



# 全日病 NEWS 6/15

## 21世紀の医療を考える全日病 2013

発行所/公益社団法人全日本病院協会  
 発行人/西澤 寛 俊  
 〒101-8371 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.803 2013/6/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 2つの検討会で亜急性期をめぐる議論

5月30日の2つの検討会 厚労省 ポストアキュートとサブアキュートを併せた病棟の機能案を示す

厚生労働省は5月30日の2つの検討会に亜急性期の医療機能に関する考え方として、①急性期からの受け入れ、②緊急時の受け入れ、③在宅復帰、という案を示した。

一体改革にそった病床機能分化・連携の取り組みの中で、「亜急性期等」の病床をどう増やしていくかが重要な課題になっている。その端緒となる亜急性期の議論が、きしくも、同じ日の医政局と保険局による検討会で展開され、そこで、亜急性期の医療機能をどう考えるかという案が示されたもの。

両局の案は、いわゆる病期としての「亜急性期」というよりは、地域で一般病院が求められている機能をめぐる提供体制とその評価にかかわる考え方であるが、ポストアキュートとサブアキュートを併せた機能という点で、その内容は一致。さらに、その内容は全日病等が提唱している地域一般病棟とも一致している。

亜急性期をめぐる議論は、2014年度診療報酬改定だけでなく、医療法改正を介した病床・病棟の整理再編においても大きな意味をもつだけに、その成り行きが注目される。(入院医療分科会は前号で既報。また、2面にその議論内容を掲載。病床機能情報検討会は3面に資料等を掲載)



▲西澤会長(写真右・左端)と神野副会長(写真左・2人目)は亜急性期等の議論で全日病の考えを説明した

### 厚労省 亜急性期の機能は「急性期後、緊急時受入、在宅復帰」

亜急性期の医療機能に関する考え方が提案されたのは「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」(医政局総務課)と中協に付設された「入院医療等の調査・評価分科会」(保険局医療課)である。

医政局の検討会では、医療機能を病棟単位で報告する制度の議論の中で、亜急性期と回復期リハを分けた上で、亜急性期を「主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する」とする案が示された。

一方、保険局の分科会では、次期改定に向けた調査結果を評価する議論の中で、「亜急性期・回復期等」という括りを「亜急性期医療(病床)」とした上で、亜急性期医療に求められる機能を「①急性期からの受け入れ機能、②在宅・生活復帰支援機能、③緊急時の受け入れ機能」とすることを提案、亜急性期入院医療管理料を見直す必要を提起した。

両検討会に示した医政局と保険局の亜急性期の医療機能の考えた方一致したが、両検討会の委員からは「亜急性期が分かりにくい」という声があがった。

### 病床機能検討会 事務局が各機能と同列に「地域多機能」を提起

病棟機能をめぐる議論(医政局の病床機能検討会)で、事務局は、報告すべき医療機能として5つをあげ、その名称を、急性期、亜急性期(仮称)、回復期リハ、地域多機能(仮称)、長期療養とする案を示した。

地域多機能とは、「1つの病棟で複数の医療機能を持ち、幅広く対応できる機能=医療資源が少ない地域の医療機関(2病棟以下)を想定」したもの。

各機能の内容が確定した後に、あらためて複合機能を担う病棟が論じられるべきところ、複数の機能を担う病棟の機能イメージが他の医療機能と同列に示された。これが医療機能をめぐる議論を複雑にした。

一体改革の2025年シナリオでは、複数の機能を担う病床(病院)として地域一般病床(地域に密着した病院)という、急性期から亜急性期、慢性期にいたる領域を担う概念が示されている。

「2病棟以下」とする地域多機能は小規模の地域一般病床であるのか、まったく別概念であるのか、事務局はその辺りを明確にしていなかった。新たな概念・名称が相次いでいることが、機能分化の議論を分かりにくくしている。

次に、「亜急性期(仮称)」の「医療機能の内容」として示された、前出の「主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する」という考え方も、議論を複雑にした。

何故ならば、事務局が提示した「亜

急性期(仮称)」はハコ(病棟)に主たる医療機能を貼りつける上で採用する名称案に過ぎないのだが、一見すると、あたかも病期としての亜急性期を論じているかのようにみえるからだ。

例えば、「急性期」に高度急性期と一般急性期があるように、いくつかの領域の機能を1つに括ったものを「亜急性期(仮称)」と称するというのが事務局の案であった。

その内容は、同日の病床機能検討会で西澤委員(全日病会長)が指摘したように、全日病等が提唱する地域一般病棟と基本的に同じ機能(ポストアキュート、軽症急性期、在宅等患者の急性増悪の受け入れ)からなる。

ただし、事務局は、この「亜急性期(仮称)」を説明する中で、「ポストアキュートとサブアキュートの患者に必要な医療を提供する機能」と明記した。そのため、委員からは、「亜急性期はポストアキュートに限定すべきではないか」との疑問が投げかけられた。

この疑問は正しいが、しかし、この検討会では、いわゆる亜急性期、病期として急性期に続くステージである亜急性期は取り上げられていない。

議論されていたのは「主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する」病棟の機能の名称であった。

したがって、地域一般病棟を想定したと思われる、複数の医療機能を担う

病棟の機能名称を「亜急性期(仮称)」としたのは不正確で、より正しくは、「軽症急性期・亜急性期」とでもされるべきものであった。

このように、亜急性期をめぐる議論は病期概念とは別に、医療提供体制の問題として論じられるべきところ、病床機能検討会では両者が錯綜した議論が繰り返された。

重要なことは、地域の医療ニーズに応じて、急性期後の患者を受け入れるだけでなく、軽度な急性期、救急、在宅支援などを担う病棟(病院)として提起されている地域一般病棟は、病期の亜急性期とは別に論じられるべきものということである。

