



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病 2008

# NEWS 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.689 2008/7/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 後期高齢者終末期相談支援料を「一次凍結」

中医協総会 舛添大臣が異例の出席で諮問。中医協厳しい注文の答申書で対応

福田首相は6月12日に「長寿医療制度の見直しに関する政府・与党協議会」を開き、後期高齢者終末期相談支援料の「当面凍結」措置を含む7項目にのぼる、新たな高齢者医療制度の見直しを決めた。

舛添一厚生労働大臣は6月25日の中医協総会に後期高齢者終末期相談支援料の一時凍結を諮問するとともに、自ら総会に出席するという異例の対応を示し、諮問の意図を説明した上で1時間以上にわたって各委員の質問に応じた。

総会で、各委員は、諮問の真意を質すとともに、今回の措置がきわめてイレギュラーであり、今後繰り返されることがあるとはならないことを指摘した。その上で、そうした総会の総意を答申に詳しく書き込む文面をまとめ、後期高齢者終末期相談支援料の「当面凍結」措置を首肯する答申をとりまとめた。

事務局(厚生労働省保険局医療課)は7月1日から、別に定める日より算定を開始するという告示改正が施行されることを明らかにした。

総会に出席した舛添大臣は、「私自身はターミナルケアの重要性を人一倍認識している。しかし、これだけ重要な問題は国民全体で考えるべきである。国会では、75歳以上に限ることに議論が百出した。国民からは終末期という表現に疑問が示されるなど、様々な意見が噴出している。参議院では廃止法案が可決された。そういう中、政府は一定の見直しを決めた。その中には75歳以上に限った、この終末期相談支援料の見直しがある。そこで、一時的に凍結をさせていただきたい」と諮問にわたった経緯を説明した。

舛添大臣は「きたるべきときには年齢を限らず、終末期相談支援料を考えるべきではないか」と、さらに、「きたるべき改定ときには、終末期医療を皆で考え、75歳以上に限ることはしないということで、中医協で検討をお願いしたい」と述べ、「大きくこの問題がはばたくような、そういう(方向に向かう)大きなステップとしたい」と、議論展開の方向と算定再開のめどを示唆した。

中医協の「独立性」に関して、舛添大臣は「悪しき前例にはならない」と断じつつも、「(今回は)国権の最高機関が決めた方針であり、我々としても従わざるを得ない」とした。

西澤委員(全日病会長)は、終末期相談支援料に向けられた意見について、「後期高齢者医療(という保険制度)と終末期医療のあり方が混同されている。これはまったく異なるものであり、今後は、それを分けて議論していただきたい」と注文した。

これに対して舛添大臣は、「確かに別の問題である。現在は後期高齢者医療制度に対する反発があり、それを強めるものとして終末期の問題が使われた」という認識を表明した。

総会は、諮問の意向を基本的に認めたいうえで、①今回の措置が特例であること、②中医協として早期に終末期相談

支援料に関する検証に着手し、算定再開を含めた議論をすること、③今回措置の背景には国民の理解を得る努力不足があり、厚生労働省は今後の改定に当たっては、その趣旨や内容を国民に十分に説明すること、という主旨を盛り込んだ文をまとめ、答申とした。



▲厚生労働大臣(右端)の中医協出席は異例のこと(6月25日)

その中で、いたずらな政争の具とされることを防ぐ見地から、「誤解を生じさせる指摘等にはしっかりとした対応をとることを強く望む」という厚生労働省に対する注文を織り込んだ。

### 後期高齢者医療終末期相談支援料等の凍結について(答申=要旨 6月25日)

1. 後期高齢者終末期相談支援料は、「後期高齢者医療診療報酬体系の骨子」や「平成20年度改定の基本方針」に基づいて改定を行うべきとの諮問を受け、本協議会で真摯な議論を重ね創設したものである。

この相談支援料は、患者が納得のいく診療方針で、尊厳と安心をもって残された日々を過ごすことができるようにすることを目的としたものである。

医療費抑制を目的とするものでないことはもちろん、患者に意思の決定を迫るものでないにも関わらず、その趣旨・内容が十分周知されず、国民に誤解と不安を与え、算定凍結の措置に至ったことは誠に遺憾である。

2. 改定後の調査・検証が行われぬままに凍結という諮問が行われたことは、極めて異例なこと。しかし、本協議会は、誤解と不安がある現状で算定を継続することは、当初意図の実現が十分に期

待できない可能性がある判断した。今回の措置は、このような特別事情に基づき実施するもので、エビデンスと検証を踏まえた上で対応する、診療報酬改定の基本的な考え方を変更するものではないことを確認する。

本協議会は、終末期における情報提供と相談支援の実態について情報収集や検証等を早急に行い、その結果を踏まえ、算定の再開を含めた総合的な議論をしたいと考えている。

3. 今回の措置は、国民の理解を得る努力不足が大きな原因となっている。厚生労働省は、再びこうしたことが起こらないよう、診療報酬改定を行うに当たって、その趣旨や内容を国民に十分に説明するほか、誤解を生じさせる指摘等にはしっかりとした対応をとることを強く望む。これを契機に、終末期医療について開かれた国民的議論が行われるよう望む。

