

〔平成20年9月4日(木)〕
10時00分～12時00分
厚生労働省議室

第6回

社会保障審議会医療部会

1. 産科医療補償制度
2. 「安心と希望の医療確保ビジョン」報告書
3. 平成21年度概算要求の概要(厚生労働省医政局)
4. 医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案
5. 「救急医療の今後のあり方に関する検討会」中間とりまとめ
6. 「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」中間とりまとめ

(配付資料)

- 資料 1 産科医療補償制度
- 資料 2 「安心と希望の医療確保ビジョン」報告書
- 資料 3 平成21年度概算要求の概要(厚生労働省医政局)
- 資料 4-1 医療死亡事故の調査等に関する新しい仕組みのイメージ(案)
- 資料 4-2 医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案
- 資料 4-3 医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案ー第三次試案ー
- 資料 4-4 第三次試案に寄せられた主な意見と大綱案のポイント
- 資料 5 「救急医療の今後のあり方に関する検討会」中間とりまとめ
- 資料 6 「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」中間とりまとめ

(参考資料)

- 参考資料1 熊坂委員提出資料
- 参考資料2 佐伯委員提出資料

産科医療補償制度創設に向けたこれまでの取組状況

1. 医療紛争処理のあり方検討会（自由民主党政務調査会）
 - (1) 平成18年9月7日から11月17日までに6回開催
○主に関係者からのヒアリング
 - (2) 平成18年11月29日（第7回）
○「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」を公表
○公明党「医療事故に係る無過失補償制度とADRに関する検討ワーキングチーム」においても同様の結論
2. 産科医療補償制度運営組織準備委員会（(財)日本医療機能評価機構）
 - (1) 平成19年 2月19日
○「産科無過失補償制度創設事業」の委託契約を締結
 - (2) 平成19年 2月23日から12月19日までに11回開催
○関係者からのヒアリング及び補償制度の内容について検討
 - (3) 準備委員会に産科医療補償制度に関する調査専門委員会を設置し、平成19年 4月13日から11月16日までに5回開催
○脳性麻痺発生状況の調査、補償対象基準等を検討
 - (4) 平成20年 1月23日（第12回）
○報告書のとりまとめ

産科医療補償制度の概要（平成21年1月1日～）

補償の仕組み

- 分娩機関と妊産婦との契約に基づいて、通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった者に補償金を支払う。
- 分娩機関は、補償金の支払いによる損害を担保するため、運営組織が契約者となる損害保険に加入する。

補償対象

(※ 対象者推計数：年間概ね500～800人)

- 通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった場合とする。
 - ・ 出生体重2,000g以上 かつ 在胎週数33週以上 ・ 身体障害者等級1・2級相当の重症者
 - ・ 先天性要因等の除外基準に該当するものを除く
- 出生体重・在胎週数の基準を下回る場合でも、在胎週数28週以上の者については、個別審査

補償金額

3,000万円(一時金：600万円＋分割金：2,400万円(20年間))

保険料(掛金)

一分娩当たり 30,000円

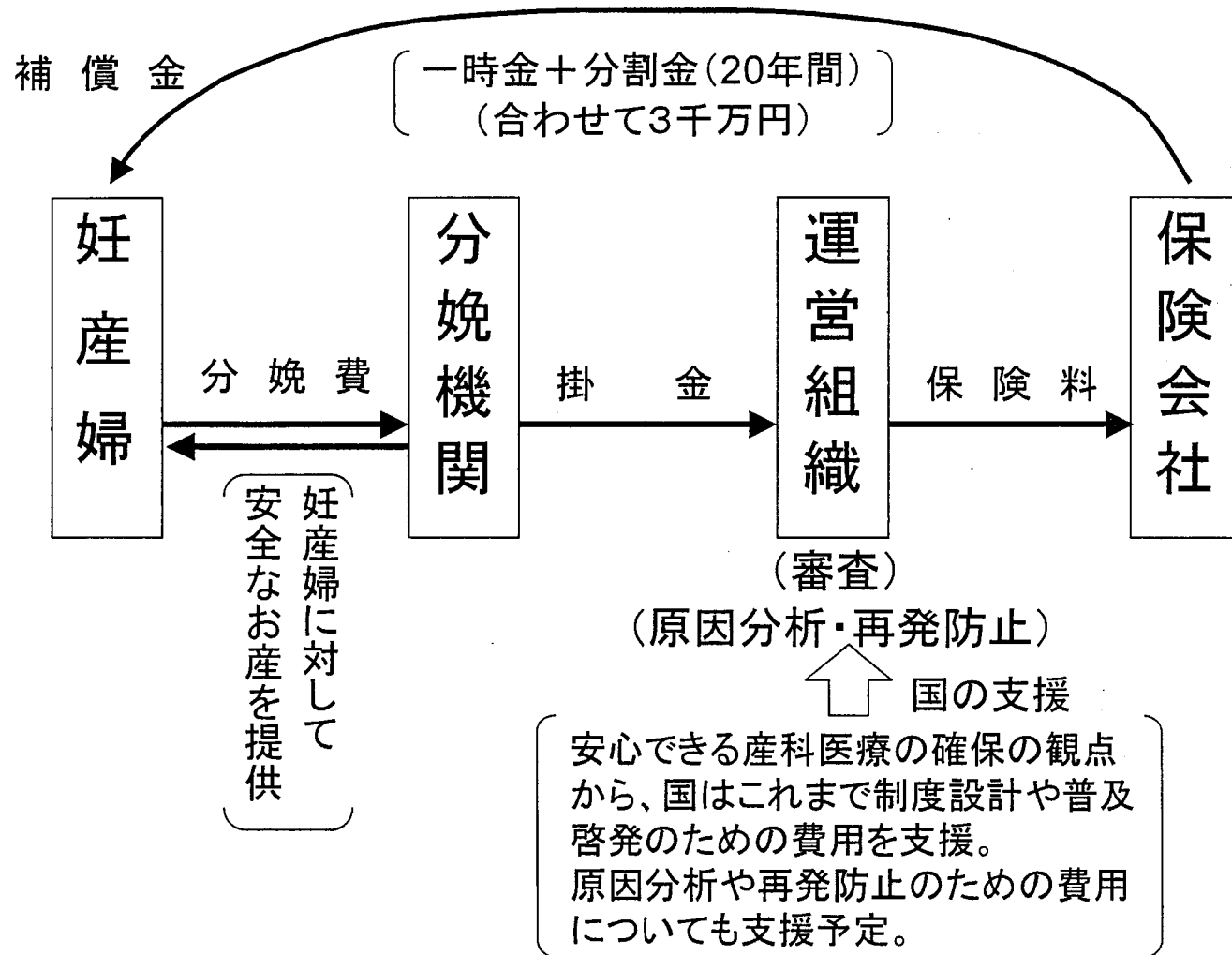
加入促進策

- 都道府県がHP等を通じて行う医療機能に関する情報提供の項目に本制度の加入状況を追加
- 医療機関が広告できる項目に本制度加入を追加
- (財)日本医療機能評価機構のHPを通じて加入分娩機関を公表

その他

- 紛争の防止・早期解決のために、医学的観点から事例を分析し、結果を両当事者にフィードバック
- 原因分析された各事例の公開により、同種の医療事故の再発防止等を図る。
- 遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し、適宜必要な見直しを行う。

産科医療補償制度の概要



産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書 概要

1. 基本的な考え方

- 平成18年11月に自民党・医療紛争処理のあり方検討会においてとりまとめられた「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」に沿って、本制度創設に向けた検討を行った。
- 分娩に係る医療事故（過誤を伴う事故および過誤を伴わない事故の両方を含む。）により脳性麻痺となった児およびその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ることを目的とする。
- 産科医療の崩壊を一刻も早く阻止する観点から、民間の損害保険を活用して早急な立ち上げを図る。
- 制度未加入の分娩機関で出生した児は補償対象とならないため、原則としてすべての分娩機関が本制度に加入する必要がある。

2. 補償

- 分娩機関と妊産婦との間で取り交わした補償契約にもとづいて、当該分娩機関から当該児に補償金を支払う。分娩機関は補償金を支払うことによって被る損害を担保するため、運営組織が契約者となる損害保険に加入する。
- 国は補償内容について標準約款で公示し、各分娩機関はこれに即して補償約款を定める。
- 補償の対象は、通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった場合とし、原則として出生体重2,000g以上かつ在胎週数33週以上で、身体障害者等級1・2級相当の重症者とする。ただし、先天性要因等の除外基準に該当するものを除く。
- 出生体重・在胎週数の基準を下回る場合でも、在胎週数28週以上の児については、分娩に係る医療事故に該当するか否かという観点から個別審査を行う。
- 補償対象者数は概ね500～800人と見込まれるが、制度設計に際しては、この推計数が地域性のある、かつ、限定された範囲のデータにもとづくことなどを踏まえ、慎重に検討する必要がある。
- 補償金の支払い方法は、看護・介護費用の一助という観点からは年金方式が望ましいが、生存曲線に関するデータ不足等から商品化が極めて困難であるため、給付総額を予め定めた一時金＋分割金方式を提言する。
- 補償水準は一時金として数百万円、分割金として総額2千万円程度を目処とし、分割金は原則として20年間、児の生存・死亡を問わず支給する。

- 補償申請者は分娩機関であり、申請の期間は原則として生後1年以降、児の満5歳の誕生日までとする。
- 補償対象か否かは運営組織が一元的に審査する。具体的には、医学的専門知識を有する産科医等による書類審査の結果を受けて「審査委員会」が最終決定を行う。
- 分娩機関に損害賠償責任がある場合は、本制度から支払われる補償金と損害賠償金が二重給付されることを防止するために調整を行う。

3. 原因分析・再発防止

- 紛争の防止・早期解決のために、運営組織が委嘱した産科医が医学的観点から事例の分析を行い、その結果を運営組織に設置する産科医、助産師および学識経験者等を中心に構成される「原因分析委員会」において最終確認のうえ、分娩機関と児・家族にフィードバックする。
- 運営組織に「再発防止委員会」を設置し、原因分析された個々の事例情報を体系的に整理・蓄積し、広く社会に公開することにより、将来の同種の医療事故の再発防止等、産科医療の質の向上を図る。

4. 運営組織

- 運営組織は、本制度の各種業務を円滑かつ全国的に行う能力を有しており、営利を目的としない公正で中立的な組織であることが必要である。

5. 制度創設時期および見直し

- 本制度は平成20年度内の創設を目指す。なお、制度発足時は収支が破綻しないよう余裕を持った設計とし、遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し、適宜必要な見直しを行う。

6. 広報

- 運営組織、国や地方公共団体および関係団体等は連携し、積極的な広報活動を行うことが重要である。

7. 国の支援および連携

- 国が本制度に対し、出産育児一時金の適宜引き上げ、標準約款の公示、費用の支援、加入率を高めるための施策の実施等の様々な支援を行うことが不可欠である。

産科医療補償制度運営組織準備委員会 委員名簿

- | | |
|-----------|------------------------|
| ◎ 近 藤 純五郎 | 近藤社会保障法律事務所 |
| ○ 河 北 博 文 | 日本医療機能評価機構 理事 |
| 飯 田 修 平 | 全日本病院協会 常任理事 |
| 石 井 雅 実 | (株)損害保険ジャパン 取締役常務執行役員 |
| 伊 藤 雅 治 | 全国社会保険協会連合会 理事長 |
| 大 井 利 夫 | 日本病院会 副会長 |
| 岡 本 喜代子 | 日本助産師会 副会長 |
| 勝 村 久 司 | 連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 |
| 加 藤 尚 武 | 京都大学名誉教授 |
| 木 下 勝 之 | 日本医師会 常任理事 |
| 行 天 良 雄 | 医事評論家 |
| 五阿弥 宏 安 | 読売新聞東京本社 編集局次長 |
| 小 林 廉 毅 | 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学 教授 |
| 鈴 木 利 廣 | すずかけ法律事務所 |
| 高 久 史 麿 | 日本医学会 会長 |
| 竹 嶋 康 弘 | 日本医師会 副会長 |
| 野 田 愛 子 | 野田・相原・石黒法律事務所 |
| 保 科 清 | 日本小児科医会 会長 |
| 宮 澤 潤 | 宮澤 潤法律事務所 |
| 八 木 孝 | 東京海上日動火災保険(株) 常務取締役 |
| 山 口 光 哉 | 元公務員共済立川病院 診療部長 |

◎ 委員長、○委員長代理 (委員の記載は五十音順)

産科医療における無過失補償制度の枠組みについて

平成 18 年 11 月 29 日
自由民主党政務調査会
社会保障制度調査会
医療紛争処理のあり方検討会

1 趣旨

- 分娩時の医療事故では、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争われる傾向があり、このような紛争が多いことが産科医不足の理由の一つ。
- このため、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、
 - 1) 分娩に係る医療事故により障害等が生じた患者に対して救済し、
 - 2) 紛争の早期解決を図るとともに、
 - 3) 事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る仕組みを創設。

2 制度の運営主体

- 日本医師会との連携の下、「運営組織」を設置。
- 運営組織が、補償対象かの審査や事故原因の分析を実施。

3 制度の加入者

- 医療機関や助産所単位で加入。

4 保険料の負担と、これに伴う分娩費用の上昇した場合の対応

- 医療機関や助産所が、運営組織を通じて保険会社に保険料を支払う。
- 保険料の負担に伴い分娩費用が上昇した場合は、出産育児一時金での対応を検討。
- 保険料の支払いについては、医療機関や助産所にとって加入しやすいものとするため、関係者の合意により、出産育児一時金の受取代理の仕組みを活用する。

5 補償の対象者

- 補償の対象は、通常の妊娠・分娩にもかかわらず、脳性麻痺となった場合とする。なお、通常の分娩の定義や障害の程度、対象者の発生件数の調査など制度の詳細な仕組みについては、事務的に検討。

