



全日病 NEWS 4/1

21世紀の医療を考える全日病 2015

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.844 2015/4/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

西澤会長 「改革に立向かう会員病院への支援を強化する」

第2回臨時総会 「2025年に生き残るための経営セミナー」の積極展開を表明

全日本病院協会は3月28日に第2回臨時総会を本部会議室で開催、西澤執行部は2015年度事業計画と予算等の報告を行なった。第2回臨時総会には羽生田参議院議員、武見参議院議員、横倉日本医師会会長が出席、挨拶した。(7面に2015年度事業計画)

第2回臨時総会には委任状を含む1,246人の正社員が参加、木村佑介議長は成立を宣した。議事次第には、報告事項として、2015年度の事業計画と予算のほか、2014年度の事業計画の一部変更と補正予算の4題があげられた。いずれも理事会議決事項で、第3回理事会(1月15日)で原案が、第4回理事会(3月14日)で修正案が可決されている。

冒頭の挨拶で、西澤寛俊会長は、「医療介護の充実なくして経済の成長はありえない。来年診療報酬改定はぜひともプラス改定でなければならぬ」と述べ、政府に財源確保を求めていく姿勢を明確にした。

他方で、病床機能報告制度や地域医療構想等かつてない改革が進められて

いることを指摘。「我々はこうした改革に積極的に取り組む」と言明した上で、「そのためにも、会員に対する、さらなる情報提供と研修活動に力を注いでいく」と、会員病院への支援をより強化する執行部の考えを明らかにした。

具体的には、2014年度に8回開催した「2025年に生き残るための経営セミナー」を取り上げ、その一層の活用によって病院経営の指針となる情報を提供していく考えを表明した。

2015年度の事業計画には、新たに、看護必要度の基準の作成、地域包括ケア病棟に関する研究などが加えられたほか、看護師特定行為研修と実習等指導者研修の実施に向けた検討が盛り込まれた。

本部、支部、全日病学会を合算した2015年度予算は、経常収益計が5億9,533万円、経常費用計が5億9,118万円

西澤会長 調整会議や医療審の参加へ、「各地の病院団体は連合を組むべき」

臨時総会に先立って開かれた2014年度第2回支部長支部長・副支部長会は、地域医療構想策定ガイドライン(案)、地域医療連携推進法人、2015年度介護報酬等に関する担当役員の説明を基に、質疑応答を行なった。

その中で、西澤会長は、構想区域ごとに設置される地域医療構想調整会議には「地域の病院団体がまとまって参加することが望ましい」と発言、各地の病院団体が共同歩調をとることへの期待感を表明した。

構想の策定だけでなく、調整会議の協議が不調に終わった場合などの都道府県知事の権限発動にも、都道府県医療審議会は諮問機関として関与する。

で、経常増減額として、2014年度当初予算とほぼ同水準の約415万円を見込んだ。

しかし、その医療審議会に、病院団体として席を得ている県は必ずしも多くないという現実がある。

「医療審議会に病院団体が加わっていない都道府県に対して、全日病は積極的に働きかけるべきではないか」との質問に、西澤会長はGLに「医療審議会は、地域医療構想が医療計画に含まれることを踏まえた委員の選出を行う」とあることを指摘。

「これは病院団体等の委員参加を意味しているとも読める」とした上で、「そのためには各地の病院団体がしっかりしなければならぬ。病院団体として連合を組んでほしい。さらには、医師会ともスクラムを組む必要がある」と訴えた。



地域医療構想GL案を了承。3月内に省令・通知。4月から策定作業に

療養病床の入院受療率目標設定に特例(達成年度を2030年度とする)を追加

3月18日に開かれた「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」は、この4月に施行される地域医療構想策定ガイドラインに関する報告案を基本的に了承、細部にわたる文言の修正を遠藤座長(学習院大学経済学部長)に委ねた。

ガイドライン案は検討会報告書として3月31日に公表された。厚労省はすでに地域医療構想に関する省令案の意見募集を3月17日に終えている。

厚労省は、意見募集の結果も踏まえ、検討会報告書をGLとして策定。そこに盛り込まれた「構想区域の設定に関する基準」「将来の病床数の必要量の算定方法」「構想区域の設定に関する基準」を省令として公布するとともに、GLの通知発出を急ぎたいとしている。(4・5面に検討会報告書の概要、6面に地域医療構想に関する講演要旨を掲載)

2025年の医療需要に応じた病床の必要量と医療提供体制の姿を示す地域医療構想は、医療計画の一部として構想区域ごとに策定されるが、①病床の必要量を医療機能区分ごとに示す、②構想達成に向けた取り組みをまずは医療機関等の協議に委ねる、③取り組みを支援する手段として医療介護総合確保基金が使えるという点で、これまでの医療計画と異なる。

しかも、構想の策定だけでなく、医療機関等の協議にも厚労省等から詳細なデータが提供されるため、それらと毎年の病床機能報告を活用することで、区域における医療機能の過不足を読み取ったり、自院資源を他とを比較した「ベンチマーク」ができるなど、エビデンスにもとづいた地域と自院の中長期戦略を立てることが可能になるという点でも、地域医療構想の実効性と影響力は医療計画と大きく違う。

そうした、地域単位で機能分化・連携を進める戦略マップとなる地域医療構想が、恣意的あるいは旧来のやり方で策定・運用されることがないように、標準的な手法を整理したのが今回のGLだ。

その構成は、大きく、(1)策定のプロセス、(2)策定後の構想実現に向けた取り組み、(3)病床機能報告制度の公表の仕方からなり、(2)の中に、需要と必要病床数の推計方法および調整会議の運営方法、さらには、協議の合意内容等に反した場合の都道府県知事の権限などが、具体的に示されている。

3月18日の検討会は当初2月26日に予定されていたが、全国知事会からとりまとめ案に対する強い申し入れがあったため、急遽3週間延期された。

全国知事会が懸念したのは、前回検討会(2月12日)に示されたGL案に記された、2025年の療養病床必要量の推定方法に、入院受療率については、地域差を解消しつつ全国的に減減させるかたちで2025年の目標を設定するという点で、この目標設定では、地域によっては療養病床の必要量が現在より大幅に減るため、混乱を招きかねないというもの。

申し入れを受けた事務局(医政局地域医療計画課)は、知事会と3回話し合った結果、当該の推定方法に「入院受療率の目標に関する特例」を設け、要件に

該当する区域に関しては「目標の達成年次を2025年から2030年とすることができる」と、一定の緩和に応じた。

これ以外にも、事務局は、医療機能区分の区分けの指標に用いる出来高点数のうち、回復期と慢性期・在宅医療等の境界となるC3について225点としつつも、「ただし、境界点に達してから退院調整を行なう期間の医療需要を見込み175点で推計する」と柔軟な考え方にした。1日の点数が225点から175点までは退院の調整幅とみて、実際の推定は175点以下の患者数をもって慢性期・在宅医療等の需要と推定するという修正だ。

また、「第7次医療計画と介護保険事業(支援)計画に向け、地域の医療需要に円滑に対応できる人員配置等を調えることの検討を進める」と書き加え、

専門調査会 病床必要量の推計方法を了承。WGは県別の推計に

「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」が3月17日に開かれ、付設されている「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ」の松田主査(産業医科大学医学部教授)はWGで検討してきた将来の医療機能別病床数の推計方法を報告、了承された。

WGは全国と各都道府県の医療機能別病床数の推計作業を進め、その結果(概要)を含む報告をまとめる。松田主査は同日の専門調査会に「第1次報告骨子(素案)」を提示した。

医療機能別病床数の推計方法は「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」を所管する厚労省医政局地域

医療機能区分に沿った人員配置を定める方向性を示唆。

さらに、「医療審議会は、地域医療構想が医療計画に含まれることを踏まえた委員を選出する」とも明記、医療審議会に病院団体や保険者等調整会議の構成員を加える考えをのぞかせた。

これら以外にも、前回検討会の案からは、前文を中心に細かな修正が加えられたが、GL(報告書)の基本的部分は、前回検討会の案と変わっていない。

事務局は、GLに関する都道府県担当者の勉強会を実施するだけでなく、全国医療機関への周知に努めたいとしている。

一方、当検討会は「病床機能区分の定量的基準の件や将来的にGLを見直す必要もあるので、引き続き存続する」(二川医政局長)ことになった。

医療計画課と連携してまとめられおり、GL案に明記されたものとまったく同様の内容となっている。

全国知事会の要望を反映した「療養病床の入院受療率目標設定の特例」および「地域医療構想策定後の目標修正」の考え方も盛り込まれている。

推計結果は専門調査会の了承後、5月内にも公表される見込み。

専門調査会は引き続き、将来需要と病床数推計をもとに医療費目標の議論を進め、その結果を医療費適正化計画の見直しに反映させる方針だ。

「清話抄」は2面に掲載しました。

主張

地域医療を護るため、「協議の場」で積極的に主張を！！

自民政権が12月の選挙で圧勝して以降も、その医療介護政策は変更される様子はなく、より提供者側に厳しいものとなる流れが続いている。

現首相は、難病に罹患したにもかかわらず医療介護福祉に財源を投じることには冷淡であると噂されていたが、格差増大を逆手に高所得者の負担増で批判をおさえつつ、介護におけるサービス量抑制で間接的に多くの国民に負担させるといった巧みな施策も織り交ぜて増大する社会保障費への対策を行っているところを見ると真実かもしれない

昨年の診療報酬改定では、病床機能区分の方向性を先導するように、7:1基準の見直し、在宅復帰率の導入、地域包括ケア病棟新設等がなされたが、「地域医療構想策定のためのガイドライン」において、医療資源投入量により区分する算定方法や慢性期に関して全国平均基準から区分する方法が導入されたことをみても、「地域特性を踏まえた対応を2次医療圏別に」という謳い文句とは裏腹に、大枠の基準設定が早い時期になされ、都道府県や各医療圏の裁量権がほぼ封じられる可能性がある。