この点について、検討会委員である西澤会長は、「(病棟を)病状で急性期、

亜急性期と分ける方法もあるが、どれだけの資源を要するかという視点に立った提供体制という考え方もある。都会でも中小規模の病院はいくつかの機能をもたざるを得ない。つまり、地域に密着して軽度の急性期を担う急性期病院であるものの、高齢者を多く受け入れているため、すぐには帰せない、ときには一部亜急性の機能も必要になる。そのイメージが我々のいう地域一般病棟である」と説明に努めた。

しかし、「亜急性期(仮称)」の名称を検討する中に地域一般病棟という名称が引用されていたこともあり、委員の中には地域一般病棟=亜急性期という誤解が生じるなど、事務局があげた3つの機能が地域一般病棟を示すという認識は理解を得られなかったようだ。

### 入院医療分科会 範囲拡大の提起が亜急性期の議論を複雑に

一方、5月30日の入院医療分科会では、2012年度の調査結果から「亜急性期入院医療管理料の患者は13対1や回復期リハより重症度・看護必要度が低く、医療費は13対1より高い」などが判明したとして、委員からは「亜急性期のあり方を明確にすべきである」という疑問が相次いだほか、「こういうベッドが必要なのか」という強い批判も出た。

その一方、神野副会長を筆頭に数名の委員が亜急性期病床の存在を強く擁護、分科会の意見は分かれた。

そうした中、事務局は「亜急性期の患者像と機能を明確化し、さらなる評価を充実させる」必要を提起、14年度改定で亜急性期入院医療管理料を大幅に見直すこと示唆した。

調査結果は亜急性期入院医療管理料に関するもので、13対1看護の病床に入院している急性期後の患者を対象にした病床単位の評価の実態を捕捉したものだ。

調査結果を踏まえた事務局の提起で注目すべき1つは、亜急性期入院医療管理料の患者像などを同じ看護配置の

13対1病棟や回復期リハの1と比べるだけでなく、20対1の療養病棟とも比較、それらの近似性を強調していることである。

2点目は現在病床単位で評価している亜急性期入院医療管理料を病棟単位とすることを提起、前出各病棟と外形基準を揃える考え方を示している点である。

この議論において、事務局は亜急性期入院医療管理料と回復期リハ病棟入院料を一体に亜急性期とし、その定義案を打ち出している。

事務局の問題提起は亜急性期医療として評価する範囲を拡大する方向性を示唆している。その限り、一体改革のシナリオにそったものとみられるが、結果的には、こうした、療養病棟も視野に含むなどの新しい視点が亜急性期の考え方を混乱させる1つともなり、少なからぬ委員に、亜急性期入院医療管理料の見直しはともかく、「亜急性期とは何か」「そうした(性格が曖昧な)病床は必要なのか」という疑義をもたらすことにもなった。

### 規制改革実施計画を閣議決定

政府の規制改革会議は6月5日に規制改革の答申をまとめた。医療分野については、①再生医療の推進、②医療機器の規制改革、③医療ICT化の推進等を取り上げ、各項目ごとに期限を明記

した。政府は規制改革実施計画をまとめ、6月14日に閣議決定した。

答申「医療ICT化を本格的に加速化する」として、「ICT化の全体構想(5年後・10年後)とその実現に必要な工程表を早急に策定する(2013年度中に措置)」ことを盛り込んだ。

# 亜急性期入院医療管理料と亜急性期の議論が交錯

入院医療の調査・評価分科会 厚労省は亜急性期全体のあるべき姿を提起。「回復期リハとの統合」には慎重？!

中医協の「入院医療の調査・評価分科会」に事務局(厚労省保険局医療課)は「2012年改定の亜急性期入院医療管理料見直しに関する影響調査」結果を示し、亜急性医療の機能として、①急性期からの受け入れ、②在宅に帰す、③緊急時の受け入れという3点を提起。

論点に「亜急性期の患者像と機能を明確化し、さらなる評価を充実することをどのように考えるか」ことを、議論課題に、亜急性期入院医療管理料の病棟単位評価への移行、13対1と療養病棟をも視野に収めた再編などをあげた(6月1日号既報。1面記事を参照)。

議論では、現行の亜急性期入院医療管理料をめぐって疑問が相次ぎ、現行評価の廃止あるいは回復期リハ病棟入院料との統合を求める意見も出た。

これに対して、委員である神野正博副会長は、事務局が提案した3つの機能案に賛成した上で、「亜急性期は急性期の受け皿として欠かせない。中小病院にも可能な亜急性期の評価が必要」と論じた。統合には慎重な見方を示した。他の委員からも現行評価を擁護する意見が示され、分科会は統合で賛否が分かれた。

分科会後のブリーフィングで、事務局は「亜急性期機能としてあげた3点は亜急性期入院医療管理料というよりも亜急性期全体に求められる機能である」との認識を披露。統合問題については

