



全日病 NEWS 5/15

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.778 2012/5/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

医療事故「軽過失には免責を適用すべきである」

医療事故調査の検討部会 宮澤弁護士が原因究明の必要から免責を提起。事故調議論で初の本格的議論

4月27日に開かれた「医療事故に係る調査の仕組み等のある方に関する検討部会」で、構成員である宮澤潤弁護士は、医療事故の原因究明と再発防止を行なうためには正確で詳細な調査が不可欠なことから、軽過失の場合は刑事責任を免じた上でこそ具体的な証言と調査協力が得られると主張、免責について検討すべきであると提案した。

宮澤構成員は刑法の考え方を説きながら、「正確な事実を把握するための1つの手段・方法が軽過失の刑事免責である」など、10分近くをわたって、医療事故に免責を適用する必要性を論じた。故意または重過失に関しては刑事

司法の対象となることも論じた。

宮澤構成員は、また、免責の適用は、過失の有無とかわりなく医療によって損傷を受けた患者への補償制度と同時に実現されるべきであるという見解を表明した。

軽過失に対する刑事免責の適用は、これまで、もっぱら全日病が議論を提起してきた。同検討部会とその親検討会にあたる「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のある方に関する検討会」でも、構成員である飯田常任理事がその検討を訴えてきた。

検討部会では、他の構成員が刑事責任との関係に触れる場面もあったが、



▲検討部会で挨拶する藤田一政事務官

まとまった発言や本格的な議論にはいたらなかった。

宮澤構成員もこの問題に言及してきたが、第3回目の同日にまとまった発言機会を得たため、具体的な考え方を述べるにいたったもの。この提起を受

け、検討部会はずっと1時間にわたって、刑事免責をめぐる意見を交わした。

医療事故調の議論が始まってから、検討会レベルで、免責の問題が本格的に論じられたのは初めてのことだ。(検討部会の議論内容は2面を参照)

厚労省 医療・介護等の情報活用基盤を支える個別法を検討

マイナンバー法の医療版。個人情報保護の新たな措置も規定。来春に法案提出



医療・介護等における個人情報の保護強化を図るとともに、当該情報を活用する基盤を包括的に整える法律を制定するための議論が始まっている。

厚労省は、「社会保障分野サブワーキンググループ」と「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」の合同会議を4月12日に立ち上げた。個人情報保護法第6条の委任にもとづいて医療等における必要な保護等の措置について検討、その上で、情報の効率的な活用を可能とする立法に向けた諸課題を検討するというのが合同会議の趣旨。

事務局(厚生労働省政策統括官付情報政策担当参事官室)は8月をめどに報告書をまとめ、2013年の通常国会に法案提出をめざすとしている。

厚労省が見込んでいる法案は、今国

等に上程されているマイナンバー法案(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律案)の医療等分野における個別法だ。

社会保障・税番号制度を導入するマイナンバー法案は住民票コードを変換したナンバーを指定し、①社会保障と税金の賦課徴収等の事務に利用する、②当該事務にかかわる申請・届出等の事務に利用する、というもの。そのため、個人情報保護の面でも特段の措置が講じられている。

マイナンバー法は、年金や雇用保険等の資格取得・確認と給付事務、医療保険等の保険料徴収等の手続や福祉分野の給付、生活保護実施等の事務等に利用されるが、医療や介護等の給付に関する情報や保険加入資格等の情報は入っていない。したがって、医療機関

等の窓口や情報ネットワークで使える仕組みになっていない。

そこで、医療等における個人情報保護の強化を図りつつ、他方で、診療・保険等情報の共有と活用など医療機関等の情報連携を確保するために、医療等に特化した個人情報保護の特別法を制定するというのが厚労省の狙いである。

そこには、情報連携の共通基盤の整備とともに、「社会保障分野における番号及び情報連携のあり方」、したがって、かつて議論途上で棚上げされたままの「社会保障カード」の検討も視野に入っている。

医療・介護分野の個人情報保護については法制定後にガイドラインが策定されている。しかし、「当時は必ずしも個別法がなければ十分な保護を図ることができないという状況にはなかった」(事務局)というのが厚労省の認識。

今回見込んでいる個別法には、個人情報保護の強化を図る一方で、医療等の提供に資する、あるいは公共目的に沿った個人情報の活用に関して本人同意を円滑に得る、さらに、提供側が法的リスクに対して萎縮することがないようにするという意図がある。