「診療報酬改定による誘導と制度による強制」と某政府関係者が述べているというが、高度急性期・急性期を中心とした病床機能分化を誘導し、入院期間を減らし、在宅療養・介護にシフトさせて高齢化のピークを乗り切るという、かねてからの政府の想定通りに、ことは進んでいる。

会員の多くが地域密着型医療を提供している以上、各支部がいわゆる「協議の場」で地域の実態に即した提供体制の構築を強く主張することと、関連検討会に出席している幹部役員の最大限の抵抗が必要である。

非営利法人ホールディングカンパニー構想は、「地域医療連携推進法人」として年度内にやっとまとまったが、個々の規定を見ると、厚労省がこの構想を真剣に進めようとしているのか潰そうとしているのか、判断できないところがある。

診療報酬引き上げが望み薄で厳しくなる民間病院の運営を考える時、強い連携による効率化など支出抑制のための様々な取り組みが必要で、注目すべき新法人制度と考えてきただけに、今後の具体例での国の対応を注視していきたい。(T)

保険者の立場から2040年の医療需要と提供体制の課題を提言

地域医療構想の推計方法に依拠。都道府県別2次医療圏別に示す

経済産業省に設置された「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会」は、保険者に対する将来の医療提供体制と保健事業等に対する提言をまとめ、3月18日に公表した。

提言は、昨年の医療法改正によって、医療計画の策定・変更時にあらかじめ意見を聴く対象に保険者協議会が追加されたこと、あるいは、地域医療構想調整会議の構成員に保険者が明記されたことをあげ、「これにより、地域医

療、とりわけ病床のあり方に関して、保険者が都道府県に提言を行い、意思決定に貢献する制度的枠組みが整えられた」と評価。

地域医療構想の策定は医療計画の変更にあたることから、策定時の意見聴取に対応すべきとして、地域医療構想における将来の医療需要と病床必要量の推計を参考に、将来の医療提供体制に対する保険者の視点と見解を確立するとともに、保険者として地域の医療に貢献していく保健事業等のあり方を

検討するのが今回の提言の目的だ。

その結果、2040年を見据えた将来の医療需要を2次医療圏ごとに推計し、現在の医療提供体制と対照させて地域ごとの医療の需給ギャップを可視化。それをもとに、医療保険者や企業が地域医療のあり方へ提言していく方策を整理した。

将来の医療需要の推計は、地域医療構想策定ガイドラインに採用された推計方法に依拠している。ただし、医療機能別の需要推定に際して平均在院日

数を指標としている点で、NDBにもとづく出来高点数を使っている地域医療構想策定GLと異なっている。

その上で、全国の2次医療圏別に独自に医療需要の推計を行ない、そこから都道府県別の医療提供体制の課題を抽出、構想区域の設定を含む医療提供体制の提言を2次医療圏別に提示するとともに、医療需要に影響を与える可能性がある保険者事業の方策を提言。その内容を、都道府県と2次医療圏別のデータと提言集として資料化した。

土居慶大教授

財政制度分科会

基礎的財政収支赤字の削減へ、医療介護等支出の抑制額を試算

3月18日の財政制度等審議会財政制度分科会で、委員である土居文朗大教授は「財政健全化のためには、社会保障における過剰な支出の削減や効率化の追求が必須であり、削減のための具体的方策を議論することが何よりも肝要である」と論じた。

さらに、「2020年度の基礎的財政収支の黒字化目標を達成するための具体策を、政府は何も示していない」と批判。

「非社会保障支出の対GDP比は最低水準となっており、その削減余地は限られている」ことから、中長期の国と地方の財政規律を確立するためには、一貫して増え続けている社会保障支出を受益と負担の均衡によって抑制しなければならないと訴えた。

土居委員は、政府の社会保障制度改革推進本部に付設された「医療・介護情報の活用による改革推進専門調査会」

の委員と傘下の医療・介護情報分析・検討WGの一員として医療費目標設定の議論を担っている。その一方、厚労省の地域医療構想策定GL検討会にも参加、他方で社保審医療保険部会の委員でもある。

今回の主張は、総合研究開発機構(NIRA)の研究会でまとめた、6人の研究者による共同提言「社会保障改革しか道はない」にもとづくもの。

共同提言は、「2020年度までに社会

保障費は自然増で公費ベース10数兆円ほど増えると見込まれる」ため、社会保障支出における過剰な支出の削減や効率化への追求に焦点を当てた改革が不可避であるが、それを「弱者切り捨てとか医療や介護の質の低下」にならない方法で実施すべきとしている。

そのための個別具体的な改革策を提示、「社会保障の質を落とさずに公費ベースで3.4兆円～5.5兆円程度の削減が可能であるとした(別掲)。

社会保障の削減施策と削減額の例示(共同提言第2弾から)

以下により、合計3.4兆円～5.5兆円程度の削減(公費ベース)が可能

- 1. 医療提供体制の改革 0.8兆円～2.7兆円
1人当たり医療費(年齢補正後)が全国平均を上回る道府県での病床数削減や入院受療率の低下等により、全国平均並みあるいは全国最低県並みに抑制できるとして試算。公費割合を掛けて算出。
- 2. ジェネリック医薬品の普及 0.3兆円～0.5兆円
後発医薬品の数量シェアが現状の50%程度から

80%あるいは100%になるとして算出。公費割合として38.6%(2012年度実績)を仮定。

- 3. 調剤医療費の抑制・薬価の適正化 0.8兆円
調剤薬局技術料・過剰投薬の抑制により、7兆円程度(13年度実績)が1割削減されると仮定。また、薬価を毎年改定することで診療報酬全体の1.2%削減できるとして算出。公費割合として38.6%を仮定。
- 4. 介護給付の効率化・自己負担の引上等 1.1兆円
介護保険費用のうち要介護2～5の自己負担(1割)

- 5. 公的年金等控除の圧縮 0.4兆円 (略)
- は0.6兆円に相当。自己負担を2倍(負担月額上限を撤廃しつつ負担を2割へ引き上げ)にすることより0.6兆円のうち公費割合52%(2012年度実績)分の0.3兆円が削減できる。さらに、要支援1・2と要介護1の介護サービスを全額自己負担とした場合の削減額は1.5兆円。これに公費割合52%を掛けた0.8兆円が削減可。また、これらは給付効率化でも同金額で代替可能。

民間議員が重症化予防等の産業化へ規制・制度の改革を提唱

3月11日の経済財政諮問会議で、民間議員4人は「公的分野の産業化に向けて一公共サービス成長戦略」と題した提案を行ない、社会保障と地方行政の分野に多様な経営主体の参入を促すために、各種の規制改革に加えて、診療報

酬、介護報酬、保険料、補助金制度、地方交付税制度などインセンティブにかかわる制度改革を進めるべきと主張した。

その1つとして、糖尿病等慢性疾患の重症化を予防するプログラムをあげ、民間企業と医療機関や保険者がパート

ナーを組んで健康管理サービスを提供する事業をあげ、民間資本が入ることによって新たな事業機会をつくるビジネスモデルを創出。

高齢者支援負担金を軽減する保険者努力支援制度や加入者の保険料を低減

させる健康ポイントなど保険者の取り組み意欲を高める施策の活用によって、医療分野の有資格者をビジネスに取り込んだシステムの普及を図り、予防と健康分野の産業化を進めるべきであると提唱。ビジネスモデルとして、呉市国民健康保険が2010年度から実施している、保健事業をあげた。

清話抄

「世代交代と定年制」

人は慣れ親しんだ活躍の場を離れるのは寂しく嫌なものです。それが厳しく責任を問われず、居心地が良ければ良い程、離れづらくなります。それを規則として断ち切るのが定年制です。定年制の是非はともかくとして、全国

のほとんどの組織で有効に使われています。

ところが、その制度が無い組織が日本中に沢山存在しています。所謂、業界団体の役員制度がそれです。全日病組織でも次世代を担う若い役員育成をという事が多い割に役員の高齢化が進んでいます。

「適任者が居ないから」との意見も良く分かりますが、もし役員を65才、会長・支部長は70才としたらどうな

るでしょうか? 恐らく各都道府県の役員の先生方も必死で新しい人材を探し出し、若い後継者を育成するのではないのでしょうか? また、役員として今の組織活動にどの様に貢献したか、理事・常任理事会・総会等への出席率、委員会活動での活動内容も評価することは大切なことだと思います。

「そもそもボランティア活動なのにあまり厳しくするのは…」という意見や不安もありますが、活動に対する役

員や委員会メンバーへの不満より、その活動を高く評価するレポートが沢山出る可能性もあり、一考すべきです。

何百年も前から円滑な世代交代は大切な問題であると認識されており、その一つの方法が定年制です。勿論、中庸を重んじた緩やかな制度であるべきとは思いますが、これからも全日病が若々しいエネルギーを持った組織として進んでいく為に、是非、皆で考えて欲しいことだと思います。(實)

省令・通知事項—運営の骨格案まとまる

医療事故調査制度 今後は運用のガイドラインが焦点に

医療事故調査制度の運営にかかわる省令・通知事項に関する「医療事故調査制度の施行に係る検討会」の検討結果がまとまり、厚労省は3月20日に公表した。

これを受け、厚労省は「医療法施行規則の一部を改正する省令案」をまとめ、3月23日に意見の募集を開始した(締切は4月21日)。

医療事故調査制度の施行はこの10月1日。それに向けて、厚労省は意見募集の結果を踏まえた前出省令改正を公布するとともに、医療法施行令(政令)改正の公布と関係通知の発出を行なう。併せて、医療事故調査・支援センターの指定と支援団体の告示を実施することになる。

一方、同制度ガイドラインの参考資料となる運用指針案の検討を進めてきた厚労科研の西澤研究班(研究者・西澤寛俊全日病会長)は、その結果を報告にまとめ、近日中に厚労省に提出する予定だ。(8面に検討結果の概要を掲載)

