



全日病 ニュース 2016.11.15 No.883

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

介護療養病床等の受け皿でたたき台示す

厚労省・療養病床特別部会

介護療養病床は機能的に存続

厚生労働省は10月26日の社会保障審議会・療養病床の在り方等に関する特別部会(遠藤久夫部会長)に、介護療養病床や医療療養病床25対1の受け皿となる新たな施設タイプのたたき台を示した。「医療機能を内包した施設系サービス」(I)の施設基準が示され、名称が変わったとしても、現行の介護療養病床の機能が維持される見通しとなった。

たたき台は、「療養病床の在り方等に関する検討会」が今年1月にまとめた整理案を踏まえたもの。遠藤部会長が、整理案をさらに具体化した案を提示するよう厚労省に指示。整理案の「医療機能を内包した施設系サービス」と「医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設」について、設置根拠・利用者像・施設基準・面積の具体案が示された。

「医療機能を内包した施設系サービス」の基本的性格は、「要介護高齢者の

長期療養・生活施設」。介護保険法に位置づけ、面積は老人保健施設相当の8.0㎡/床以上。介護保険施設なので、補給給付の対象となる。「I」と「II」の2類型に分かれる。

「I」の利用者像は、介護療養病床の「療養機能強化型A・B相当」、施設基準も、介護療養病床相当とした。「II」は「I」より、容体が比較的安定した利用者を想定する。施設基準は、現行の老健施設相当以上。どちらの類型でも、医療機関に併設する場合は、人員配置基準の弾力化を検討するとして。

全日病会長の西澤寛俊委員は、「I」について、「名称は変わっても介護療養病床の機能はそのまま残るといふことか」と確認した。厚労省は、具体的な施設基準などは介護給付費分科会で議論するとしてつつ、基本的にはそうであると認めた。ただ別の委員から、来年以降の議論に向け、「介護給付費分科会には病院団体の委員が入っていない」との懸念が示された。また、面積については、「6.4㎡/床の多床室を認めるべき」との意見が相次いだ。

「医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設」の利用者像は、「医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者」。居住スペースの設置根拠は、介護保険法・老人福祉法で、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホームなどを想定する。施設基準は、現行の特定施設入居者生活介護の基準とした。併設医療機関から医療を提供し、診療報酬で算定する。

面積は、現行の有料老人ホームの基準とし、個室で13.0㎡/室以上。既存の建築物を転用する場合、個室であれば基準面積を求めない。経過措置を検討するとしており、委員からは「6.4㎡/床の多床室を認めるべき」との要望が出た。また、利用者の居住権は、現行と同等の権利を確保する考えだ。

厚労省は来年の通常国会で法律を改



正し、2018年度医療・介護同時改定を経て、2018年度からの転換を促す道筋を描いている。介護療養病床は2017年度末が設置期限であるため、2018年度以降3年程度の経過期間を設け、順次転換を求めていく。委員からは、療養病床だけでなく、一般病床や老健施設からの転換も認めるべきとの意見が出た。

これに対し厚労省は、今回の法改正では介護療養病床等の転換のみを対象とした「時限法」ではなく、「恒久法」を制定するとの考えを示した。このため、経過措置の間は参入規制を設け、介護療養病床と医療療養病床25対1が対象になるとしても、その後は参入規制が取り除かれ、一般病床などの転換も可能になるとみられる。

表1 医療機能を内包した施設系サービス

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠(法律)	介護保険法 ※生活施設としての機能重視を明確化。 ※医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等(療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準(最低基準)	介護療養病床相当(参考:現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1(3人以上) 看護 6対1 介護 6対1	老健施設相当以上(参考:現行の老健施設の基準) 医師 100対1(1人以上) 看護 3対1 介護 ※うち看護2/7程度
面積	老健施設相当(8.0㎡/床) ※多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮(法律)	補給給付の対象	