4月12日に初会合をもった合同会議

は「医療等分野の個性の必要性」について、4月26日には「個別法の法的枠組み」について一通りの議論を行なった。

5月11日の第3回会合は「医療等分野における効率的で安全に情報を取得し利活用することを可能にする法的・技術的仕組み」について意見を交わした。

第3回会合では、医療等の提供に必要な情報の活用については「院内掲示等に表示することにより包括的な同意を得ることで逐次の同意取得を不要とすることを個別法に規定する」こと、さらに、公益目的の情報利活用については「匿名化などの必要な対応や情報漏示に対する罰則の強化を検討するとともに、本人同意を得ることが可能な場合も含め、本人同意が不要となるような公益目的とはどのような場合かを検討する」ことなどが提案され、活発な意見が交わされた。

同日の事務局資料には、社会保障カードについて検討した報告書とその実証事業の報告が入っており、一部の委員から「それは我々の目的とするところではない」と反発を受けたが、担当企画官は、会合後の取材で「個別法は社会保障カードの実施をも視野に収めている」と述べた。

新型インフルエンザ等対策特別措置法が公布

新型インフルエンザ等対策特別措置法が4月27日に成立、5月11日に公布された。1年以内の政令で定める日から施行される。

2009年に国内で蔓延した際の行政対応の経験を踏まえ、新型インフルエンザ等が発生した時の影響を最小限に抑えることを目的に、政府と自治体の役割と権限を明確かつ強化するとともに医療提供を含む体制と措置などの総合的な施策を法的に位置づけた。

医療機関と医療関係者に関して、同法は以下の措置等を定めている。

- ①政令で指定公共機関を定める
- ②都道府県知事は指定地方公共機関を指定する

- ③前2者における新型インフルエンザ等対策実施の責務および緊急事態時に医療提供に必要な措置を業務計画で定める義務
- ④厚生労働大臣が定める登録事業者における発生時の継続的医療提供の努力義務
- ⑤都道府県知事による医療関係者に対する医療提供および特定接種実施協力の要請
- ⑥正当な理由なく特定接種と医療提供の要請に応じない医療関係者に対する、厚生労働大臣と都道府県知事による指示の発出
- ⑦前項指示発出者における、対象医療関係者の生命・健康の確保に関する配

慮と危険回避に必要な措置を講じる義務

- ⑧新型インフルエンザ等が蔓延する特定都道府県知事における臨時医療施設確保の義務
- ⑨特定都道府県の区域内の病院開設者が緊急事態に医療提供を目的とした場

合の病床数等に対する厚生労働省令の適用除外(6月間以内)

- ⑩前出⑤⑥における実費の弁済
- ⑪前出⑤⑥(特定接種実施の場合を除く)における医療関係者の死亡、負傷、罹患、障害に対する都道府県の損害賠償

定期代議員会・定期総会開催のご案内

下記日程で第99回定期代議員会・第88回定期総会を開催します。

社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

1. 日時	2012年6月2日(土) 午後1時 (定期総会は定期代議員会後に開催いたします)	(2) 2011年度決算(案) (3) 公益法人移行申請に係る定款変更案等
2. 場所	ホテルグランドパレス3F白樺 東京都千代田区飯田橋1-1-1 Tel.03-3264-1111	※定期総会終了後、特別講演を行ないます。 厚生労働省医政局 井上誠一指導課長(予定) ※特別講演終了後(午後3時30分目途)に同ホテル3F「牡丹」で懇親会を開催します(参加費不要)。
3. 議案	(1) 2011年度事業報告(案)	

「原因究明を妨げる刑事司法は医療安全につながらない」

医療事故調査の検討部会 刑事免責をめぐる議論。その検討を首肯する流れ。重要な論点に浮上か

4月27日に開かれた「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」は、構成員の5人が医療事故調査のあり方に対する見解を表明したが、議論はもっぱら、軽過失の医療事故に対する刑事免責の可否を中心に展開された。

同日の議論の趨勢は免責問題の検討を首肯する方向を示しており、重要な論点に浮上した。(1面記事を参照)

見解を表明したのは、秋田労災病院の中澤堅次第二内科部長、東京大学大学院法学政治学研究科の樋口範雄教授、医療事故被害者遺族の永井裕之氏、南山大学大学院法務研究科の加藤良夫教授(弁護士)、宮澤潤法律事務所の宮澤潤氏(弁護士)の5人。

中澤構成員は、主に、説明と損害賠償の観点から院内事故調査が欠かせないと指摘。その上で、過失が証明されないケースにこそ無過失補償制度に委ねられるべきであるとして、事故調査と無過失補償を一体に制度化することには疑問を示した。

その一方で、調査は再発防止のために行なわれるものであり、個人の責任

追及や処分目的で行なうことには反対した。他方、「中央の第3者機関が最初から主体的に介入するシステム」については、現場からの報告を抑止しかねないとして消極的な認識を示した。