## 大綱案を公表。捜査との関係は「委員会と警察で覚書」

医療安全調査委員会設置案 厚生労働省、「委員会の通知後に当該事故のみを捜査」は警察と合意済と断言

厚生労働省は6月13日に「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」を公表、意見募集を開始した。同時に公表された、委員会設置法を初めとする法体系区分を明示した第3次試案は、表紙に「本試案の内容は、厚生労働省、法務省及び警察庁の間で合意したものである」と明記。原因究明・再発防止を目的とする委員会設置案ながら、医師法21条改正に関連した対策が前面に出ている試案の特徴を色濃く表すものとなった。

「大綱案」について、舛添厚生労働大臣は6月13日の記者会見で、「これはあくまでたたき台であり、またパブコメにかけて第4次試案までまとめ、できるだけ早く、秋の臨時国会で成立させたい」と語った。(3面に関連記事)

「大綱案」は第3次試案に、①死亡事故の対象に死産・歯科診療関連死を加える、②医療安全調査委員の独立性を認める、③施行後5年をめどに見直し措置を図るなどの規定を追加している。

医政局の二川一男総務課長は6月21日に本会を訪れ、常任理事を前に大綱案の説明を行なった。同課長は、6月27日の日本病院団体協議会代表者会議にも出席し、同様の説明を行なった。

その中で、第3次試案について、添付された問答(別紙「捜査機関との関係について」)を含めて、厚生労働省、法務省、警察庁とで合意されたものであることを強調。基準に該当する医療事故死の届出、届出済事故の異状死届出義務からの除外、届出済事故にかかわる捜査の医療安全調査委による通知後の開始は、前出3省で合意された表裏一体の

関係にあると明言した。

二川課長は、また、届出済事故であっても遺族による告訴がなされた場合には「捜査に着手する」とした警察庁幹部の国会答弁に関して、「捜査着手」という意味には告訴の受理が含まれる」と指摘。警察は「医療安全調査委からの通知を待って捜査を開始する。それまでは動かない」と、さらに、「警察は相談に来た遺族には医療安全調査委に調査依頼することを勧める」とも断言した。

「3省合意」の事実について、厚生労働省は、6月13日に公表された法体系区分を明示した第3次試案の表紙にその旨を書き込んだ(後出記事を参照)。

西澤執行部は、本会における6月21日の厚生労働省説明に対して、全日病が5月12日に公表した「見解と要望」の考え

方をあらためて表明。同時に、「医療安全の取り組みと医師法21条改正を含む事故対応の問題は別のテーマであ

### 「委員会と警察庁の覚書」は「3省合意」には含まれない?

6月21日の説明で、二川総務課長は、「3省合意」の担保として「医療安全調査委設置後に警察庁と委員会の間で覚書が交わされることになろう」と展望した。

試案では、届出済の死亡事故について委員会が調査報告をまとめ、「悪質」事例を警察に通知、これを受けて警察は捜査に着手するとされている。

遺族から相談等があった場合は、未届出事例であれば医療安全調査委への調査依頼を勧め、届出済事例であれば、通知の有無等を踏まえて対応。すなわち、通知がなされた事例についてのみ捜査に着手することになると説明した。

また、告訴があった場合に「捜査に着手する」とした警察庁の国会答弁に関して、二川課長は「告訴を受け付けるということだ」と説明した。

こうした医療安全調査委届出事例と刑事手続きとの関係について「公的に明文化されない限り保証の限りではない」という疑問に対しては、航空・鉄道

り、一緒に論じると混乱する。全日病は「見解と要望」においては医療安全についてのみ見解を表明した」と、議論を一体に展開する厚生労働省の姿勢にあらためて疑問を呈した。

西澤執行部は、大綱案を踏まえ、全日病として引き続き見解を深める作業を続ける意向を明らかにした。



▲常任理事会で説明する二川総務課長(右から2人目)

事故調査委員会を例にあげ、「この点はまだ明確なお約束はできないが、例えば、航空事故調と警察は公開の覚書を交わしている。医療安全調査委員会が設立されたらそうしたらよい」と述べた。

日病協代表者会議における説明(6月27日)では、「航空事故調と警察との間の覚書は、事故調による通知はなく、事故発生とともに同時並行で動くという内容であり、公表されている。また、警察が鑑定依頼を事故調に出すという仕組みだ。医療安全調査委員会の成立後に警察と覚書を交わすことはあり得る」とも言及した。

「まだ明確な約束はできない」「あり得る」という言い方から推すと、覚書の問題は「厚生労働省、法務省、警察庁の合意」には含まれていないものとみられる。

# 「保険者徴収制度の位置づけは重要」

## 未収金問題 検討会報告書 厚労省初の未収金対策。医療機関とともに国・保険者の課題を明示

「医療機関の未収金問題に関する検討会」は6月25日、「保険者徴収制度の位置づけは重要である」という認識を明らかにした報告書を取りまとめた。一部表現を修正の上、あらためて公表する。

2006年8月に四病院団体協議会が病院未収金の実態報告を発表してから約2年、厚労省として初めての、未収金問題に関する報告書がとりまとめられた。

報告は、前案(5月28日)の項目建てを変え、とくに「対策」の部分充実させた。

その結果、保険者に、保険者徴収の取り組みを積極的に検討・実施するよう求める内容がより強調されるものとなった。

「対策」では、「未然に防止することが重要」という基本的考え方を示した上で、「生活困窮者」については、一部負担金減免(国保)、生活保護の運用など、各種制度の活用を高めるために十分な情報提供やきめ細かな納付相談が行われる必要があると、医療機関、国保、生活保護窓口、連携強化を含めたきめ細かな対応を提起している。