6 補償の額等

- 補償額については、保険料額や発生件数等を見込んで適切に設定。
- 現段階では、〇千万円前後を想定。

7 審査及び過失責任との関係

- 運営組織が、給付対象であるかどうかの審査を行うとともに、事故原因の分析を実施。
- 事故原因等については、再発防止の観点から情報公開。
- 過失が認められた場合には、医師賠償責任保険等に求償。

8 国の支援

- 産科医の確保や事故原因の分析を通じて安心できる産科医療が確保され、ひいては、少子化対策にも資することから、国は制度設計や事務に要する費用の支援を検討。

9 その他

- この制度は、喫緊の課題である産科医療についての補償制度の枠組みではあるが、今後、医療事故に係る届出の在り方、原因究明、紛争処理及び補償の在り方についても具体化に向けた検討を進める。

安心と希望の医療確保ビジョン

資料2

- 平成18年度の医療制度改革以後、医師不足や救急医療に対する不安など、医療に関する様々な問題が指摘。
- こうした問題に対し、将来を見据えた改革が必要であるため、あるべき医療の姿を示す「安心と希望の医療確保ビジョン」の策定に向け、平成20年1月から厚生労働大臣の下で検討を開始し、10回にわたる議論を経て、平成20年6月18日にとりまとめを行った。

※ 厚生労働大臣の下に、副大臣、大臣政務官及び有識者によるアドバイザリーボードを設置。
アドバイザリーボード(敬称略): 辻本好子(NPO法人ささえあい医療人権センターCOML(コムル)理事長
野中博(野中医院院長)、矢崎義雄(国立病院機構理事長)

I. はじめに

- 現場地域のイニシアチブを第一とする ○改革努力を怠らない
- 医療従事者のみならず、患者・家族等国民がみんなで医療を支えることが必要

II. 具体的な政策 ～3本柱～

①医療従事者の数と役割

医師数の増加(H9年閣議決定の見直し)、医師の勤務環境の改善(女性医師の離職防止・復職支援)、診療科のバランスの改善等(産科・小児科等の増員方策の検討、麻酔科標榜の規制緩和)、職種間の協働・チーム医療の充実 等

②地域で支える医療の推進

救急医療の改善策の推進(量的・質的な充実、地域全体でのトリアージ、夜間・救急利用の適正化)、「地域完結型医療」の推進(医療計画に基づく医療連携体制の推進(地域連携クリティカルパス)、診療所機能の強化)、在宅医療の推進、地域医療の充実・遠隔医療の推進 等

③医療従事者と患者・家族の協働の推進

相互理解の必要性、医療の公共性に関する認識、患者や家族の医療に関する理解の支援 等

III. 医療のこれからの方向性

- 「治す医療」から「治し支える医療」へ

安心と希望の医療確保ビジョン

平成20年6月
厚生労働省

1. はじめに

医療を取り巻く環境が、少子高齢化の進展や医療技術の高度化等により大きく変化している中で、医療サービスの質を向上させるとともに、その量も増やしてほしいという国民の声も強く、また医療従事者の側からも、厳しい勤務環境に関し改善を求める声は高いものがある。国民の医療に対する安心を確保し、将来にわたり質の高い医療サービスが受けられるよう、医療従事者を含めた国民の声にきちんと耳を傾け、多様な意見を集約して政策に反映させていくという現場重視の姿勢を貫きながら、次の原則に沿って、これからも引きつづき医療制度の改革を行っていく。

- 政府・厚生労働省の権限を拡大せず、現場・地域のイニシアチブを第一とする。

医療現場の医師・看護師等の医療従事者から、自ずから上がってきた多様な意見を集約して政策とするという、現場重視の方針を貫く。

- 改革努力を怠らない。

ビジョンを示した後も、無駄を省く努力を怠らない。例えば、規制撤廃により医療費を削減できる場合は、安全性を確保しつつ、積極的に規制撤廃を推進する。

一方、一定の医療資源の中で質の高い医療サービスを今後とも実現していくためには、国民も、地域医療を自ら支え・守るものであると意識を改革し、医療従事者と連携・協働することが重要となっている。

とりわけ医師数については、現状では総数が不足しているという認識の下で対策を行う必要があるが、単に医師数を増やすのみで課題が解決するものではなく、医療従事者のみならず、患者・家族等国民がみんなで医療を支えていく姿勢が求められる。

また基本的な制度設計を担う国と、現場に直接向き合う地方自治体が、各々その責任を的確に果たすという視点が重要である。

医療制度の改革を進める上では、将来をしっかりと見据えた長期的なビジョンを持ち、現場の声を聞きながら政策の立案や推進を行うことが必要であり、「安心と希望の医療確保ビジョン」を示し改革を進めていく。

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき行われるものであり、治療（「治す」）のみならず、疾病の予防のための措置やリハビリテーションも含め、人々の生活を「支える」かけがえのない営みであるが、ビジョンを示すことで、患者や家族等、あるいは医師をはじめとした医療従事者、また医療従事者になることを志す人々を含めた国民各位が、将来にわたり医療に関する安心と希望を抱くことを期待する。

なお、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つたテーマもあることを付記するとともに、このビジョンで示した施策を実現するため、今後の具体的な取組の中で、無駄を省くための改革努力を引き続き行いながら、必要な財源の確保を図っていくことが必要である。

「安心と希望の医療確保」のための3本柱

1. 医療従事者等の数と役割
2. 地域で支える医療の推進
3. 医療従事者と患者・家族の協働の推進

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

ア. 医師養成数の増加

「医師の需給に関する検討会報告書」（平成18年7月）では、2004年の医師数について、医師の勤務時間の現状とあるべき姿とのギャップを「不足医師量」とすると、2004年においては9000人が不足し、将来的には2022年に需給が均衡するとされている。

一方、医師の需給については、様々な要因が関係しており、医師不足問題に対し主に医学部の定員増で対応した場合、効果が現れるまでに長期間かかるため、同時に短期的な施策の検討も必要である。現状において、医師の勤務状況は過重となっており、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。

医学部の定員については、平成9年6月3日の閣議決定「財政構造改革の推進について」における、「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。」とされていたが、既に、「新医師確保総合対策」（平成18年）と「緊急医師確保対策」（平成19年）によって医師養成の前倒しという方針の下で最大395名の増員が可能となっている。さらに、今回、現下の医師不足の状況にかんがみ、従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加させる。

イ. コメディカル雇用数の増加

患者・家族にとって最適の医療を効率的に提供する観点から、今後、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、個々の現場でそうした役割分担を進めるための十分な人員を確保できるよう、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。

ウ. 総合的な診療能力を持つ医師の育成

医師の専門分化が進む中、内科、小児科、救急から末期がん、認知症、看取りまで患者の全身の状態を踏まえた診療を行う観点から、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。

エ. 臨床研修制度の見直し

平成16年に必修化された現在の臨床研修制度については、これまでの実施状況を踏まえ、医師不足問題がより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するとともに卒前教育や専門医制度との連携を深める。また、臨床研修病院等における研修の見直しなどを行いつつ、研修医の受入れ数の適正化を図る。

オ. 歯科医師の養成

歯科医師については、適正な需給について検討し、文部科学省との連携の下に必要な対策を講じる。併せて、将来の歯科医師の活用策について検討する。

(2) 医師の勤務環境の改善

ア. 女性医師の離職防止・復職支援

医師国家試験合格者における女性の増加に伴い、女性医師の割合が上昇している中、女性医師対策は、医師不足対策において最重要

の課題である。特に産科、小児科といった医師不足問題が強く意識されている診療科の若手医師には女性が多く、こうした女性医師の離職防止、出産・育児等と勤務との両立を安心して行うことができる環境の整備は喫緊の課題である。このため、女性医師の就業率を高め、医療分野が男女共同参画のモデルとなるよう早急に対策を進める。具体的には、「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。

イ. 医師の多様な勤務形態

医師のワーク・ライフ・バランス等に配慮し、特定の医師に過剰な負担を掛けることがないようにする。例えば、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、産科医療補償制度の早期実現や、医療事故における死亡の原因究明・再発防止を図る仕組みの構築など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、医療の透明性の確保や医療に対する国民の信頼の回復につなげるとともに、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である。

(3) 診療科のバランスの改善等

医師数の診療科間の適正なバランスを確保するためには、医師総数の増加を前提とする必要がある。その上で、過酷な勤務環境や訴訟リスク等の要因を取り除いていくことが重要である。また、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、現在、国が標榜資格を定め許可しているが、

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

職種間での協働とチーム医療の充実を進める際に当たっては、それぞれの職種が、互いに専門性を尊重しつつ、情報の共有を効率的に行うことにより緊密な連携を充実させ協働関係を築くことで、病院勤務医の過重労働の解消を図りながら、全体として患者・家族、医療従事者とともに安全と安心・納得を生み出すという視点が重要である。

ア. 医師と看護職との協働の充実

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」(平成19年12月28日医政局長通知。以下「役割分担通知」という。)で示したように、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。また現場の看護師が専門看護師、認定看護師の取得を促進する施策を講じ、その普及・拡大に努める。さらに、医師・看護師がそれぞれの専門性を情報共有や会議等を通じて十分に発揮するとともに、効率的な医療の提供に資するため、チーム医療による協働を進める。その際、これからの看護師には、医師や他のコメディカル、他の職員等や患者・家族とのコミュニケーションを円滑にする役割等が求められるほか、在宅や医療機関におけるチーム医療の中で、自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であることなどから、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、将来を見渡す観点からの望ましい教育の在り方に関する抜本的な検討を進める。

また助産師については、医師との連携の下で正常産を自ら扱うよう、院内助産所・助産師外来の普及等を図るとともに、専門性の発揮と効率的な医療の提供の観点から、チーム医療による協働を進め

る。またその際、助産師業務に従事する助産師の数を増やすとともに、資質向上策の充実も図る。

イ. 医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実

摂食・嚥下機能等人々の生活の基本を支える歯科医療においても、チーム医療の下で、歯科医師や歯科衛生士等歯科医療関係職種と、医師や看護師等との連携を進める。

医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、資質向上策の充実も図る。

ウ. 医師とコメディカルとの協働の充実

臨床検査技師や臨床工学技士の積極的な活用を図るとともに、医師と作業療法士、理学療法士等のコメディカルとの協働を進めるなど、多職種連携によるチーム医療の普及に努める。

エ. 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

患者・家族に最適なサービスを提供する観点から、役割分担通知で示したような物品補充、患者の移動などの看護職と看護補助者の役割分担を進める。また、チームケアに関する看護職や介護職への教育、研修等も含め、看護職と介護職との協働を進める。

メディカルクラーク（医師事務作業補助者、医療秘書など）については、書類記載、オーダリングシステムへの入力などの役割分担を推進するとともに、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し、十分な話し合いの機会を確保するといった業務を担う人材の育成が必要である。

2 地域で支える医療の推進

医療は、人々が地域で安心して生活していく上で欠かすことのできない、国民生活の基盤を支える営みである。とりわけ救急医療が盤石なものであることは、急激な健康状態の悪化に備え、地域のセーフティ・ネットを確保するという観点からその根本をなすものである。また、医療は行政や医師をはじめとした医療従事者のみならず、患者・家族等地域住民が支えるものであるため、救急医療をはじめとした地域医療の様々な側面において、そうした、医療を支えるそれぞれの取り組むべき方策や役割等について以下に整理する。

(1) 救急医療の改善策の推進

ア. 救急医療の充実

救急医療については、医療機関への円滑な搬送を確保しつつ、現行の初期救急、2次救急、3次救急といった3段構えを維持しながら、更なる量的・質的充実を図り、救急患者に対し、地域全体でトリアージ（重症度、緊急性等による患者の区分）を行い、院内の各診療科だけでなく、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（管制塔機能を担う医療機関の整備・人材の育成）。

具体的には、救急患者の動向や既存の救急医療に関わる資源、連携の状況等を調査し、当該調査を踏まえ、地域の現状を的確に把握した上で、平時から、管制塔機能を担う医療機関とともに、地域全体の各医療機関の専門性について情報共有し、その情報を住民に対して開示し、救急患者の効率的な振り分け方策について議論しておく必要がある。各医療機関においては、例えば通常業務に加え救急業務を担うことによる医師等の疲弊を防ぐため交代勤務制を整備する。

また救急医療機関での受入れを確実なものとするために、急性期

を脱した患者を受け入れる病床を確保するほか、夜間・休日等における診療所医師の外来診療の推進など、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の医療機関との間で、地域全体の各医療機関の専門性や、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。

医療機関と消防機関との連携を強化する観点から、救急医療情報システムにおける情報更新の随時化、救急患者受入コーディネーターの配置、現場の医療従事者と消防機関とで開催するメディカルコントロール協議会における救急搬送等に係る地域の現状把握・協議の充実と住民への開示を推進する。

イ. 夜間・救急利用の適正化

また、限りある地域の医療資源を有効に活用するとともに、医師をはじめとする医療従事者の過度の負担を軽減する観点から、不要・不急時の救急医療の利用を最小限のものとするため、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。併せて、独居高齢者等の地域における見守りや、妊婦の健康管理の重要性等についての普及、小児科における小児救急電話相談事業（#8000）を高齢者を含む成人へ広げるなど、救急電話相談事業の拡充の検討や、家庭への緊急時のマニュアル等の普及を図る。

(2) 「地域完結型医療」の推進

救急医療に限らず、地域の限られた医療資源を有効に活用するためには、個別医療機関がそれぞれで全ての医療ニーズに対応する「医療機関完結型医療」ではなく、医療機関がそれぞれの得意分野を活かし、地域全体で完結する「地域完結型医療」が求められる。その際には、医療計画等に基づき自らの地域における役割を検討し、地域連携クリティカル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。また居住系施設や介護施設においても医療機関との連携に努める。