樋口構成員は刑事処分と行政処分に終始してきた日本の医療事故対応に疑問を呈し、説明責任と再教育という責任のとり方に目を向けるべきと論じた。

また、①第3者が参加した院内事故調査を設ける、②患者の権利として第3者による事故調査の仕組みを創設する、③それらを統括した第3者機関を設置、④警察ではなく、第3者機関が事故報告を行なう仕組みをつくることを提案した。

永井構成員は、第3者が参加した院

内事故調査は当然であるとしながらも、規模によってはできないことなどから院内調査を支援する第3者機関が必要とし、厚労省の第3次試案と大綱案をベースに、その修正検討を行なうべきと訴えた。

加藤構成員は日本弁護士連合会の宣言を踏まえて、患者の権利に関する法律の制定を提起。また、外部の専門家を加えた院内事故調と調査権限をもった第3者調査機関の法制化を求めた。具体的には、厚労省の大綱案が妥当であるとした。

その上で、「真相究明・再発防止等の立案と無過失補償制度等の被害救済策は一体的に制度設計されるべきである」と弁じた。

医療事故調査の仕組みを論じた4人に対して、宮澤構成員は、正確な医療事故調査の実施が原因究明・再発防止につながるという視点から、軽過失に対しては刑事罰を免除するという考え



▲軽過失に対する免責を提案した宮澤構成員

方に絞った意見を展開。

原因特定が難しい事案が多い医療事故は、一般的な刑事犯罪人に職業訓練などを行なうことにより再発防止をくろむ刑事罰ではなく、刑事罰から解放することで正確な事実が明らかにでき、それによって初めて再発防止につながる」と指摘した。ただし、免責の適用は無過失補償と一体になされるべきとした。

検討部会における宮澤構成員の発言(要旨)

再発防止が検討部会の最も重要な課題である。そのためには、医療事故の調査では、事実関係を隠さないということが担保されなければならない。しかし、刑事司法が突出している中で、それがどこまで可能なのか。

原因分析を行なうためには正確な事実を把握することが必要であるが、そのためには、刑事免責という、安心して話すことができる条件が伴わないとならない。正確な事実が出てきてこそ原因分析が可能となり、その結果が、医療事故の再発防止と適正な損害賠償につながっていく。

医療事故の中には故意あるいは重

過失というケースもある。その場合は、今までどおり、刑事、民事、行政にわたる責任を負わされるということではよいのではないか。問題は、医療事故のほとんどを占めている軽過失をどのように扱うかである。

刑法38条に「罪を犯す意思がない行為はこれを罰しない。ただし、法律に特別の規定がある場合はこの限りではない」とある。これは、刑法上は過失は処罰しないのが原則であるということの意味している。過失行為は処罰されないというのが基本的な原則である。

では、通常の過失と医療事故では

どこが違うのか。通常の過失では、その原因は概ね明らかであり、したがって、どこを注意すればよかったかは刑事司法の過程で十分対応が可能だ。しかし、多くの医療事故では過失の原因の特定が、何に注意すべきであったのかの判断が大変難しい。それを、刑罰をもって十分注意すべきであるとしたところで、そうした対応は効を奏するものではない。

再発防止という目的を考えるならば、刑罰を課するよりも、事実解明を促す方がより目的にあっている。そのためには、軽過失に関しては刑事司法の対象とせずに、事実が正確に

出てくる調査の徹底を図るべきではないかと考える。

この、軽過失に対する免責は、被害者に対する無過失補償制度というセイフティネットがあって、初めて議論が可能となるのではないかと考える。

軽過失に対する免責によって事実関係が明確になり、それによって原因究明と再発防止が促されるだけでなく、適正な賠償と被害者に対する謝罪行為が導かれる。このように、正確な事実を把握するための1つの手段が軽過失の刑事免責ではないかと考える。

免責の適用は無過失補償と一体になされるべき

刑事免責をめぐる主な議論(要旨)

* 構成員の敬称は略す

有賀 先ほどの説を自賠責保険を例に説明していただけないか。

宮澤 自賠責にしても、無過失補償にしても、事故が生じたときにひどいことにならないようにするために国の責任で整えられるセイフティネットという点で共通している。何らかの加害行為が起こったときに救済される制度がなければ、被害者感情は慰められないし、その怒りはひたすら加害者に向けられる。そういう意味からは、無過失補償を整える中でこそ、医師の軽過失に対する免責が検討されるべきであろう。

