが好ましいと思う。しかし、すべての事件を第3者機関とするべきとは思わない。

明らかな誤りが分かるものは証拠保全の関係上捜査を急ぐ必要があり、警察として早期に対応したい。この2つを仕分けしなければならない。

今までの裁判例や実務処理の積み上げから、刑事責任が問われるものとそうでないものを峻別する、そうしたマニュアルのようなものを厚労省が作る事が望まれる。

#### 2. 法務省(検察)の説明

刑事司法に対する不信感があるようだ。しかし、現実の取り扱いは非常に謙抑的に行なわれている。

東京地検が処理した事件は、ここ数年、年間10数件から30件ほどで推移している。このうち、起訴は年間数件からゼロに過ぎない。全体の1割弱に過ぎず、それ以外は、起訴猶予と嫌疑不十分に終わっている。起訴にも正式と略式とがあり、正式な起訴は半分、つまり、起訴の半分が罰金刑(略式起訴)というわけだ。これだけ、絞り込んだ運用を行なっている。

過失が明らかでも責任が問われないようにすべきという意見がある。それは国民の理解と支持を得られないと考える。

様々な過失事故において、刑事罰は1つの方法に過ぎず、多くは行政処分や賠償保険等裁判外による対応で終わっている。

車の事故は示談で終わるのがほとんどで、すべてが刑事罰となるわけではない。独禁法違反も行政上の措置が取られることが多く、告発にいたるものは少ない。脱税も重加算税はあるものの、告発となるケースは限られている。

しかし、医療事故では、こうした中間的な罰がない。

医療事故を訴える遺族等には、事故のプロセス、理由を知りたいというニーズがある。こうした面の真相究明ができ、遺族が納得できるのであれば、告訴にいたることも少なくなるのではないかと。

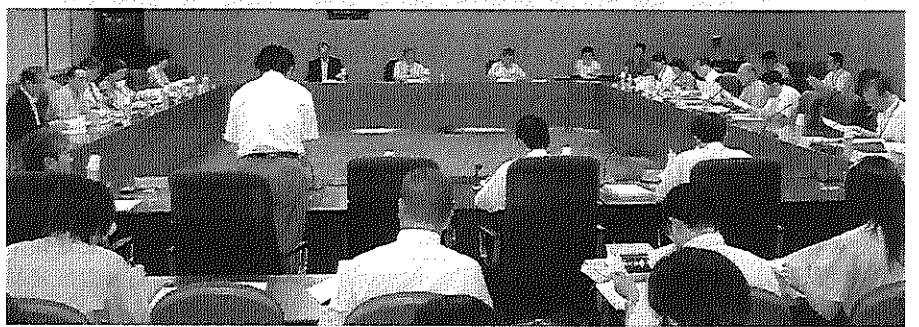
制度の設計上、①調査は中立厳正がポイントになる。②何が起こったのか、どうしてそうなったのかというのが遺族の心理だ。ややもすると解剖が先行するが、それだけではないだろう。関係者からの聞き取りやカルテといった側面も重要ではないか。③患者遺族に対する十分な説明がもっとも大きい。④死因究明という単発で終わってよいのか。行政処分、民事訴訟との組み合わせが考えられるべきではないか。今は、刑事があつてから行政処分となっている。これは逆であつて、行政処分されることによって刑事の面で情状酌量をはたらくという関係もありえるのではないかと。⑤刑事相当と判断されたときに証拠が保全されていないと大変困ることになる。以上のことが勘案されるべきだ。

#### 3. 議論

座長●第3者機関をつくるという点で本検討会は基本的に一致している。あとはどう具体的に設計するかだ。

委員●先ほど明らかな刑事事件の例として、薬の間違い、患者の取り違いなどが示された。事故報告によると1,000床の病院で年間1,000件ほどの投薬ミスが生じている。ガーゼ置き忘れ事故でも刑事事件となると現場はショックだ。医療現場では多くのミスがありえるが、刑事司法の対象を概念化することはできるのか。

警察庁●明らかなミスについて時間が



経過してから警察にまかされると現場としては大変困る。実際に立件されているのはきわめて少ない。略式を含め立件されてきたレベルのものは引き続き我々にまかせてほしい。

委員●患者が亡くなった場合の証拠は解剖だ。警察が介入しなくてはならない事例はきわめてわずかだろう。それでも証拠保全という。残さなければならぬものとはなにか。

法務省●最後になって刑事に持ち込まれるというケースがときどきある。解剖していない、捜査していない、カルテすらどこにいったかわからない。こうなると大変困る。第3者機関にすべて判断を委ねると、そこで事件性がないと判断されたときに、遺体も書類も戻されたり動かされる。その後色々問題が生じた場合は対応ができなくなる。事件性があるといってもすべて最初から警察が入るといってもない。以上の点を押さえてくれれば第3者機関に最初のとは口をまかせるといふ考えもあり得る。