一方で行政は、各都道府県の医療計画において定められた、がん、脳卒中、救急医療など4疾病5事業に係る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、各医療機関が地域のニーズに応じた役割を果たすことができるよう、医療機関に対する情報提供を行う。十分な情報開示を行うことによって、地域住民がネットワークを踏まえて行動するよう普及啓発を進める。あわせて、そうした「地域完結型医療」の普及に向け、モデルとなる成功例を示す。また診療所については、地域のニーズを把握した上で、例えば複数の医師等がグループで診療を行う体制とし、地域の他の医療機関との連携を確保した上で夜間・休日等も含め一定の初期救急も担うなど、機能を強化するとともに、地域住民の利用に資するため、診療所についても十分な情報の開示を進める。

(3) 在宅医療の推進

患者・家族の生活の質を確保する観点から、医療の提供の場として、医療機関だけではなく住まいを念頭に置く発想も必要であり、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。国及び地方公共団体は、地域で暮らす者の視点に立ち、個々の地域毎に住民のニーズを把握した上で、医療サービスと介護サービスの連携、ボランティア等の活動との連携を進めるとともに、医療、介護、福祉に関する情報を住民に開示する。その際には、予防や社会資源の開発・連携体制の構築等についての医療・介護・福祉の現場における保健師の専門性活用を推進する。さらに、訪問看護ステーションの規模の拡大等を図り、訪問看護の更なる普及を目指すとともに、訪問看護ステーションや在宅医療を提供する医療機関については、地域の多様な在宅医療ニーズに的確に対応することに加え、例えば末期がんや精神・神経疾患等の専門性の高い分野にも対応できるよう、専門性の深化に努める。また、居住系施設における医療ニーズを満たすことを進める。

薬局については、夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応等を確実に実施するため、地域にお

ける医薬品等の供給体制や、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実に取り組む。

さらに、患者・家族に対する在宅医療や介護に関する情報の積極的な提供に努めるとともに、地域におけるボランティアや民生委員等を通じて患者・家族への精神的側面も含めた支援を行うような活動等の推進や、それらと医療従事者との連携を図る。

歯科医療においては、高齢者の健康増進や誤嚥性肺炎予防の観点から口腔機能の向上や維持管理が重要であり、在宅医療と連携した、在宅歯科診療を推進していくための人材育成や体制整備を進める。

(4) 地域医療の充実・遠隔医療の推進

へき地の医療体制の充実に際しても、地理・気候・人口等の条件や医療資源・連携等に関する情報を収集し、現状把握に努めた上で、必要な医療体制を構築する。その際に、必要な医療資源を確保するため、医師等が地域医療に自ら進んで従事するための方策の検討を進めるとともに、へき地医療機関への支援等を一層充実する。

あわせて、遠隔医療についても、必要な医療資源を確保する観点から、医療の地域格差を是正し、医療の質及び患者の利便性を向上させるため、情報通信機器の整備等により今後一層の推進を図る。

3 医療従事者と患者・家族の協働の推進

(1) 相互理解の必要性

医療の高度化などにより、医療現場の業務密度が高まっている一方で、このような状態においても我が国では世界的にも高水準の医療へアクセスできることは、医療従事者の日々の努力によるものである。

また、存命率の上昇に伴い、患者・家族等国民の医療に対する期待も上昇している。これにこたえるため、医療従事者は患者や家族の肉体的・精神的な苦痛や葛藤を理解し、患者・家族が理解できるよ

う複雑で専門的な疾病や治療に関しても丁寧な説明を行い、その納得を得るように努めながら、プロフェッショナリズム（職業的専門性）を最大限発揮する必要がある。また医療機関は、患者・家族の不安等を傾聴し、課題に導いていくような相談機能を有するようになる。一方で患者側には、リスクや不確実性が伴うといった医療の限界への理解、及び疾病や治療について主体的な理解に努めつつ、医療従事者と協働する姿勢が必要となり、そうした基盤の上でのコミュニケーションが医療従事者のモチベーションを維持・向上させ、提供される医療への患者・家族の満足度を高めるという好循環を生む。

(2) 医療の公共性に関する認識

医療は、国民生活の基盤を支える公共性の高い営みであり、患者・家族等国民と医療従事者の双方に、それを支える努力が必要である。

医療従事者は、自身が公共性の高い存在であることを自覚し、地域の医療ニーズを把握し、生涯を通して医師としての水準の向上に努める。

一方、患者側には、自身の健康管理に努めるとともに、例えば安易な時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」。患者にとって便利と思えても、患者の抱えた疾病の克服のための必要性が少ない）により医療機関の負担を不必要に増加させ、真に必要な場合に医療を受けられないことがないようにするなど、自らの地域の医療資源が公共のものであり、有限の資源であるということへの理解が必要である。このため、地域の医療機関等の協力や種々の市民活動を通じて受診行動等についての積極的な普及・啓発を行うとともに、特に産科においては、母子保健活動の充実等により、妊婦健診の適切な受診、分娩に伴うリスクに関する正しい認識、周産期母子医療センターと緊急時のアクセス方法等に関する普及を行う。

(3) 患者や家族の医療に関する理解の支援

患者や家族に対し療養生活上の心理的社会的問題の解決援助を行

うメディカルソーシャルワーカーや、医師等と患者側とのコミュニケーションの仲立ちをするボランティア等を活用することで、自らの療養生活を自立的に構築していけるよう、そうした職種の普及を進める。

あわせて、こうした医療の公共性や不確実性に関する認識の普及、また医療従事者と患者・家族等国民との間の相互理解の推進等を行うような、例えば、地域における語らいの場や地域住民による病院職員との懇談会（「患者塾」「病院探検隊」など）の開催といった市民活動等への積極的な支援と市民への情報提供等を行う。

さらに医療は人々の生命や生活を支える基盤となる営みであることに鑑み、学校教育においても医療に関する教育を行い、幼少期からの、その年齢に応じた医療に関する理解を普及する。

Ⅲ. 医療のこれからの方向性

これまでの医療は、病気を治すことに主眼を置く「治す医療」が中心であったが、人類史上未曾有の高齢化社会を迎える我が国においては、予防を重視し、日頃からの健康の維持・増進に努めるとともに、こうした「治す医療」だけではなく、病を抱えながら生活する患者と、その家族の生活を医療を通じて支援していくという「支える医療」という発想がより一層求められる。

患者が住み慣れた地域でその人らしく生活し、希望する生き方を選択し、希望すれば在宅での看取りが選べることも必要であり、個人の尊厳の保持を支える在宅医療や訪問看護等を一層推進する。

この「支える医療」に「治す医療」を合わせると、「治し支える医療」となる。「治し支える医療」においては、医療従事者が一方的に提供するだけではなく、医療従事者と患者・家族の双方に、医療とは両者の協働作業であるという視点が重要である。

同時に、ボランティア活動等を通じ、生活者である国民の「治し支える医療」への参画を推進する。

このように、我が国の医療は、「治す医療」から「治し支える医療」に向かっていくものと考えられ、本ビジョンの各施策はそれに資するものである。

IV. 会議の構成員及び会議の経過

◎ 構成員（敬称略）

- ・ 舛添要一厚生労働大臣
- ・ 西川京子厚生労働副大臣
- ・ 松浪健太厚生労働大臣政務官
（アドバイザー）
- ・ 辻本好子（NPOささえあい医療人権センターCOML 理事長）
- ・ 野中博（野中医院院長）
- ・ 矢崎義雄（独立行政法人国立病院機構理事長）

◎ 会議の経過

	日付	議題・ヒアリング対象者（敬称略）
第1回	平成20年 1月7日	フリーディスカッション
第2回	1月29日	歴史的、文化的、国際的位置づけも踏まえた我が国の医療のあり方 ・ 尾身茂（WHO 西太平洋事務局事務局長） ・ 新村拓（北里大学一般教育部長）
第3回	2月20日	「ホームケアクリニック川越（在宅療養支援診療所）」視察
第4回	2月25日	ヒアリング（救急、産科、小児科、今後の医療ニーズ） ・ 桑江千鶴子（都立府中病院産婦人科部長） ・ 花田直樹（花田子どもクリニック院長） ・ 中川恵一（東大病院緩和ケア診療部長、放射線科准教授） ・ 山本保博（日本医科大学救急医学主任教授）
第5回	3月19日	ヒアリング（歯科医師、看護師、助産師） ・ 田上順次（東京医科歯科大学歯学部部長） ・ 坂本すが（東京医療保健大学医療保健学部看護学科長） ・ 堀内成子（聖路加看護大学看護学部部長）
第6回	4月8日	ヒアリング（地域医療） ・ 小川克弘（青森県むつ総合病院院長） ・ 須古博信（熊本県済生会熊本病院院長） ・ 草場鉄周（医療法人北海道家庭医療学センター理事長）
第7回	4月21日	ヒアリング（薬剤師） ・ 林昌洋（国家公務員共済組合連合会虎の門病院薬剤部長） アドバイザーからのプレゼンテーション
第8回	5月14日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（骨子案）
第9回	5月30日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（骨子案）
第10回	6月18日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（とりまとめ）

平成21年度概算要求の概要
(厚生労働省医政局)

平成21年度概算要求額	2,473億5千4百万円
平成20年度予算額	1,967億6千7百万円
差引増△減額	505億8千8百万円
対前年度伸率	125.7%

(注) 上記計数には、「★厚生労働科学研究費補助金175億8千9百万円(平成20年度143億7千6百万円)」等は含まない。

「5つの安心プラン」主な課題の現状と21年度概算要求における対応

健康に心配があれば、誰もが医療を受けられる社会 730億円(20年度391億円)

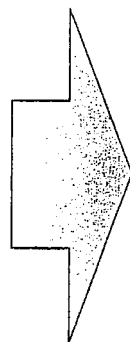
救急や産科・小児科医療など地域医療とその担い手を守り、国民の医療に対する不安を解消

[現状と課題]

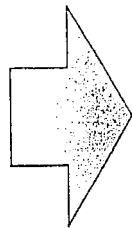
- 救急車による搬送人数の増加
325万件(H8) → 490万件(H18)
- 救急患者中の軽症者・高齢者の増加
 - 救急車搬送患者中の軽症者の件数、割合
163万件[50%](H8) → 255万件[52%](H18)
 - 救急車搬送患者中の高齢者の件数、割合
106万件[33%](H8) → 221万件[45%](H18)
 - 小児二次救急医療機関患者中の軽症者割合
90.6%(来院患者総数9,777人のうち8,854人)(H14)
- 救急患者の病院受入れまでの所要時間の増加
 - 救急車が病院に到着するまでの時間の増加
21.5分(H元) → 32分(H18)
 - 救急車の受入先決定までに要した照会回数
4回以上:14,387件(H19)

[21年度概算要求における主な具体的施策]

- 救急医療を担う医師の支援 **41億円**
 - 救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う勤務医の手当への財政的支援《新規》
- 救急医療の充実 **85億円**
 - 小児初期救急センター等の運営支援《新規》
 - 第二次救急医療を担う医療機関の運営に対する救急患者の受け入れ実績を踏まえた支援《新規》
 - 第三次救急医療を担う救命救急センターの整備推進
- 管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援 **38億円**
 - 平時から地域全体の医療機関の専門性について情報共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を振り分ける体制を整備《新規》
- 患者・家族対話の推進 **5.9億円**
 - 住民に対する医療の公共性や不確実性に関する認識の普及、医療従事者と国民との間の相互理解の推進等地域における意見交換の場の設置《一部新規》
- ドクターヘリ導入の促進 **21億円**
 - ドクターヘリ事業の推進により、早期治療の開始と迅速な搬送による救命率の向上を図る



- ドクターヘリの整備件数 16か所(H20予定を含む)
- 産婦人科医・産科医、分娩取扱施設の減少
 - ・ 医師数 11,264人(H8) → 10,074人(H18)
 - ・ 分娩取扱施設 3,991施設(H8)→2,933施設(H17)
- 女性医師の増加と離職の防止
 - ・ 女性医師割合 13%(H8) → 17%(H18)
(25～29歳のみでは産婦人科73.1%、小児科50.1%)
 - ・ 卒後10年目の女性医師の就業率
76%(H10～16の平均)
 - ・ 院内保育の実施状況 2,754か所(病院全体の31%)



- 産科医療の確保 49億円
 - ・ 地域でお産を支えている産科医の手当への財政的支援《新規》
 - ・ 出生数の少ない地域における産科医療機関の運営などに対する補助
- 女性医師・看護師等の離職防止・復職支援 55億円
 - ・ 医療機関に勤務する女性医師・看護師等の乳幼児の保育に対する相談や保育に当たる者の紹介《新規》
 - ・ 病院内保育所の運営等に対する補助
- 勤務医の勤務状況の改善、業務負担の軽減(後掲)

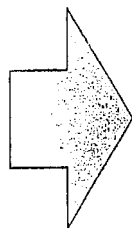
医師養成数を増やし、勤務医の過重労働も改善して、医師不足問題に的確に対応

[現状と課題]

[21年度概算要求における主な具体的施策]

《医師養成数の増加、医師確保が困難な地域等への医師不足対策》

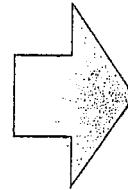
- 無医地区における医療の確保
 - ・ 無医地区数と対象人口
914地区、20万人(H11) → 786地区、16万人(H16)
 - ・ へき地診療所 1,070か所(H19)
- 大学の医師派遣機能の低下
 - ・ 大学病院に在籍する臨床研修医割合
73%(H15) → 46%(H20)
 - ・ 都道府県、国による医師確保困難地域への医師派遣
都道府県 385人(H18)[H19は447人予定]
国 5道県7病院(H19)



- へき地医療を担う医師等の支援 19億円
 - ・ へき地に派遣される医師の移動などに要する手当への財政的支援や医師確保困難地域への医師派遣の実施への支援《新規》
- 臨床研修病院への支援 16億円
 - ・ 医師不足問題が深刻な地域や産科・小児科・救急医療等への貢献を行う臨床研修病院等において、医師の研修派遣及び外部講師の招へいに必要な経費等を支援することにより、臨床研修の質を確保しつつ、研修医の都市集中の是正を促進《一部新規》