有賀 加害者に過失があろうがなかろうが、結果が厳しいときには補償を行なうという補償制度は、自賠責と同じと考えてよいか。

宮澤 自賠責は車を運転する人は強制加入だ。そういう意味では無過失補償と同じ目的の制度であると考えられる。1点付け加えたい。中澤構成員のお話「病院が責任を負うのであって、事故を起こした個人の責任は追及しない」とあった。これは、民事責任にのみ該当することで、刑事責任には該当しない。したがって、院内調査で「責任は追及しないから何でも話をしてほしい」と言ったとしても、後に警察がやってきて「御用です」となる可能性がある。民事と刑事の話はきちんと分けて議論していく必要がある。

有賀 刑事訴訟は医療事故にはなじまないというのが私の意見だ。

宮澤 私も刑事司法は医療事故になじまないと考える。刑事司法によって医療の安全が確保されるというのは難しい。医療事故はかなりの部分がシステムの問題であるにもかかわらず、例えば、患者とり違え事故の一審では最終的な行為者である看護師が一番重く罰せられているように、組織ではなく個人を罰する刑事司法が入ると、システム全体の設計や管理・監督のあり方という面が問われないという非常に大きな問題がある。

山口 宮澤構成員の資料に「軽過失の免責は無過失補償と同時に行なわれるべき。医療事故の被害者の保護を十分に図ってこそ軽過失の免責も社会に受け入れられる」とある。ここでいう被害者とはどういうイメージか。

宮澤 過失の有無を問わず、医療行為によって何らかの健全性を奪われた人達である。こうした人達には、何らかの救済の手が差しのべられるべきではないかと考える。

山口 では、合併症と過失によって生じたこととの仕分けはどうお考えになるのか。

宮澤 避けられた合併症と避けられなかった合併症があることだろう。避けられる合併症であるにもかかわらず、何らかの手段を怠ったことによって起こった場合は過失があったということになる。今の医療では予見可能性や回避する方法がなかったという場合は、合併症は仕方がなかった、不可抗力で

あったと考えるべきである。

山口 合併症についてどこで線を引くのかはなかなか難しい問題ではある。

有賀 多くの医師は合併症の可能性を念頭に置きながら手術を行なう。合併症が予見できなかったというのは相当に低いレベルの医師ということになる。そう考えると、過失であるない、罰するしないということよりも、補償をどうするかという話になる。そういう観点から、無過失補償は自賠責と同じと考えてよいかという質問をさせていただいた。

本田 宮澤先生は、すべての医療事故について免責を提案しているのか。

宮澤 故意と重過失は免責の対象としない。例えば、ちょっとした注意ですぐ分るような、未必の故意に近いような過失は免責されない。ただ、通常の医療でそういうことはほとんどなく、過失か、合併症か、偶発症かなど色々なことが考えられ、本当に法的な責任を負うべきであるかどうか非常に分りづらい。そういうケースも刑事責任を追及していくと、医療の萎縮や過剰医療、後退といった弊害を生んでしまう。そういうことから軽過失については免責を提案している。

本田 例えば合併症が起きた場合に、調査の結果予見できたはずだとなったら、軽過失ということで免責の対象となるのか。

宮澤 予見できたはずということで、通常の過失であることが明白になれば刑事免責となる。ただし、医療機関側には、患者に対するきちんとした説明

と謝罪そして損害賠償という責務を背負っていただく。法的な責任というのは刑事責任だけでなく、民事責任や行政的な責任など、いくつもの形態がある。それを総合的に考えて背負ってもらおうということであり、1つの責任に偏るのではなく、再発を防止し、医療安全を確保するという見地から、過失の内容に応じてそれぞれの責任のとり方を考えていくべきではないかというのが私の発言の趣旨である。

本田 重過失か軽過失かの線引きはどこで行なうのか。

宮澤 重過失については法文上の規定がある。簡単な注意で結果が避けられたものを重過失といってもよい。ただし、その運用は難しいものがある。

有賀 定義はあっても、実際の判断、線引きはなかなか難しいものがあると思う。そういう意味では、医療者側ももっと踏み込んだ議論をしていかなければならない。

宮澤 そう思う。軽過失とか重過失というのを区別していくのは門外漢では難しい。だからこそ、専門家の手でちゃんと判断してくれる機関が必要ということに行き着く。

加藤 本日の議論では、あたかも刑事司法が突出しているというように聞こえる。しかし、かなりひどい事故でも刑事事件となっているものはほとんどない。刑罰の基本は応報であるという学説もある。宮澤構成員に関しては、どのようなケースが重過失とされるのかを具体的に示してほしい。

医療課「計画的な施設運営が重要との認識で改定に対応」

DPC評価分科会 経営の予見性担保に言及。病院機能を活かす戦略的視点の重要性を示唆

DPC評価分科会は4月25日に2012年度改定後初の会合を開き、12年度改定におけるDPC制度の見直し結果を確認するとともに、次期改定に向けた検討課題と日程について事務局（厚労省保険局医療課）案を了承した。