「議論から出たもの。我々が用意した本来のテーマではない」と述べた。

しかし、亜急性期医療の中のリハに特化した病棟である回復期リハと亜急性

## ■事務局が提示した課題と論点(要旨)

### 【課題】

- ・高齢化に伴い、地域の医療を支えるため亜急性期医療の充実が一層重要。
- ・亜急性期入院医療管理料の患者は、13対1病棟、回復期リハ病棟より重症度・看護必要度の最高得点が低い。レセプト請求額は13対1よりは高い。
- ・亜急性期入院医療管理料にも、悪性腫瘍等の特定除外患者の受入、緊急入院の受入が7対1と同程度の病室が一部ある。在宅復帰率が7対1よりも高い病室が多い。
- ・療養病床にも、特定除外と緊急入院の受入や在宅復帰率が7対1と同程

度入院医療管理料の統合問題に終始する向きも多く、7対1等の急性期病棟を亜急性期に移していくという事務局の問題意識からはずれた意見が多くみられた。

度の病棟がある。

### 【亜急性期医療に求められる機能(案)】

- ①急性期からの受け入れ、②在宅・生活復帰支援、③緊急時の受け入れ

### 【論点】

- ・地域の医療を支えるため亜急性期医療を充実することをどう考えるか。
- ・亜急性期医療を病棟単位の評価に移行することをどう考えるか。
- ・療養病床にも亜急性期機能をもつ病棟があることをどう考えるか。
- ・亜急性期の患者像と機能を明確化し、評価をさらに充実させることについてどう考えるか。



## 「入院医療等の調査・評価分科会」の主な議論 5月30日

・手のかかる患者はもっぱら亜急性期以外にいる。亜急性期の患者像をはっきりさせる必要がある。亜急性期には急性期後のまだ医療依存度の高い人を入れ、看護必要度B得点の高い患者を次の療養型に移していく形にすべきだ。

・亜急性期というのは、まだ、概念的に定まっていないうだ。この病床が増えないのは分かりにくさもあるからではないか。

・急性期から来てリハというのは分かりやすいが、亜急性期の役割は分かりにくい。定義をはっきりさせたほうがいい。

・今後も亜急性期入院医療管理料を評価していくのであれば、急性期からの受け入れや在宅復帰率などに深掘りした検討が加えられてしかるべきではないか。

・亜急性期の機能を明確にして要件をもう一回決め直すということではないか。その際、亜急性期機能を有している療養病棟と一緒に考えたほうがよい。

・亜急性期病棟ができて10年近くたつのに1万床しかない。病棟として残すべきか否かの回答はもう出ている。病棟として残さないのであれば、療養に行っていた病床があるのではないか。

・これが増えないのはニーズがないからだろう。こういう病棟が果たして必要なのか。高度急性期から早く受け入れてリハビリ等をして在宅へつなげるポストアキュートは要るが、今の亜急性期をそのまま拡大しても何の意味もない。

・私は反対に、この病床をこれからの医療のベッドシフトへの誘導装置にどうやって使っていくかを考えると、非常に魅力的な装置ではないかと思う。

・亜急性期の定義をきちんとした上で、一般病床の杯型の図がピラミッド型に患者が流れていくような病院の類型は必要。私は、その途中の亜急性期は必要だと思う。

神野委員 今の形の亜急性がよいか悪いかという話は中医協で議論するテーマ。ただ、流れとして、一般急性の後に何らかの亜急性機能は必要である。色々なデータを踏まえ、亜急性期機能はどうあるべきか、そのためにどういう患者像であるべきかというエビデンスをさらに収集していくべき。今回示された3つの機能に私は賛成する。

武藤分科会長 私もそう思う。ぜひとも亜急性期の3つの機能を議論していただきたい。

・療養病棟にも亜急性期機能をもつ病棟があるというエビデンスとして特定除外患者の受け入れだけを示しているが、果たしてそのデータのみで評価できるのか疑問を感じる。

ここに示された機能は亜急性期病床創設時からのものなのか、最近考えたものなのか。

一戸課長補佐 亜急性期入院医療管理料の現行要件に入っているのは在宅復帰だけだ。急性期からの受け入れは亜急性期という名前と算定上限日数で示されているが、救急の機能等は要件に盛り込まれてない。

神野 前回の分科会で7対1の在宅復帰率要件に疑問を述べたが、高度急性期ですべてを完結させるのではなく、どんどん亜急性に回すべきである。高度急性性の病床をある程度亜急性に回していく形をとるために、急性期からの受け入れ機能の間口を少し広げるべきかどうか、どういう患者像かということをもっと議論していくべきかと考える。

・回復期リハと亜急性期に余り違いがない。高齢化が進むと、病気が治っても機能の回復が必要になるで、回復期できちんと身体状況を回復させて帰すというのが亜急性期の役割。亜急性期と回復期リハを分けずに、急性期の術後、その他急性の状態が過ぎたら回復を進めるといった役割を回復期リハも受け持っていく、そして、そういう機能回復が望めない、もっと長くなる人はそのまま療養型に行くかたちかと考える。

・回復期リハと亜急性期に余り違いがない。高齢化が進むと、病気が治っても機能の回復が必要になるで、回復期できちんと身体状況を回復させて帰すというのが亜急性期の役割。亜急性期と回復期リハを分けずに、急性期の術後、その他急性の状態が過ぎたら回復を進めるといった役割を回復期リハも受け持っていく、そして、そういう機能回復が望めない、もっと長くなる人はそのまま療養型に行くかたちかと考える。

・亜急性期が普及しないので急性期に滞留する現象が起きている。これを整備しつつ、特定除外の議論も進めていく必要があるのではないか。ただし、激変はなかなか難しいことで、そのところはお願いしたい。