表2 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

	医療外付け型(居住スペースと医療機関の併設)
設置根拠(法律)	✓医療機関⇒医療法 ✓居住スペース⇒介護保険法・老人福祉法 ※居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定(介護サービスは内包)
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準(居住スペース)	(参考:現行の特定施設入居者生活介護の基準) 医師 基準なし 看護 3対1 ※看護職員は、利用者30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人 介護 ※医療機関部分は、算定する診療報酬による。
面積(居住スペース)	(参考:現行の有料老人ホームの基準) 個室で13.0㎡/室以上 ※既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし

考えられる要件緩和、留意点等

- ✓居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

検体検査全体の法規制に反対相次ぐ

厚労省・医療部会

遺伝子関連検査を分類に追加

厚生労働省は10月20日の社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)に、遺伝子関連検査の課題を解決するために検体検査の品質・精度の基準を医療法に設けることを提案したが、検体検査全体の法規制には委員から反対が相次いだ。また、医療機関のウェブサイトへ虚偽・誇大な内容の不適切な表示があれば、命令及び罰則を課することができるよう措置することで、概ね合意を得た。

ゲノム医療の進展により、遺伝子関連検査が急速に普及することが予想される。政府は諸外国と同様の品質・精度を確保し、ゲノム医療で世界の最先端となる体制を目指している。しかし現状では「医療機関が自ら実施する検体検査の品質・精度管理の法令上の規定がない」(厚労省)。

一方、米国では、医学目的のすべて

の検体検査を対象とする臨床検査室改善法(CLIA法)が整備されている。厚労省はこれを参考に、検体検査の品質・精度管理の基準を定めるための根拠規定を医療法に設けることを提案した。さらに、プランチラボや衛生検査所に業務委託する検体検査の品質・精度管理の基準を省令で定める旨を、医療法および臨床検査技師等に関する法律(臨検法)に定めることを提案した。

しかし、検体検査全体に法規制を設けることに反対する意見が相次いだ。全日病会長の西澤寛俊委員は、遺伝子関連検査に関する論点が検体検査全体に広がったことに苦言を呈した。厚労省は「意見を踏まえて、今回の提案が妥当であるかをもう一度整理したい」とした。

また、検体検査に関して厚労省は、分類が法律事項であるため、新たな検

査技術に柔軟かつ迅速に対応することが困難と指摘。検体検査の分類を「省令委任」とするとともに、分類に遺伝子関連検査を追加することも提案した。なお、検体検査には現状で、「微生物学的検査」「血清学的検査」「血液学的検査」「病理学的検査」「寄生虫学的検査」「生化学的検査」がある。

医療機関のウェブサイトについては、厚労省の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」(桐野高明座長)が9月に報告書をまとめている。厚労省は報告書を踏まえ、医療機関のウェブサイトへ虚偽・誇大な表示があれば、命令及び罰則を課することのできる医療法改正を提案した。ただし患者への情報提供の重要性に配慮し、これまで通り、医療法上の「広告」には含めないこととした。これらの取扱いに対し、異論は出なかった。



ビジョン検討会の位置づけで議論

そのほか、医療部会に関連する分野の検討状況が報告された。医療部会での十分な議論がないまま、重要な課題が他の検討会などで議論され、実質的に医療部会は報告を受けるだけになることへの不満の声があがった。

特に、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」が10月に発足し、「医師需給分科会」とは別に医療従事者の働き方を議論していることから、ビジョン検討会が、新たな医師需給推計の前提を決める可能性があることを懸念する意見が出た。西澤委員は、ビジョン検討会と医師需給分科会、その親会議である「医療従事者の需給に関する検討会」と、医療部会の関係を整理するよう、厚労省に要望した。

「先進医療Bとの違いがわからない」

中医協総会

患者申出療養に疑問

中医協(田辺国昭会長)は10月19日に総会を開き、厚生労働省から初の患者申出療養の実施について報告を受けた。委員からは、「先進医療Bとの違いがわかりにくい」との指摘があった。厚労省は中医協の意見を患者申出療養評価会議に伝え、今後の評価に活かすとした。また、基本問題小委員会で、2016年度診療報酬改定の影響調査の項目(2016年度)を了承したほか、調査実施小委員会で、医療経済実態調査の改善策を議論した。