事務局は、また、今改定で確定した、DPC全病院の機能評価係数Ⅱと地域医療指数の内訳を分科会に提示した。

議論において、医療課の迫井企画官は、「予見可能性というか、計画的に施設を運営することを考えていただくことが重要であるという認識で今改定に対応した」と発言。分科会後にも、「(今後は)医療機関が予見可能性を担保できるようにすべきである」と述べるなど、急性期病院の中長期展望を示した医療機関群と機能評価係数Ⅱの新設計を終え、今後は、医療機能を戦略的・計画的に活かしていく急性期病院の視点が重要との認識を吐露した。

委員からも「次期改定に向けて早期に展望を示すべき」という声があがった。事務局は、日程的にも、12年度中

に次期改定の方向を大枠示せる方向で議論をまとめる方針だ。

また、12年度改定の結果確認の中で、事務局は、①機能評価係数Ⅱは毎年係数が変わるが基礎係数は改定時に変動される、②機能評価係数の項目増加はあり得る、③医療機関群の構成は次期改定で見直しの是非を検討する、④機能評価係数Ⅱに置き換えられる調整幅(調整係数による上積み分)は8%前後である、ことなどを明らかにした。

「今後の検討課題」の議論で、複数の委員から不適切なコーディングの指摘がなされた。これに対して、研究班を率いる松田委員(産業医科大学教授)はコーディングマニュアルの作成に着手する展望を示した。また、抽出による訪問調査という案も示した。

同委員は、また、①コアの分類に重症度を含む医療資源の必要度を4～5段階で区分した評価を付加した新たな分類案を手がけている、②総合病院精神科を対象に精神疾患の分類精緻化を考えている、③リハの分類の素案を作成済

みで、データ分析に入る予定である、④急性期病院の外來のあり方についても研究を進める予定である、ことを明らかにした。

同じく研究班の藤森委員(北大病院地域医療指導医支援センター長)は、機能評価係数Ⅱ追加項目の対象に、質とともに「医療の困難さや業務量」な



ど医療内容の評価を見込んでおり、可能であれば特別調査に組み込むことを考えていると述べた。

■今後の検討課題

(1) 次期改定に向けた検討課題

①調整係数の置換えに係る課題

- ・医療機関群設定の在り方(医療機関群の要件を含む)
- ・機能評価係数Ⅱの在り方
- ・経過措置(激変緩和)の在り方

②制度運用上の課題

- ・DPC(診断群分類)の精緻化
- ・算定ルール等の見直し(2012年度改定での対応の継続を含む)

- ・医療機関別係数の確認手順等の整備

(2) DPC/PDPS導入の影響評価

①従来から継続している調査

- ・平均在院日数等

②今後新たに対応する調査

- ・外來診療に関する調査、施設機能に関する調査、医療の質に関する調査
- ・2012年度改定での対応事項(医療機関群設定等)に伴う影響調査

DPC評価分科会における主な議論

●調整係数によって各病院は1.0以上の報酬を得てきた。この増点分は2018年まで維持されるのか。また、機能評価係数Ⅱの項目は今後も増えるのか、それとも、項目を増やすことなく、機能評価係数Ⅱを全体の加重平均値0.0225づつ毎回上乗せしていくのか。

迫井企画官 機能評価係数Ⅱの項目の見直しは今後も当然あり得る。18年に向う移行の模式図は財源が一定として描かれている。その前提は、現在、調整係数が補正している報酬水準は形式的には前年度の報酬水準だが、例えば、大学病院本院は03年にDPCを始めたため、事実上、03年の報酬水準を引用している。したがって、制度に参加した時期と施設によって違いはあるが、今後は、12年改定の水準を一定程度参照するかたちで18年まで移行することになる。つまり、調整係数については現在の水準を18年までは維持をするという前提で制度設計と模式図は書かれているということだ。もちろん、これを変えようということは議論としてはあり得る。

●2%を超えない範囲で収めるという激変緩和は今後も行なわれるのか。

担当主査 あくまでも今回の措置であるが、今後どうなるかは中医協の議論による。

●基礎係数の数字は今後変わり得るか。

企画官 基礎係数の数字は各群に属する病院の包括範囲の点数計算からなる。これには2つの要因がある。まずは群分けである。次に、現在の群のままでも、改定時に各病院の直近の診療内容したがって点数によって計算されるので変動する。

●基礎係数の加重平均値は、点数の増減があっても一定で変わらないのか。

企画官 データセットが別になるので、当然、加重平均値は変わる。

機能評価係数Ⅱに置き換える調整幅は包括範囲の8%強

●資料に「外保連試案と結びつけられなかったKコードの手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与。それ以外のものについては集計の対象外」とある。この基準については、我々の方でも評価、計算のしようがない。対応表みたいなものを今後明確化するという考えはあるのか。