・私もそう思う。7対1とかの誘導が強過ぎたことも普及しなかった一因。それでいびつな構造になった。今は急性期として対応している病態にもう少し見通しの立つ医療をつくり上げていく必要がある。そういう意味で、今までは非常に間口が狭かったのではないか。

・亜急性期と回復期リハではハードが違う、医師・看護師の層も違う。これを集約したときに医師・看護師が踏みとどまってくれるか、雇用問題も意識しておく必要がある。

・亜急性期と回復期リハを分けておく必要があるのか。一体改革のイメージ図では「亜急性期等」とされている。

神野 回復期リハ病棟はリハビリを主とする病棟だが、亜急性期入院医療管

理料は病気を治すところで、それにリハビリがついている。配置基準等は明らかに違い、亜急性期には病棟配置のリハスタッフが要らない。そこをどう分けていくか。あるいは、同じリハでも部位の制限など中身が違うリハが要求されている。そうした点を比較してみると違いがよく分かるのではないか。ここを統一することにやぶさかではないが、そのときにどう分類にするか、あるいはどうやって広げるとか、もう一回中身を見直す作業が必要になってくるかと思う。

・亜急性の患者は亜急性期だから入っているのか。実態としてどうなのか。今後を考えると回復期の中に入れてもいいのではないか。病室単位の評価を残す必要はない。その際、緊急入院の概念設定をきちんとしておかないとならない。

課長補佐 緊急の受け入れ機能は今回の調査結果をもとに資料をつくる。亜急性期として緊急時の受け入れ機能は

## ■分科会後の取材陣との問答から 保険局医療課

— テーマは、亜急性期の患者はどういうものと亜急性期の機能はどうあるべきかの2点である。亜急性期の位置づけをはっきりさせるということだ。

亜急性期と回復期リハの統合は議論の中で出てきたもの。亜急性期の2と回復期リハの1は同じ点数だが、人員配置は異なるうえ、片方ではリハ基準や訓練室などの要件がある。そこを完全に統合できるかどうか、議論の中で考えなければならぬ。もちろん、統合するかどうかは中医協が決める問題。

●統合するとしたら要件的かどうか。— それは結構ハードルが高い。回復期リハはリハの専門職が必要であるし、患者像が明確に規定されているという点大きい。議論の結果、亜急性期でやっているリハは回復期リハでやればよいということになればそういうとりまとめになるだろうが、それは、これからの議論次第。今回、我々は、そこは議論の論点にしていないうつもりだ。

あくまでも亜急性期とは何かというのが今回の論点だ。急性期からの受け入れ、在宅に帰す、緊急時の受け入れという3つは、亜急性期の機能という点で誰も異論がないところではないか。医政局の検討会でも、恐らく同様の議論をしているのではないか。

●「亜急性期医療に求められる機能」とは、亜急性期入院医療管理料の病床に求められる機能と理解していいか。

重要。その概念をどう決めるかは中医協の事項であるが、分科会でどういう切り口があるかと議論をしていただくことになるだろう。

神野 病棟単位をいきなり持つてくるのはちょっと乱暴ではないか。病棟単位となると、亜急性期は中小規模の病院にとって難しくなる。

・今日のデータを見ても亜急性期の病像が浮んでこない。データをもっと出してほしい。

・病室単位で算定できる特定入院料のうち、亜急性期入院医療管理料は病態や患者特性が幅広いと思う。加えて、回復期リハは13対1で病棟単位だ。これらを勘案すると病棟単位に転換するのが適切ではないか。

・7対1などの高度急性期の病床数が多いということが看護師の地域偏在にもつながっていると思う。高度急性期と亜急性期をもう少し整理していく必要がある。

— 亜急性期入院医療管理料に関する調査結果は「亜急性期の特徴は余りない」というものだ。したがって、亜急性期入院医療管理料というよりも、亜急性期全体に求められる機能はこういうものではないかということを示させていただいた。

●患者像を明らかにするというが、今回のデータから見る限りクリアな患者像はない。それをあえて患者像を明らかにするという意味は何か。

— それは多分、亜急性期だけの議論ですむ話ではなく、特定除外制度の見直しとかも関係する。特定除外を見直すと当然受け皿が必要という議論になる。

●病棟単位も考えるというのは、今の病床規制は廃止するということか。— それは機能とのバランスによる。

●3つの機能のうち、高度急性からの受入機能をもっとも重要視するのか。— そのテーマは地域の中でやっていく上での中核的な話になっていく。亜急性期を担う医療機関にとって、そこは地域ごとに違ってくるのではないか。

●それは地域密着病床という概念とリンクしていくということか。

— 地域密着病床の話は別途議論することになる。今回調査した項目は最後までやる。全体の絵はひととおり終わったあとで議論することになる。

●回復期リハは別途議論するのか。— 回復期リハは附帯意見に書いてない。

# 厚労省 ポスト&サブアキュートを担う病棟の機能を提示。地域一般病棟と一致

病床機能情報の報告・提供のあり方検討会

病棟機能に医療過疎地限定「地域多機能」を提案。「都市部に認めるべき」との意見も。

5月30日の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」に、事務局(厚労省医政局総務課)は「病床機能情報の報告・提供のあり方案」を示し、とりまとめに向けた議論を促した(1面記事を参照)。