医療事故調査制度に関して、昨年成立した改正医療法には、(1)提供された医療に起因・起因すると疑われ、かつ、予期しなかった死亡・死産は医療事故調査・支援センターに報告する、(2)当該医療機関は速やかに医療事故調査(院内調査)を行ない、その結果をセンターに報告かつ遺族に説明する、(3)センターに報告された事案について、遺族・当該医療機関から依頼があったときセンターは必要な調査ができ、当該医療機関はこれに協力する、(4)センターによる調査の結果は遺族・当該医療機関に報告するなど、制度の大枠を定めている。

今回の検討結果は、医療法の規定に肉付けする内容と医療法で別定とされた事項を省令・通知で具体的に表記するためにまとめられた。

その中で、センターに報告すべき医

療事故の定義が示されるとともに、院内調査の実施方法、調査結果の報告内容、調査結果の遺族への説明の方法、センターによる調査の内容と当該医療機関・遺族への報告内容など、制度運用の基本となる事項が明確化された。

その全体を通して貫かれた考え方は「本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではない」というもの。したがって、調査と報告における匿名性の確保など、考えられる限りの配慮がほどこされている。

その一方で、初めての制度ということもあり、議論の過程で医療側にも多くの意見対立が生じ、合意形成にかなり難航した。とくに、①医療機関がセンターに報告する医療事故の定義、②院内調査結果の遺族への説明方法、③



▲医療事故調査制度の運営骨子は2月25日の検討会ではまとまらず、その後の調整で合意に達した。

調査報告書への再発防止策の記載については最後まで意見が分かれ、最終回(2月25日)以降もその決着に多くの時間を要した。

その結果、①に関しては、まず、起因する医療の範囲を診察、検査等、治療に限定、療養、転倒・転落、誤嚥、患者の隔離・身体的拘束(抑制)に関連する事案は管理者の判断に委ねた。

次に、「予期せぬ」の解釈は、死亡・死産が予期されていることを「事前に説明していた」あるいは「事前に診療録等に記録していた」さらには「(医療安全委員会等)関係者の聴取などから事前に予期されていると認められた」以外のケースに限定された。

②に関しては、「遺族への説明は、口頭または書面(報告書または説明用資料)もしくはその双方の適切な方法により行なう。調査の目的・結果について、遺族が希望する方法で説明するよう努めなければならない」と整理され

た。

③については、センターに報告する院内調査の結果では任意の記載とされたが、センターが行なう調査結果の報告では記載事項となった。

このほか、院内調査を支援する団体には病院団体も含まれ、四病協各団体の名前が例記された。

また、センターに報告された事案については、遺族・当該医療機関から依頼があったときセンターは必要な調査ができるが、その調査は「院内調査の検証が中心となる」とされた。調査報告の取り扱いに関しては、「センターは、個別の調査報告書及びセンター調査の内部資料は法的義務のない開示請求に応じない」と外部への開示を否定した。ただし、「証拠制限などは省令が法律を超えることはできず、立法論の話である」との注釈つきであり、報告書の訴訟使用制限はできないとの解釈を示している。

地域包括ケア病棟・病床

亜急性期入院医療管理料より病院数減るも病床数は1.5倍以上に

全日病が実施した「入院基本料及び特定等の算定状況アンケート調査」の結果がまとまり、猪口雄二副会長は3月18日に、厚労省内の厚生日比谷クラブで発表した(写真)。

調査は、2014年度改定の主たる経過措置の終了に伴い、会員病院の入院基本料・特定入院料等の算定状況(14年10月時点)を把握する目的で、精神科専門を除く全会員病院を対象に12月に実施され、1,345施設から回答を得た(回答率59.0%)。

改定前の算定状況と比較すると、一般病棟の7対1は37病院(9.7%)、病床数で3,343床(5.2%)減少。これに対して、

10対1は31病院(7.0%)、病床数で1,395床(3.6%)増えた。

一方、療養病棟入院基本料1は24病院(5.2%)、病床数で1,713床(5.1%)増加したが、同基本料2は、12病院(4.7%)、病床数で686床(5.0%)減少した。

14年改定で創設された地域包括ケア病棟入院料1は、一般病棟からの移行が86病院(3,231床)、療養病棟からの移行が5病院(179床)であった。

同2には一般病棟から10病院(368床)移行したが、療養病棟からの移行はなかった。

地域包括ケア入院医療管理料1は、一般病棟から136病院(2,081床)、療養病

床から4病院(81床)が移行。同2は、一般病棟から12病院(166床)移行したが、療養病棟からはなかった。

7対1から地域包括ケア病棟入院料1に変更したのは6病院(236床)、病床の一部変更は29病院(732床)であった。

亜急性期入院医療管理料は改定前に287病院(3,900床)が算定していたが、経過措置終了時点の地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の算定は254病院(6,106床)と、病院数は減ったものの、病床数は1.5倍以上になった。



■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
第17回機能評価受審支援セミナー(名古屋会場) (診療領域 80名、看護領域 80名、事務管理領域 70名)	5月31日(日) 愛知県産業労働センター・ウイングあいち (愛知県名古屋市)	5,400円 (7,560円)	一般病院1(機能種別)を中心とした評価体系について、ケアプロセスの実践を診療・看護の合同チームで学び、事務管理部門は機能評価受審に向けた事務管理部門の役割と受審対策について説明します。 【一般病院1】 主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院

特定行為研修 省令を公布。運用基準の通知を発出

厚生労働省は3月13日に、この10月に施行される特定行為研修に関する省令を公布するとともに、同日付で医政局長名による省令施行通知を各都道府県宛に発出した。

省令には、36項目からなる特定行為、手順書の内容、特定行為研修の基準、指定研修機関の指定基準などが規定され、医政局長通知には、特定行為研修等の具体的な運用基準が示されている。

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。

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

地域医療構想策定GL 「地域の需要に対応できる人員配置等の検討を進める」

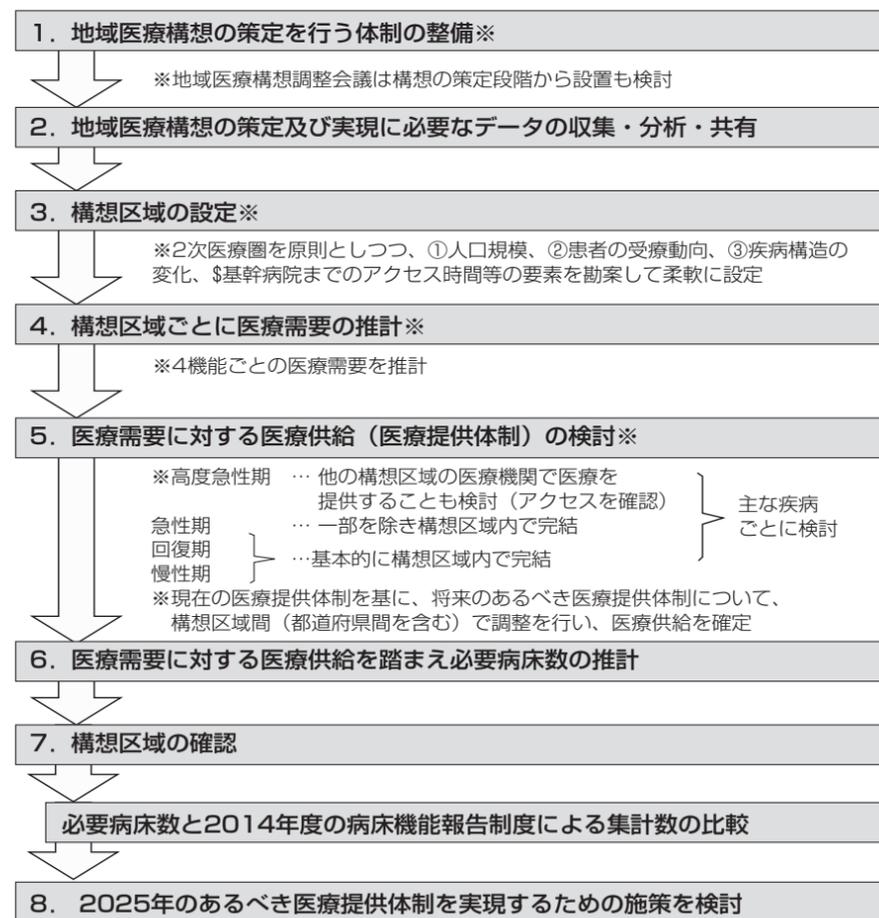
「急性期、回復期、慢性期は構想区域内での対応が望ましい」

地域医療構想策定ガイドライン(抜萃・概要) ※1面・6面の記事を参照 (編集部注) 以下は「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」が3月18日にまとめたものの概要であるが、3月31日に公表された検討会報告書は、これに若干の修正が加えられているので、正確な内容は公表後の検討会報告書で確認していただきたい。

○ガイドラインの位置付け

- ・都道府県は地域医療構想を策定するとともに、2025年に向けて、将来のあるべき医療提供体制の実現に向け、医療機関の自主的な取組等を進められたい。
- ・厚生労働省は、第7次医療計画と介護保険事業(支援)計画に向け、病床機能報告制度(以下「報告制度」)の今後のあり方を検討し、地域医療構想の実現に向けた取組を進めるに際して地域の医療需要に円滑に対応できる人員配置等を調えることの検討を進めるとともに、在宅医療等で対応する者の介護分野等での対応方針を示されたい。

□地域医療構想の策定プロセス



I. 地域医療構想の策定

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

・地域医療構想は、医師会等団体の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会(以下「医療審議会」)、市町村、保険者協議会の意見を聴く必要がある。医療審議会は、地域医療構想が医療計画に含まれることを踏まえた委員を選出する。