警察●私も事件性がある事件はきわめてまれ、年間数件程度だろうと思う。航空機の事故調のように同時並行して走るといふ制度に近いものになるかもしれない。いずれにしても刑事事件になるものは警察の介入は早いに越したことはない。

すか回さないかを仕分ける判断を第3者機関としてつくる必要があるだろう。明らかなミスは刑事とし、いわゆる合併症によるものとか、そうした今までグレーとされてきた部分についても仕分けができるのでは。

警察庁●我々は今まで告発を受けて対応してきた。その中にはグレーゾーンもあった。そのグレーゾーンについて、患者への説明や対応してくれるのであれば期待するものがある。

委員●医療行為にかかわる証拠保全は結構難しい面がある。我々はすべてが免責と主張しているわけではない。基本的には第3者へすべて届け出て、そこから整理していくのが好ましい。そこから警察に届け出るといふ話があるのかもしれない。

委員●第3者機関への届け出に賛成する。並行して院内調査委員会が動くということも必要だ。公正さを担保して、院内調査委がきちんと対応しきるまでは警察の捜査介入は謙抑的であるべきだ。院内対応できない小規模医療機関はどうするかという問題は残るが。

座長●問題は国民から見て第3者機関がやったから信頼できるというようにしないとならない。逆に警察に任せないと安心できないとなつては元も子もない。

委員●モデル事業の経験から、内容も手続きももっとわかりやすいものにならないとならない。亡くなったときに遺族は真相を早く知りたがる。それを司法か、病歴か、行政解剖か判別できずに10数時間も待たせられない。

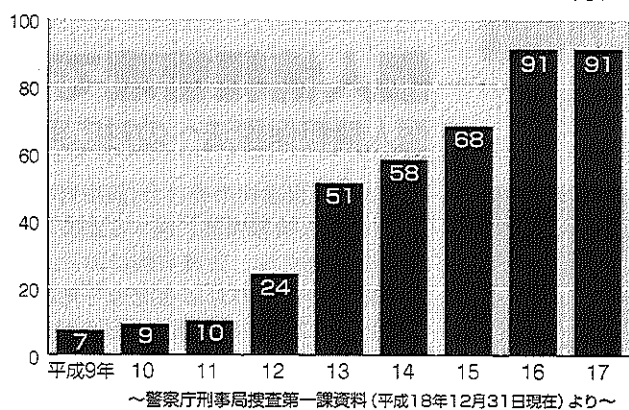
委員●真相究明と再発防止のための証拠保全は第3者機関がすべきだ。警察の証拠保全は下手人を明らかにするためでしかない。

座長●医学的解明と下手人の究明とは矛盾しない。すべてのことが第3者機関になるかはその機能と組織のあり方にかかわる。ここからは具体論だ。

委員●不起訴の事例において遺族は解剖結果などを知ることができるのか。

法務省●現在は、不起訴のケースでも相当程度詳細に遺族に説明している。これは医療事故に限らない。

医療事故関係届出等<sup>(※1)</sup>の年別立件送致・送付数<sup>(※2)</sup>



※1「医療事故関係届出等」とは、警察において捜査を開始した件数を指す。  
 ※2「年別立件送致・送付数」とは、平成9年以降、届出等の年にかかわらず、その年に立件送致・送付した件数を示す。  
 なお、この件数は、平成9年以降に把握したものに示してあり、平成8年以前に把握したものに示してはいない。

委員●同時並行というが、事情聴取され、証拠保全される中で、院内の調査委員会による真相究明や再発防止の取り組みは難しい。院内の取り組みと捜査がどう並行できるかを考えないとならない。

座長●今まで空白だった部分が本日の議論で埋まってきた。後2、3回の議論で、残る点を詰めたい。医療の側として刑事に回

# 新卒薬剤師の病院への就職は伸び悩み

## 病院薬剤師の業務と人員配置 小規模病院で実施率が高い「持参薬のチェック」

6月26日の「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会」に病院薬剤師の業務・配置に関する実態調査の結果が報告された。厚労省の委託を受け、日本病院薬剤師会が今年2月に実施したもの。傘下会員6,703病院に調査票を送付、4,474病院から有効回答を得た。

その結果、病院薬剤師に期待される「医療・薬物治療の安全確保と質の向上」「適正使用のための医薬品管理」「安全確保のための情報の提供」といった各業務において、病床規模と配置薬剤師数が多いほど、あるいは逆に薬剤師1人あたり入院患者数が少ないほど実施率が高いという傾向が、全体として確認された。