●激変緩和によってマイナスの施設は助かり、プラスの施設は抑えられた。今回限りというが、置き換えるたびにやられると、最終的にはかなり大きな数字にならないか。

担当主査 2%というラインは先を見越して決めたものではない。今回の影響を、今後どう調整していくかについては、おいおい議論していただく。

●医療機関群ⅡとⅢの入れ替えのタイミングはいつになるのか。

担当主査 この2年間はこれでいくが、今後、医療機関群のあり方について検討をいただき、それを踏まえて次の改定でどうするかが決まる。

●調整係数は1年ごとに変わるのか。

企画官 どういう頻度になるかは中医協で決めていただく。機能評価係数Ⅱは、直近の実績ということから、財政規模は同じ中で配分を変えるかたちで毎年見直すということによって了解を得ている。一方、基礎係数に限らず点数全般については、中医協が変えよう決まれば当然変更することになるが、基本的に作業は改定時に行なうことになるので、特別なことがなければ、次の改定まではこのままいくことになる。

それと、2%の激変緩和の話であるが、ご質問は、大きく減収する、増収となる施設が出てくるが、最後にそれをどう取り扱うのかということかと思う。我々の問題意識としては、診療報酬体系はチョイスであるので、減収になっているところは最後は出来高算定に移行するという選択もあり得ると思うが、逆に大きく増収になるところに最後の最後に一気にということになると、そうした施設が退出するというオプションは基本的にはないと思う。したがって、そういうことを意識して、次回改定に向けて議論していく必要があるかと思っている。

企画官 この件については大変質問が多く、我々としても当然開示すべきものと考えたので、今回こういった整理を行ない、この資料に示させていただいた。具体的な対応とか、計算については、ある程度これできると思う。機能評価係数Ⅱの計算に関しては様々なお問い合わせがあるが、基本的には、今回の改定で、予見可能性というか、

計画的に施設を運営するという考えを認めていただくことが重要であるという認識で対応させていただいた。引き続き、ぜひ、そのように対応させていただきたいと思っている。

●Ⅱ群からⅢ群に移ることを目標に頑張っている施設もあると思うが、また、次回改定で病院群の基準設定が変わってしまうと、努力目標が読めなくなる。したがって、今回改定の議論の前提を明確にする、まずは、大枠の考え方を決める必要がある。

●細かなところはさておき、構造的な骨組みは早めに方向を決めていただきたい。

●調整係数は2年毎に25%づつが置き換えられるというが、機能評価係数Ⅱは1年ごとに出すということか。

担当主査 機能評価係数Ⅱへの置き換えは2年ごとに移行していく。その枠組の中で、医療機関の個別係数の値は1年ごとに変更されるということである。

●機能評価係数Ⅱが1/4で0.0225ということから、調整係数から機能評価係

Ⅱへの転換分は9%にあたる。それにプラス基礎係数の加重平均が1.0623ということになると、全体で15%程度のインセンティブをDPCにつけている。このことの妥当性やどの程度の水準がよいかということ、ぜひ、中医協で議論していただきたい。

企画官 数字的なところを解説させていただく。基礎係数の全体の加重平均値は1.0623である。これを委員は6%とカウントし、かつ、機能評価係数Ⅱの加重平均値が合計0.0225であり、今回調整係数から25%が移行したものであるから、4倍すると0.09になる。これで、6%+9%の15%というご理解かと思うが、正確に言うと、調整係数の部分は0.0225×4で0.09に相当するものの、基礎係数はあくまで包括範囲の相対値であるので、調整部分の数字を%で表わすとすると、この0.09を1.06で割っていただく必要があり、実際には8%前後(0.0847)になる。これが調整幅であり、委員のいう15%ということではない。

研究班 現行分類の医療資源必要度による細分化を検討

松田委員 また2年間研究班でデータ分析をする。今何をしているか紹介したい。まずはDPCの精緻化だが、現行の分類では新しい技術や薬が出るたびに改定作業が厳しくなる。実は、我々は、CCPマトリクスという考え方をDPCの開発当初からもっていた。

これは何か。6桁あるいはそれに手術を付けたコアのDPCに対して、手術処置等1・2と副傷病、重症度等で評価される医療資源の必要度というものを4～5段階に分け、コアのDPCにつけて分類する方法である。豪州のARDRG、ドイツのGDRG、一番最近のアメリカのDRGでも採用されている。そういうものをお出しできればと思っている。