《医師の勤務環境の改善、医療関係職との役割分担》

- 病院勤務医の過重労働
 - ・ 病院勤務医(常勤医師)の勤務状況
平均業務時間(診療、教育等の時間) 48.8時間(週)
平均滞在時間(休憩、自己研修、研修時間を含む医療施設の滞在時間) 63.3時間(週)
- 女性医師割合の増加と離職の防止
 - ・ 女性医師割合 13%(H8) → 17%(H18)
(近年の医師国家試験合格者数に占める割合は約3割)
 - ・ 卒後10年目の女性医師の就業率 76%(H10～16の平均)
- 医師と医療関係職との役割分担、協働の推進
 - ・ 医師と助産師との役割分担・協働の現状
院内助産所 31か所(H20)
助産師外来 273か所(H20)
(産科・産婦人科を有する病院の6.3%)
助産師数 2.7万人(H18)

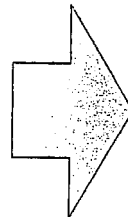


- 勤務医等の勤務状況の改善・業務負担の軽減 33億円
 - ・ 短時間正規雇用や交代勤務制・変則勤務制等の導入 促進を図るため、導入する病院に対し、代替職員の雇い上げに必要な経費を支援《一部新規》
- 医師と看護師等の役割分担・協働の推進 31億円
 - ・ 医師と看護師等の役割分担と協働の推進を図るための研修を実施し、医師が本来業務に専念できる体制を構築《新規》
 - ・ 産科医の負担を軽減し、助産師がチームとして産科医等と連携して活躍できるよう、院内助産所・助産師外来開設のための研修を実施

医療リスクに対する支援体制の整備

[現状]

- 医療訴訟の増加
 - ・ 医事関係訴訟事件(新受) 913件(H18)
[H8の1.6倍、民事訴訟全体の件数はH18はH8とほぼ同程度]
 - ・ 医師1,000人当たりの裁判件数(H18)
産婦人科 16.8 内科 2.7 外科 5.4



[具体的施策]

- 補償制度・医療事故における死因究明 5.3億円
 - ・ 医師等が萎縮することなく医療を行える環境を整備するため、医療事故における死亡の死因究明・再発防止を行う仕組みの検討や、出産に起因して重度脳性まひとなった者への速やかな補償を行うなど産科医療補償制度(H21.1開始予定)の円滑な運用を進める

主要施策

1. 医師等人材確保対策の推進

59,556百万円(37,412百万円)
うち、医師確保対策の推進 36,808百万円(16,068百万円)

勤務医の勤務状況の改善、業務負担の軽減を図るとともに、特に業務負担の多い勤務医等に対する支援、離職防止・復職支援を進め、勤務医の過重な労働の緩和を図る

(1) 救急・産科・へき地医療を担う勤務医等への支援 9,637百万円

- ① 救急医療を担う医師の支援(新規) 4,090百万円
救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う勤務医の手当への財政的支援を行う。
- ② 産科医療を担う医師の支援(新規) 3,677百万円
地域でお産を支えている産科医の手当への財政的支援を行う。
- ③ へき地医療を担う医師の支援(新規) 136百万円
へき地に派遣される医師の移動などに要する手当への財政的支援を行う。
- ④ 医師確保困難地域へ派遣される医師の支援(新規) 1,734百万円
地域の医療機関の協力により医師確保困難地域へ派遣される医師の手当への財政的支援を行う。

(2) 勤務医等の勤務状況の改善・業務負担の軽減 3,311百万円

短時間の勤務制度や夜勤明けの連続勤務を行わないようにするための交代勤務制を導入する病院に対し、代替職員の雇い上げに必要な経費の支援を行う。

また、医師事務作業補助者の設置・充実を図るため、書類記載の代行等を行う専門的知識の習得を目的とする研修に参加させる病院に対し、代替職員の雇い上げに必要な経費の支援を行う。

- ① 短時間正規雇用を導入する病院に対する支援(新規) 2,071百万円
「短時間正規雇用」の導入により、勤務医の過重労働の軽減及び女性医師の出産・育児等と勤務との両立を可能とし、医師の離職防止・復職支援を図る。

- ② 医師事務作業補助者を設置する病院に対する支援（新規） 815百万円
医師の業務負担を軽減するために、書類記載、オーダーリングシステムへの入力などを行う医師事務作業補助者の設置・充実を図る。

(3) 医師と看護師等の役割分担・協働の推進 3,074百万円

① 医師と看護師等との協働の充実

看護師の薬剤の投与量調整や療養生活指導等の技術、助産師の正常なお産の進行管理等の技術を向上させる研修を行うことにより、看護師や助産師がその能力を活かすとともに、産科医等の負担の軽減や院内助産所・助産師外来開設を促進する。

(4) 臨床研修病院等への支援 1,579百万円

医師不足問題が深刻な地域や産科・小児科・救急医療等に貢献する臨床研修病院等の研修経費に対する支援の充実に加え、新たに外部講師の招へいに必要な経費等を支援することにより、臨床研修の質の向上を確保しつつ、研修医の都市集中の是正促進を図る。

(5) 補償制度・医療事故における死因究明 528百万円

医師等が萎縮することなく医療が行える環境を整備するため、医療事故における死亡の死因究明・再発防止を行う仕組みの検討や出産に起因して重度脳性まひとなった者への速やかな補償を行うなど産科医療補償制度（平成21年1月開始予定）の円滑な運用を進める。

(6) 看護職員の資質の向上と確保対策 10,344百万円

新人看護師に対する研修を推進するためのモデル事業を引き続き実施するとともに、多様な勤務形態により看護職員を活用している医療機関の事例を普及することにより看護職員の就業の促進を図る。

更に、助産師については、都道府県に助産師確保・連携策等を協議する「助産師確保連絡協議会」の設置の促進を図るとともに、潜在的助産師等の復職のための研修を行い、産科診療所での就業を促進する。

なお、看護職員の中長期的な需給見通しについて検討を行う。

2. 地域で支える医療の推進

59,336百万円(34,802百万円)

人々が地域で安心して生活できるよう、救急医療をはじめとする地域医療体制の確保を図る

(1) 救急医療の改善策の推進 23,067百万円

- ① 救急医療を担う医師の支援(再掲) 4,090百万円
救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う勤務医の手当への財政的支援を行う。
- ② 救急医療の充実 8,513百万円
夜間・休日に小児の軽症患者の診療を行う小児初期救急センターの運営を支援するとともに、入院治療が必要な救急患者を受け入れる医療機関(第二次救急医療機関)に対して、救急患者の受入れ実績等を踏まえた支援などを行う。また、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センター(第三次救急医療機関)の整備を推進する。
- ③ 管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援(新規) 3,829百万円
平時から地域全体の医療機関の専門性に関する情報を共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を振り分ける体制を整備する。
- ④ 救急医療機関での受入を確実なものとする支援策の実施(新規) 1,100百万円
夜間・休日における第二次救急医療機関を地域の診療所医師に応援してもらうために、診療所医師の手当への財政的支援を行う。

(2) ドクターヘリ導入促進事業の充実 2,092百万円

早期治療の開始と迅速な搬送による救命率の向上を図るため、ドクターヘリ(医師が同乗する救急医療用ヘリコプター)事業を推進する。また、昼間の利用にとどまっているドクターヘリを夜間にも利用することができるように夜間搬送の照明器具の設置等を行う。

(3) 産科医療の確保 4,927百万円

① 産科医療を担う医師の支援（新規） 3,677百万円

地域でお産を支えている産科医の手当への財政的支援を行う。

② 産科医療の確保 1,250百万円

出生数の少ない地域における産科医療機関の運営等への財政的支援を行う。

(4) 女性医師・看護師等の離職防止・復職支援の実施 5,477百万円

医療機関に勤務する女性医師・看護師等の乳幼児の保育に対する相談や保育にあたる者の紹介及び病院内保育所の運営等への財政的支援を行うことなどにより育児と勤務との両立を安心して行うことのできる環境を整備する。

① 医療機関に勤務する女性医師等の乳幼児の保育に対する支援（新規） 181百万円

女性医師の勤務形態に応じて保育にあたる者や場所の紹介及び女性医師特有の問題について相談に応じるための受付・相談窓口を設置し、女性医師の離職防止及び再就業の促進を図る。

(5) 医療機関の耐震化の促進 1,821百万円

災害拠点病院をはじめとする医療機関の耐震化工事への財政的支援を行う。

(6) 未収金対策への支援 60百万円

未収金対策として、医療機関が実施する実践的な取組や医療機関と保険者等との連携の強化のために有効な事業に対して財政的支援を行う。

(7) 医療分野の情報化の推進 833百万円

電子カルテ導入等の医療分野の情報化の推進や遠隔医療の設備整備に対する支援による地域医療の充実を図る。

(8) へき地などの保健医療対策の充実

2,923百万円

へき地に派遣される医師の移動などに要する手当への財政的支援を行うことにより、へき地・離島の診療所に対する支援の充実を図るとともに、新たなへき地保健医療計画策定のための検討会を設ける。

(9) 医師等と患者・家族の協働の推進

591百万円

医師等と患者・家族との相互理解を推進するため、相談員を育成することなどにより医療機関内の相談機能を充実させる。また、軽症患者による夜間の救急外来利用の適正化などに関する普及啓発等を行う。

(10) 住み慣れた地域や家庭で療養が受けられる体制の充実

641百万円

訪問看護事業所の看護の質の向上及び人材育成等を図るため、管理者の管理能力向上のための研修等を行うとともに、居宅での緩和ケアに関する専門研修などを行い在宅医療の推進を図る。

(11) 歯科保健医療の普及向上

846百万円

歯科医療関連職種の需給など今後の歯科医療の問題について検討を進めるとともに、在宅歯科医療、口腔ケア等に係る歯科医師等を養成することにより8020運動をさらに推進する。

3. 革新的医薬品・医療機器の研究開発の促進

29,750百万円(26,340百万円)

医療ニーズが高い技術、遺伝子治療、再生医療、ナノテクノロジー等を活用した「革新的技術」の開発・普及の推進を図る

(1) 医薬品・医療機器に関する研究費の重点化・拡充 26,345百万円

がん、精神神経疾患、難病等の重大疾病領域、希少疾病領域、新たな技術（個人の特徵に応じた医療（テーラーメイド医療）、再生医療等）などの領域を重視し、先端医療研究拠点を中核とした複合体に対して、研究資金の弾力的な運用や開発段階からの薬事相談等の施行的に行う先端医療開発特区（スーパー特区）による実用化促進を含め、革新的医薬品・医療機器の研究開発を推進する。

(2) 世界に通ずる臨床研究拠点医療機関の整備 600百万円

外国の研究機関との共同研究計画の作成や契約等の一括実施が可能な「世界に通ずる臨床研究拠点」（グローバル臨床研究拠点）を整備する。

(3) 産官学連携の臨床研究基盤の整備 1,800百万円

産学連携・医工融合による創薬、医用機器の実用化の加速のため、「医療産官学共同研究施設」（医療クラスター）において、病院と共同研究先企業等の臨床研究の実用化を支援する。

(4) 後発医薬品の使用促進 91百万円

後発医薬品に係る理解を向上させるため、各都道府県に設置した協議会において、実情に応じた具体的な事業を検討・実施するとともに、パンフレット作成等の普及啓発事業により使用促進に係る環境整備を継続する。

4. その他

(1) 国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構における政策医療等の実施

111,460百万円

全国的な政策医療ネットワークを活用し、がん、循環器病等に関する高度先駆的医療、臨床研究、教育研修及び情報発信を推進する。

また、研究機能を中核としたセンター機能を強化するため、高度先駆的医療等の臨床研究の推進を図るとともに、産官学が密接に連携して基礎研究から臨床研究への実用化を進める「医療クラスター」の整備を行う。（再掲）

(2) 国立ハンセン病療養所の充実

38,645百万円

居住者棟の更新築整備を推進するとともに、リハビリ体制を強化するなど、入所者に対する医療及び生活環境の充実を図る。

(3) 経済連携協定に基づく外国人看護師・介護福祉士の円滑かつ適正な受入（看護師）

25百万円

外国人看護師候補者の円滑かつ適正な受入を実施する観点から、看護導入研修を実施するとともに、受入施設に対し巡回指導等を行う。（総事業費83百万円）

医療死亡事故の調査等に関する新しい仕組みのイメージ(案)

医療機関からの届出※1

遺族からの調査依頼※2

※1 医師法第21条による警察への届出は不要とする。
医療機関からの届出義務範囲は、以下に限定。

※2 【届出範囲(案)】に限定されない。
遺族に代わって医療機関が行うことも可能。

- 【届出範囲(案)】 ※ 医療機関の管理者が判断
- ① 医療過誤の疑いのある死亡
 - ② 行った医療に起因した(疑いを含む)死亡で、死亡を予期しなかったもの

医療機関からの届出や遺族からの調査依頼に関する相談を受け付ける機能を整備する。

医療安全調査委員会(仮称)

- 国に設置(厚生労働省に設置するか否かについては更に検討)
- 委員会の目的は、原因究明・再発防止による医療の安全の確保であり、関係者の責任追及を目的としたものではない。

遺体の解剖、カルテ等の調査

- ※ 解剖を伴わない調査も必要に応じて実施
- ※ 立入検査等を行うための権限を付与(質問に答えることは強制されない)

医療者を中心とした評価・検討

- ※ 法律関係者及び医療を受ける立場を代表する者等も参画。

調査報告書の作成・公表



再発防止策の提言、関係省庁への勧告・建議

調査
チーム
(事例毎)

地方
委員会
(地方ブロック毎)

中央に設置
する委員会
(中央)

委員会以外での諸手続

(遺族と医療機関との関係)

- 患者・家族と医療従事者との対話をサポートする人材の育成の推進
- 裁判外紛争解決(ADR)制度の活用推進
- 報告書は民事手続での活用が可能

(行政処分)

- 医療安全の向上を目的とし、システムエラーの改善を重視
- 医療機関に対する再発防止に向けた改善措置を医療法に創設
- 個人に対しては再教育を重視

(捜査機関との関係)