「あり方案」は、病棟単位で報告する医療機能のカテゴリーとして急性期、亜急性期(仮称)、回復期リハ、地域多機能(仮称)、長期療養の5つをあげ、各機能の定義と判断基準、報告事項の具体案、都道府県による病床機能情報提供様式案等を示した。

この日は「地域多機能」の解釈に多くの時間を費やすなど議論は医療機能区分の検討に終始、提案内容の全体を検討するにはいたらなかった。

医療機能区分の説明で、事務局は、亜急性期を「主として、急性期を経過した患者(ポストアキュート)、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者(サブアキュート)に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能」と定義した。

この考え方は、同日の中医協「入院医療の調査・評価分科会」に保険局医療課が示した亜急性期機能と一致する(2面記事を参照)。今まで「回復期」としてきた機能に関しては、あらためて回復期リハビリテーションという名称を採用した。

他方で、これまで「地域一般」と表現してきた医療機能を「地域多機能」と言い換え、その内容を「一つの病棟で複

数の医療機能を持ち、幅広く対応できる機能」とあらためて定義した。この日は、この「地域多機能」をどう解釈するかをめぐって、様々な意見が出た。

「地域多機能」について、事務局は「医療資源が少なく機能分化ができない地域の医療機関で、2病棟以下の医療機関が報告する」とした。

「機能分化ができない地域」とは、「地域で自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない地域が想定されるが、都道府県で、地域の実情等を踏まえて判断する」こと、さらに、「3病棟以上の医療機関が『地域多機能』として報告しようとする場合にも、都道府県が医療機関の事情等を踏まえて判断する」と提案した。

この考えに、相澤委員(日病副会長)は、「多機能の医療機能を担うのは地方に限らない。むしろ、高齢化の下で、都市部の、病棟が少ない小規模病院にもそうした機能が求められている。都会の中小病院を多機能病棟として認めるべきである」と疑問を呈した。少なからぬ委員から賛同の意見があがった。

事務局は、都市部にそうした中小病院があることを認めた上で、「都市部は基本的には地域全体で機能分化が求められる。そうした機能を認めるか否かの最終判断は各都道府県であるが、考え方としては別途定義される地域に限られる」との回答を繰り返したため、両者の間で見解が平行線をたどった。

## 「地域多機能」の提案で議論が複雑に

相澤委員は、また、「亜急性はポストアキュートに限定すべきではないか」と述べ、サブアキュートを急性期に位置づけるべきと論じた。

一方、事務局は、「亜急性期(仮称)」の医療機能の名称を論じる中で、地域一般病棟について、「社会保障・税一体改革で、地域によっては機能分化ができないという事情に配慮し、多様な機能を併せ持つ病床という趣旨で『地域一般病床』という名称が用いられており、誤解が生じるおそれがある。また、

『地域一般病棟』は病棟の名称であり、医療機能の名称とする必要がある」と論じ、「当面は『亜急性期』という名称を用いる。医療界からさらにより良い提案があれば検討していく」とした。

地域の一般病院は、急性期後の患者、在宅等を含む救急の患者、軽症急性期の患者を引き受け、経過に応じて在宅ほかの次ステージへ患者を送り出しており、亜急性期とは限らない。その役割は、高齢社会の進展とともに必要性を増し、地方だけでなく、都市部でも

重要なものとなっている。こうした、地域の一般病院が病棟で提供している多様な機能を概念化したものが地域一般病棟である。

事務局の説明は、地域一般病棟は亜急性期に限定された概念であると誤解させる余地があるが、今回提示した3つの医療機能は地域一般病棟の機能と重なるものだ。

しかし、「地域多機能、西澤委員がいう地域一般病棟を医療過疎の地域に限定するのは間違いである。高齢化のもとで地域多機能は都市部でも必要である」といった意見が示されるなど、「地域多機能」を地域一般病棟とみなし、「地域多機能」との整合性を求める意見も出るなど、新たに提案され「地域多機能」が議論に混乱を与えた。

こうした展開に、西澤委員(全日病会長)は、まず、一体改革の「地域一般病床」は中都市を想定しているにもかかわらず、事務局案は「2病棟以下」であることを取り上げ、「一体改革は、もう少し大きな病院、恐らく200~300床ほどの大きさを想定しているのではないか。『2病棟以下』というのは、へき

地を想定した、前改定で導入された病棟評価と似ている。今後、この2つをどう考えるかについて議論してほしい」と、議論俎上にあげることを求めた。

その上で、都市部に代表される、地域の事情で軽症急性期から在宅等の急性増悪患者まで幅広く患者を受け入れている地域の一般病院があることを指摘、それが地域一般病棟のイメージであると説明。

さらに、複数の委員から「都会にこそ必要だ」という指摘があったことに言及。「それは地域一般病棟のことではないか。そうした病院は急性増悪だけでなく軽度の急性発症も受ける。したがって基本的には救急もやる病院である。そこで、我々は地域一般病棟を一般病床(10対1)に位置づけた。各委員が必要だと言っているのは、まさしく、我々が言う地域一般病棟のことである」と説明した。

亜急性期および「地域多機能」など医療機能をめぐる議論は次回以降も行なわれるが、こうした議論状況に、四病協は地域一般病棟の概念の整理と深化を図る方針を決めている。

## ビジョンを2年早め、16年度に現行医療計画に導入の方針

5月30日の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」に、事務局(厚労省医政局総務課)は病床機能情報報告制度の導入と地域医療ビジョン策定にいたる日程的な展望を示した。この日程を踏まえ、事務局は6月いっぱい報告制度の骨子を決めたいとしている。