とくに、「50床未満」「薬剤師配置が1人」「薬剤師1人あたり入院患者数100超」

の施設で各項目とも実施率が顕著に低く、病棟など業務範囲の拡大と安全・質にかかわる業務密度の高まりに、少ない人員では追いついてゆけない現場の実態が浮き彫りにされた。

全病棟に薬剤師が常駐しているのは回答病院の5.8%(228施設。「精神病床のみ」の施設を除く)、同じく一部病棟に常駐しているのも5.7%(255施設)にとどまった。

夜間体制(当直・交代制・オンコール)をとっているのは51.4%(同)で、実施率は病床数と薬剤師数と比例しているが、「薬剤師1人あたり入院患者数」では、一部夜間体制の実施率に大きな格差はなかった。

逆に、持参薬の管理については、規模が小さくなるほど「全入院患者をチェックし、医師等と情報共有している」

率が高く、50床未満では49.3%に達し

## 薬剤師供給は順調。しかし、医療への就業は伸びず

検討会で、各委員は、現場では人員充足感がきわめて低いと指摘した。

これに対して事務局(厚労省医政局総務課)は、「ここしばらく、薬学部卒業生は8,000人台、国家試験合格者も8,000人前後で推移しているが、病院への就業者数は伸びていない」と説明。

合格者の就職率が約60%と低迷をたどる中、薬局への就職は25%以上に増加する一方、病院・診療所は15%に落ち込んでいること、また、「卒業生の間で病院への就職は難関とみなされている」ことなどを披露し、病院の採用難を認めた。

薬事企画官は「薬剤師のトータル数

は500床以上は16.5%。

この完全チェックにおける“逆転”現象は薬剤師配置数の多寡においても同様で、「薬剤師1人あたり入院患者数」では各ランクではほぼ同水準と、特異な傾向を表わした。

は増えているが病院への就業は伸び悩んでいる。基準面も含めて、何か理由があるのかもしれない」と、医療事故や夜勤等から病院勤務に対する忌避がはたらいっている可能性を示唆した。

なお、6月29日の「薬剤師需給の将来動向に関する検討会」に厚労省は、05年の総薬剤師数31万3,530人が6年後の11年に33万4,600人、28年に43万7,342人へと増加する一方、実際に従事する薬剤師数は05年の23万1,566人から11年に25万1,581人、28年には27万8,704人ととどまるなど、長期的には就業率が低迷をたどるとする需給予測を提示した。

# 07年度も後発品使用実態を調査

## 普及進まず。不安等現場の実態捕捉へ日医が調査

6月27日の中協・薬価専門部会は後発品をテーマに取り上げた。後発品の使用促進については、同日の部会に事務局(厚労省保険局医療課)が提示した「(2008年度)薬価制度改革の主要検討事項」5項目の1つに盛り込まれている。

事務局は、先発品との同等性チェックや添付資料の信頼性と基準に沿った製造工程を確認する適合性調査が実施されており、後発品の承認審査では米国並みの品質チェックが行なわれていると説明した。

これに対して日医はホームページを利用した調査結果を示し、臨床医の間でいぜん不安が根強いことを明らかにした。しかし、支払い側から、後発品をめぐる不安や不満の実態はより精緻に捕捉されるべきという指摘を受け、急遽、本格的な調査の実施を表明した。

また、事務局はDPC導入病院における後発品の使用状況を報告。DPC対象病院と準備病院の薬剤費に占める後発医薬品は04年度の3.4%から06年度には5.4%へと増加、同時期に医療費に占める薬剤費の割合は15.8%から13.8%へ2

ポイントも減少している事実を明らかにした。

ただし、06年度の5.4%は全国平均の5.2%をわずかに上回ったに過ぎない。

一方、6月20日の診療報酬改定結果検証部会は、06年度に実施した後発品の使用実態調査を07年度も続けることを決めた。

06年度調査は薬局のみが対象。その結果、「後発医薬品への変更可」の署名があった処方せんは全体の約17%にとどまり、しかも、後発品に変更したのはそのうちの約6%に過ぎず、切り替えは進んでいないという実態があらためて明らかとなった。

今年度の調査は、病院・診療所の開設者と病院勤務医師も対象に加えた上、「患者が後発品を希望しなかった理由」(対薬局)、後発医薬品の使用についての考え方や「後発品を使用して生じた問題事例」(対開設者)、「後発医薬品を処方しない場合の理由」(対勤務医等)などを詳しくたずね、8月にかけて実施、10月は速報をまとめる方針だ。