- 委員会から捜査機関へは悪質な事例に限定して通知
 - ・ 診療録等の改ざん、隠蔽など
 - ・ 過失による医療事故を繰り返しているなど
 - ・ 故意や「標準的な医療から著しく逸脱した医療」

医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案

- この「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」は、本年4月に公表した「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案」（第三次試案）の内容を踏まえ、法律案の大綱化をした場合の現段階におけるイメージである。具体的な規定の方法については更に検討を要する。
- また、別添は、第三次試案の内容について、法律で対応する事項（本大綱案に規定）、政省令で対応する事項、委員会が定める実施要領・規則で対応する事項等にそれぞれ区分して明記したものである。
- 本制度の実施に当たっては、行財政改革等の観点から組織面、財政面の検討を加えた上で法整備を行う必要がある。
- 医療死亡事故の原因究明と再発防止を図る仕組みについて、今後とも広く国民的な議論を望むものである。

平成20年6月

厚生労働省

医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案

I 総則

第1 目的

医療安全調査委員会設置法案（仮称。以下「法案」という。）は、医療事故死等の原因を究明するための調査を適確に行わせるため医療安全調査地方委員会を、医療の安全の確保のため講ずべき措置について勧告等を行わせるため医療安全調査中央委員会を設置し、もって医療事故の防止に資することを目的とする。

第2 定義

- 1 この法案において「医療事故死等」とは、第32の（2）の1の医療事故死等をいう。
- 2 この法案において「医療事故死亡者等」とは、医療事故死等に係る当該死亡した者又は死産児をいう。

II 設置及び所掌事務並びに組織等

第3 設置

- 1 〇〇省に、医療安全調査中央委員会（以下「中央委員会」という。）を置く。
- 2 地方〇〇局に、医療安全調査地方委員会（以下「地方委員会」という。）を置く。

注）組織形態については、行財政改革、地方分権改革の検討状況を踏まえ、関係省庁と調整中。

第4 所掌事務

- 1 中央委員会は、次の事務をつかさどる。
 - ① 医療事故死等の原因を究明するための調査（以下「医療事故調査」という。）の実施要領（第12の2において「実施要領」という。）を定めること。
 - ② 第22の1の報告書の分析及び評価を行った結果に基づき、医療の安全の確保のため講ずべき措置について〇〇大臣に対し勧告すること。
 - ③ 医療の安全の確保のため講ずべき措置について〇〇大臣又は関係行政機関の長に対し意見を述べること。
 - ④ 第32の（4）の2によりその権限に属させられた事項を処理すること。
 - ⑤ 所掌事務を行うため必要な調査及び研究を行うこと。
 - ⑥ 所掌事務に関して得られた知識であって、医療の安全の確保に資するものの普及及び啓発に関すること。
 - ⑦ 所掌事務に付随する事務
- 2 地方委員会は、次の事務をつかさどる。
 - ① 医療事故調査を行うこと。
 - ② 所掌事務を行うため必要な調査及び研究を行うこと。
 - ③ 所掌事務に付随する事務

第5 職権の行使

中央委員会及び地方委員会の委員は、独立してその職権を行う。

第6 組織

- 1 中央委員会及び地方委員会は、それぞれ、委員〇人以内で組織する。
- 2 中央委員会及び地方委員会に、特別の事項を調査審議させるため必要があるときは、臨時委員を置くことができる。
- 3 中央委員会及び地方委員会に、専門の事項を調査審議させるため必要があるときは、専門委員を置くことができる。

注) 調査チームは、臨時委員、専門委員を中心に構成され、事例毎に置かれる。

第7 委員等の任命

- 1 委員は、その属すべき中央委員会又は地方委員会の所掌事務の遂行につき公正な判断をすることができ、かつ、医療、法律その他その属すべき中央委員会又は地方委員会が行う事務に関し優れた識見を有する者及び医療を受ける立場にある者のうちから、〇〇大臣が任命する。
- 2 臨時委員は、中央委員会又は地方委員会の所掌事務の遂行につき公正な判断をすることができ、かつ、当該特別の事項に関し学識経験を有する者のうちから、〇〇大臣が任命する。
- 3 専門委員は、中央委員会又は地方委員会の所掌事務の遂行につき公正な判断をすることができ、かつ、当該専門の事項に関し学識経験を有する者のうちから、〇〇大臣が任命する。

第8 委員の任期等

- 1 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 2 委員は、再任されることができる。
- 3 臨時委員は、その者の任命に係る当該特別の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。
- 4 専門委員は、その者の任命に係る当該専門の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。
- 5 委員、臨時委員及び専門委員は、非常勤とする。ただし、地方委員会の委員のうち△人以内は、常勤とすることができる。

第9 委員長

- 1 中央委員会及び地方委員会に、それぞれ、委員長を置き、委員の互選により選任する。
- 2 委員長は、会務を総理し、それぞれ、中央委員会又は地方委員会を代表する。
- 3 委員長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

第10 議事

- 1 中央委員会及び地方委員会は、それぞれ、委員長が招集する。
- 2 中央委員会及び地方委員会は、委員及び議事に関係のある臨時委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、議決することができない。
- 3 中央委員会及び地方委員会の議事は、委員及び議事に関係のある臨時委員で会議に出席したものの過半数で決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

第11 事務局

- 1 中央委員会及び地方委員会の事務を処理させるため、中央委員会及び地方委員会に、それぞれ、事務局を置く。
- 2 事務局の内部組織は、〇〇省令で定める。

Ⅲ 医療事故調査及び勧告等

第12 医療事故調査の趣旨及び実施要領

- 1 医療事故調査は、医療事故死等に関する事実を認定し、これについて必要な分析を行い、当該医療事故死等の原因を究明し、もって医療事故の防止を図ることを旨として行われるものとする。委員会は、医療関係者の責任追及が目的ではなく、医療関係者の責任については、委員会の専門的判断を尊重する仕組みとする。
- 2 第12～第22のほか、医療事故調査は、実施要領に基づいて行うものとする。

第13 委員等の職務従事の制限

- 1 地方委員会は、委員、臨時委員又は専門委員が医療事故死等の原因に関係があるおそれのある者であると認めるとき又は医療事故死等の原因に関係があるおそれのある者と密接な関係を有すると認めるときは、当該委員、臨時委員又は専門委員を当該医療事故調査に従事させてはならない。
- 2 1の委員、臨時委員又は専門委員は、当該医療事故調査に関する地方委員会の会議に出席することができない。

注) 中央委員会の委員の職務従事の制限については、更に検討する。

第14 地方委員会への通知

〇〇大臣は、第32の(2)又は(3)により医療事故死等について届出があったときは、直ちに当該医療事故死等を届け出た管理者の管理する病院、診療所又は助産所の所在地を管轄する地方〇〇局に置かれた地方委員会にその旨を通知しなければならない。

第15 遺族からの医療事故調査の求め等

- 1 医療に係る事故に起因して死亡又は死産したと疑う当該死亡した者又は死産児の遺族は、〇〇大臣に対し、地方委員会に医療事故調査を行わせることを求めることができる。
- 2 〇〇大臣は、遺族から1の求めがあったときは、直ちに当該求めに係る死亡又は死

産が発生した地を管轄する地方〇〇局に置かれた地方委員会にその旨を通知しなければならない。

注) 遺族からの調査の求めの手続は、病院等の管理者が代行することができる。(施行規則)

第16 医療事故調査の開始

- 1 地方委員会は、第14の通知を受けたときは、当該通知に係る医療事故死等について、直ちに医療事故調査を開始しなければならない。
- 2 地方委員会は、第15の2の通知に係る死亡又は死産について、医療事故死等でないと認められるとき、同一の死亡又は死産について第22の1の報告書が作成されているときその他の場合を除いて、直ちに医療事故調査を開始しなければならない。
- 3 地方委員会は、第15の2の通知に係る死亡又は死産について調査を開始しない場合には、直ちにその旨及び理由を遺族に通知しなければならない。

第17 医療事故調査に係る報告の徴収等

- 1 地方委員会は、医療事故調査を行うため必要があると認めるときは、次の処分をすることができる。
 - ① 医師、歯科医師、薬剤師、助産師、看護師その他の医療事故死等について医療を提供した者その他の関係者(以下②及び③並びに3において「関係者」という。)に報告を求めること。
 - ② 医療事故死等が発生した病院、診療所、助産所その他の必要と認める場所に立ち入って、構造設備若しくは医薬品、診療録、助産録、帳簿書類その他の医療事故死等に関係のある物件(以下「関係物件」という。)を検査し、又は関係者に質問すること。
 - ③ 関係者に出頭を求めて質問すること。
 - ④ 関係物件の所有者、所持者若しくは保管者に対し当該関係物件の提出を求め、又は提出された関係物件を留め置くこと。
 - ⑤ 関係物件の所有者、所持者若しくは保管者に対し当該関係物件の保全を命じ、又はその移動を禁止すること。
 - ⑥ 医療事故死等の現場に、公務により立ち入る者及び地方委員会が支障がないと認める者以外の者が立ち入ることを禁止すること。
- 2 地方委員会は、必要があると認めるときは、委員、臨時委員、専門委員又は事務局の職員に1の①～⑥の処分をさせることができる。
- 3 2により1の②の処分をする者は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。
- 4 1又は2の処分の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

第18 死体の解剖及び保存

- 1 地方委員会は、医療事故調査を行うため必要があると認めるときは、医療事故死亡者等の死体又は死胎を、原則として遺族の承諾を得て解剖することができる。

- 2 1の解剖は、刑事訴訟法による検証又は鑑定のための解剖を妨げるものではない。
- 3 1により医療事故死亡者等の死体又は死胎を解剖する場合には、死体解剖保存法第19条にかかわらず、原則として遺族の承諾を得て、その死体又は死胎の一部を標本として保存することができる。

第19 医療事故調査等の委託

- 1 地方委員会は、医療事故調査を行うため必要があると認めるときは、調査又は研究の実施に関する事務の一部を、独立行政法人、国立大学法人、地方独立行政法人その他の民間の団体又は学識経験を有する者に委託することができる。
- 2 1により事務の委託を受けた者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの職にあった者は、正当な理由がなく、当該委託事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。
- 3 1により事務の委託を受けた者又はその役員若しくは職員であって当該委託事務に従事するものは、刑法その他の罰則の適用については、法令により公務に従事する職員とみなす。

第20 関係行政機関等の協力

地方委員会は、医療事故調査を行うため必要があると認めるときは、関係行政機関の長、関係地方公共団体の長その他の関係者に対し、資料又は情報の提供その他の必要な協力を求めることができる。

第21 意見の聴取

地方委員会は、医療事故調査を終える前に、当該医療事故死等の原因に関係があると認められる者及び当該医療事故死亡者等の遺族に対し、意見を述べる機会を与えなければならない。

第22 報告書等

- 1 地方委員会は、医療事故調査を終えたときは、当該医療事故死亡者等に関する次の事項を記載した報告書を作成し、これを〇〇大臣及び中央委員会に提出するとともに、当該医療事故死等について〇〇大臣に届け出た病院、診療所又は助産所の管理者及び当該医療事故死亡者等の遺族に交付し、かつ、公表しなければならない。
 - ① 医療事故調査の経過
 - ② 臨床の経過
 - ③ 死体又は死胎の解剖の結果
 - ④ 死亡又は死産の原因
 - ⑤ 臨床の経過の医学的な分析及び評価
 - ⑥ その他必要な事項
- 2 1の報告書には、少数意見を付記するものとする。
- 3 第21により聴取した病院、診療所又は助産所の管理者又は遺族の意見が1の報告

- 書の内容と相違する場合には、当該報告書には、当該意見の概要を添付するものとする。
- 4 地方委員会は、医療事故調査を終える前においても、医療事故調査を開始した日から6月以内に医療事故調査を終えることが困難であると見込まれることその他の事由により必要があると認めるときは、医療事故調査の経過について、〇〇大臣及び中央委員会に報告するとともに、当該医療事故死等について〇〇大臣に届け出た病院、診療所又は助産所の管理者及び当該医療事故死亡者等の遺族に通知し、かつ、公表するものとする。

第23 勧告

- 1 中央委員会は、地方委員会から第22の1の報告書の提出を受けた場合において、当該報告書の内容の分析及び評価を行った結果に基づき、必要があると認めるときは、医療の安全を確保するため講ずべき措置について〇〇大臣に勧告することができる。
- 2 〇〇大臣は、1の勧告に基づき講じた措置について中央委員会に報告しなければならない。

第24 意見の陳述

中央委員会は、必要があると認めるときは、医療の安全を確保するため講ずべき措置について〇〇大臣又は関係行政機関の長に意見を述べることができる。

IV 雑則

第25 警察への通知

第14又は第15の2の通知を受けた地方委員会は、当該医療事故死等について、次の場合に該当すると思料するときは、直ちに当該医療事故死等が発生した病院、診療所又は助産所の所在地を管轄する警視総監又は道府県警察本部長にその旨を通知しなければならない。

- ① 故意による死亡又は死産の疑いがある場合
- ② 標準的な医療から著しく逸脱した医療に起因する死亡又は死産の疑いがある場合

注) ②に該当するか否かについては、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、医療の専門家を中心とした地方委員会が個別具体的に判断することとする。

- ③ 当該医療事故死等に係る事実を隠ぺいする目的で関係物件を隠滅し、偽造し、又は変造した疑いがある場合、類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた疑いがある場合その他これに準ずべき重大な非行の疑いがある場合

注) 「類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた」とは、いわゆるリピーター医師のことであり、例えば、過失による医療事故死等を繰り返し発生させた場合をいう。