当初案では、2014年度に各医療機関による報告をスタートさせ、17年度に各都道府県が地域医療のビジョンを策定するとしていたが、今回の日程案は、14年度後半から各都道府県は地域医療ビジョンの検討を開始し、15年度後半にビジョンを策定、「13年度から始まっている現行医療計画に追記する」としている。

当初の予定を2年早めた上で、18年度からの次期医療計画の基礎にするとしていた方針を、現行医療計画に16年

度から導入すると変更したものだ。

社会保障制度改革国民会議でビジョン策定と医療計画への反映を前倒しするよう求める意見が出たことが背景にあるものとみられる。

当初の日程案では、各医療機関の報告結果を踏まえてビジョンのGLを作成、それにもとづいて都道府県は地域の医療ビジョンを策定するという手順であった。しかし、新たな日程案は、各医療機関の報告と並行してGLを作成する手順になっている。

これでは、各地の病床機能実態を無視した、予見や規制データを踏まえてビジョン作成上の指標等の考え方が導かれる恐れがある。

同日の検討会で西澤委員(全日病会長)はその恐れを指摘、日程を見直すよう求めた。

# 地域医療支援病院 救急患者数を紹介率から外し、別途基準を設ける

特定機能病院と地域医療支援病院の要件見直し

特定機能病院に特定領域の病院を新設。更新制を導入

5月30日「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」に事務局(厚労省医政局総務課)は、これまでの議論を踏まえ、特定機能病院と地域医療支援病院それぞれの承認要件見直し案を提示、総括的な議論が行なわれた。

特定機能病院については、①実態調査を行った16診療科すべての標榜を必須とする(これを踏まえさらに検討)、②医師配置基準の半数以上を専門医(基本領域)とする、③逆紹介率を新設、紹介率算定式には救急搬送数を加えた上で、紹介率50%以上、逆紹介率40%以上とする、④がん、脳卒中、心臓病等に特化した特定領域の特定機能病院を新設する、⑤更新制を導入する、などの要件案が示された。

地域医療支援病院については、①紹介率から救急患者数を外した上で紹介率・逆紹介率を見直す(現行維持と新たな基準の2案)、②救急患者に関する基準は当該2次医療圏搬送件数の5%程度以上とする(人口一定以上の地域等への配慮を検討する)、③地域医療従事者に対する研修実績の数値基準を新設する、というもの。

このうち、特定機能病院の要件見直し案については疑問や異論が多々示されたが、地域医療支援病院に関しては、救急の評価に質の評価を求めるなどの声も出たが、おおむね事務局案を肯定する方向で議論が展開された。

事務局は、また、「検討過程で両制度の基本に関わる意見があった」として、引き続きの議論課題を提示した。

社会保障制度改革国民会議

## 国保の都道府県化へ各論議論を進めることで一致

6月10日の社会保障制度改革国民会議は、「さらに議論すべき事項①」として、国民健康保険制度の課題、被用者保険・高齢者医療制度の課題、医療提供体制の3つをテーマに、医療・介護に関する2巡目の議論を行なった。

医療提供体制では、(1)医療提供体制の重点化・効率化と機能分化・連携、(2)都道府県の権限、(3)医療関連データの収集・分析等の3点をとりあげた。

その中で、「機能分化を推進するための仕組み」として、医療機関による医療機能の報告→地域医療ビジョンの策定→都道府県による機能分化の支援

検討課題は、特定機能病院については、(1)3つの機能(高度医療の提供、高度医療技術の開発、高度医療の研修)を一体的に有するべきか、(2)特に研修機能を重視すべきではないか、地域医療支援病院に関しては、(1)4つの機能(紹介患者への医療提供、施設の共同利用、救急医療、地域医療従事者への研修)を一体的に有するべきか、(2)医療

(補助金の活用。診療報酬の活用も検討)のフローを示し、「地域ごとの診療

## 地域包括ケアの現状と施策に厳しい見方も

6月13日の社会保障制度改革国民会議は、「さらに議論すべき事項②」として、(1)地域包括ケアシステム等介護提供体制のあり方、(2)健康の維持増進・疾病予防に向けた取り組み、(3)療養範囲の適正化など医療給付の重点化等、(4)介護サービスの範囲の適正化等を取り上げ、議論を行なった。

地域包括ケアの重要性は共有されているものの、委員からは「その具体的

提供体制全体の中に位置づける必要性を含めたそのあり方の再検討、と整理された。

今回の承認要件等の見直しは医療法の改正を伴わないが、前出の各課題は医療法改正に及ぶものとなる。事務局は、一体改革における医療提供体制再編の議論を見据えつつ、今後の検討テーマに位置づける方針だ。

報酬の特例」「保険医療機関の指定・取消権限」等のツールについて説明した。

この日の国民会議は、国保の都道府県単位運営に向けた具体的な課題の検討を進めていくことで一致した。

なイメージがわからない」「ピンとこない」など、地域包括ケアの議論と施策が抽象の域を出ていないとの厳しい批判がなされた。

会見で清家会長(慶応義塾長)は「本日の議論で特段の合意点はなかった」と説明した。

医療介護の議論は次回以降も行なわれ、総合医やフリーアクセスなどのあり方が議論される。

第3者機関

# 院内調査の検証は再発防止が目的で過失認定のためではない

## 医療事故調査制度に関する報告書 院内調査には原則外部医療専門家が参加。医療関係団体等による外部支援体制を整備

厚労省の「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5月29日の会合で、(1)予期しない診療関連死のすべてについて院内調査を実施するとともに第3者機関に届け出る、(2)院内調査の結果は遺族に開示かつ第3者機関に報告する、(3)遺族または当該医療機関が求める場合はさらに第3者機関が調査を行なう、(4)院内調査を支援する医療関係団体等の登録制度を設ける、(5)第3者機関は再発防止策の普及・啓発を行なう、ことを骨子とする医療事故調査制度の基本的な枠組みをまとめた(6月1日号既報)。