それと、精神病院全般に拡げることはまだ想定していないが、総合病院における精神科のあり方を考えるために、それに対応した精神科の分類を精緻化しなければと考えている。

病院内に回復期リハ病棟や亜急性期病床があった場合に、それをどのように評価するか。リハの分類という問題もある。研究班として素案を考えており、それを実際のデータに当てはめて分析していきたいと考えている。

今回、外來のデータを集めることになったが、それも含めて急性期病院の外來のあり方について考えていきたい。その過程で、諸外国では入院として扱われている可能性がある日帰り入院についても検討しなければならないかと思っている。

藤森委員 1つは質の問題、それと、機能評価係数Ⅱでもう少し拾えるものはないかということ、患者単位あるいは病棟単位で行なわれている医療の内容と量の評価を考えている。可能であれば特別調査で取り上げ、分析し、機能評価係数Ⅱで使えるものがあれば拾っていききたいし、かつ、プロセスの時系列も評価ができれば、医療の質の評価に少しでも迫れるものがあればとも。それを、今年度着手できればと考えている。

●審査していると不適切なコーディングがみられる。

●臨床医から分類が分りにくいという指摘が出ている。分りやすい精緻化をしていかないと適切な分類を選ぶのが難しくなる。

松田委員 研究班として、今年はコーディングマニュアルに着手しなければならないかと思っている。

特定機能病院と医育機能の関連づけで意見が分かれる

特定機能病院と地域医療支援病院のあり方に関する検討会

地域医療支援病院「偏在是正に要件厳格化」と「各医療圏に2つ必要」と異なる声



4月26日の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」は、前回(3月15日)に引き続き、両類型が担うべき機能と現状をテーマに、自由に意見を交わした。

資料説明で、事務局(厚労省医政局総務課)は、1992年の第2次医療法改正で創設された特定機能病院の当初理念に触れ、「医療施設機能の体系化を企図し、まずは、高度医療を提供する施設である特定機能病院、長期入院を提供する施設である療養型病床群というように、両端から体系化に着手しようとしたもの」と説明。その対象についても、当時の国会答弁等から「必ずしも大学病院に限定したのではなかった」ことを明らかにした。

資料によると、特定機能病院について、当時の厚生省古市健康政策局長は、「大学の附属病院は医育機関でもあるが、今回の特定機能病院は、その医育機能に注目しているわけではない。また、卒後研修生の研修機能に注目したわけでもない。したがって、大学以外にそういうことに合致するところには大いに入ってきていただきたいし、医科大学ですべてがすべてこの基準に合うとは限らないと思っている」と答弁している。

したがって、その承認要件に「高度の医療に関する研修(臨床研修と後期研修)はあるが、医育機能はない。実際、現在84病院ある特定機能病院は、80の大学病院以外にがん研中央病院などの

4施設からなっている。

こうした現状に、複数の構成員が「特定機能病院の機能に医師の養成を位置づけるべきはないか」と主張した。これに異論を唱える構成員も表われ、医育機能の位置づけをめぐる検討会の意見は二分された。

前者の意見は大学病院中心さらには大学病院に限定した医育機能を医療法で位置づけることになる。後者の意見は、真の高度医療さらには広域圏医療に対する支援といった高次な特定機能をあらためて明確にすることによって、それにふさわしくない大学病院は承認を取り消し、民間であってもふさわしい病院には参加の道を開くことになる。

こうした議論の一方で、大学病院系

の構成員からは、主に現行80大学病院すべてが留まれる承認要件を希望する旨の意見が相次いだ。

今年1月現在全国に386ある地域医療支援病院に関しても、「災害で医師等を派遣できるクラスを想定すると2次医療圏に2つぐらいいはあってよい」とする意見がある一方で、要件を引き上げることで、不要な地域では承認取り消しを可能とする見直しが必要とする考え方も示されるなど、見解は微妙に分かれている。

12年度のHbA1c表記

特定健診はJDS、日常臨床はNGSPとの併記で対応

「13年度以降の対応は関係者間で協議」。医療機関に変更への対応と誤認回避を要請

厚生労働省は、4月27日付事務連絡「ヘモグロビンA1c測定値の国際標準化に係る対応について」で、HbA1c表記にかかわる2012年度運用方針の医療機関等への周知徹底を各都道府県に求めた。

糖尿病診断に使われるHbA1cの測定値は、日本ではJDS値が、諸外国では国際的な認証を受けたNGSP値が用いられてきた。

この状況に対して、厚労省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」は、(1)2012年度は、特定健診・保健指導はJDS値による表記を続けるが、日常臨床ではJDS値と国際標準値(NGSP