・都道府県は、策定段階から、構想区域ごとに既存の圏域連携会議等の場を活用して地域の医療関係者の意見を反映する手続を検討する必要がある。なお、この段階で地域医療構想調整会議(以下「調整会議」)を設け、構想区域全体の意見をまとめることが適当である。

・在宅医療の課題や目指すべき姿は市町村介護保険事業計画との整合性に留意する必要があることから、構想の策定段階から市町村の意見を聴取することが必要。

2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有(略)

3. 構想区域の設定

○構想区域は、2次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など、将来要素を勘案して検討する必要がある。

○現行の2次医療圏と異なる構想区域を設定することも可能であるが、その場合には、将来における要素(前出)を必ず勘案する必要がある。

○高度急性期は必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではない。さらに、高度急性期から連続して急性期の状態となった患者が同一機能の病床に引き続いて入院することはやむを得ないが、急性期、回復期及び慢性期の機能区分はできるだけ構想区域内で

対応することが望ましい。

○脳卒中、虚血性心疾患を含む救急医療は、当該診療を行なう医療機関がより近距離にある場合は構想区域を越えて流入することもやむを得ない。一方、高齢者の肺炎や大腿骨頸部骨折など回復期につなげることの多い疾患は構想区域内で対応する必要がある。

○設定した構想区域が現行の2次医療圏と異なっている場合は、2018年度からの次期医療計画(終期が2024年3月)で一致させることが適当。

4. 構想区域ごとの医療需要の推計

○2025年における病床の機能区分ごとの医療需要(推計入院患者数)は、構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計する。

○以下の推計方法は、構想区域全体における医療需要の推計方法であるが、この考え方が個別医療機関における機能ごとの病床数の計算方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準に直ちになるものではない。

○高度急性期、急性期、回復期は、2013年度のNDBとDPCのデータに基づき、住所別別に患者を配分した上で、当該構想区域において、性年齢階級の年間入院患者延数を365で除して1日当たり入院患者延数を求め、それを性年齢階級の人口で除して入院受療率とする。これを病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の2025年における性年齢階級別人口を乗ずることによって将来の医療需要を算出する。

○慢性期の医療需要については、入院受療率の地域差があることから、この差を一定の幅の中で縮小させる目標を設定する。このため、他病床の機能区分の医療需要の算定方法を基に、目標設定を加味することにより、慢性期の

医療需要を推計する。

【高度急性期、急性期、回復期の医療需要の考え方】

○一般病床の患者(回復期リハ、障害者施設等、特殊疾患病棟・病床を除く)のNDBのレセプトデータやDPCデータを分析する。

○具体的には、患者に行なわれた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)でみる。医療資源投入量は、患者の1日当たりの出来高点数から入院基本料相当分・リハビリ料の一部を除いたものとする。

○急性期と回復期とを区分する境を600点とし、高度急性期は3,000点を境として推計する。回復期は225点を境とした上で、さらに、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計するとともに、回復期リハの患者数(療養病床も含む)を加えた数を推計値とする。175点未満の患者数は慢性期及び在宅医療等の患者として一体に推計する。

【慢性期と在宅医療等の需要推計の考え方】

i. 慢性期の需要推計の考え方

○慢性期機能の推計には医療資源投入量を用いず、その中に在宅医療等での対応が可能な患者数を一定数見込むという前提に立ち、さらに療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定幅の中で目標を設定することで、これに相当する患者数を推計する。

○具体的には、2013年の療養病床患者のうち、医療区分1の70%を在宅医療等で対応する患者として見込む。その他の入院患者は入院受療率の地域差を解消していくこととし、「ii」または「iii」の率を2025年における性年齢階級別人口に乗じて慢性期の需要を計算する。

ii. 療養病床の入院受療率における地域差の解消について

○都道府県は、入院受療率の地域差を解消する目標を、構想区域ごとに以下のAからBの範囲内で定める。

A すべての構想区域の入院受療率を全国最小値(県単位)まで低下させる。ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域は現状の受療率を用いて推計する。

B 構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)の差を一定割合解消させることとするが、その割合には、全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)まで低下する割合を用いる。ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の区域は現状の受療率を用いて推計する。

iii. 入院受療率の目標に関する特例

○退院患者の受け皿となる介護施設や高齢者住宅を含む在宅医療等での対応が着実に進められるよう、以下の要件を満たす構想区域は、上記の入院受療率目標の達成年次を2025年から2030年とすることができる。その際、2025年の目標として2030年から比例的に逆算した入院受療率を立てるとともに、2030年の入院受療率の目標と当該入院受療率で推計した病床必要量も併せて地域医療構想に定める。

【要件】

①Bの方法で入院受療率の目標を定めた場合の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい、かつ、②当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

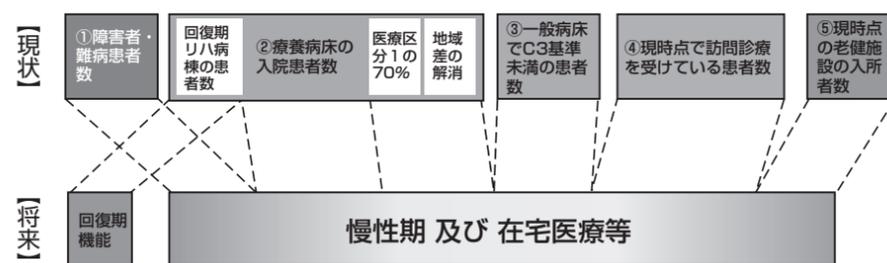
vi. 在宅医療等への移行について

高齢化により増大する医療需要に対応するためには、病床機能の分化・連携により、2025年には在宅医療等への移行を促進することが必要。

v. 現在の在宅医療等を基にした需要推計について

○在宅医療等は、2013年の訪問診療の性・年齢階級別受療率を算定し、これに当該構想区域の2025年における性年齢階級別人口を乗ずることによって医療需要を推計する。また、2013年の介護老人保健施設の入所者数を当該構想区域の年齢階級別人口で除し、これに当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じた数を加える。すなわち、将来の慢性期及び在宅医療等の医療需要を推計するためには、次の5つを合計する。

■慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



○厚生労働省においても、地域の需要に円滑に対応できる医療法での人員配置等を調えることの検討を進める。

5. 医療需要に対する医療提供体制の検討

○都道府県は、都道府県間を含む構想区域間の役割分担を踏まえ、医療需要に対する供給数(構想区域内の医療機関が入院医療を行なう患者数)の増減を見込む必要がある。その際、構想区域の将来の医療提供体制を踏まえた上で、増減を見込む構想区域双方の供給数の合計ができる限り一致することを原則に、供給数の増減を調整する必要がある。(以下略)

6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量(必要病床数)の推計

○構想区域間の供給数の増減を調整し

た推定供給数を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における2025年の病床の必要量(必要病床数)とする。この場合に、病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期は92%とする。

7. 構想区域の確認

○都道府県は、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区域の設定の妥当性について確認する。

8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

- (1) 施策の基本的考え方 (略)
- (2) 必要病床数と報告制度による集計数との比較

○都道府県は、構想区域ごとに病床の(5面上に続く)

(4面下から続く)

機能区分ごとの必要病床数と2014年度(又は直近の年度)の病床機能報告による機能区分ごとの病床数を比較し、課題を分析する必要がある。

○都道府県は構想区域ごとに抽出された課題に対する施策を検討し、施策の基本となる事項を定める必要がある。当該事項は、毎年度の地域医療介護総合確保基金(以下「基金」)に係る都道府県計画の基本方針として活用できるようにする必要がある。

(3) 病床の機能の分化及び連携の推進

○地域医療構想の達成に向けた病床機能の分化・連携は、医療機関の自主的な取組と相互の協議で進められることを前提に、基金の活用等により、必要な施策を進めていく。

○地域で不足している病床の機能がある場合には、その充足ができるよう、当該機能を担う病床の増床だけでなく、将来的に過剰が見込まれる病床機能の転換や集約化と併せて、次第に取れんするよう、機能の分化・連携を推進していく必要がある。

○都道府県は、基金を活用して病床機能の分化・連携のための仕組みづくりや施設・設備整備等に支援するとともに、将来的に機能が過剰になると見込まれる構想区域は、設置主体の特性を踏まえ、必要な役割分担の議論が進むよう、一般会計繰入や補助金の交付状況など税財源の投入状況を含めた必要なデータの提供や調整を行なう必要がある。

(4) 在宅医療の充実

○在宅医療は日常生活圏域で整備する必要があることから、都道府県は保健所等を活用して市町村を支援していくことが重要。

(5) 医療従事者の確保・養成

○医療従事者の確保は、入院医療だけでなく、在宅医療の推進についても求められていることから、地域包括ケアシステムの構築の観点から、市町村との協議も行うことが望ましい。なお、医師等の確保が困難な市町村については、地域医療支援センターなどによる支援を行うことが望ましい。

○また、病床の機能の分化及び連携を推進するためには、病床の機能区分に応じた医療従事者を確保する必要がある。地域における医療従事者の確保目標等の設定が求められる。

II. 地域医療構想策定後の取り組み

1. 地域医療構想の策定後の実現に向けた取り組み

(1) 基本的な事項

○都道府県は、構想区域等ごとに地域医療構想調整会議(以下「調整会議」)を設け、地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行なう。

○調整会議のほか、以下のとおり、各医療機関の自主的な取組を行なうことも重要。

□地域医療構想策定後の年間スケジュールのイメージ

3月	病床機能報告制度の集計結果の提示
3月～	医療機関の自主的な取組および地域医療構想調整会議 ※可能な限り、次期病床機能報告制度に間に合うように、10月までに上記の対応を行う。
10月	病床機能報告制度における報告
年内	各構想区域における対応を踏まえた基金の都道府県計画(案)の取りまとめ
2月	都道府県定例議会への次年度当初予算案に基金の予算を計上