初の患者申出療養は、患者申出療養評価会議で審査した上で、10月14日に告示された。療法の名称は「パクリタキセル腹腔内投与及び静脈内投与並びにS-1内服併用療養」。適応は「腹膜播種陽性または腹腔細胞診陽性の胃癌」で、実施医療機関は東京大学医学部附属病院である。

同病院が先進医療Bで実施する療法と同じだが、その適格基準から外れた患者が対象となった。東大病院は、研

究期間を1年、登録症例数を100例とする臨床計画を示した。先進医療Bの適格基準について、「症例」「年齢」「実施前に受けていた化学療法・胃切除術」などで、実質的に基準を緩めることで患者申出療養を実施する。ただ評価会議でも、「緩めすぎ」との指摘が出た。

中医協の議論では、「先進医療Bを緩めただけで違いがわからない」との意見が出た。また、「適格基準から外れた患者が治療を受ければ、重篤な副作用や予測外の死亡が増える可能性が高い。そうなれば先進医療Bの治療成績に影響し、結果的に保険収載が遅れることにならないか」との懸念も示された。

これらの指摘に対し、厚労省の迫井医療課長は、「先進医療との棲み分けは改めて整理する必要がある。中医協の議論は評価会議にフィードバックする」と回答。保険収載が遅れる懸念に対しては、「別物として評価するので直接には関係しない。新たな知見が得

られた場合は、総合的な評価を行う」と述べた。

医療・看護必要度で応酬

2016年度診療報酬改定の影響調査の項目は、入院医療等の調査・評価分科会(武藤正樹分科会長)がまとめたもので、入院医療に関する4項目がある。4項目は、◇一般病棟入院基本料等の「重症度、医療・看護必要度」基準◇地域包括ケア病棟入院料等の包括範囲◇療養病棟入院基本料等◇退院支援の医療機関の連携や在宅復帰率。

項目については了承を得たが「重症度、医療・看護必要度」に関し、支払側の委員が「2018年度改定でも重要な論点となる」と発言。これに対し診療側の委員は、「2回の改定で大幅に基準が変更され、現場は混乱している。重要な論点というのは言いすぎ」と反論した。

調査実施小委員会(野口晴子小委員長)では、診療報酬改定の参考とする



ため来年実施する医療経済実態調査の有効回答率の改善策などを議論した。2015年調査の有効回答率は病院が52.9%、診療所が52.6%。病院のうち、公的病院は71.3%だが、医療法人は47.7%と低くなる。非回答理由では、「多忙」「調査内容・項目が難しい」といった回答が多い。要望では「資産・負債・税金等を施設単位で算出するのが困難」との意見がある。

全日病副会長の猪口雄二委員は、「損益計算書の項目は施設単位で把握しやすいので、収益状況を調査するのであれば、損益計算書を中心にしてはどうか」と提案。精度が向上するとともに、医療機関の負担が緩和され、有効回答率があがるとした。また、「資産や負債、税金関係は不正確に施設単位で按分するより法人全体で把握すべき」との意見を述べた。

かかりつけ医以外受診の定額負担導入に反対続出

厚労省・医療保険部会

入院時居住費の患者負担は介護保険との整合性とり方向

社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)は、10月12日と26日に会合を開き、骨太方針や経済・財政再生計画で求められている医療保険制度の見直しをめぐる議論した。

10月12日の部会では、入院時居住費の患者負担の見直しについて議論した。骨太方針2015および経済・財政再生計画改革工程表は「医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化」と明記し、2016年末までの結論を求めている。

入院時居住費の負担については、介護保険施設における食費・居住費を給付外とする介護保険法改正(2005年10月施行)を受け、2006年10月より、療養病床に入院する65歳以上で医療区分Iの患者は、窓口負担とは別に、食費と居住費(光熱水費相当)の一定部分(標準負担額)を自己負担とする入院時生活療養費制度が導入されている。

この制度に関して厚労省は、標準負担額の居住費を現在の1日320円から介護保険と同様の370円に引き上げることを提案。あわせて、①現在負担を求めている医療区分II・IIIの居住費をどう考えるか、②65歳未満の入院患者をどう考えるか、③一般病床や精神病床の入院患者についてどう考えるか—を論点にあげて議論を求めた。