また、病院に対しては、未収金管理体制の確立、支払に関する各種制度と公的保証制度の周知・活用、MSWの配置など相談体制の整備、一部入金・カード支払いの活用、出産育児一時金の受取代理の徹底といった、既存未収金対策のさらなる徹底を求めた。

一方、「事後対策」において、「悪質滞納者」には、「最終的には滞納処分を含め毅然たる態度で臨む必要がある」と厳

しい対応の必要を認め、前案と比べると、より医療機関の立場に理解を示した判断が盛り込まれた。

さらに、滞納処分を導く視点から、「保険者徴収制度の位置づけは重要である」という認識を表明。理論上は「保険者と保険医療機関に未払い金をめぐる債権債務の関係はない」としたものの、健保法で担保された保険者徴収の運用上の可能性に初めて言及、その意義を明確に認めた。

この指摘にもとづいて、保険者に対しては、医療機関からの情報提供を踏まえた回収協力、保険者徴収実施基準の明確化・具体化、さらには滞納処分の検討など、一歩踏み込んだ取り組みを提起している。

前案では空白であった「応召義務の解釈」が最終報告書に書き込まれた。しかし、その内容は、「悪質な未払い患者に対する応召義務解釈の見直し」を提起する医療機関側の意見に、「診

「医療機関の未収金問題に関する検討会報告書」から \*対策の詳細は6月15日号で紹介

### ■応召義務の解釈

医療関係者からは、未払いを繰り返す患者に対しては、真面目に医療費を支払っている患者の場合と同様に応召義務が課せられる必要はないのではないか、現行の応召義務が規定された昭和23年当時と異なり、国民皆保険が達成され、医療供給体制も整備されている中で、悪質な未払い患者に対する応召義務の解釈についても見直しを検討すべきではないか、という意見があった。

これに対して厚生労働省からは、診療に従事する医師には診療の求めがあった場合に応召の義務があり、診療を拒む「正当な事由」に該当するかについては、社会通念に基づき、個々のケースに即して、診療の必要性を基本に判断されるべきものであり、医療費の不払いがあっても直ちにこれを理由として診療を拒むことができないとの見解が示された。

### ■事後対策(保険者徴収等の改善)

●「悪質滞納」を放置することは、モラルハザードを惹起し、未収金発生を助長し被保険者間の公平性を損なうことになりかねないことから、毅然とした態度で臨む必要があり、最終的に財産調査等を伴い、滞納処分を実施することになる保険者徴収制度の位置づけは重要であると考えられる。

●医療機関において従来以上の回収努力を行うことを前提に、回収が困難な患者がいる場合には、保険者に情報提供を行い、保険者において、正式な保険者徴収の依頼を受けていない段階にできる範囲での協力を行うことも検討する必要がある。

●以上のように、医療機関において従来以上の回収努力を行うことを前提に、回収が困難な患者がいる場合には、保険者に情報提供を行い、保険者において、正式な保険者徴収の依頼を受けていない段階においても、電話・文書

療を拒む正当な事由に該当するかは、個々のケースに即して、診療の必要性を基本に判断されるべき」という厚生労働省の見解を併記したものとどまった。

四病協の病院未収金実態報告に端を発した未収金対策の提起は、即効薬こそ示されなかったものの、保険者徴収という伝家の宝刀を国と保険者にあらためて再認識させ、ひとり医療機関の責に帰せられていた未収金問題が、実は、医療保険を担う各機関が、公的保険制度を維持するために共に担っている問題であることを公的に認めるという報告書として結実した。

による催促などできる範囲での協力を行うことも検討する必要がある。

●さらに今後、保険者徴収制度が適切に運営されるために、国、保険者は、制度自体の周知に努めるとともに、実施基準の明確化、具体化を図るべきである。基準の具体化にあたっては、医療機関が訪問を行うなど十分な回収努力を行うこと、回収対象額が一定額以上であること、対象者を著しく悪質な者の場合に限ること等を検討すべきである。また、市町村国保においては、保険料を納めることができない事情がないにもかかわらず保険料を納めなかった者には、保険料の滞納処分と合せて医療費の未収金についても滞納処分を行うこと等を検討していく必要がある。

●厚生労働省においては、本検討会で提案された対策が確実に実施されるよう、取組み状況について把握するとともに、実施による効果についても検証していく必要がある。

# 07年介護事業経営概況調査の精度に疑問噴出

## 介護給付費分科会 09年度介護報酬改定基礎資料として先行調査。本調査結果は今秋報告

6月18日の介護給付費分科会に厚労省は2007年介護事業経営概況調査結果を報告した。それによると、介護保険施設の中で特養と老健の収支差率が前回調査(04年)がそれぞれ半減した一方で、介護療養型医療施設は増加した(調査結果の要旨は6月15日号で既報)。

調査は来年4月に実施される介護報酬改定の基礎資料となる2007年介護事業経営詳細調査の先行調査となるもの。詳細調査は現在実施中で、診療報酬改定の基礎資料となる医療経済実態調査と同様、10月頃に結果が報告される。

概況調査の対象月は07年9月。対象施設の抽出率は4%と少ない上、調査票が複雑なこともあり、特養126施設(全施設に対する割合は2.2%)、老健施設91施設(2.7%)、介護療養型はわずか38施設(1.3%)にとどまった。