# 後期高齢者 病院主治医の実態を調査

医療制度・税制委員会(小松寛治委員長)は、後期高齢者の外来・在宅医療に関する会員病院の実態調査を実施する。6月23日の常任理事会で承認された。

2008年度に創設される後期高齢者医療制度に向けて在宅主治医の登録制導入が検討されているが、さらに、パッケージ診療につながる診療報酬が設計される可能性がある。

同委員会では、外来や在宅医療を通

して地域の病院医師が後期高齢者の主治医として果たしている役割、提供している便宜など医療サービスの具体的な内容を詳しく把握し、そのデータを公表するとともに、後期高齢者医療制度に対する具体的な提言活動に活かすことが目的。

7月上旬にも全会員病院に調査票を送付、9月をめどに調査結果をまとめたとしている。

## 全日病と医法協共催

# 「07年度医療安全管理者養成課程講習会」が開講

全日病と医法協が共同開催する2007年度の医療安全管理者養成課程講習会が始まり、6月23日にその第1クールが

東京都内で開講した。会場は230名の受講者で埋まった。

# 緊急的医師派遣第1陣に6病院

5月31日に政府・与党がまとめた「緊急医師確保対策」を踏まえ、6月11日の地域医療支援中央会議は、都道府県からの求めに応じて医師派遣の緊急臨時的対応を行なう体制の整備を確認した。

これを受け、厚労省は6月19日、同省ホームページで医師不足地域に勤務を希望する医師の募集・登録を始め、派遣医師登録(ドクタープール)事業をスタートさせた。

その後6月26日、厚労省は地域医療支援中央会議の幹事会で、派遣第一陣となる6病院を内定した。

派遣先は、北海道社会事業協会岩内病院(北海道岩内郡岩内町)、岩手県立

大船渡病院(岩手県大船渡市)、岩手県立宮古病院(同県宮古市)、大田原赤十字病院(栃木県大田原市)、新宮市立医療センター(和歌山県新宮市)、竹田医師会病院(大分県竹田市)。

期間は3ヵ月程度から6ヵ月間。派遣元は全国社会保険協会連合会、国立病院機構、日本医科大などが、1名はドクタープールに応募した医師からなる。

同事業によると、派遣を受ける医療機関は、救急医療を担うなど2次医療圏で「中核的な病院」などの要件を満たす必要がある。厚労省は引き続き都道府県からの要請を受け付ける方針だ。

# 2次救急外傷診療に恰好の研修会

## 全日病がJTICRに参加。JATECの受講を呼びかける



▲大友理事(左)に目録を手渡す手塚副会長。右側は石原救急・防災委員長

救急・防災委員会(石原哲委員長)は、特定非営利活動法人日本外傷診療研究機構(JTICR、理事長・有賀徹昭と大学医学部教授)を後援するために、賛助会員として参加することを決めた。

JTICRは、増発する交通事故や各種災害にともなう外傷医療の質向上を図る目的で設立されたNPO。外傷医療の実態調査(日本外傷データバンク)、治療法の研究、医師を対象とした研修会(JATECコース)などの活動を推進、日本救急医学会や日本外傷学会などの医学会から

支援を受けている。中でも、JATECは、「外傷初期診療ガイドライン」にもとづいて、外傷診療に必要な知識と救急処置を模擬診療を介して学ぶ2日間のトレーニングコースとして、救急現場の関心を集めている。

全国各地で毎年25回以上開催しており、2007年度も7月以降14回の開催日程を残しているが、すでに8月前半のコースまでは定員(32名)が埋まっている。

費用は5万円(宿泊・交通費は別)だが、今年10月のコースから6万円に上がる。参加申し込みはJATECのホームページでできるため、同委員会は、全日病会員に積極的な受講を呼びかけている。

救急・防災委員会は6月22日の委員会にJTICRの大友康裕理事(東京医科歯科大学教授)を招聘、年会費50万円(5口)の目録を贈呈した。

# 個人情報管理で07年度研修会

## 個人情報保護法への対応実態も調査

個人情報保護担当委員会(飯田修平委員長)は個人情報保護に関する2007年度調査を実施する。会員病院における個人情報保護法への対応状況等を把握することが目的で、06年度に続く2回目の調査となる。

全会員病院が対象で、組織的対応の内容、実施事項、院内・院外研修、相談・苦情の内容、診療情報開示の状況などをたずねる。

事例について、参考となるものがあ

れば本会の個人情報保護に関するQ&Aに採用させてもらう方針だ。

また、同委員会は、2007年度の「個人情報管理・担当責任者養成研修会」を東京都内で開催する。日程は7月29日と31日の2回、都合のよい日程を選べる。定員は各回60名、参加費は1万5,000円。

参加者には「認定個人情報保護団体」である全日病から「受講修了認定証」が発行される。詳細は本会ホームページで確認できる。