2. 地域医療構想調整会議の設置・運営

(1) 議事

調整会議の議事は各都道府県が地域の実情に応じて定める。特に優先すべき議事は関係者と事前に協議を行なって決定する。

ア 主な議事

・報告制度による各医療機関の報告内容と必要病床数を比較し、優先して取り組むべき事項を協議する。基金の活用も検討の対象となる。

(2) 各医療機関における取り組み

○各医療機関は、自院の医療内容や体制に基づき、将来目指していく医療について検討を行なうことが必要。自院内の機能分化を進める際に、報告制度により、同一構想区域における他医療機関の各機能の選択状況等を把握することが可能。さらに、地域医療構想により、構想区域における病床の機能区分ごとの必要病床数も把握できる。このデータを比較したり、他情報を参考にするなどして、自院内の病床機能の地域における相対的位置付けを客観的に把握した上で、以下のような自主的な取組を進めることが可能になる。

○まず、病棟単位で当該病床の機能に即した患者の取れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築や人員配置を検討することが望ましい。

○自主的な取組を踏まえ、調整会議を活用した医療機関相互の協議により、地域における病床機能の分化・連携に応じた自院の位置付けを確認。例えば、がん入院医療の役割を医療機関の間で臓器別に分担すること、回復期のリハビリ機能を集約化すること、療養病床について在宅医療等への転換を進めること等の取組を受け、次年度の病床機能報告への反映や基金の活用を検討し、さらなる自院運営の改善と地域における役割の明確化を図る。

○これらの取組により、区域全体で、報告制度における病床数と地域医療構想における必要病床数が次第に取れんされていき、不足する機能の解消や患者数との整合が図れていく。

(3) 都道府県の取り組み

○医療機関への情報提供を含め、都道府県は、以下の各段階における取組を行なう。

ア 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較

イ 各病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握

ウ 地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討

必要に応じて調整会議で医療機関の協議を進め、不足している病床の機能区分への対応策(過剰になると見込まれる病床の機能区分からの転換を含む)を具体的に検討し、提示する。この際、地域医療介護総合確保基金の活用も検討するが、早い段階で2025年までの各構想区域の工程表を策定することが望ましい。

エ 2025年までのPDCA

2025年まで毎年進捗状況を検証し、工程表の変更も含め、構想の実現を図っていく。

進捗状況を医療審議会や地域医療対策協議会に報告、意見を求めることが望ましい。

・このほか、おおむね次のような議事が想定される。

- ① 地域の病院・有床診が担うべき病床機能に関する協議
- ② 病床機能報告制度による情報等の共有
- ③ 都道府県計画(基金)に盛り込む事業に関する協議
- ④ その他地域医療構想の達成の推進に関する協議

イ 議論の進め方

以下は議論の進め方の例であり、必ずしもこのとおり行なうことを求めるものではない。

- i 地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有
- ii 地域医療構想を実現する上での課題の抽出
- iii 具体的な病床の機能の分化及び連携の在り方について議論
- iv iiiで合意した事項の実現に必要な具体的な事業について議論。基金を活用する場合は都道府県計画にどのように盛り込むかを議論、これを基に都道府県は手続をとる。

ウ その他
・医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合又は過剰な病床の機能に転換する場合に、都道府県知事は、当該医療機関に調整会議の協議に参加するよう求めることができる。その際は当該許可申請の内容又は転換に関する協議が行なわれる。

(2) 開催時期
地域の実情に応じて随時開催することが基本となるが、報告制度による情報等の共有や基金の都道府県計画に関する協議については定期的に開催することが考えられる。

(3) 設置区域等
○調整会議は構想区域ごとの設置が原則だが、次のような柔軟な運用も可能とする。
① 広域的病床の機能の分化・連携にかかわる複数調整会議の合同開催(複数都道府県による合同開催を含む)
② 議事等に応じ、設置区域からさらに地域・参加者を限定した形での開催
③ 圏域連携会議など既存の枠組みを活用した形での開催

(4) 参加者の範囲・選定等
ア 参加者の範囲・選定
○調整会議の参加者は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広いものとする。議事等に応じて、都道府県は、参加を求める関係者(代表性を考慮した病院・診療所、地域における主な疾病等特定診療科等の学識経験者を含む)を柔軟に選定する。

○開設・増床等の許可申請の内容や過剰な病床機能への転換に関する協議等の個別具体的な議論は、当事者と利害関係者等に限定して参加することが適当。
○都道府県は参加を求めなかった医療機関にも意見表明の機会を設けることが望ましい。

イ 専門部会やワーキンググループの設置
○特定の議題を継続的に協議するために専門部会等を設置する方法も考えられる。

ウ 公表
○患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱う場合等は非公開とし、その他の場合は公開とする。また、協議の内容・結果は、原則として周知・広報する。

エ 参加の求めに応じない関係者への対応
○参加を求めたにもかかわらず正当な理由なく参加しない関係者に対して、都道府県知事は、開設・増床等の許可申請をした医療機関には許可に条件を付すること、過剰な機能に転換する医

療機関には協議が調わなかった場合と同様の措置を講じることが考えられる。

(5) 合意の方法と履行の担保

ア 合意の方法

合意に当たっては、都道府県と関係者との間で丁寧かつ十分な協議が求められる。また、特に病床機能と病床数等の合意に当たっては、議事録の作成に加え、関係者の合意を確認できる書面を作成しておくことが適当。

イ 履行担保

都道府県知事は、関係者が正当な理由なく合意事項を履行しない場合には、協議が調わないときと同様の措置を講じることが考えられる。

3. 都道府県知事による対応

(1) 病院・有床診の開設・増床等への対応
開設・増床等の許可の際に、不足している病床の機能区分に係る医療の提供という条件を付することができる(指定都市の市長に当該条件を付するよう求めることができる)。

(2) 過剰な機能に転換しようとする場合の対応

○過剰な病床の機能区分に転換する理由等を記載した書面の提出を求めることができる。

○その理由等が十分でない認められるときは調整会議への参加を求めることができる。

○協議が調わないとき等は医療審議会に説明をするよう求めることができる。

○当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、医療審議会の意見を聴いて、過剰な機能に転換しないことを公的医療機関等に命令できる(公的医療機関等以外には要請)。

(3) 協議が調わない等自主的な取組では不足している機能の充足が進まない場合の対応

医療審議会の意見を聴いて、不足している病床の機能区分に係る医療を提供すること等を公的医療機関等に指示(公的医療機関等以外には要請)することができる。

(4) 稼働していない病床への対応

○病床過剰地域で、公的医療機関等が正当な理由なく病床を稼働していないときは、医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を命令できる。公的以外の医療機関には当該病床の削減を要請できる。病床の稼働状況は報告制度で病棟単位で把握が可能であることから、病棟単位で稼働していない場合に当該対応を検討することが適当。

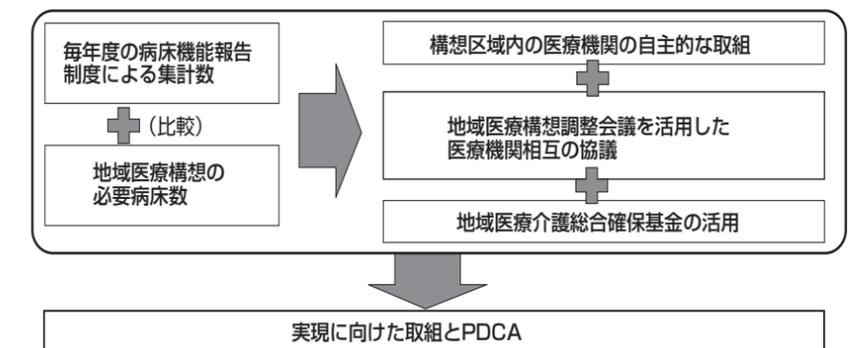
※要請又は命令・指示に従わない場合の対応について

公的医療機関等が上記の命令・指示に従わない場合は、医療機関名の公表、地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認取消し、管理者の変更命令等の措置を講じることができる。公的以外の医療機関が要請に従わない場合は勧告を、許可に付された条件に係る勧告に従わない場合は命令をすることができ、それにも従わない場合は医療機関名の公表、地域医療支援病院の不承認・承認取消し、管理者の変更命令等を講じることができる。

4. 地域医療構想の実現に向けたPDCA(略)

III. 病床機能報告制度の公表の仕方(略)

□策定後の取り組み



北波課長「2025年の需要への対応を話し合い、皆で共有する場が調整会議」

全日病経営セミナー「地域医療構想」 地域医療構想はデータと目標からこの10年の経営計画を医療機関自ら考えるためにある



厚生労働省・北波孝地域医療計画課長講演(「地域医療構想策定の意義」)の要旨 「2025年に生き残るための経営セミナー」(3月1日)から ※4・5面を参照

病床機能報告制度は、今回、定性的な定義に基づいて機能を選択していただいたが、何回かの報告で中身を精査し、できるだけ具体的な基準を検討していくことになる。来年度からそうした検討を始めたかと考えている。

さて、地域医療構想には、地域ごとの、将来の医療需要と、あるべき医療提供体制が書き込まれる。医療需要は2025年の患者数を疾患ごとに推計する。医療資源投入量の多寡などからそれぞれの区分に振り分け、最終的に病床数で設定する。

こうして設定された10年後(2025年)の病床の必要量については、直ちにこれに合わせて病床数を削減してほしいという話ではない。大切なことは、10年後の医療需要がどうなるのかを地域の皆さんで共有していただくということである。

つまり、高齢者が増え、疾病構造が変化する10年後の医療需要がどうなるかをまずは推計し、その結果を関係者が共有して、今の病棟の構成など医療

提供の体制と比べていただくということが一つの大きな目的である。

その中で、地域の医療が、2次医療圏を基本に設定される構想区域で完結しているかどうかなどを点検し、あるべき提供体制に向けた課題をみつめていただく。その上で、将来の医療需要に対応できるよう、機能分化・連携をより一層進めるために必要な方策を考えていただく。10年間の経営戦略を立てていただくということではないかと考える。