客体数、有効回答数ともきわめて少ないという点に委員から疑問が示され、調査結果の有効性に懐疑的な意見も示されたほど。

事務局(老健局老人保健課)は「詳細調査は抽出率が20%で臨んでいる」と釈明した。20%というのは診療報酬改定に供する医療経済実態調査における病院の抽出率と同じ。しかし、改定議論に大きな影響を与えるデータであるだけに、とくに、施設系の委員から強い不満が出た。

三上委員(日医常任理事)が「(診療報酬改定の)実調のように、定点調査をしないと有効なデータは確保できない」と提起したように、調査の精度に対する疑問も示された。

調査結果は、特養と老健に関しては、利用者1人あたりが若干増加するなど、

07年10月の食費・居住費見直しによる収入減少はみられないものの、主に、職員配置の向上や人件費の増加(両施設)、減価償却費(特養)、委託費(両施設)の増加から支出が増えた結果、10.2%から4.4%、10.6%から4.3%へとそれぞれ収支差率が低下したと分析している。

介護療養型に関しては、利用者1人あたりの収入が約10%増える一方で利用者1人あたりの支出は約7%増にとどま

った結果、収支差率は3.0%から5.0%へと改善されている。

調査結果は顕著な地域格差の存在を浮き彫りにした。収益が向上したとされた介護療養型でも、特別区(=東京23区 -15.2%)と甲地(=さいたま市、福岡市等 -28.6%)で収支差率が大きく落ち込んでいる。

また、小規模施設ほど収支差率の悪化が目立つというように、施設規模による格差も浮上している。介護療養型では、50人以下でマイナス、81人以下では逆に11.7%もの収支差率を確保するというように、各施設とも対照的な結果をあらわしている。

日病協・診療報酬実務者会議

## 入院基本料、DPC等5項目を検討

6月18日の診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は、2008年度の検討テーマを、①入院医療のあり方、②外来医療のあり方、③診療報酬の基本的構造、④施設基準・人員基準

について、⑤DPC診療報酬のあり方の5項目とすることを決め、6月27日の代表者会議に報告、了承を得た。

各委員がテーマを分担、今秋には報告をまとめる。

# 医療事務技能審査試験のご案内

医療事務技能審査試験は、厚生労働大臣許可の(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 1級・2級それぞれ受験資格があります。 ■受験料 6,500円(1級・2級とも同一)
- 試験会場 全都道府県の公共施設等で実施します。 ■試験日(平成20年度)

### ■試験科目と実施方法

#### (1)1級医療事務技能審査試験

- ・実技I 接遇、院内コミュニケーション
- ・筆記(記述式) 50分
- ・学 科 医療事務専門知識 ・筆記(択一式) 60分
- ・実技II 診療報酬請求事務 ・明細書点検 70分

#### (2)2級医療事務技能審査試験

- ・実技I 患者接遇 ・筆記(記述式) 50分
- ・学 科 医療事務一般知識 ・筆記(択一式) 60分
- ・実技II 診療報酬請求事務 ・明細書点検 70分

20年	7月26日(土)	2級
	8月23日(土)	2級
	9月27日(土)	2級
	10月25日(土)	1級・2級
	11月22日(土)	2級
21年	12月20日(土)	2級
	1月24日(土)	2級
	2月28日(土)	1級・2級
	3月28日(土)	2級

## 1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病医院事務部門で活躍されている方や、2級メディカルクラークで病医院事務部門に進出しようとする方を対象に、点数表解釈をはじめ公費負担、諸法など、保険請求事務の実務を中心とした、より高度な専門的知識と技能の養成をします。1級医療事務技能審査試験の受験準備講座としてお勧めします。

### <募集要項>

- 受講資格 ①医療機関等において医療事務職として1年以上の実務経験があること ②2級メディカルクラーク(医科)もしくは2級医療事務職(医科)であること ※①②のいずれかに該当する方
  - 受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)
  - 受講受付 随時
  - 受講料
- |     |                       |
|-----|-----------------------|
| 一 般 | 78,000円               |
| 賛助員 | 75,000円(入学金3,000円が免除) |
- ※分納(2回)もできます。

●試験及び講座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。

(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

# 警察「告訴があれば捜査に着手することになる」

医療安全調査  
委員会設置案

二川総務課長「“着手”とは告訴を受け付けるという意味だ」

国会常任理事会における二川総務課長の説明から(要旨) 6月21日 \*1面記事を参照

## ●医療事故死等の届け出の範囲

医療事故死等に該当するかどうかの基準、ガイドラインを、医師会、医学会、医療安全調査中央委員会の意見を聞いてつくり、公表する。

## ●医師法21条の改正について

医師法21条に但し書きを設け、医療事故死等について、医師は24時間以内に医療機関の管理者に報告をすれば、警察への届出は不要とする。

管理者は届出範囲に該当すると判断したときは大臣に届け出る。届け出ないとして刑事罰が課せられることはない。ただし、病院は医師から報告があったという記録を残しておいていただきたい。

## ●委員会の独立性について

大綱案には「委員は独立してその職権を行う」とある。これは、委員は、任命された大臣からの指示・命令は受けないという意味である。

## ●委員会の構成について

大綱案では、委員会の構成について、医療以外からの参加を認めるとしている。医療チームは10名前後からなるだろう。チームは常に全員で調査に動くかという疑問だ。その時の議論テーマによって運用していくのではないか。これは調査実施要領の問題であり、具体的には委員会が定めることになる。