報告は一部修正が加えられ、5月31日に公表された。

報告は調査目的を「原因究明及び再発防止を図る」ためとした上で、①第3

者機関は行政機関への報告、警察への通報をしない、②第3者機関による院

内調査報告の検証・分析等は再発防止が目的で医療関係職の過失認定のため

ではない、とそれぞれ明記した。

### ■検討部会委員を務めた飯田常任理事の談話

事故調査の目的は、原因究明・再発防止である。患者・家族の納得や補償は重要であるが、事故調査とは別の枠組みで検討しなければ原因究明・再発防止は困難である。

しかし、従来の事故調査の検討においては両者の混同があり、議論が迷走する要因となった。

筆者は、産科医療補償制度の準備委員会(2007年2月)から現在の運営委員会まで参画し、「原因究明・再発防止と補償・責任追及は別々の枠組みで検討すべきである。いずれ、出

産に関連した脳性麻痺のみならず、医療全体に及ぶことは必定である」と主張してきた。

11年8月に厚労省は「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討部会」を設置、危惧した通り、原因究明・再発防止と補償・責任追及という異なる目的の検討を開始した。筆者は、ここでも「両者は別の枠組みで検討すべき」と主張した。

その後、原因究明・再発防止に限定した「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」が設

置され、計13回(12年2月～13年5月29日)の検討を経て、原因究明・再発防止を目的とする枠組みが合意されるにいたった。

本検討会の意義は、第3者機関設立で大枠の合意がなされたことと、質疑の中で、厚労省医療課長が医師法21条に関する解釈を立法の趣旨に戻して明確にしたことである。制度の具体的な内容や指針策定は今後の課題である。医療界を挙げて自律・自立的に取り組むことも合意された。



### 「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」について(要旨)

#### 1. 調査の目的

原因究明及び再発防止を図り、これにより医療の安全と医療の質の向上を図る。

#### 2. 調査の対象

・診療行為に関連した死亡事例(当該事案の発生を予期しなかったものに限る。以下「死亡事例」と表記=編集部)  
・死亡事例以外は段階的に拡大していく方向で検討する。

#### 3. 調査の流れ

・医療機関は死亡事例が発生した場合、第3者機関に届け出るとともに速やかに院内調査を行い、当該調査結果を第3者機関に報告する。(第3者機関から行政機関へ報告しない)  
・遺族又は医療機関から調査の申請があったものは第3者機関が調査を行う。

#### 4. 院内調査のあり方について

・死亡事例が発生した場合、医療機関は院内に事故調査委員会を設置する。その際、原則として外部医療専門家の支援を受け、必要に応じて他分野の外部支援を求める。  
・外部支援や連絡・調整を行う主体として、「支援法人・組織」として、都道

府県医師会、医療関係団体、大学病院、学術団体等を予め登録する仕組みを設ける。

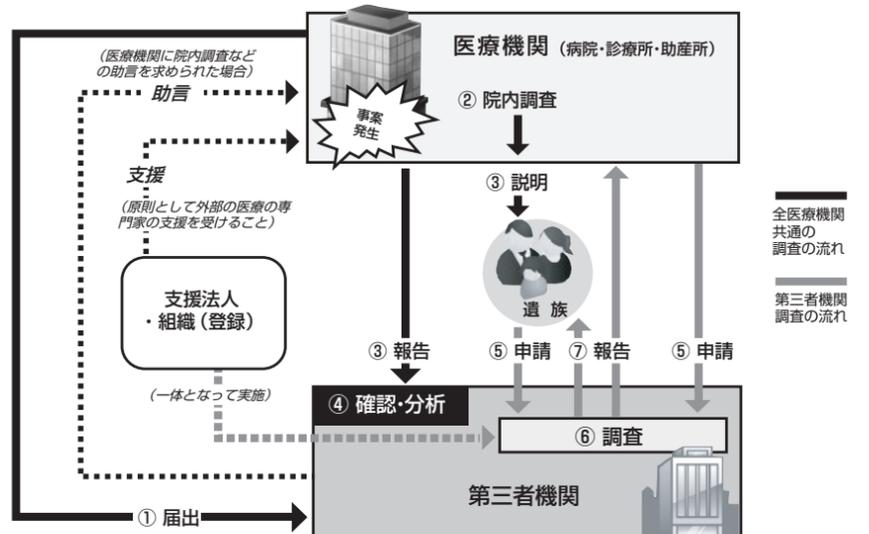
・院内調査報告書は遺族に開示する。院内調査費用は医療機関が負担する。  
・厚労省は院内事故調査のガイドラインを策定する。