実は、将来のあるべき提供体制は、10年後の2025年がゴールではなく、その先にある2040年まで見据える、つまり、高齢者の人口も減少に転じて需要が大きく減ることにどう対応していくかということも考えていく必要がある。

いずれにしても、地域医療構想というのは、10年後の地域の医療需要の姿を共有し、それに向けた分化・連携を医療機関の自主的な取り組みで進めていくというのが大きな特徴であり、そのために、構想区域ごとに、協議していただく場として地域医療構想調整会

議が設けられる。

目標を立てたからといってすぐが変わるものではない。大切なことは、医療介護総合確保基金も活用しながら、この10年間でどのような道行きにすれば患者・住民の医療ニーズに合わせた提供体制を整えることができるのかを、医療機関の皆さんに自ら考えていただくということである。

調整会議の運営は2つのパターンが考えられる。一つは、毎年度の病床機能報告の集計結果に合わせて定期的に開催し、当該地域における病床機能の分布状況、病床機能過不足の実態、必要量との比較、それらから導かれる分化・連携の課題などを話し合っていく。こうした議論は、市町村や保険者を含む幅広い人たちが参加して行なわれることだろう。

もう一つは、具体的に解決が求められる問題で随時開催される、関係する病院などによる話し合いである。こうした個別協議によっても合意に至らないケースがあることだろうが、まずは皆

で共有するということから始めることが大切と考える。そういう中で、自院はどのような対応をするかを考えていただくことになる。特に、建て替えや医療機器更新の時期が10年間のどこでやるのかを考えながら、自院はここらあたりでリハ室を整理しようとか、この年には地域連携の拠点をつくろうといった、医療資源を再構築していく戦略をつくっていただくことが大切である。

したがって、2025年の必要量が出たからといって、すぐに何かを変えようという話ではなくて、10年後のニーズを見てどうしていくかという段取りを決める。それを、みんなで共有するというのである。

そうすることによって将来の医療ニーズに適切に対応していただきたい。ニーズにかけ離れた医療提供体制であれば経営上も苦しくなっていくわけなので、それにどううまく合わせていこうかという考え方で臨んでいただく。地域医療構想をこのように理解していただくようお願いしたい。

松田教授「病院はどこも生き残るが、医療提供の姿は変わるだろう」

データから病床機能の過不足を読み取り、自院と地域の医療機能を再構築する必要



松田晋哉産業医科大学教授講演(「地域医療構想策定に病院はいかに対応するか」)の要旨 「2025年に生き残るための経営セミナー」(3月1日)から

「2025年に生き残る」というセミナーであるが、私は、基本的に病院はどこも生き残るだろうと思う。ただし、今と同じ医療提供体制でいくことにはならないだろう。地域のニーズに応えるためにどう変わっていくかということが問われていくのではないかと。

地域医療構想は、協議の場(地域医療構想調整会議)で具体的な議論がどうできるかがポイントになる。協議は次のステップで進められることだろう。

ステップ1では、病床機能の報告と既存のデータから、まずは、地域の提供体制の現状と目指すべき姿の認識を共有していただく。その上で、どういう課題があり、2025年にはどういう問題が起こるかを考えていただくのがステップ2である。これを各構想区域で考えることが大切である。というのも同じ県であっても区域によってニーズが違うからだ。

ステップ2で出てきた課題にどう対応したらいいかを話し合うのがステップ3である。回復期の病床が不足している場合に、それをどのように充足していくか、役割分担や新たな機能分化・連携を行なう可能性などを検討する。その結果を具体的な計画に落とし込み、医療介護総合確保基金を使って実行していく。これがステップ4になる。

調整会議に出てくる基本的なデータはDPCとナショナルデータベース(NDB)である。これに地理情報分析とか人口の分析を組み合わせる。東京都以外は消防庁のデータから救急の実態も加味される。

DPCデータから、当該圏域の急性期医療に欠けている機能がないかが分かる。さらに、NDBを分析した救急医療自己完結率から救急体制の課題がみえてくる。これは年齢階級別にも出るので、小児の救急はどうなのかなを見ることが出来る。救急の場合は、脳血管障害や心筋梗塞などの個別疾患についても詳しくみていただく必要がある。

がんについても、DPCのデータから、手術、放射線治療、化学療法の別に欠けている機能がないか、患者がどの医

療圏の医療機関で診てもらっているかも含めて分かる。各圏域の住民が疾患別に何分で当該診療を担っている医療機関にかかれるかを表わすデータ、あるいは自己完結率を療養病床についてみたデータもある。

このように、調整会議では各種のデータを用いて、入院医療全般、救急、5疾病6事業、さらには、医療と介護の連携などについて現状と課題を考えていただくわけだが、同時に、将来の議論もしなければならぬ。そこで、私ども研究班は、仮に今の受療率が続くと将来どうなるのかを推計するツールもつくって都道府県に配った。

現在の在院日数と入院率を前提にした場合にどのくらいの病床が必要になるか試算するソフトも提供される。今回の報告制度は機能別の病床数にとどまったが、今後は、例えば、高度急性期の対象医療行為が1日当たり、あるいは100床当たり何件あるかといった形の整理をするだろう。そうすると、全国平均と医療圏の平均、さらには自院データとの比較ができる。その結果、病棟機能の実態やベッドの過不足がみえてくる。

例えば、ある病院が、高度急性期10件、急性期150件、回復期500件、慢性期300件とすると、この病院が診ている患者の医療需要は明らかにポストアキュートとなる。そこで、その病院はどうすべきなのかを考えなければならなくなる。

これはそんなに簡単なことではないだろう。というのも、財務的裏付けがなければ、病院は病床機能を転換する決断がつかないからだ。しかし、10年先を考えたとき、それぞれの区域で地域包括ケア病棟を増やすということは必至だろうと思う。地域包括ケア病棟というのは、一般でも、回復でも、療養でも、その機能が果たせれば行ける。そういう意味では、地域包括ケア病棟をどう活かすかということがとても大事になると考える。

さて、どのくらいの医療需要が発生するのかを病床機能別、年度別に推計した全国単位、都道府県単位のデータ

が、3月後半から4月半ばぐらいに出る。病床配分の適正化をめぐる関係者による協議は、まずは、これと病床機能報告のデータを比較して進められる。併せて、各区域の現在の医療状況と将来予測を示すデータも提供される。さらには、自院のデータを分析するツールも提供される。

こういうものを使って、当該区域における医療需要に合った病床機能の配分はどうあるべきかを総合的に検討する。調整会議はこういうタフな議論をしていただくことになる。

重要なことは病床数削減が第一の目

3,000点等はマクロな病床数推定の指標。患者個々の実態とはぶれが

□質疑応答から

Q 医療機能区分の境界(C1、C2、C3)を表わす点数が示されたが、これを使って自院患者の区分を調べ、それを地域や全国と比較した方がよいか。

松田教授 そうする必要はないと思う。3,000点、600点、225点というのは、マクロでどのくらいの病床になるかを推定する指標として中央値を採用しているので、それを個々の病院に当てはめても大きくぶれるのではないかと。個々の医療機関が、高度急性期にもっていくために3,000点以上の患者を増やそうとしても、そうはならない。むしろ、今後1年ぐらいで、それぞれの機能に応じた医療行為の例が出てくるので、そちらを比較参照した方がよい。ただ、提供している医療行為の分析を行なうのは、経営分析の上で有効かと思う。

北波課長 C1、C2、C3というのは地域全体の医療需要をはかるためのツールに過ぎない。3,000点以上の患者は高度急性期になるというのではなく、高度急性期の患者の需要をみるために3000点のところで一回切ってみようか、急性期と回復期は600点で切ってみようかということである。したがって、600点を超えている人でも安定期であれば回復期であるし、安定期でなければ例えば500点であっても急性期となる。つまり、600点というのは平均という意味である。したがって、急性期の患者に

するのではないということである。これを最初に目的にすると、まとまるものもまとまらなくなってしまう。大事なことは、地域に必要な医療を適切に提供する体制をどう構築するかということである。したがって、区域によっては、当然、増床もあり得ることだろう。

最後に、これからはデータ等情報の活用能力が問われていくので、地域にはシンクタンクが必要になる。大学関係者に協力を求め、医療需要と提供体制に関する分析をそれぞれの地域が行なう仕組みを、病院団体と医師会の力でつくっていただきたい。

Q 都道府県の強制力が心配。うまくいかなかったらもっと強い強制力を考えているのか。

北波課長 都道府県の知事が講じることができる措置として、医療法以上の権限はない。厚労省としても、これができなかったら次の手を打っていかうという考えは持っていない。

Q 機能区分と診療報酬の関係はどうなるのか。

北波課長 診療報酬の体系と4機能の病床の体系は現在のところ整合していない。これから先は、医療ニーズにスムーズに対応できるようにしていく必要があると考える。要するにどの病床機能を担ったとしても経営上は有利不利にならないことが重要である。保険局とも協議していきたい。

Q 地域包括病棟(病床)の将来をどう考えるか。

北波課長 地域包括ケア病棟は広い機能を包含しており、私自身は、地域包括ケア病棟は、回復期を中心に、急性期と慢性期を一定程度カバーしていると考えているが、現場や患者の現状と必ずしも合致していないかもしれない。病院の類型と機能をどうやって合わせていくのかという点を、今後議論したいと思っている。

(前文=省略)