## ●警察への通知について

何のために通知という仕組みを設けたか。委員会による通知というのは、ひどい事例は警察に伝えるので、それまでは動かないでほしいという意味である。

第3次試案(Q&A)には、「刑事手続きは委員会の専門的判断を尊重し、委員会からの通知の有無や行政処分の実施状況等を踏まえつつ対応する」とある。今まで行政処分は刑事手続きが確定しないとしないしなかった。今後は行政処分の結果も踏まえるなど、警察は極限まで出なくなるということになる。

では、被害者からの告訴があったらどうするか。国会の答弁で、警察は「捜査に着手することになる」と答えている。この「捜査に着手する」とは告訴を受け付けるという意味であって、現実の捜査に着手することではない。

ただし、件数を処理できないなどで委員会による判断が長引いた場合に、警察は「そうなる動かざるを得ない」

としている。この点については医療界の努力が待たれる。

## ●通知の範囲

通知するケースとして3つ挙げている。その中の「重大な過失」について、大綱案では「標準的医療から著しく逸脱した医療」とし、注釈を加えた。(編集部注・別掲「大綱案の骨子」参照)

## ●警察の捜査との関係

第3次試案は、別紙のQ&Aを含めて厚生労働省、法務省、警察庁の間で合意したものである。この点を、(今回あらためて示した)第3次試案の表紙に明記した。

なお、医療に業務上過失致死罪を適用すべきではないというご意見がある。あるいは、遺族の告発があっても、通知がない限り捜査には着手しないということを経済上担保せよというご意見もある。

法律上、医療を業務上過失致死の対象から外すことは、現段階で国民の理解を得ることが難しい。警察が動き出すことをギリギリ極小まで抑えるのができる最大限である。

また、捜査を法的に禁止することも、刑事訴訟法上なかなか難しい。しかし、通知のあるなしを尊重するということは、法律上はともかく、文章の上でも約束してくれていることを重ねて申し上げたい。

## ●捜査と調査資料について

公表される報告は匿名。しかし、通知の際は具体名を警察に伝える。裁判所の令状があれば細かな資料は出すしかならない。しかし、法務省の刑事課長が自民党の会合で言ったことによると、「そうした資料は伝聞証拠なので実際上は証拠にならないので、通知後に、警察として裏づけを取る捜査はする」といっている。

明文化されなければ、合意内容が将来どう変わるかわからないのではというご意見もある。この点はまだ明確なお約束はできないが、例えば、航空事故調と警察は公開の覚書を交わしている。委員会が設立されたらそうしたらよい。

## ●行政処分について

行政処分について、システムエラーを対象に、医療機関に改善計画の提出を出させるというかたちにし、個人の

責任追及を極力しないようにする。

医療法を改正し、都道府県知事への改善計画の提出を求める。個人への行政処分は公表された報告書を参考に医道審議会を経て厚生労働省が実施する。

## ■第3次試案の骨子

- ・委員会は、中央委員会、地方委員会(ブロック単位)及び地方委員会に置かれる調査チームより構成する。
- ・調査チームを含む委員は医療専門家、臨床医、医師以外の医療関係者を中心に、法律関係者及びその他の有識者から構成する。
- ・医療機関からの医療死亡事故の届出を制度化、届出先は委員会を所管する大臣とする。
- ・届出義務の範囲は、死亡事例すべてではなく、明確化して限定する。
- ・届出を行った場合には医師法21条異状死の届出は不要とする。
- ・届出範囲に該当するかの判断・届出は当該医療機関の管理者が行なう。
- ・届出範囲に該当すると判断したにもかかわらず故意に届出を怠った場合又は虚偽の届出を行った場合などには、医療機関の管理者に届出体制の整備等を命令する行政処分を科す。直接刑事罰が適用さ

## ■医療安全調査委員会設置法案大綱案の骨子(第3次試案に含まれてない項目)

- ・死亡事故の対象に死産と歯科診療関連死を加える。
- ・中央及び地方委員会の委員は独立してその職権を行なう。中央委員会は医療事故調査の実施要領を定める。
- ・警察への通知に該当する「重大な過失」を「標準的な医療から著しく逸脱した医療」と言い換え、これに該当するか否かは「病院、診療所等の規模や設備、地理的環境、医師等の専門性の程度、緊急性の有無、医療機関全体の安全管理体制の適否(システムエラー)の観点等を勘案して地方委員会が個別具体的に判断する」。
- ・委員会を所管する大臣の権限は地方局長に委任することができる。
- ・調査における虚偽報告・陳述、検査拒否、関係物件の提出拒否等に30万円以下の罰金を科す。
- ・病院勤務医等は医療事故死等に該当すると認めるときは、その旨を当該病院等の管理者に24時間以内に報告しなければならない。

●医療事故調査のマンパワーについて  
マンパワーについては日本医学会が全面的に協力するといっている。法医学や病理のほかにも、医師会や病院団体を初めとした各団体からも各専門分野の人を推薦して出していただくことになる。かなりやっていた必要がある。現場の勤務医に多くを期待するわけにはいかない。院長・副院長にも、かなりがんばっていただく必要がある。