第26 権限の委任

この法案の〇〇大臣の権限は、地方〇〇局長に委任することができる。

第27 政令への委任

この法案に定めるもののほか、中央委員会又は地方委員会に関し必要な事項は、政令で定める。

第28 不利益取扱いの禁止

何人も、第17の1又は2の処分に応ずる行為をしたことを理由として、解雇その他の不利益な取扱いを受けない。

V 罰則

第29

第19の2に違反した者は、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

第30

次の①～⑤のいずれかに該当する者は、30万円以下の罰金に処する。

- ① 第17の1の①又は第17の2の報告の求めに対し虚偽の報告をした者
- ② 第17の1の②又は第17の2の検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は第17の1の②又は第17の2の質問に対し虚偽の陳述をした者
- ③ 第17の1の③又は第17の2の質問に対し虚偽の陳述をした者
- ④ 第17の1の④又は第17の2の処分に違反して関係物件を提出しない者
- ⑤ 第17の1の⑤又は第17の2の処分に違反して関係物件を保全せず、又は移動した者

第31

法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して第30の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対して第30の罰金刑を科する。

VI 関係法律の改正

第32 医療法の一部改正

(1) 病院等の管理者の医療事故に関する説明義務

病院、診療所又は助産所の管理者は、医療事故が発生したときは、その経過及び原因について患者又はその家族への適切な説明が行われるようにしなければならない。

(2) 病院等の管理者の医療事故死等に関する届出義務等

- 1 病院若しくは診療所に勤務する医師が死体若しくは妊娠4月以上の死産児を検案し、

又は病院若しくは診療所に勤務する歯科医師が死亡について診断して、(4)の1の基準に照らして、次の死亡又は死産(以下「医療事故死等」という。)に該当すると認めるときは、その旨を当該病院又は診療所の管理者に報告しなければならない。

- ① 行った医療の内容に誤りがあるものに起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産
 - ② 行った医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、その死亡又は死産を予期しなかったもの
- 2 病院、診療所又は助産所に勤務する助産師は、妊娠4月以上の死産児の検案をして、(4)の1の基準に照らして、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、診療所又は助産所の管理者に報告しなければならない。
 - 3 1又は2の報告は、医療事故死等に該当すると認めるときから24時間以内に行わなければならない。
 - 4 1又は2の報告を受けた病院、診療所又は助産所の管理者は、必要に応じて速やかに診断又は検案をした医師、歯科医師又は助産師その他の関係者と協議し、(4)の1の基準に照らして、医療事故死等と認めるときは、直ちに、〇〇省令で定める事項を〇〇大臣に届け出なければならない。
 - 5 病院、診療所又は助産所の管理者は、1又は2の報告を受けた旨、4の協議の経過(協議をしなかったときは、その理由)及び医療事故死等に該当すると認められた理由又は認めなかった理由に関する記録を作成し、当該報告をした日又は協議をした日のいずれか遅い日から起算して5年間、これを保存しなければならない。

(3) 病院等に勤務する医師が当該病院等の管理者であるときの医療事故死等に関する届出義務等

- 1 病院、診療所又は助産所に勤務する医師、歯科医師又は助産師が当該病院、診療所又は助産所の管理者であるときは、(4)の1の基準に照らして、医療事故死等に該当すると認めるときは、24時間以内に、〇〇省令で定める事項を〇〇大臣に届け出なければならない。
- 2 病院、診療所若しくは助産所に勤務する医師、歯科医師若しくは助産師以外の医師、歯科医師若しくは助産師又は公衆若しくは特定多数人のため往診のみによって診療に従事する医師若しくは歯科医師若しくは出張のみによって業務に従事する助産師は、(4)の1の基準に照らして、医療事故死等に該当すると認めるときは、24時間以内に、〇〇省令で定める事項を〇〇大臣に届け出なければならない。
- 3 1又は2の医師、歯科医師又は助産師は、医療事故死等に該当すると認められた理由又は認めなかった理由に関する記録を作成し、届出をした日から起算して5年間、これを保存しなければならない。

注) 診療所等の管理者の届出に当たって、管理者からの相談に答えられるよう、医療安全調査委員会における相談体制のみではなく、医師専門職団体等による相談体制の整備についても検討する。

(4) 医療事故死等に該当するかどうかの基準

- 1 ○○大臣は、(2)の1、2及び4並びに(3)の1及び2の報告及び届出を適切にさせるため、医療事故死等に該当するかどうかの基準を定め、これを公表するものとする。
- 2 ○○大臣は、1の基準を定め、又はこれを改定しようとするときは、医学医術に関する学術団体及び医療安全調査中央委員会の意見を聴かなければならない。

(5) 医療事故死等の届出義務違反に対する体制整備命令等

- 1 ○○大臣は、病院、診療所若しくは助産所に勤務する医師、歯科医師若しくは助産師が(2)の1若しくは2に違反して報告を怠り、若しくは虚偽の報告をしたとき又は病院、診療所若しくは助産所の管理者若しくは病院、診療所若しくは助産所に勤務する医師、歯科医師若しくは助産師以外の医師、歯科医師若しくは助産師若しくは公衆若しくは特定多数人のため往診のみによって診療に従事する医師若しくは歯科医師若しくは出張のみによって業務に従事する助産師が(2)の4若しくは(3)の1若しくは2に違反して届出を怠り、若しくは虚偽の届出をしたとき若しくは(2)の5若しくは(3)の3に違反して記録を作成せず、若しくは保存せず、若しくはこれらに記載し、若しくは記録すべき事項を記載せず、若しくは記録せず、若しくは虚偽の記載若しくは記録をしたときは、直ちに、その届出を行わせ、又は届出の内容を是正させることを命ずるとともに、(2)の1若しくは2の報告、(2)の4若しくは(3)の1若しくは2の届出又は(2)の5若しくは(3)の3の記録を適切にするために必要な体制の整備を命ずることができる。
- 2 ○○大臣は、1の命令をすべきか否かを調査する必要があると認めるときは、当該事案に係る者から報告を徴し、(2)の5若しくは(3)の3の記録、診療録、助産録、帳簿書類その他の物件(以下この条において「関係物件」という。)の所有者に対し、当該関係物件の提出を命じ、又は当該職員をして当該病院、診療所、助産所その他の場所に立ち入り、関係物件を検査させることができる。
- 3 2によって立入検査をする当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人の請求があるときは、これを提示しなければならない。また、2の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。
- 4 ○○大臣が1又は2の権限を行うときは、当該病院、診療所又は助産所の業務を監督する都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長と密接な連携の下に行うものとする。

(6) 病院等におけるシステムエラーに対する改善計画等

都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長は、病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置の内容が著しく適当でないとき認めるときは、当該病院、診療所又は助産所の管理者に対し、措置すべき事項及び期限を示し、当該病院、診療所若しくは助産所における医療の安全を確保するための改善計画の提出を

求め、若しくは提出された改善計画の変更を命じ、又は当該病院、診療所若しくは助産所の医療の安全を確保するために必要な措置を採ることを命ずることができる。

(7) ○○大臣から都道府県知事等への情報提供

○○大臣は、都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長に対し、(6)及び医療法第4章第3節(監督)の事務の適正な遂行に資すると認める第22の1の報告書に関する情報その他必要な情報を提供するものとする。

(8) 都道府県知事等から○○大臣への通知

都道府県知事、保健所を設置する市の市長及び特別区の区長は、○○省令の定めるところにより、病院、診療所及び助産所に関し、○○省令で定める事項を○○大臣に通知しなければならない。

注) 都道府県知事等は、医療監視等において医療事故死等の届出義務違反を確認したときは、○○大臣に通知しなければならないこととする。

(9) 罰則

- 1 (5)の1又は(6)の命令又は処分に違反した者は、これを6月以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。
- 2 (2)の5に違反した者及び(5)の2の報告若しくは提出を怠り、若しくは虚偽の報告をし、又は当該職員の検査を拒み、妨げ、若しくは忌避した者は、これを20万円以下の罰金に処する。

第33 医師法第21条の改正

第21条 医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24時間以内に、その旨を検案をした地の所轄警察署長に届け出なければならない。ただし、当該死体又は死産児について第32の(2)の1の報告又は第32の(3)の1若しくは2の届出を24時間以内にしたときは、この限りでない。

注) 現行の医師法第21条

第21条 医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

第34 保健師助産師看護師法第41条の改正

第41条 助産師は、妊娠4月以上の死産児を検案して異常があると認めるときは、24時間以内に、その旨を検案をした地の所轄警察署長に届け出なければならない。ただし、当該死産児について第32の(2)の2の報告又は第32の(3)の1若しくは2の届出を24時間以内にしたときは、この限りでない。

注) 現行の保健師助産師看護師法第41条

第41条 助産師は、妊娠4月以上の死産児を検査して異常があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署にその旨を届け出なければならない。

第35 介護保険法の改正

介護老人保健施設について第32を準用する。

Ⅶ 施行期日等

第36 施行期日

この法案は、公布の日から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、次の①及び②は、それぞれに定める日から施行する。

① 第38 公布の日

② I、II（中央委員会に係る部分に限る。）、第27 公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日

第37 検討

政府は、この法案の施行後5年を目途として、この法案の施行の状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

第38 準備行為

〇〇大臣は、中央委員会及び地方委員会がこの法案の施行の時ににおいて業務を円滑に開始するため、この法案の施行の日（以下「施行日」という。）前においても、医療事故調査の試行的な実施その他の必要な準備行為をすることができる。

第39 遺族からの医療事故調査の求め等に関する経過措置

第15の1並びに第32の(2)及び(3)は、施行日以後の死亡又は死産から適用する。

本編は、第三次試案の内容について、パラグラフごとに、法律で対応する事項（大綱案に規定）、政省令で対応する事項、委員会が定める実施要領・規則で対応する事項等にそれぞれ区分して明記したものである。

医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の
原因究明・再発防止等の在り方に関する試案

— 第三次試案 —

平成20年4月

厚生労働省

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。

1 はじめに

- (1) 医療の安全の確保は、我が国の医療政策上の重要課題であり、とりわけ死亡事故について、その原因を究明し再発防止を図ることは、国民の切なる願いである。医療関係者には、その願いに応えるよう、最大限の努力を講ずることが求められる。一方で、診療行為とは、人体に対する侵襲を前提とし一定の危険性が伴うものであり、場合によっては、死亡等の不幸な帰結につながる場合があり得る。
- (2) 医療の安全を向上させていくためには、医療事故による死亡（以下「医療死亡事故」という。）が発生した際に、解剖や診療経過の評価を通じて事故の原因を究明し、再発防止に役立てていく仕組みが必要である。また、遺族にはまず真相を明らかにしてほしいとの願い、そして同様の事態の再発防止を図ってほしいとの願いがある。

※ 医療事故とは、過誤を伴う事故及び過誤を伴わない事故の両方を含む。
- (3) しかし、死因の調査や臨床経過の分析・評価等については、これまで行政における対応が必ずしも十分ではなく、結果として民事手続や刑事手続にその解決が期待されている現状にあるが、これらは必ずしも原因の究明につながるものではない。このため、医療の安全の確保の観点から、医療死亡事故について、分析・評価を専門的に行う機関を設ける必要がある。
- (4) さらに、このような新しい仕組みの構築は、医療の透明性の確保や医療に対する国民の信頼の回復につながるとともに、医師等が萎縮することなく医療を行える環境の整備にも資するものと考えられる。
- (5) 本試案は、医療死亡事故の原因究明・再発防止という仕組みについて、平成 19 年 4 月に設置した厚生労働省医政局長の私的懇談会である「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」での議論や平成 19 年 10 月に公表した厚生労働省第二次試案への各方面からの意見を参考に、改めて現時点における厚生労働省としての考え方をとりまとめたものである。

2 医療安全調査委員会（仮称）について

【委員会の設置】

法 (6) 医療死亡事故の原因究明・再発防止を行い、医療の安全の確保を目的とした、国の組織（医療安全調査委員会（仮称）。以下「委員会」という。）を創設する。（別紙1参照）

法 (7) 委員会は、医療関係者の責任追及を目的としたものではない。

法 (8) 委員会の設置場所については、医療行政について責任のある行政機関である厚生労働省とする考えがある一方で、医師や看護師等に対する行政処分を行う権限が厚生労働大臣にあり、医療事故に関する調査権限と医師等に対する処分権限を分離すべきとの意見も踏まえ、今後更に検討する。

法 (9) 委員会は、中央に設置する委員会（医療の安全を確保するために講ずべき再発防止策の提言を主目的とする委員会。）、地方ブロック単位に設置する委員会（調査を主目的とする委員会。以下「地方委員会」という。）及び地方委員会の下に事例毎に置かれる調査チームより構成することを中心に検討する。

委員会が定める実施要領 (10) 調査チームは、関係者からの意見や解剖の結果に基づいて、臨床経過の評価等についてチームとして議論を行い、調査報告書案を作成する。調査チームのメンバーは、臨床医を中心として構成し、具体的には、日本内科学会が関連学会と協力して実施中の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」（以下「モデル事業」という。）の解剖担当医2名、臨床医等5～6名、法律家やその他の有識者1～2名という構成を参考とする。

法 (11) 地方委員会は、調査チームの作成した調査報告書案を審議の上、委員会の調査報告書としてとりまとめる。

法 (12) 中央に設置する委員会は、委員会の基本的な運営方針等を定めるとともに、医療の安全の確保のための施策等に関して関係行政機関等への勧告、建議等を行う。

法 (13) 中央に設置する委員会、地方委員会及び調査チームは、いずれも、医療の専門家（解剖担当医（病理医や法医）や臨床医、医師以外の医療関係者（例えば、歯科医師・薬剤師・看護師）を中心に、法律関係者及びその他の有識者（医療を受ける立場を代表する者等）の参画を得て構成することとする。（別紙2参照）

法

(14) 調査対象となる個別事例の関係者は、地方委員会による調査に従事させないこととする。なお、委員会が適切に機能するためには、何よりも国民の信頼を得るものでなければならず、委員には中立性と高い倫理観が求められる。