これに対し、多くの委員が「介護保険との整合性を図る」ことに賛成した。日本商工会議所や健保連の委員は医療区分II・IIIの患者にも居住費負担を求めるべきとしたが、連合および医療系の委員は異論を唱えた。

かかりつけ医の定義が不明確

10月26日の医療保険部会は、(1)かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担の導入、(2)スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険給付

率の引下げについて議論した。厚労省は(1)について、①定率負担に加えて定額負担を求めることの是非、②定額負担を求めるケースの範囲などの論点をあげた。

2016年度診療報酬改定で、「かかりつけ医の普及」を目指して、紹介状なしに大病院を受診した場合に定額を徴収する制度が導入されている。今回の案は「かかりつけ医以外を受診した場合に定率負担に加えて定額負担を求める」もので、例えば、「かかりつけ医とはなにを指すのか、老人患者等は診療科ごとに必要となるのか、かかりつけ医をもたない若い層はどうするのか」などの疑問が生じる。

この日の議論でも、多くの委員が「かかりつけ医の定義が不明確で、総合診療医の見通しが立たない現在、時期尚早ではないか」などの疑問を表明した。さらに、「定率負担に加えて定額負



担を求める」という点が「将来にわたって7割の給付を維持する」とした2002年健保法改正法附則と矛盾することから、ほとんどの委員が否定的な意見を述べた。

スイッチOTCの給付率引下げに対しても、「より高額な医薬品へのシフトが生じ、スイッチ化にブレーキがかかる」「7割給付の原則に反する」などの理由から多くの委員が反対を表明した。

原則として応能負担の考え方で臨むことを支持

厚労省・介護保険部会

軽度者の利用者負担引上げは反対が多数

介護保険制度の改正に向けて議論している社会保障審議会・介護保険部会(遠藤久夫部会長)は10月19日、「利用者負担のあり方」と「費用負担(総報酬制)」について議論した。このうち「利用者負担」について厚生労働省は、①現在の2割負担の対象拡大さらには3割負担の導入、②軽度者の利用者負担の引上げを提案した。また、高額介護サービス費の自己負担限度額について、一般区分の負担上限額(37,200円)を44,400円に引き上げることに検討を求めた。

介護保険の利用者負担は、制度発足以来1割だったが、2014年の改正で、一定以上所得のある者に2割負担が導入されている。骨太方針2015と経済・財政再生アクション・プログラム(2015年12月)は、利用者負担のさらなる見直しを要請し、年末までに結論を出すことを求めた。また、10月4日の財政制度分科会は、軽度者の利用者負担割合の引上げを提案した。

介護保険部会の議論では、ほとんどの委員が「原則として応能負担の考え方で臨む」ことを支持したが、各論で

は主張が分かれた。

利用者負担割合に関して経団連と商工会議所の委員は、「2割の対象拡大には賛成」と述べるなど、負担割合の引上げを支持した。なかには、区分支給限度額の引下げあるいは「区分支給限度額に標準プランを設け、その範囲なら1割、上回ったら2割とする」などの案を提案する委員もいた。これに対して、連合と利用者側の委員は利用者負担の引上げに反対した。

一方、「軽度者の利用者負担割合を引き上げる」案は、多くの委員が明確



に反対した。

このほか厚労省は、高額介護サービス費における一般区分の負担上限額を44,400円に引き上げることを提案したが、賛否が分かれた。2割負担導入の影響が十分に検証されていないとして、負担増が頻回に実施されることを懸念して反対する意見があった一方で、医療保険との整合性をとる観点から引上げに賛成する意見があった。

厚労省が働き方ビジョン検討会にたたき台示す

厚生労働省は10月25日の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」(渋谷健司座長)に議論のたたき台を示した。患者にとっての価値を重視する視点から、「医療従事者の養成過程や資格取得後

のキャリアが、目指す姿に対応できているか」を課題とした。

たたき台は、患者にとっての価値やキャリアデザイン、生産性、経済活力への貢献、地域生活などを論点として、それぞれの課題を示している。生産性

や経済活力への貢献では、ICTやAI(人工知能)などを最大限活用するなど、科学技術が医師の働き方に与える影響を考慮する。一方、医療機関において、労務管理のマネジメントを確立することも課題としている。