れることはない。  
・医療機関の管理者が届出不要と判断した場合は、遺族が調査依頼をしても、届出義務違反に問われない。  
・地方委員会(調査チームを含む)には、医療機関への立入検査や診療録等の提出命令、医療従事者等の関係者からの聞き取り調査等を行う権限を付与する。医療従事者等の関係者が質問に答えることは強制されない。  
・評価の視点や基準の指針等を作る。  
・以下の事例に限定して捜査機関に通知する。①診療録等の改ざん・隠蔽など、②過失事故の繰り返し、③故意や重大な過失  
・システムエラー改善の観点から医療機関への処分(医療安全体制整備に関する計画書の提出)を医療法に創設する。個人に対する処分が必要となる場合は、業務停止を伴う処分よりも、再教育を重視した方向で実施する。

ならない。  
・病院等の管理者は報告を受けた旨、医療事故死等に該当すると認め又は認めなかった理由について記録を作成し、5年間保存しなければならない。  
・大臣は、学術団体及び中央委員会の意見を聴いた上で医療事故死等に該当する基準を定め、公表する。  
・都道府県知事等は、システムエラーを生じたと認めるときは、当該管理者に改善計画の提出を求め、必要な措置を採ることを命じることができる。  
・届出体制の整備等又は改善計画提出という行政処分に違反した者は、6月以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。  
・医師による事故報告等の記録作成等に違反した者は20万円以下の罰金に処する。  
・介護老人保健施設に死亡事故の届出義務を準用する。  
・公布日から3年を超えない範囲内で定める日から施行。施行後5年をめぐりに見直し措置を図る。

## 第3次試案・大綱案に対する見解

# 医療安全と事故調査の組織は分けるべきである

今後も原則を主張し続ける。他団体、国民代表等と意見交換・共同歩調も

常任理事(病院のあり方委員会委員長) 徳田禎久



全日病の考え方の基本は、医療安全の組織と事故調査の組織は分けて考えるべきであるというものである。

医療安全調査委員会とするのなら、文字通り医療安全の為に何をすべきかをもう少し具体的に示し、死亡例のみならず、インシデント・アクシデント例をより多く集められる仕組みづくりとして、現在一部機能している日本医療機能評価機構の医療事故防止センターの充実を図るべきであり、届出を義務づける代わりに「免責」とすることが必要というものである。

しかし、今回の第3次試案も「大綱」もともに医師法21条問題に絡む、したがって事故調査に関するもので、告訴・処分という法的対応を考えるものであって、全く異質なものである。

我々は、故意に問題を起こした事例やルール違反の重大な過失についてまで刑事罰を免責にすべしと主張するものではなく、訴訟に絡む調査委員会

あるならば別の組織で行うことが、外国の例を見ても然るべきと主張しているのである。

訴えられるかもしれないという状況の中ですべて真実を言い切れるのかどうかは、一般の刑事事件の状況を見ると一目瞭然である。どうしても告訴を行う仕組みを作るとした場合でも、「重大な過失」あるいは「標準的診療行為を逸脱するもの」とする判断が明確になる、きちんとしたルールづくりが必須であり、法律を作るのに中身は後回しというのは民主主義に反する話でもある。

患者・家族の側には、最近まで報道されるように、医療事故の際に事実説明がなされなかったり、隠蔽なども繰り返され、医療提供者側には自助努力が足りないとの批判があり、報告の義務や罰則規定の制定を望む声がある。

医療提供者側に倫理上の問題がある事例があったことは否めないが、例えば、①最初に治療の最終ゴールをどう

考えているかまで十分に説明し、納得を得、経過は標準的な診療録に記載する、②予定通りでも問題があった場合にも退院の際には治療結果を示し、要求があれば診療録をみせる、③治療結果について満足が得られず、医療提供者側と家族で話し合っても納得がいかないという場合には、医療安全委員会等の第三者が入った調査を依頼するという仕組みにすると、我々と患者・家族の信頼関係は十分に深まるであろうし、事実を公開することにより、確実に医療安全の向上にも繋がるはずであると個人的には考える。

最近でも医療事故訴訟に関する和解率が50%を超えといわれる事実は、如何に医療提供者側の説明が不足していたか、お互いの信頼関係が損なわれてきたかを示すものであり、上に示したような取り組みの方が、刑事罰を前提とした委員会の設置よりは医療安全の推進に効果が生じるものと考えられる。

全日病は、「医療事故調査委員会」として議論がされていた間は、その内容がどう示されるのかを見守ってきた。

しかし、昨年末に急に「医療安全調査委員会」と名前が変わり、原因究明・再発防止の観点から事故を扱うと強調された頃から、告訴に関する風当たりをかわす為に「安全」を前面に出してきたように感じられ、その結果、事実報告に関する「免責」を基本とする「医療安全委員会」と告訴を前提とする「医療事故調査委員会」は絶対に別組織とすべしであると主張をするに至った。

今回、「大綱」という形で示された以上、法案提出は時間の問題と考えられる。

しかし、全日病としては、今後速やかに他病院団体、医療関係者との最終協議に臨むとともに、患者・国民、弁護士等の代表との意見交換をすべきであり、さらに個人的には、我々の考えに大変近く、21条は廃止とまで明記する民主党案についての検討をすべきであり、その結果によっては共同歩調が必要になるであろうとも考える。

全日病は、あくまで原則を曲げることなく主張し続けるべきであり、条件闘争になることは厳に慎むべきである。

# 必要医師数算定式を含む人員標準の見直しを明記

## 安心と希望の医療確保ビジョン 人的資源の面から医療崩壊に「対応」。医学部定員増など次年度予算課題を整理

舛添厚生労働大臣が直轄する「安心と希望の医療確保ビジョン」は6月18日の会合で、医師不足対策に重点をおいた「長期ビジョン」を策定、医学部定員を増加させる方針を打ち出した。