I. 社会保障制度、医療制度その他病院に関する諸制度に関する調査研究及び提言並びに政府その他の関係機関関係団体との連絡協議

1. 調査・研究事業

- 1) 病院経営調査の実施
- 2) 平成28年度診療報酬改定に関する調査の実施
 - ・内閣府及び厚生労働省等への要望活動に関わる基礎データ作成
- 3) 平成27年度老人保健健康増進等事業の実施
- 4) 介護報酬改定の影響度調査の実施
- 5) 平成25年度老人保健健康増進等事業「諸外国における認知症治療の場としての病院と在宅認知症施策に関する国際比較研究」の書籍化の検討
- 6) 医療従事者賃金実態調査の実施
- 7) 人間ドック実施状況調査の実施
- 8) 看護必要度の基準の作成の実施
- 9) 全日病総研事業の実施
 - ・地域包括ケア病棟に関する研究の実施
 - ・病院経営調査の集計・分析・報告書の作成の実施
- 10) 「手術業務及び薬剤業務における多職種間の連携を担保する業務プロセスの再構築によるリスク軽減と評価方法の確立と質保証に基づく安全確保に関する研究」の実施
- 11) 厚生労働科学研究事業の実施及び研究支援
- 12) その他、本会として必要な調査・研究活動

2. 国民のための医療・介護にかかわる制度の構築と提言

- 1) 医療制度等に関する検討及び要望
- 2) 医療関連税制に関する検討及び要望
- 3) 平成28年度税制改正要望書に関する検討
- 4) 平成28年度政府予算等への要望に関する検討
- 5) 介護保険制度についての提言
 - ・介護療養型医療施設のあり方の検討、転換状況等の調査及び要望
 - ・平成26年度老人保健健康増進等事業で実施した調査研究結果に基づく介護報酬改定対応や各方面への提言
- 6) 病院における総合診療医の育成と総合診療医のあり方への提言
- 7) 医療介護総合確保推進法に関連する諸事項の再検討
- 8) 医療基本法に関する再検討
- 9) 終末期医療に関するガイドラインの再検討
- 10) 各種提言の実現に向けての国民への広報、国会・行政への要望と対応

3. 医療関連団体との協力と連携

- 1) 四病院団体協議会の事業等の推進
- 2) 日本医師会との連携
- 3) 日本病院団体協議会における活動
- 4) 日本医療機能評価機構の医療事故防止センターへの協力・連携
- 5) プライマリ・ケアに関連する学会及び団体等との連携

4. 広報活動推進事業

- 1) 「全日病ニュース」の充実と配布の拡充
 - ・WEBを利用したリアルタイム情報配信の検討
- 2) インターネットを利用した情報提供の推進
 - ・ITを利用した行政関連情報(政省令・通知等)の紹介
- 3) 協会ホームページの拡充
 - ・ホームページのコンテンツの追加(研修会等動画配信の検討)
 - ・WEBによる研修等申込システムの導入の検討
- 4) 他団体と連携した広報活動の推進(HOSPEX Japan等への参加)
- 5) 新しいメディアの活用(SNS等)
- 6) WEB会議の実施

II. 病院の管理運営及び病院施設の改善向上に関する調査研究及び提言

5. 病院機能評価事業

- 1) 日本医療機能評価機構による病院機能評価の受審促進
 - ・病院機能評価受審相談事業
 - ・「機能評価受審支援セミナー」
 - ・病院機能評価取得に関する施策案の検討
 - ・認定病院及び未受審病院に対するアンケート調査の実施
- 2) 病院機能評価体系ならびにその運用方法について

の検討

- ・評価体系等への提言
- ・日本医療機能評価機構に関する情報提供

6. 医療安全対策事業

- 1) 医療安全管理者の養成
 - ・「医療安全管理者養成課程講習会(及び継続講習・演習会)」
 - ・医療安全に関する講演会・セミナー
 - ・医療安全対策セミナー
- 2) 病院における医療安全推進に関する啓発
 - ・医療の質、医療事故調査等に関する出版
- 3) 院内事故調査制度への対応
 - ・院内事故調に関する研修会等の実施

7. 医療の質向上に関する事業

- 1) 医療の質評価公表事業の実施
 - ・DPC分析事業の実施(MEDI-TARGET)
- 2) TQM(Total Quality Management)の医療への展開
 - ・TQM講演会・シンポジウム
 - ・TQM啓発研修会
 - ・業務フロー図作成研修会
- 3) IT技術を利用した医療の質向上推進事業の実施
 - ・病院情報システムを基盤とした安全確保と質保証

8. 個人情報保護に関する事業

- 1) 認定個人情報保護団体としての活動の実施
 - ・苦情等処理業務
 - ・対象事業者等への情報提供・相談・研修
 - ・個人情報保護法Q&A改訂版の作成
 - ・個人情報保護の動向に関する調査・研究
- 2) 個人情報保護に係る普及・啓発の推進
 - ・当協会指針の公表
 - ・認定団体業務の取り組み等についての周知
 - ・個人情報保護に関するセミナー
 - ・「個人情報管理・担当責任者養成研修(ベーシックコース及びアドバンス研修)」

9. 救急医療・災害時医療・感染症対策に関する事業

- 1) 救急医療
 - ・高齢者救急(在宅医療・増加する認知症患者と2次救急)のあり方に関する検討
 - ・救急ネットワークのあり方の検討
 - ・精神科救急と一般救急の問題点の検討
- 2) 災害医療
 - ・AMAT隊員養成研修の実施及び災害発生時における被害状況の把握
 - ・医療救護班の編成・派遣
 - ・災害時医療支援活動指定病院の管理者向け研修会(仮称)の検討・実施
 - ・DMAT・JMAT・自衛隊・日赤等との連携
 - ・国際災害支援・国際NGOとの連携
 - ・指定病院のネットワーク化を含めた災害時医療システムの構築
 - ・学会活動(日本集団災害医学会・日本航空医療学会・日本救急医学会)
 - ・地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの開催
 - ・防災訓練
- 3) 感染症対策
 - ・新型インフルエンザ等の感染症対策の検討

10. 国際活動推進事業

- 1) 諸外国の医療施設、医療制度等の調査・研修
 - ・医療の情報・質・安全に関する調査
 - ・海外研修旅行の実施
 - ・EPA等に関する海外視察
- 2) 諸外国の病院団体との交流
- 3) 発展途上国及び被災国への医療支援
 - ・ピープルズ・ホープ・ジャパン(PHJ)等

III. 病院資質の向上に資する医師その他病院関係職員の実務的、理論的及び倫理的なレベルの向上に関する教育研修及び検定並びに普及啓発

11. 学術研修事業

- 1) 第57回全日本病院学会(北海道支部担当)の実施
 - ・全日本病院学会運営規約の策定
 - ・全日本病院学会運営マニュアルの整備
- 2) 夏期研修会(和歌山県支部)の実施
 - ・夏期研修会の運営規約の策定
- 3) ブロック研修会(1回)の実施
- 4) 全日本病院協会雑誌の発行(年2回)

12. 教育・研修事業(以下の研修会等は既出を含む)

- 1) 開設者・管理者・幹部職員研修の実施

業務フロー図作成研修会、病院事務長研修コース(及びフォローアップ研修)、看護部門長研修コース(及びフォローアップ研修)、災害時医療支援活動指定病院の管理者向け研修会(仮称)、総合診療医に関する管理者向け研修(仮称)、医療機関トップマネジメント研修コース、医療機関トップマネジメント研修インテンシブコース、2025年に生き残るための経営セミナー

2) 勤務医師、看護師、薬剤師、その他医療従事者の研修の実施

医師臨床研修指導医講習会、診療報酬改定説明会、医師事務作業補助者研修、総合評価加算に係る研修、ADL維持向上等体制加算研修、体制強化加算研修、特定保健指導実施者育成研修コース(基礎編・技術編)、特定保健指導専門研修コース(食生活改善指導担当者研修)、病院医療ソーシャルワーカー研修会、病院職員のための認知症研修会、個人情報管理・担当責任者養成研修(ベーシックコース及びアドバンス研修)、看護師特定行為研修の実施に向けた検討、看護師特定行為研修に係る実習等の指導者研修の実施に向けた検討

3) DPCデータを活用した経営分析・質向上に関する研修会の実施

4) 医療安全管理者の養成
医療安全管理者養成課程講習会(及び継続講習・演習会)、医療安全対策セミナー、院内事故調に関する研修会等の実施、医療安全に関する講演会・セミナーの実施

5) 機能評価受審支援セミナーの実施

6) AMAT隊員養成研修の実施

7) 地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの開催

8) 海外研修旅行の実施

9) 次世代の若手経営者育成事業の実施

13. 資格認定事業

- 1) 病院管理士の認定並びに更新制度の実施
- 2) 病院看護管理士の認定並びに更新制度の実施
- 3) 保健指導士の認定
- 4) 医療事務技能審査事業(メディカルクラーク)の実施
- 5) 医事業務管理技能認定事業(医事業務管理士)の実施
- 6) 医師事務作業補助技能認定事業(ドクターズクラーク)の実施

14. 無料職業紹介事業の体制整備

IV. その他この法人の目的を達成するために必要な事業

15. その他、本会の運営に必要な事業

- 1) 支部活動及び組織の強化
会員(正会員・準会員・賛助会員)の増強、各種政策の提言・要望活動、救急医療・災害時医療・感染症への対応、広報活動の推進、各都道府県医師会及び病院協会等関係団体との連携、保健・医療・福祉活動の支援、各種の研修会・セミナー・講習会・講演会、各種会議・支部総会、勉強会・意見交換会・懇談会等、支部会員相互の情報交換及び親睦活動、各種の調査・研究活動、学術研修の推進(全日本病院学会への支援等)、各都道府県病院学会への協力及び支援、若手指導者育成事業、医療保険制度の検討、介護保険制度の検討、病院経営に関する検討、地域医療活動の実施、医療従事者対策、福祉事業の拡充・推進、病院機能評価の普及・促進、看護師確保・養成対策の推進、支部機関誌及び会報等の発行
- 2) 支部研修会及び講演会等開催のための支援
- 3) 支部通信員活動の推進
- 4) 会員の増強(正会員・準会員・賛助会員)
 - ・会員数の少ない都道府県における加入促進事業の実施
 - ・ブロック研修会等の開催時における積極的な入会勧誘
- 5) 厚生労働科学研究に係る利益相反の管理
- 6) 日帰り人間ドック実施指定施設の指定事業の実施
- 7) 一泊人間ドック実施指定施設の指定事業の実施
- 8) 「健康の記録」・「問診表」の販売
- 9) 日帰り人間ドック更新料減免調査の実施
- 10) 一泊人間ドック更新料減免調査の実施
- 11) 健康保険組合連合会との協議の実施
- 12) 特定健診・特定保健指導の集合契約の締結
- 13) 会員病院データベースの構築と更新