相当値)を併記する、(2)13年度以降の対応については関係者間で協議する」という方針を昨年10月にまとめ、厚労省は今年2月29日に発出した事務連絡で、前出の対応で臨むことを12年度の方針とすることを明らかにした上で、Q&Aを付して、保険者、健診機関等に対応を求めた。

一方、NGSP値の表記を押し進めてきた日本糖尿病学会は、今年1月5日に「HbA1c表記の運用指針」を改定(4月11日に修正改定)、前出検討会の考え方を踏まえたHbA1c表記にかかわるガイドラインを発表した。

厚労省方針と学会ガイドラインの改

正を踏まえ、医療機関には、保有しているHbA1c分析装置の設定変更やソフトウェアの変更操作等の対応が、また、表記が混在した中で誤認を回避するための確認作業等が求められている。

4月27日付の事務連絡は、(1)HbA1c分析装置、HbA1c測定に供する体外診断用医薬品の製造販売業者および医薬品の製造販売業者に測定値国際標準化に伴う対応を要請していること、(2)医療機関に対しても、製造販売業者と協力して分析装置の変更操作等を円滑に行なうとともに、当面NGSP値とJDS値が混在する日常臨床において誤認に

よる誤診等が発生しないよう留意するよう周知徹底を、医政局総務課と医薬食品局安全対策課の連名で都道府県に求めたものだ。

栄養管理体制と褥瘡対策の届出期限を延長

厚生労働省は4月27日付で事務連絡(平成24年度診療報酬改定における入院基本料等の栄養管理体制及び褥瘡対策に係る届出について)を发出、各地方厚生局等に対して、(1)2012年度改定前に「栄養管理実施加算」を届け出てなく、新たな入院基本料にかかわる栄養管理体制の届出またはその猶予の届出を行なう病院については、4月1日に遡って算定するための提出期限を5月31日とする、(2)同じく「褥瘡患者管理加算」を届け出てなく、新たな入院基本料等の褥瘡対策にかかわる届出を行なう医療機関についても、同様の提出期限を5月31日までとすることを伝えた。

2012年度改定において栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算が入院基本料等に包括されたため、それまで届出を行なっていない医療機関の間では、新たな届け出ができない場合に特別入院基本料の算定となることで懸念と不安が強まっていた。

今回の措置は、地方厚生局等への届出状況を踏まえて、本来4月16日であった届出の期限を1月半延長したものだ。

支払基金 3月審査分から突合点検・縦覧点検を開始

2月査定比で件数23.6%、点数14.5%、3億5,250万円が上積み

社会保険診療報酬支払基金は2012年3月審査分より突合点検・縦覧点検を開始、それによる審査状況(速報値)を4月23日に発表した。

突合点検とは処方せんを発行した医療機関のレセプトと薬局の調剤レセプトを患者単位で照合する審査を、縦覧

点検とは同一医療機関・同一患者の月単位レセプトを複数月にわたって照合する審査をいう。

突合点検・縦覧点検は電子レセの普及によって本格実施が可能となり、支払基金はこれによって、これまでの単月点検とあわせて3通りの方法で審査ができるようになった。11年4月から実施する予定であったが、東日本大震災の発生により開始を延期していたもの。

速報値によると、突合点検による査定件数は10.5万件、点数にして3,102万点。縦覧点検では1.4万件、423万点が原審査として査定された。2月審査分の査定結果(単月点検)は、件数で50.5

万件、点数で2億4,236万点であった。したがって、単純計算すると、新たな点検で、件数で23.6%、点数で14.5%、金額にして3億5,250万円が、原審査の段階で上積みされることになる。

突合点検による結果は、処方せんが不適切であったのか、処方せんと異なる調剤が行なわれたことによるものか責別確認した上で確定され、縦覧点検と合わせた査定の確定値が5月に公表される。

東日本大震災の被災3県に所在する医療機関と保険薬局に対する突合・縦覧点検の実施は6ヵ月間猶予され、今年9月審査分から開始される。

12年3月審査分の突合・縦覧点検の審査状況(速報値)

	査定件数	査定点数
突合点検	10.5万件	3,102万点
縦覧点検	1.4万件	423万点

※縦覧点検には入外点検(同一月に同一医療機関から請求された同一患者の入院分と入院外の電子レセプトを照合する審査)を含む。

高血圧 年 有・無

糖尿病 年 有・無

高脂血症 年 有・無

神経疾患 年 有・無

脳卒中 年 有・無

循環器疾患 年 有・無

呼吸器疾患 年 有・無

消化器疾患 年 有・無

泌尿器疾患 年 有・無

婦人科疾患 年 有・無

骨格疾患 年 有・無

骨粗鬆症 年 有・無

内分泌疾患 年 有・無

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

患者基礎情報

入院年月日

発症日

現病歴

個人情報漏えい保険

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

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)