厚生労働省は、ビジョン検討会がまとめる予定の「働き方ビジョン」が医師需給推計に与える影響として、医師の供給を増やす方向で作用する要因と、反対の方向に作用する要因があるとしている。今後はヒアリングを実施し、年内に中間報告をまとめる予定だ。

続報・全日本病院学会 in 熊本 10月8～9日に熊本で開かれた全日病学会の続報として、委員会企画の内容を本号と次号で紹介し

地域医療連携推進法人を視野に病院経営を展望

医業経営・税制委員会企画

地域医療連携推進法人の来年度の施行に向けて準備が進められているが、すでに複数の医療機関が設立に向けて動いており、その動向が注目される。医業経営・税制委員会(中村康彦委員長)の企画は、地域医療連携推進法人の設立をテーマにとりあげた。厚生労働省医政局医療経営支援課の佐藤美幸課長が、推進法人の概要と施行に向けた準備状況を説明したほか、恵寿総合病院の神野正博理事長(全日病副会長)と金田病院の金田道弘理事長が、推進法人への参加をにらんだ病院の経営戦略を語った。

地域医療連携推進法人は、地域医療構想を達成するための選択肢の一つ。医療法人など複数の非営利法人が、社員として参加し、統一的な医療連携推進方針のもと、ヒト・モノ・カネの一体的な運営を行う仕組み。佐藤課長は、

「どの分野で連携するかは各推進法人に任されており、例えば電子カルテの運用だけの連携も考えられる」と述べた。

法人化のメリットの一つに、「病床融通」がある。病床過剰地域では、地域全体の病床数が増加しない場合でも、病床融通が認められないが、推進法人の参加法人間では、都道府県知事に認められれば病床融通が可能だ。また、推進法人から参加法人へ資金貸付ができる。そのほか、参加法人同士の患者紹介・逆紹介、検査、転院などでのスムーズな連携や医薬品や医療機器の共同購入、医師の配置などの効果も期待できる。

佐藤課長は、「制度ができる以上、それを有効に活用してほしい。『競争』ではなく、『協調』の手段として、お互いがウィン・ウィンの関係になることを期待する」と述べた。

神野理事長は、米国のIHN(統合ヘルスケアネットワーク)を参考に、今後の病院の経営戦略として、「統合」がキーワードになることを強調した。統合の範囲は、医療・介護だけでなく、介護予防や生活支援に関連する周辺産業も含まれる。健康づくりまでひろげれば、医療保険者も関わる。「様々なサービスを提供する主体を『二次医療圏単位で統合する一つの手段として、地域医療連携推進法人がある』と、神野理事長は展望した。

魅力的な選択肢だが、現状で問題点もある。一つは、定款で別段の定めが可能だが、議決権が1法人1票であること。組織のガバナンスを働かせるには、指揮命令系統が明確である必要がある。しかし権限が同じでは、主導的な法人が連携に慎重になる可能性がある。神野理事長は「メリットがどれだ



け出せるかを検討している」と述べた。

金田理事長は、人口減少社会という脅威に対し、「医療機関同士が協力して生き残り策を考えなければならない」と強調。「田舎の中小病院の実情」として、「医師不足・看護師不足・患者不足が病床過剰を招き、病床利用率が低下。経営危機が現実のものとなっている」と語った。

これまで「競争」してきた近隣の病院と「協調」に向けた取組みを始め、ついに昨年、連携して協力する協定を結んだ。金田理事長はその経緯を踏まえ、地域医療連携推進法人の設立を視野に入れて検討を進めていることを報告した。

これからどうなる看護師特定行為研修

看護師特定行為研修検討プロジェクト委員会企画

看護師特定行為研修検討プロジェクト委員会(神野正博委員長)の企画は、「これからどうなる看護師特定行為研修」をテーマに議論した。

2014年の医療介護総合確保法により、特定行為に係る看護師の研修制度が創設され、昨年10月に施行された。同制度は、医師の判断を待たずに手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成・確保することが目的。厚生労働省は、2025年に向けて10万人の養成を目標としている。そのための研修を行う指定研修機関は、8月時点で28施設となった。座長の神野正博副会長は、「どういう戦略で増やしていくか」と問題提起して、討論に入った。