院内調査の結果「遺族が希望する方法で説明するよう努めなければならない」

医療事故調査制度の省令・通知事項 個人責任追及目的の否定を随所に明示。医療事故の定義も厳格に解釈

医療事故調査制度の施行に係る検討会「医療事故調査制度の施行に係る検討について」 (3月20日公表) から ※1面記事を参照を参照

1. 医療事故の定義について

医療事故の定義(医療法) 「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの」

(1) 医療に起因又は起因すると疑われるもの【通知】

- ・「医療」の範囲に含まれるものとして、手術、処置、投薬及びそれに準じる医療行為(検査、医療機器の使用、医療上の管理など)が考えられる。
- ・施設管理等の「医療」に含まれない単なる管理は制度の対象とならない。
- ・医療機関の管理者が判断するものであり、ガイドラインで判断の支援の考え方を示す。

□「医療に起因する(疑いを含む)」死亡・死産の考え方

●「医療」(下記に示したものに)起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産-①
<ul style="list-style-type: none"> ・診察 ・検査等(経過観察を含む) ・治療(経過観察を含む) ・その他(以下のような事案は、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合)療養に関連するもの、転倒・転落に関連するもの、誤嚥に関連するもの、患者の隔離・身体的拘束/身体抑制に関連するもの
●①に含まれない死亡又は死産-②
<p>上記以外のもの <具体例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設管理に関連するもの(火災等に関連するもの、地震や落雷等天災によるもの、その他) ・併発症(提供した医療に関連のない偶発的に生じた疾患) ・原病の進行 ・自殺(本人の意図によるもの) ・その他(院内で発生した殺人・傷害致死等)

※1 医療の項目には全ての医療従事者が提供する医療が含まれる。

※2 ①②の該当性は疾患や医療機関における医療提供体制の特性・専門性で異なる。

(2) 当該死亡又は死産を予期しなかったもの

【省令】

○当該死亡又は死産が予期されなかったものとして、以下の事項のいずれにも該当しないと管理者が認めたもの

- 一 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該患者等に対して、当該死亡又は死産が予期されていることを説明していたと認めたもの
- 二 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの
- 三 管理者が、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会(当該委員会を開催している場合に限る)からの意見の聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていると認めたもの

【通知】

○省令第一号及び第二号に該当するも

のは、一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録であることに留意すること。

○患者等に当該死亡又は死産が予期されていることを説明する際は、医療法第一条の四第二項の規定に基づき、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めること。

(3) 死産の定義 (略)

(4) 医療事故の判断プロセス【通知】

- 管理者が判断するに当たっては、当該医療事故に関わった医療従事者等から十分事情を聴取した上で、組織として判断する。
- 判断する上での支援として、センター及び支援団体は医療機関からの相談に応じられる体制を設ける。
- 相談を受けたセンター又は支援団体は、記録を残す際等、秘匿性を担保すること。

2. 医療機関からセンターへの事故の報告

(1) センターへの報告方法 (略)

(2) センターへの報告事項 (略)

(3) センターへの報告期限

【通知】

○個別の事案や事情等により、医療事故の判断に要する時間が異なることから具体的な期限は設けず、「遅滞なく」報告とする。 ※「遅滞なく」とは、正当な理由無く漫然と遅延することは認められないという趣旨であり、当該事例ごとにできる限りすみやかに報告することが求められるもの。

3. 医療事故の遺族への説明事項等について

(1) 「遺族」の範囲 (略)

(2) 遺族への説明事項

【省令】

医療事故の日時・場所・状況、制度の概要、院内事故調査の実施計画、解剖又は死亡時画像診断(Ai)が必要な場合の解剖又はAiの同意取得のための事項

【通知】

○「センターへの報告事項」の内容を遺族にわかりやすく説明する。

○遺族へは以下の事項を説明する。

医療事故の日時・場所・診療科、医療事故の状況(疾患名・臨床経過等、報告時点で把握している範囲-調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と説明する)、制度の概要、院内事故調査の実施計画、解剖又はAiが必要な場合の解剖又はAiの具体的実施内容などの同意取得のための事項、血液等の検体保存が必要な場合の説明

4. 医療機関が行う医療事故調査について

(1) 医療機関が行う医療事故調査の方

法等

【省令】

○医療事故調査を行うに当たっては、以下の調査に関する事項について、当該医療事故調査を適切に行うために必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、当該医療事故の原因を明らかにするために、情報の収集及び整理を行うことにより行う。

診療録他の診療に関する記録の確認、当該医療従事者のヒアリング、その他関係者からのヒアリング、解剖又はAiの実施、医薬品、医療機器、設備等の確認、血液、尿等の検査

【通知】

○本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないこと。

○調査の対象者は当該医療従事者を除外しないこと。

○調査項目は以下から必要な範囲内で選択する。※調査の過程では可能な限り匿名性の確保に配慮すること。(略)

○医療事故調査は医療事故の原因を明らかにするために行うものであること。※原因も結果も明確な誤薬等の単純な事例であっても、調査項目を省略せずに、丁寧な調査を行うことが重要であること。

○調査の結果、必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること。

○再発防止は可能な限り調査の中で検討することが望ましいが、必ずしも再発防止策が得られるとは限らないことに留意すること。

5. 支援団体の在り方について (略)

6. 医療機関からセンターへの調査結果報告について

(1) センターへの報告方法 (略)

(2) センターへの報告事項

【省令】

○病院等の管理者は、院内調査結果の報告を行うときは次の事項を記載した報告書を医療事故調査・支援センターに提出して行う。(略)

○当該医療従事者等の関係者について匿名化する。

【通知】

○本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないことを、報告書冒頭に記載する。

○報告書をセンターへの提出及び遺族への説明以外の用途に用いる可能性については、あらかじめ当該医療従事者へ教示することが適当である。

○センターへは以下の事項を報告する(抜萃)。

- ・医療事故調査の項目・手法及び結果
- 調査の概要(調査項目・調査の手法)、

臨床経過(客観的事実の経過)、原因を明らかにするための調査の結果(必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること)、調査において再発防止策の検討を行った場合管理者が講ずる再発防止策は記載する、当該医療従事者や遺族が報告書の内容に意見がある場合等はその旨を記載する

○医療上の有害事象に関する他の報告制度については厚労省から医療機関に提示する。

○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。

7. 医療機関が行った調査結果の遺族への説明について

(1) 遺族への説明方法

【通知】

○遺族への説明については、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)若しくはその双方の適切な方法により行う。

○調査の目的・結果について、遺族が希望する方法で説明するよう努めなければならない。

(2) 遺族への説明事項 (略)

8. 医療事故調査・支援センターの指定(略)

9. センター業務① 院内事故調査結果の整理・分析とその結果の医療機関への報告 (略)

10. センター業務②

(1) センターが行う調査【通知】

○院内事故調査終了後にセンターが調査する場合は院内調査の検証が中心となるが、必要に応じてセンターから協力を求められることがあるので病院等の管理者は協力する。(略)

(2) センターが行った調査の医療機関と遺族への報告【通知】

○センターは以下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。(略)

○センターが報告する調査の結果に院内調査報告書等の内部資料は含まない。

10. センター業務② センターが行った調査の結果の取り扱い【通知】

○センターは、個別の調査報告書及びセンター調査の内部資料は法的義務のない開示請求に応じないこと。※証拠制限などは省令が法律を超えることはできず、立法論の話である。

○医療事故調査・支援センターの役員若しくは職員又はこれらの者であった者は、正当な理由がなく、調査等業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

11~18 (略)

中医協総会 在宅専門医療機関の容認案を保留

3月18日の中医協総会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、在宅医療を専門に行なう医療機関を、特定された地域内の往診・訪問診療に限る等一定の条件で容認することを提案した。

在宅医療を専門に行なう医療機関の取り扱いは、規制改革実施計画(14年6月閣議決定)で、「2014年度中の結論・必要な措置」とされている。事務局提案は、年度内に中医協から施策の基本的な方向性について承認をとりつけたいとするものだ。

これに対して、支払側は、「診療報酬上の評価と切り離して訪問専門の類

型を認めるのはおかしい」と、次期改定議論の中で結論を出すよう求めた。

その結果、結論は保留とし、議論を仕切り直すことで支払・診療両側の意見が一致した。

また、14年度改定検証調査(14年調査分)結果の速報案が報告された。その中には2次救急医療機関に関する調査結果があり、それによると、(高度)救命救急センターを有する医療機関(156施設)と2次救急医療機関(237施設)の患者の疾患上位10までを比べると、9疾患までは一致している。

救急医療管理加算の算定状況をみる

と、加算1・2の算定患者合計に占める加算2の割合は平均値20.8%、中央値15.7%であった。また、2次救急医療機関で受入を断った疾患のうち、身体疾患と精神疾患が合併した患者に関しては、「専門外で対応が難しいため」という理由の占める割合が最多であった。

この点について、診療側の長瀬委員(日精協副会長)は「認知症の身体合併患者も含め、精神科から一般診療へ引き継ぐ、診療報酬を含めた枠組みが必要ではないか」と提起。同じく、診療側の万代委員(日病常任理事)は、14年度改定における救急医療管理加算2の要件見直しを取り上げ、「ポジティブリストで対象疾患を決めるのは非現実的ではないか」と疑問を呈した。