#### 5. 第3者機関のあり方について

・第3者機関として民間組織を設置、以下を業務とする。

- ①院内調査の方法等に係る助言
  - ②院内調査報告書に係る確認・検証・分析 ※当該確認・検証・分析は再発防止のために行われるものであり、医療関係職種の過失を認定するために行われるものではない。
  - ③遺族又は医療機関からの求めで行う医療事故調査
  - ④医療事故の再発防止策に係る普及・啓発
  - ⑤支援法人・組織や院内事故調査等に携わる者への研修
- ・第3者機関は全国に一つとし、調査は各都道府県の「支援法人・組織」と一体に行う。  
・医療機関は第3者機関の調査に協力

### ■医療事故調査制度における調査制度の仕組み



※第3者機関への調査の申請は院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。

すべきものとする。仮に医療機関の協力が得られず調査ができない場合は、その旨を報告書に記載し、公表する。  
・第3者機関による調査報告書は遺族と医療機関に交付する。  
・第3者機関の調査費用は、学会・医療関係団体からの負担金や国からの補助

金に加え、調査を申請した遺族や医療機関にも負担を求める。  
・第3者機関から警察へは通報しない。(医師が検案をして異状があると認められたときは、従前どおり、医師法21条に基づき、医師から警察署へ届け出る)

## 医療事故情報収集等事業は今後も継続する

検討部会後、取材陣に今後の法制化作業を説明した吉岡てつを総務課長は、①「予期しない死亡」は医師と管理者の

判断による、②法制化の過程で届出義務違反への罰則の有無が検討される可能性がある、③第3者機関には調査権

### ■検討部会後の吉岡総務課長と取材陣のやりとりから

義務化事項として、届出と届出先、院内調査、指定法人の業務などが考えられる。そのどこまでが法律で、どこまでが政省令になるかは法制局と検討することになる。届出義務の対象は病院、診療所、助産所、歯科診療所だ。院内事故調に外部の者を入れることまで法律に書くかどうか、法制局との相談になる。

届出義務違反に罰則をつけるつけられないの議論は検討部会ではなかった。この点は、与党の中にも色々な意見があるようだが、法制化作業の中で検討してもらうことになる。

当制度の施行時期は第3者機関の業務が円滑に動くまでの時間を見越して考えなければならない。それまでにGLをつくって周知を図る必要がある。「支援法人・組織」を全国に組織し、解剖を含む円滑な運営体制を整えなければならない。それらがどのくらいの時期に可能となるかだが、できるだけ急がなければならないのも事実だ。

第3者機関は民間組織であるが指

定法人というかたちもある。第3者機関には調査権限をもたせないというのが検討部会の合意。その代わり、非協力医療機関は公表するわけだ。

「予期しない死亡」というのは医師と管理者の判断によるが、具体的な基準はGLに該当事例等を書き込むことになり。特定機能病院等による事故報告は死亡に限られていないことから、今後も継続する。

調査資料が訴訟に使われる可能性を否定することはできない。刑事訴訟法にあるとおり、証拠となることを排除できない。ただし、最終的には裁判官が真偽を判断することになる。

無過失補償の議論よりも大切ということで事故調査の議論を先行したが、今回の結論は無過失補償の議論には役に立たない。つまり、無過失であるかどうかを峻別する話にはなっていない。したがって、その議論を再開しなければならない。(以下は取材陣との問答形式で示す)

記者 5年前の大綱案と今回の枠組みはまるで違う結果になったが、

限が付与されない、④調査結果が訴訟に使われる可能性を否定することはできないなど、医療事故調査制度に対する厚労省の認識を表明した。その要旨は以下のとおり。

課長 あのときは医師法21条の適用をどう外すかが関係者の主眼であった。そのために事故調を公的な第3者機関にするということでもどまったが、その後、医療界は公的な機関ではまずいということになって、今の議論に続いた。

記者 あのとき医療界の多数は厚労省の案に賛同した。しかし、その後、「責任追及と原因究明を別にすべき」との認識が広まり、医療界の合意になったという流れではないか。

課長 それと、(昨年10月26日の医事課長発言で)医師法21条の理念を分かってもらったということもかなり影響しているのではないかと。

記者 担当課長として5年前からの流れをどう振り返るか。

課長 こういう仕組みは医療界が納得しない限り進まないということだ。

記者 今回は四病協、日病協、医学部長会議の意見が前面に出た。これが医療界としてまとまった根拠になったという認識でよいか。

課長 そうだ。

### 中医協総会—訪問看護を議論 14年改定で大規模事業所を評価

5月29日の中医協総会は訪問看護等について議論した。

事務局(厚労省保険局医療課)は、看護職員5人未満の小規模事業所が6割を占めること、小規模ほど24時間対応、緊急訪問、看取りの実績が少ないなどのデータを示し、需要が増加をたどる訪問看護を充実するために、2014年度改定では、例えば「5人以上」といった規模の大きい事業所を重点的に評価する方向性が考えられると説明した。

この提案に、診療側からは、規模が大きい事業所を評価するだけでは問題が解決しない、大規模と小規模との間にネットワークを構築することが必要など、単純な大規模志向に異議を唱える意見が相次いだ。

支払側の伊藤委員(津島市長)も同様の見解を表明。福井専門委員(日看協常任理事)も、「小規模も小回りが利くなどのメリットがある。両者の役割分担を考えながら評価することが必要」と指摘した。

こうした意見に、宇都宮医療課長は、「ネットワーク化についてはその通りだ。単に大規模化を追求するだけでなく、サテライトからの訪問も考えている。何人以上とは決めていないが、現在よりは大きいステーションを想定している」という認識を披露した。