厚生労働省医政局看護課の岩澤和子課長が、特定行為研修の概要を説明。現在、手順書に基づいて実施する行為

として、脱水時の点滴など38の行為が定められ、それぞれに研修内容が定められている。

手順書により特定行為を行う看護師は、厚生労働大臣が指定する指定研修機関で研修を受けることが義務付けられている。研修は、共通科目と区分別科目に分かれ、それぞれ講義と演習・実習で構成される。

手順書は、医師による事前の包括的指示で、6つの内容を盛り込むことになっている(対象の患者、患者の病状の範囲、診療の補助の内容、特定行為を行う時に確認すべき事項、医師等との連絡体制、報告の方法)。「どこまで書き込むかは看護師のレベルに応じて異なるので、医療機関で十分に話し合っ決めてもらいたい」と岩澤課長。「患者の病態を的確に判断できる看護

師が必要であり、研修を活用してほしい」と呼びかけた。

続いて上尾中央総合病院看護担当特任副院長の工藤潤氏が、指定研修機関の指定を受けた経験をもとに運営上の課題を報告した。同病院は、昨年10月に民間病院として初の指定を受けて研修をスタート。この9月に7人の修了生を出した。「カリキュラムの作成に時間を要した。とくに臨床推論は重要な科目」と工藤氏。研修実施上の課題として、実習症例の確保が難しいことをあげた。

コメンテーターの美原盤副会長は、美原記念病院が群馬県で最初の指定研修機関の指定を受けたことを報告。「在宅医療が推進される中で、訪問看護の現場で特定行為を行う看護師が必要になる。地域医療のために育成する必要



がある」と述べ、近隣の病院と協力して研修管理委員会を設置したことを報告した。

同委員会特別委員の池上直己・聖路加国際大学特任教授は、特定行為を行う看護師を増やすためには経済的保障が必要と指摘。「特定行為を行うことについて何らかの加算があってもいい」として検討を求めた。

同じく特別委員の江村正・佐賀大学医学部准教授は、「手順書をつくる段階で様々な職種が関与するので、職種間連携に役立つ」とコメント。教育ツールとして活用することを提案した。

医療事故調査制度の概要と対応の問題

医療の質向上委員会企画

医療事故調査制度(以下、本制度)成立後2年半、施行後1年が経過したが、医療関係者の理解は十分ではない。また、対応が悪い団体や病院があるという、患者・遺族、マスコミ、政治家等の指摘が多く、本年6月には極めて厳しい見直しが予想された。しかし、改正は最小限であった。

本企画の目的は、本制度の立法の趣旨・概要と対応の問題を提示し、適切に理解していただくことである。

医療事故調査制度の概要と対応の問題(飯田修平)

本制度成立に向けた検討の経緯を解説した。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」報告書(2013.5)に基づいて、本制度が成立し(2014.6)、2年後に見直された(2016.6)が、医療法施行規則改正は最小限であった。医療事故調査と事故対応、原因究明・再発防止と責任追及・補償・納得の混同等運用の問題がある。そして、制度の理解が不十分であるために事故報告が適切でない場合が少なくない。その要因は、複数団体

の指針が、法令の趣旨とは異なる、とくに、「医療に起因する」と「予期しない」の判断に関する解釈である。本委員会開催の研修会への参加、『院内医療事故調査の指針』、DVD等を参考に、適切に対応していただきたい。

医療事故調査制度の位置づけと諸外国の状況(長谷川友紀)

医療事故の問題はほぼ同時期(1990年代)に世界中を席卷したことを、医療事故報道件数の推移のグラフで示した。日本においては、1999年の横浜市立大学病院事件と都立広尾病院事件である。政府の役割として、安全確保体制の構築に向けて、医療事故情報の収集と分析、報告制度、安全担当者養成等種々の施策をとってきた。2014年医療事故調査制度を制定し、院内医療事故調査を義務付け、その組織と手法に一定のルールを設けた。