法

(15) 上記の業務を支える事務局の中央及び地方ブロック単位の設置についても併せて検討する。

【医療死亡事故の届出】

医療法

(16) 医療死亡事故の再発防止、医療に係る透明性の向上等を図るため、医療機関からの医療死亡事故の届出を制度化する。

医療法

(17) 届出義務の範囲については、死亡事例すべてとするのではなく、現行の医療事故情報収集等事業における届出範囲を踏まえ、図表のとおり、明確化して限定する。

法

(18) 届出先は委員会を所管する大臣とし、当該大臣が届け出られた事例を地方委員会に連絡し、これに基づき地方委員会は調査を開始することとする。

医師法

(19) 医師法第 21 条を改正し、医療機関が届出を行った場合にあっては、医師法第 21 条に基づく異状死の届出は不要とする。

医療法に
基づく告示

(20) 図表の届出範囲①は、明らかに誤った医療行為に起因して患者が死亡した事例（その行った医療に起因すると疑われるものを含む。）であり、例えば、塩化カリウムの急速な静脈内への投与による死亡や、消毒薬の静脈内への誤注入による死亡等が想定される。また、届出範囲②は、誤った医療を行ったことは明らかではないが、行った医療に起因して患者が死亡した事例（行った医療に起因すると疑われるものを含む。）であって、死亡を予期しなかったものである。例えば、ある診療行為を実施することに伴い一定の確率で発生する事象（いわゆる合併症）としては医学的に合理的な説明ができない予期しない死亡やその疑いのあるものが想定される。

医療法

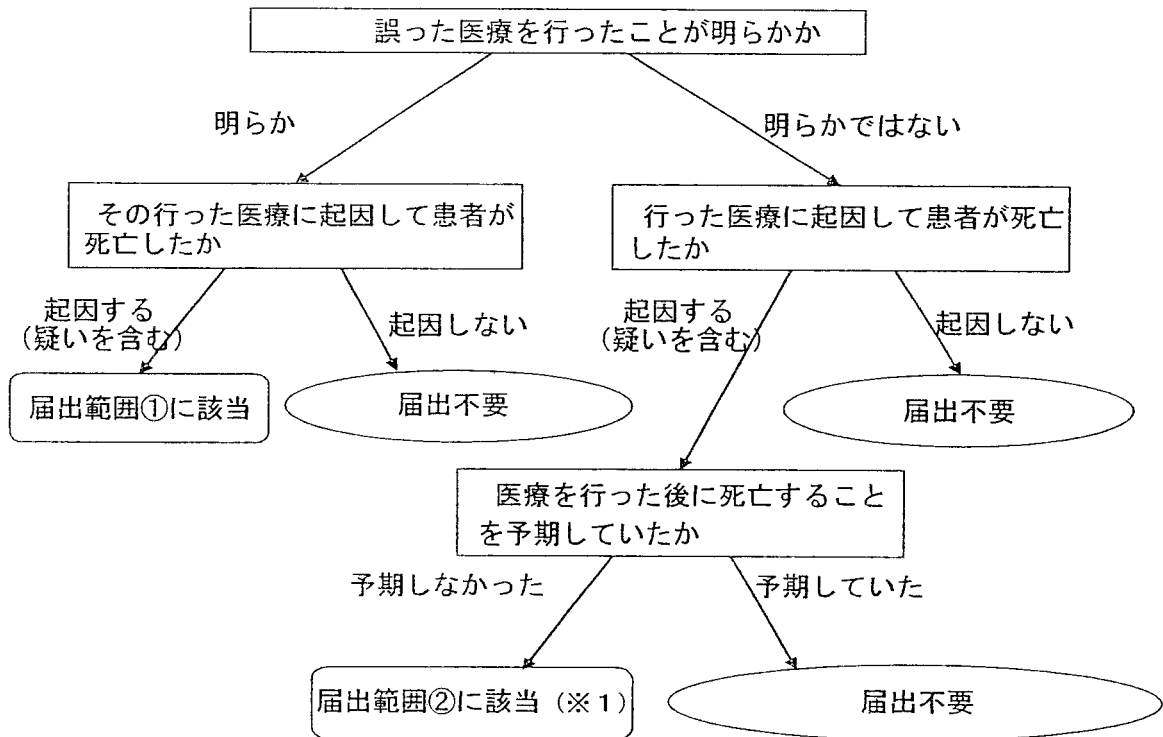
(21) 医療法では医療機関における医療安全管理の責任は、その管理者にあることを踏まえ、届出範囲に該当するか否かの判断及び届出は、死体を検案した医師（主治医等）ではなく、必要に応じて院内での検討を行った上で、当該医療機関の管理者が行うこととする。

(図表)

医療安全調査委員会（仮称）へ届け出るべき事例は、以下の①又は②のいずれかに該当すると、医療機関において判断した場合。（①及び②に該当しないと医療機関において判断した場合には、届出は要しない。）

① 誤った医療を行ったことが明らかであり、その行った医療に起因して、患者が死亡した事案（その行った医療に起因すると疑われるものを含む。）。

② 誤った医療を行ったことは明らかではないが、行った医療に起因して、患者が死亡した事案（行った医療に起因すると疑われるものを含み、死亡を予期しなかったものに限る。）。（※1）



※1 例えば、ある診療行為を実施することに伴い一定の確率で発生する事象（いわゆる合併症）としては医学的に合理的な説明ができない予期しない死亡やその疑いのあるものが想定される。

医療法

(22) 届出範囲に該当すると医療機関の管理者が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や、管理者に報告が行われなかった等の医療機関内の体制に不備があったために届出が行われなかった場合には、医療機関の管理者に、まずは届け出るべき事例が適切に届け出られる体制を整備すること等を命令する行政処分を科すこととする。このように、届出義務違反については、医師法第21条のように直接刑事罰が適用される仕組みではない。

医療法の
解釈

(23) 医療機関の管理者が、医師の専門的な知見に基づき届出不要と判断した場合には、遺族が地方委員会による調査の依頼を行ったとしても、届出義務違反に問われることはない。

委員会が
定める
規則

(24) 届出の手續や調査の手續等に関する医療機関からの相談を受け付ける機能を整備する。

【遺族から地方委員会への調査依頼】

施行規則
法

(25) 上記の届出範囲に該当しないと医療機関が判断した場合であっても、遺族が原因究明を求める場合は、地方委員会による調査を大臣に依頼することができるものとする。また、このような地方委員会への調査依頼については、遺族に代わって医療機関が行うこともできることとする。

実施要領
予算措置

(26) 地方委員会への調査依頼に係る手續や地方委員会による調査の手續等について、遺族からの相談を受け付ける機能を委員会及び各都道府県等に設置された医療安全支援センター等に整備していく。また、委員会の役割や相談方法について、国は広く国民に周知する。

【地方委員会による調査】

(27) 個別事例の調査は、原則として、遺族の同意を得て解剖が行える事例について以下の手順で地方委員会の下に置かれる調査チームが行う。なお、既に遺体のない事例等についても地方委員会が必要と認める場合には調査を行う。

- ① まずは医療機関に診療録等の提出を求めるとともに、医療関係者や遺族等への聞き取り調査等を行う。これらの業務は、医師や看護師など医療の知識を有する者を含む事務局が中心となって行う。
- ② 臨床的な見解を踏まえて、解剖担当医が解剖を行って解剖結果をとりまとめる。

※ 死亡時画像診断等を補助的手段として活用することも今後の検討課題である。

- ③ 診療録等や解剖結果に基づき臨床医等の医療関係者がとりまとめた臨床経過の評価を基に、解剖担当医や臨床医、法律家等からなる調査チームが、死因、死亡等に至る臨床経過、診療行為の内容や背景要因、再発防止策等についての評価・検討を行い、調査報告書案をとりまとめる。

※ これらの評価・検討の際には、医学的観点からの死因究明とシステムエラーの観点を含む医療事故の発生に至った根本原因の分析を行う。(これらの評価・検討は、医療関係者の責任追及を目的としたものではない。)

※ また、評価を行う際には、事案発生時点の状況下を考慮した医学的評価を行う。(再発防止に向けて臨床経過を振り返って今後の医療の安全の向上のために取り得る方策について提案する場合は、その旨を明記した上で記載する。)

- ④ 地方委員会は、調査チームの作成した調査報告書案を審議の上、地方委員会の調査報告書としてとりまとめ、中央に設置する委員会及び所管大臣に提出する。同時に、地方委員会は調査報告書を遺族及び医療機関に交付し、併せて再発防止の観点から、個人情報等の保護に配慮しつつ、公表を行う。
- ⑤ 地方委員会(調査チームを含む。以下同じ。)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。ただし、医療従事者等の関係者が、地方委員会からの質問に答えることは強制されない。

- ⑥ 地方委員会は、個別事例の調査を終える前に、当該個別事例に関する医療関係者や遺族等から意見を聴く機会を設けることとする。
- ⑦ 調査報告書のとりまとめに当たっては、地方委員会の議論によって意見の集約を図ることとなるが、議論の結果、地方委員会の委員の間で意見の合致に至らなかった場合は、調査報告書に少数意見を付記することとする。また、地方委員会の意見と当該個別事例に関する医療関係者や遺族等の意見が異なる場合は、その要旨を別に添付することができる。

実施要領

- (28) 調査報告書の作成に当たっては、専門用語について分かりやすい表現を用いるなど、医療関係者以外の者が理解しやすいよう十分配慮する。

実施要領

- (29) 医療機関からの届出又は遺族からの調査依頼を受け付けた後、疾病自体の経過としての死亡であることが明らかとなった事例等については、地方委員会による調査は継続しない。(この場合には、医療機関における説明・調査など、原則として医療機関と遺族の当事者間の対応に委ねることとする。)

予算措置

- (30) 地方委員会の事務局には、モデル事業における「調整看護師」のように、調査の業務を支えるとともに、調査開始後、調査の進捗状況等を遺族に伝えるとともに、遺族の感情を受け止め、それを地方委員会や更には医療機関と共有していく役割を担うことが必要であり、その業務を行える者(看護師等)の育成を図る。

実施要領

- (31) 全国均一に、かつ、継続して適切な評価を行うため、評価の視点や基準についての指針等を作成するとともに、解剖担当医や臨床評価担当医等に対する研修を実施する。

予算措置

【院内事故調査と地方委員会との連携】

- (32) 地方委員会において調査が開始された事例であっても、医療機関は医療を提供した当事者として医療安全の観点から独自に原因究明を行う責務がある。地方委員会に調査をすべて委ねるのでは、当該医療機関内における医療安全の向上に結びつかない。院内において自らも事実関係の調査・整理を行い、原因究明・再発防止策の検討等を行い、再発防止策の実施に自ら取り組むことが重要である。

**医療法
施行規則**

- (33) このため、一定の規模や機能を持った病院(特定機能病院等)については、医療法に基づき設置が義務付けられている「安全管理委員会」の業務として、地方委員会に届け出た事例に関する調査を行い再発防止策を講ずることを位置付ける。

実施要領

(34) 院内において調査・整理された事例の概要や臨床経過一覧表等の事実関係記録については、地方委員会が診療録等との整合性を検証した上で、地方委員会での審議の材料とする。

医療法
施行規則

(35) 一定の規模や機能を持った病院（特定機能病院等）については、安全管理委員会に、事故調査委員会を設置するなどして医療事故調査を行うこととし、①当該医療機関以外の医師や弁護士など外部の委員の参画、②調査結果の患者・家族への説明を行うこととする。なお、その具体的な運営の在り方については、引き続き検討する。また、中小病院や診療所については、自施設での医療事故調査には様々な困難があることから、その支援体制についても併せて検討する。

実施要領

(36) さらに、院内の事故調査を充実させるためにも、地方委員会は、調査チームによる解剖の結果について、できる限り速やかに当該医療機関及び遺族に情報提供し、院内の調査を適切に行うための資料として活用できるようにする。

【中央に設置する委員会による再発防止のための提言等】

法

(37) 調査報告書を踏まえた再発防止のための対応として、中央に設置する委員会は、

- ① 全国の医療機関に向けた再発防止策の提言を行う。この際には、関連する各種学術団体と協働していく必要がある。
- ② 医療機関における安全管理の基準の見直しなど、医療の安全の確保のために講ずべき施策について、関係行政機関に対して勧告・建議を行う。

法

(38) なお、医療事故の再発防止の観点からは、平成16年より財団法人日本医療機能評価機構が、医療事故情報収集等事業を実施している。この事業は、特定機能病院や国立病院機構の病院等の医療機関の参加によるものであるが、患者に有害事象が発生した事例、さらには事故には至らないインシデント（ヒヤリ・ハット）まで含めて幅広く事例の収集・分析を行っている。この収集・分析した情報を日本医療機能評価機構から中央に設置する委員会に情報提供を行うこととし、中央に設置する委員会では、地方委員会の調査報告書だけでなく日本医療機能評価機構からの情報も参考として、再発防止策を検討する必要がある。

【捜査機関への通知】

法

(39) 医療事故による死亡の中にも、故意や重大な過失を原因とするものであり刑事責任を問われるべき事例が含まれることは否定できない。医療機関に対して医療死亡事故の届出を義務付け、届出があった場合には医師法第21条の届出を不要とすることを踏まえ、地方委員会が届出を受けた事例の中にこのような事例を認めた場合については、捜査機関に適時適切に通知を行うこととするが、医療事故の特性にかんがみ、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に限定する。

法

(40) 診療行為そのものがリスクを内在するものであること、また、医療事故は個人の過ちのみではなくシステムエラーに起因するものが多いこと等を踏まえると、地方委員会から捜査機関に通知を行う事例は、以下のような悪質な事例に限定される。

- ① 医療事故が起きた後に診療録等を改ざん、隠蔽するなどの場合
- ② 過失による医療事故を繰り返しているなどの場合（いわゆるリピーター医師など）
- ③ 故意や重大な過失があった場合（なお、ここでいう「重大な過失」とは、死亡という結果の重大性に着目したものではなく、標準的な医療行為から著しく逸脱した医療であると、地方委員会が認めるものをいう。また、この判断は、あくまで医療の専門家を中心とした地方委員会による医学的な判断であり、法的評価を行うものではない。）