医療崩壊の危機に主に人的資源の面から対応して医療制度改革を補強するという主旨からまとめられたビジョンは、医療従事者等の数と役割、地域で支える医療の推進、医療従事者と患者・家族の協働の推進を3本柱とし、①医師養成数の増加、②看護師を初めとするコメディカル雇用数の増加、③総合的診療能力を持つ医師の育成、④短時間正社員制度や交代勤務制の導入促進など医師勤務環境の改善、⑤診療科・地域バランスを配慮した医師の増員配置、⑥各職種間の協働、⑦地域救急体制の充実、⑧在宅医療の推進等からなる。

多くは、すでに検討課題として取り上げられている施策であるが、麻酔科医をめぐる規制緩和のほか、必要医師数の算定方式の見直しを含めた人員配

置医療法標準の見直し書き込まれたことの意義は大きい。

厚労省の公的報告で具体的に上げられた稀有なテーマとなった「医療者と患者・家族の協働の推進」は、もっぱら理念表明にとどまった。

ビジョンは、自ら「医療制度と介護制度の役割分担など、必ずしも十分な議論を尽くすことができなかったテーマもある」としているが、むしろ、ほとんど論じられていないというほど拙速なとりまとめとなった。

前回(5月30日)の会合では、ビジョン案は骨子にとどまり、しかも、その構成の見直しレベルで議論は終始していた。しかし、骨太方針(経済財政改革の基本方針2008)に「医学部定員増」の盛り込みを求める舛添大臣は、6月17日に福田首相と急遽会談して意見の一致を得、同日の経済財政諮問会議「基本方針2008」素案に盛り込むことを成功させた。

そのためか、「安心と希望の医療確

保ビジョン」の3委員とビジョン案の細部を十分煮詰めることなく成文化した上、同日で1行の修正なくまとめるという強行を納得させたふしがある。

実際、とりまとめ6月18日の午前事務局長はビジョンを記者クラブに内示しており、夕方5時に始まった会議も1時間で切り上げられた。その際、舛添大臣は「記者会見の時間が(6時と)決まっている」と説明。会議の場であつただけ記者クラブメンバーとの会見に臨んだ。

これらは昼と夜7時のニュースで「医学部定員増」を流させるためのパフォーマンスとみられ、骨太方針への盛り込み見通しがついた時点で会議開催を



急遽決めるなど、大臣の「個人的思い」が先行するとりまとめとなった。

そのため、同日の会議では、同席した西川副大臣や松浪政務官から、委員と大臣間、さらには大臣と副大臣等の意見相違を認める発言や、委員の不満を慰撫する場面がみられた。

「長期ビジョン」とは言え、具体的には「2008年度予算に反映される項目しか決まっていない。医療法改正事項はまだ先の問題であり、あらためて検討される必要がある」(医政局幹部)というのが実状だ。

### 安心と希望の医療確保ビジョン (抜粋・要約) 6月18日

#### II. 具体的な政策

##### 1. 医療従事者等の数と役割

###### (1) 医師数の増加

###### ●医師養成数の増加

適正な勤務状況における必要な医療提供体制を確保するため、総体として医師数を増やす方向とし、同時に医師養成環境の整備を行う。今回、従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加させる。

###### ●コメディカル雇用数の増加

職種間の役割分担と協働に基づくチーム医療を推進していくことが求められるが、その際には、看護師をはじめとしたコメディカルの雇用数を増加させる。

###### ●総合的な診療能力を持つ医師の育成

総合的に患者を診る能力を有する医師の育成を支援する。

###### ●臨床研修制度の見直し

医師不足が深刻な診療科や地域医療への貢献を行う臨床研修病院等を積極的に評価、卒前教育や専門医制度との連携を深める。研修医受入れ数の適正化を図る。

###### (2) 医師の勤務環境の改善

###### ●女性医師の離職防止・復職支援

「短時間正社員制度」を始めとした出産・育児等に配慮した勤務環境の導入・普及や、キャリア形成における出産・育児への配慮、院内保育所の整備や充実、復職研修の充実などを進める。

###### ●医師の多様な勤務形態

公務員である医師を含め、例えば週のうち数日は地方の医療機関で勤務するなど非常勤医師の活用により地域医療を支える多様な勤務形態の導入、コメディカルの活用も含めたチーム医療の徹底、交替勤務制の導入促進などを図る。

また、医療リスクに対する支援体制の整備を進めることにより、医師等が萎縮することなく医療が行える環境の整備を進めることが重要。

###### (3) 診療科のバランスの改善等

医師の職業選択の自由に配慮しつつ、産科・小児科・救急科・外科等について、現場・地域の意見を重視し、増員のための方策を自治体とともに検討する。麻酔科については、専門医制度の整備状況を踏まえ、規制緩和を行う。