医療は安全かといえば、歴史的には必ずしも安全とは言えなかった。麻酔法、感染対策(消毒法、抗菌剤)、輸血等の進歩により安全確保が進んだ。病院のマネジメントシステムの構築が

医療の質向上委員会委員長 飯田修平

重要である。

医療安全に対する各関係者の考え方の違いが鮮明になった。本制度への非協力的態度は、メディア等の批判にさらされ、事故報告が強制化され、遺族からの届け出、報告書交付義務も検討されるにいたった。

医療事故調査報告制度～病院管理者の立場から～(永井庸次)

医療安全における病院管理者の役割と、安全管理者・リスク管理者の役割の違いを解説した。ひたちなか総合病院の実態を報告した。死亡事例については、診療情報管理士が、心肺停止、急変、30日以内の再入院等の項目をチェックし医療安全管理室に報告する経路と、各部署が医療安全管理室に報告する経路がある。

医療事故が発生した場合には、上記報告を受けて、院長が判断し、臨時的院内医療事故調査委員会を設置する。委員長は医療安全管理センター長(副院長)であり、支援団体である全日病に外部委員を依頼する。院内医療事故調査委員会は医療安全専従者を中心に



事情聴取し、必要があれば遺族にも聴取する。原因究明・再発防止が目的であり、責任追及ではない。医療事故調査と並行して、遺族への説明・対応、当事者への対応が必要である。信頼関係の醸成が重要である。複数施設にまたがる事例の対応が課題である。

医療の質向上・安全確保のためには、固有技術と管理技術の両方が重要であり、プロセス(工程)で質を作りこむ、TQM(総合的質経営)を達成できる基盤づくりが必要である。

患者、遺族、国民の信頼を得るためには、組織を挙げて、質向上による、安全確保の努力が必須である。本制度への適切な対応が求められる。

第3期がん対策推進基本計画の目標設定をめぐる議論

厚労省・がん対策推進協議会

厚生労働省のがん対策推進協議会(門田守人会長)は10月26日、第3期のがん対策推進基本計画の目標設定について協議した。第3期計画は、2017~2021年の5年間の計画期間として、来年6月の閣議決定を目指している。

第2期のがん対策推進基本計画は、75歳未満のがんの年齢調整死亡率を2005年の92.4%から20%減少させることを全体目標としているが、2013年の死亡率は80.1%で、目標達成は困難な状況となっている。

参考人として意見を述べた国立がん研究センターがん対策情報センターの若尾文彦センター長は、目標設定の考え方について発言。がん全体の目標設定では不十分との見方を示し、がん種別ごとの罹患率、3年または5年生存率を評価するとともに、喫煙率や検診の受診率などで達成状況を評価することを提案した。

また、米国では、部位別死亡率や罹患率をはじめ多彩な目標値を設定していることや、イギリスでは生存率をは

じめとする各論的な目標値を設定していることを紹介した。

若尾氏は、2016年に全国がん登録制度がスタートし、データ集計が迅速化したことから、第3期計画では、がん種別ごとの生存率を評価できる可能性がある」と指摘した。

そのほか、患者体験の調査を行うことを提案した。患者体験調査は、がんの診断・治療、その後の体験を患者に聞くもので、がん患者の治療満足度の向上に活かすことがねらいだ。



目標設定に関する若尾氏の提案に対し、東京大学放射線科の中川恵一委員は「がん種別ごとに対策は異なるので、がん種ごとに目標を設定すべき」と賛成した。

入院時の患者負担引上げに反対

四病協 医療財源で今後主張することを確認

四病院団体協議会は10月26日に総合部会を開き、最近の医療政策を協議。入院時の光熱水費の引上げなど、政府が患者負担を増やす方向で議論を進めていることに対し、反対する姿勢で一致した。また、次期診療報酬改定に向けて、医療費の財源に関して病院団体として主張する必要があるとの認識を共有した。具体的な内容については今後詰める。

政府は来年度予算編成で、社会保障費の自然増を5,000億円程度に抑制す

るため、患者負担の引上げを検討している。入院時の患者負担については、今年度から食事代の段階的な引上げが実施され、今回は入院時の光熱水費の負担引上げが議論されている。度重なる患者負担増に対し、入院の費用は基本的に医療の一環であるとして、四病協として賛成はできないとした。

消費税10%への引上げが延期され、財源不足から次期診療報酬改定について厳しい見方があることから、財源問題を含めて、四病協として何らかの主

張が必要との認識で一致した。ただ、具体策は今後各団体に詰める。

厚労省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」の「意見の整理」に対しては、地域医療構想調整会議の進め方の記述に関し「修正後も公的病院中心の考えが残っている」との意見が出た。同WGでは、同様の視点から様々な修正を施し「意見の整理」にまとめた。しかし四病協では修正後も、全体の文章から同じ考えがにじみ出ているとの指摘があった。このため、さらに

文言を見直して、官民区別なく取り扱うことを明確にする方向で働きかける。

社会保障審議会・医療部会の報告では、厚労省が、遺伝子関連検査の品質・精度管理が課題になっているにも関わらず、検体検査全体の法規制を提案したことが議論になった。現状でも、医療機関には病院機能評価など、一定の水準を担保する仕組みがある。このため、一律の法規制に対しては反対する姿勢だ。

介護療養病床と医療療養病床25対1の受け皿については、一般病床も新たな施設に移行できるよう求めることで一致した。記者会見した堺常雄議長(日本病院会会長)は13対1、15対1の一般病床を念頭に、「門戸は閉じないでほしい」と述べた。

最適使用推進GLは医学的な根拠に基づく策定求める

日病協 医療保険部会に急性期病院の委員を

日本病院団体協議会は11月2日に代表者会議を開き、中医協や社会保障審議会の状況などについて意見交換した。中医協で議論が続く高額薬剤への対応では、最適使用推進ガイドラインについて、医療費抑制の観点ではなく、医学的な根拠に基づき策定するように求めることで一致した。また、社保審・医療保険部会に、急性期病院を代表する委員が加わることを、厚生労働省に要望することを決めた。

高額薬剤への対応で中医協は、①オプジーボ(小野薬品工業)の特例引下げ②最適使用推進ガイドライン(GL)の策定③薬価制度全般の見直しにより、医療費の伸びを抑えることを検討している。GLについては、学会と医薬品医療機器総合機構(PMDA)が策定するが、留意事項通知の段階では、医療保険上の観点から修正する方向だ。

しかし日病協では、「あくまで医学的な根拠に基づくガイドラインにすべ

き」との考えで一致した。神野正博議長(全日病副会長)は会見で、医療保険財政上の観点で使用制限を設ければ、「自由診療や保険外併用療養費での使用を希望する患者が出てきて、実質的に混合診療の拡大になりかねない」との懸念を示した。

また、社会保障審議会・医療保険部会が高額療養費や入院時の居住費の患者負担見直しを議論しているが、特に、高額療養費は急性期病院に入院する患



者が利用する機会が多いとして、病院団体の代表と密接に連携していくことを確認することとした。

■ 現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
第1回 病院職員のための認知症研修会(ユマニチュード入門研修会) (120名)	2017年 1月14日(土) 13:00~18:00 1月15日(日) 9:00~15:00 【全日病会議室】	34,560円(43,200円)(税込) ※資料代、昼食代等を含みます。	認知症の方への対応メソッドである「ユマニチュード」をテーマとした研修会。医師、看護職員、リハビリ職員等が対象で、同一施設から複数名の参加が効果的。研修に2日間通して参加した方には「受講証」を発行します。なお、本研修は「認知症ケア加算2」対応研修ではないことにご注意ください。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> **メディカル クラーク®**

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 7,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- <実技I> 患者接遇
- <学 科> 医療事務知識
- <実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

<称号> **医事業務管理士®**

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 8,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- <実技I> 患者接遇・院内コミュニケーション
- <学 科> 医事業務管理知識
- <実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

<称号> **ドクターズクラーク®**

【主催】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 日本医療教育財団
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 9,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- <学 科> 医師事務作業補助基礎知識
- <実 技> 医療文書作成

- 試験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。

一般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923
TEL 03(3294)6624 <http://www.jme.or.jp>