また、個々の病院において実態に見合った適正な医師数を確保するよう、必要医師数の算定方式の見直しを含め、医療法標準を見直す。

###### (4) 職種間の協働・チーム医療の充実

###### ●医師と看護職との協働の充実

各職種に認められている業務範囲の下での業務を普及する。また、専門看護師、認定看護師の普及・拡大に努める。さらに、チーム医療による協働を進める。

その際、看護基礎教育の内容及び就労後の研修を充実するとともに、教育の方法や内容、期間について抜本的な検討を進める。

###### ●医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実

医療機関に勤務する薬剤師のチーム医療における協働を進める。

###### ●医師とコメディカルとの協働の充実

医師とコメディカルとの協働など、多職種連携によるチーム医療の普及に努める。

###### ●医師・看護職と看護補助者・メディカルクラーク等との協働の充実

看護職と看護補助者の役割分担を進める。また、看護職と介護職との協働を進める。メディカルクラークについても役割分担を推進、資質向上の方策について検討する。また、医師等と患者側のコミュニケーションの仲立ちをする人材の育成が必要。

##### 2. 地域で支える医療の推進

###### (1) 救急医療の改善策の推進

###### ●救急医療の充実

地域全体でトリアージを行い、地域全体の各医療機関の専門性の中から、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関又は院内の診療科へ効率的に振り分ける体制を整備する。

各医療機関においては、例えば交代

勤務制を整備する。

また、急性期を脱した患者を受け入れる病床を確保するほか、診療所医師の救急医療への参画を進め、救急医療機関と地域の他医療機関との間で効率的な患者の振り分け方策について情報共有し、その情報を住民に対して開示する。

###### ●夜間・救急利用の適正化

軽症患者による夜間の救急外来利用の適正化や、救急車の適切な利用に関する普及啓発に努める。

###### (2) 「地域完結型医療」の推進

地域全体で完結する「地域完結型医療」が求められ、地域連携パス等を利用した情報の共有化や円滑なネットワークの構築に努める。居住系施設や介護施設の医療機関との連携に努める。

行政は4疾病5事業の医療連携体制を推進するとともに、地域住民のニーズを調査・把握し、医療機関に情報提供を行う。診療所については、グループ診療を行う体制や夜間・休日等も含め一定の初期救急も担うなど機能を強化、十分な情報の開示を進める。

###### (3) 在宅医療の推進

退院前・退院後ケアカンファレンス等を通じた切れ目のない医療連携の確保とともに、介護との連携を図る。

###### (4) 地域医療の充実・遠隔医療の推進

している。

社会保障給付費の抑制は堅持するものの一般会計の歳出見直しで医療関連予算の増額をまかなうというかたちで、09年度における2,200億円抑制は事実上回避される見通しが出てきた。

具体的には年末にかけた予算編成で確定するが、医療界には、来年の介護報酬改定が増額となると楽観論を抱く向きがある一方、その反動で、10年度改定はマイナスシーリングの下で迎えるのではないかと危惧も出ている。

## 1兆1,000億円抑制は堅持、「舛添ビジョン」は財源を確保か

### 経済財政改革基本方針2008 09年度の2,200億円削減は実質回避か。医療界の反応は明暗に分かれる

経済財政諮問会議は6月27日の会議で、2009年度予算編成の考え方となる「経済財政改革の基本方針2008」を福田首相に答申、同日の閣議で決定された。

「基本方針2008」は、社会保障について、「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラムに沿って、供給コストを最大限低減する努力を行うこととし、後発医薬品の使用促進、検査等の適正化、不正・不適切な保険請求の是正、医療のIT化(レセプト・オンライン化等)の推進、社会保障カード(仮称)の導入、公立病院改革等を行う」としている。

また、重要課題として「質の高い医療・介護サービスの確保」をあげ、①救急医療体制の一層の整備を行なう、②医師不足の解消や病院勤務医の就労環境の改善のため現行の仕組みにとらわれない効果的な方策を講ずる、③その

際、これまでの閣議決定に代わる新しい医師養成の在り方を確立する、④さらに、今後は、在宅医療等地域で支える医療の推進、医療者と患者・家族の協働の推進など国民皆で支える医療を目指して改革を進めると、もっぱら舛添大臣の私的諮問機関である「安心と希望の医療確保ビジョン」の内容が盛り込まれた。

「基本方針2008」は、「財政健全化に向け、基本方針2006及び基本方針2007を堅持する」とする一方で、「平成23年度までの5年間に実施すべき歳出改革の内容は機械的に5年間均等に歳出削減を行うことを想定したものではない。5年間の間に必要な対応を行うという性格のものである」と説明している。

この、5年間で1兆1,000億円の社会保障費の伸びを抑制する方針は、各年度

ごとに一律2,200億円の削減を意味しないという考え方は、基本方針2006、同2007でも書き込まれており、ことさらに新しいものではない。

しかし、09年度予算では、とくに医師増員と救急対策に力を入れることを福田首相は公言しており、舛添厚生労働大臣も別枠で財源を確保すると言明

#### 社会保障国民会議が指摘

##### 医療・介護サービス基盤が劣化!

内閣府の社会保障国民会議は6月18日の「中間とりまとめ」で、「生活を支える医療や介護サービスの基盤が劣化している」と指摘。「制度の持続可能性を確保していくことは引き続き重要な課題であるが、同時に、今後は、“必要なサービスを保障し、国民の安心と安全を

確保するための社会保障の機能強化」に重点を置いた改革を進めていくことが必要である」と提言した。

同時に公表された社会保障国民会議第二分科会(医療・介護・福祉)の「中間とりまとめ」は「我が国の社会保障給付費の水準は高いとはいえない」と、現在の医療・介護の実態を、現場の間隔に立って具体的に批判、諸課題を整理して示した。(詳細は次号に掲載)