3 医療安全調査委員会以外での対応（医療事故が発生した際のその他の諸手続）について

医療安全調査委員会は、医療死亡事故の原因究明及び再発防止を目的としたものであり、その業務は調査報告書の作成・公表及び再発防止のための提言をもって終了する。医療死亡事故が発生した場合の民事手続、行政処分、刑事手続については、委員会とは別に行われるものである。

なお、捜査機関との関係については、別紙3参照。

【遺族と医療機関との関係】

医療法

(41) 一般に、診療行為に関連した予期しない死亡を始めとした医療事故が発生した場合に医療機関に対して求められることは、「隠さない、逃げない、ごまかさない」ことである。こうした初期の対応が適切になされない場合に、患者・家族と医療機関の意思疎通は悪化し、遺族の医療機関への不信感が募り、紛争に発展しているとの意見もある。医療事故の発生時には、医療機関から患者・家族に、事故の経緯や原因等について、十分な説明がなされることが重要である。

予算措置

(42) このためには、日常診療の中で医療従事者と患者・家族が十分な対話を重ねることが重要であり、また、事故発生直後から医療機関内での対応が適切になされる必要があり、患者・家族の感情を受け止め、真摯にサポートする人材の院内の配置が望まれることから、その育成を図る。

(43) また、医療機関と遺族との話し合いを促進する観点から、地方委員会の調査報告書は、第三者による客観的な評価結果として遺族への説明や示談の際の資料として活用されることが想定される。これにより、早期の紛争解決、遺族の救済につながることを期待される。

(44) 医療機関と遺族の間では紛争が解決しない場合の選択肢としては、民事訴訟や裁判所による調停、弁護士会の紛争解決センター等の裁判外紛争解決（ADR）機関の活用等がある。いずれの場合においても、事実関係の明確化と正確な原因究明が不可欠であり、地方委員会の調査報告書は、早期の紛争解決、遺族の早期救済に役立つものと考えられる。

予算措置

- (45) なお、民事訴訟制度による紛争解決には、解決までに時間がかかる、費用が高い、経過や結果が公開される等、様々な制約もあることから、医療においても、裁判外紛争解決（ADR）制度の活用を推進を図る必要がある。このため、医療界、法曹界、医療法に基づき各都道府県等に設置された医療安全支援センター、関係省庁、民間の裁判外紛争解決（ADR）機関等からなる協議会を設置し、情報や意見の交換等を促進する場を設ける。

【行政処分】

- (46) 医療事故は、システムエラーにより発生することが多いことが指摘されているが、医療事故に対する現在の行政処分は、医師法や保健師助産師看護師法等に基づく医療従事者個人の処分が中心となっている。

医療法

- (47) 地方委員会では、医療の安全の観点からの調査が実施されることから、医療事故に対する行政処分は、医療の安全の向上を目的とし、地方委員会の調査結果を参考に、システムエラーの改善に重点を置いたものとする。

- (48) 具体的には、以下のとおりとする。

医療法

- ① システムエラーの改善の観点から医療機関に対する処分を医療法に創設する。具体的には、医療機関に対し、医療の安全を確保するための体制整備に関する計画書の提出を命じ、再発防止策を講ずるよう求める。これにより、個人に対する行政処分については抑制することとする。

医師法に
基づく
行政処分

- ② 医師法や保健師助産師看護師法等に基づく医療従事者個人に対する処分は、医道審議会の意見を聴いて厚生労働大臣が実施している。医療事故がシステムエラーだけでなく個人の注意義務違反等も原因として発生していると認められ、医療機関からの医療の安全を確保するための体制整備に関する計画書の提出等では不十分な場合に限っては、個人に対する処分が必要となる場合もある。その際は、業務の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。

医道審
議会令

- (49) なお、医療事故に対する行政処分については、医療従事者の注意義務違反の程度その他、医療機関の管理体制、医療体制、他の医療従事者における注意義務の程度等を踏まえて判断する。このため、医道審議会における審議については、見直しを行う。

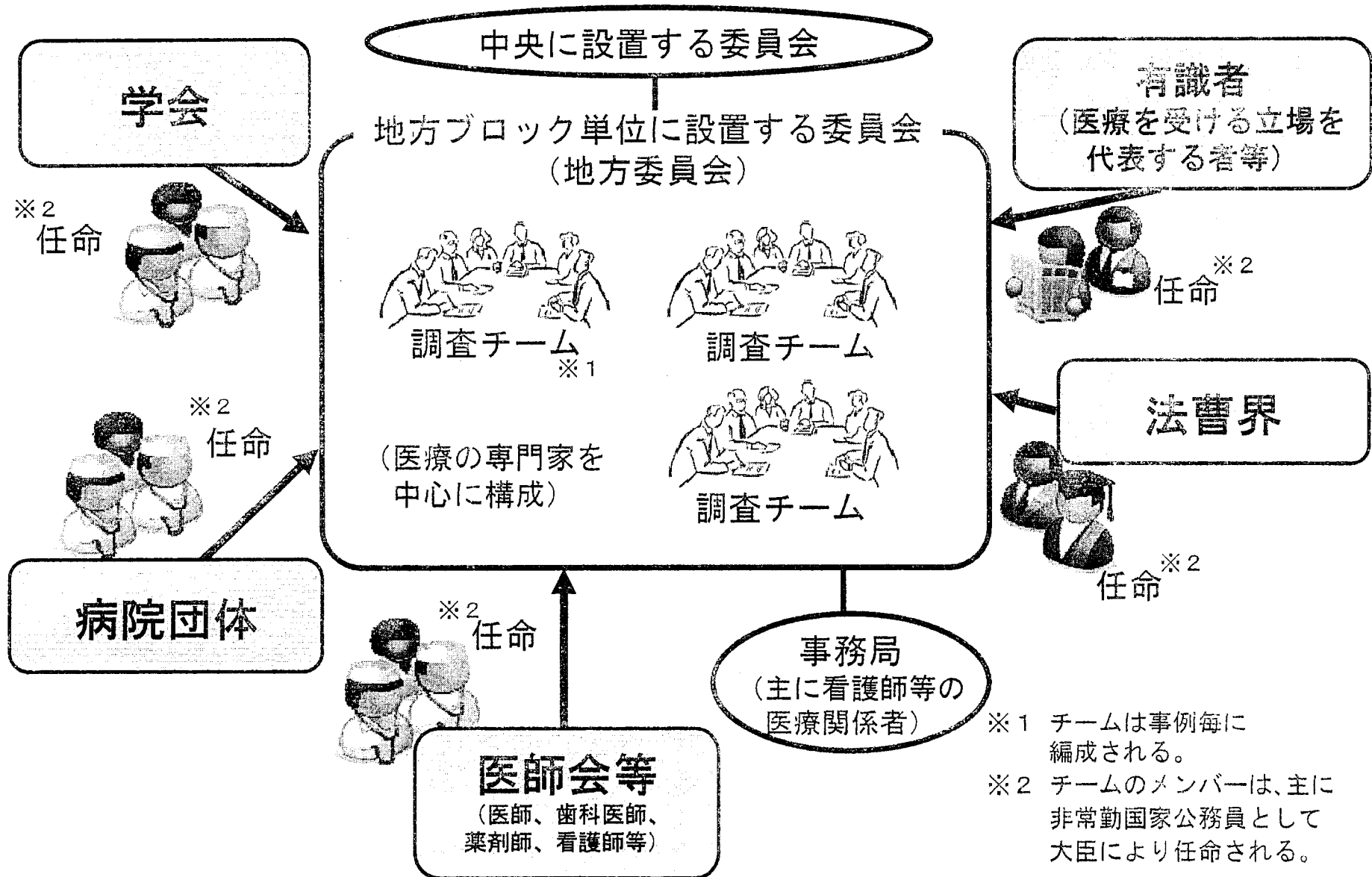
4 おわりに

法

- (50) 本制度の実施に当たっては、組織面・財政面の検討を加えた上で法整備を行う必要があるが、施行に当たっては2～3年の準備期間をとるものとする。
- (51) 本制度の確実かつ円滑な実施には、医療関係者の主体的かつ積極的な関与が不可欠となる。今後とも広く関係者はもとより国民的な議論を望むものである。

医療安全調査委員会（仮称）の構成

（別紙2）



捜査機関との関係について

- これまで医療関係者を中心に、医療安全調査委員会（以下「委員会」という。）と捜査機関との関係について明確化を求める意見が多く寄せられている。
- 今回の制度は、委員会からの通知を踏まえ、捜査機関が対応するという、委員会の専門的な調査を尊重する仕組みを構築しようとするものである。そのためには、委員会は適時適切に調査及び通知を実施する必要がある。今回提案しているこのような仕組みが構築されれば、以下のようになる。

問1 捜査機関は、捜査及び処分に当たっては、委員会の通知の有無を十分に踏まえるのか。また、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に対象を限定するなど、謙抑的に対応すべきではないか。

(答)

- 1 今回提案している仕組みにおいては、委員会の専門的な調査により、医療事故の原因究明を迅速かつ適切に行い、また、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に限定して捜査機関への通知を行うこととしている。また、委員会の調査結果等に基づき適切な行政処分を実施することとしている。
なお、委員会からの通知は、犯罪事実を申告し犯人の処罰を求める意思表示としての「告発」ではない。
- 2 医療事故についてこうした対応が適切に行われることになれば、刑事手続については、委員会の専門的な判断を尊重し、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、対応することになる。
- 3 その結果、刑事手続の対象は、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に事実上限定されるなど、謙抑的な対応が行われることとなる。

問2 遺族が警察に相談した場合や、遺族が告訴した場合に、捜査機関の対応はどうなるのか。

(答)

- 1 委員会の専門的な調査により、医療事故の原因究明が迅速かつ適切に行われることになれば、遺族から警察に対して直接相談等があった場合にも、遺族は委員会による調査を依頼することができることから、警察は、委員会による調査を勧めることとなる。
- 2 また、遺族から告訴があった場合には、警察は捜査に着手することとなるが、告訴された事例について委員会による調査が行われる場合には、捜査に当たっては、委員会の専門的な判断を尊重し、委員会の調査の結果や委員会からの通知の有無を十分に踏まえて対応することが考えられる。

問3 委員会の調査結果を受け、行政処分が刑事処分より前になされるようになった場合、検察の起訴や刑事処分の状況は変わるのか。

(答)

- 1 現在、医師法等に基づく処分の大部分は、刑事処分が確定した後に、刑事処分の量刑を参考に実施されているが、委員会の調査による速やかな原因究明により、医療事故については、医療の安全の向上を目的とし、刑事処分の有無や量刑にかかわらず、医療機関に対する医療安全に関する改善命令等が必要に応じて行われることとなる。
- 2 この場合、検察の起訴や刑事処分は、行政処分の実施状況等を踏まえて行われることになる。したがって、現状と比べ大きな違いが生ずることとなる。

問4 委員会から捜査機関に通知を行った場合において、委員会の調査報告書やヒアリング資料等の扱いはどうなるのか。

(答)

- 1 委員会の調査報告書については、公表されるものであるため、委員会から捜査機関に通知を行った事例において、捜査機関が調査報告書を使用することを妨げることはできない。

- 2 委員会による調査の目的にかんがみ、調査報告書の作成の過程で得られた資料については、刑事訴訟法に基づく裁判所の令状によるような場合を除いて、捜査機関に対して提出しない方針とする。

第三次試案に寄せられた主な意見と大綱案のポイント

1. 医療事故死等に関する届出の範囲について

- 「届出の範囲が曖昧である。」「具体的な基準を示すべきである。」との第三次試案に対する意見
 - 本大綱案においては、医療事故死等に該当するかどうかの基準（ガイドライン）を医学医術に関する学術団体及び医療安全調査中央委員会の意見を聴いて主管大臣が定め、公表することを明記。（ガイドラインの策定に医学会や医療関係団体が主体的に関与することが求められる。）

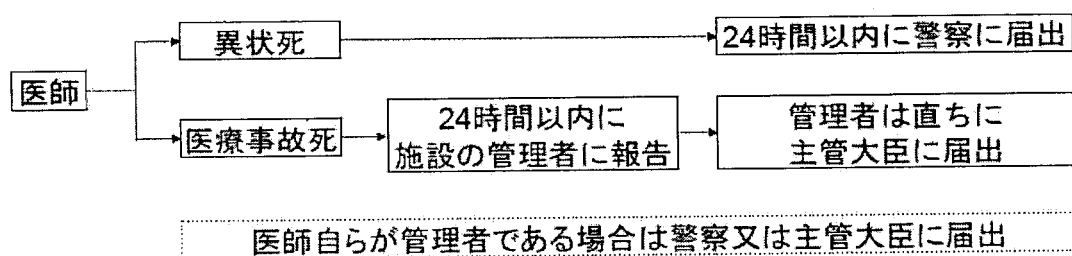
（大綱案 第32（4）の2）

2. 医師法第21条の改正について

- 医師法第21条にただし書きを設け、医療事故死等については、医師は医療機関の管理者に報告すれば、警察への届出の必要はないこととする。

また、医療事故死等の報告を受けた管理者は、必要に応じて関係者と協議し、直ちに主管大臣に届け出ることとする。

したがって、医師は、殺人等の異状死の場合には警察に、医療事故死等の場合には医療機関の管理者に報告することとなる。



（大綱案 第32，33）

3. 委員会の独立性について

○ 「委員会は、独立性のある第三者の外部機関とすべき。」との第三次試案に対する意見

→ 本大綱案において、委員は、独立してその職権を行うことを明記。委員は、その業務や判断について、主管大臣からの指示・命令を受けないこととなる。

(大綱案 第5)

4. 委員会の構成について

○ 「委員会は医療の専門家のみで構成すべき。」「医療の専門家だけでなく、法律関係者及びその他の有識者を加えて、多面的な委員構成とすることに賛成。」との第三次試案に対する意見

→ 本大綱案においては、委員会の透明性、中立性、公正性の担保のためには医療の専門家のみでなく、法律家や医療を受ける立場にある者等の参加も必要であるので、第三次試案のとおり、医療の専門家以外の者も委員として任命する。

(大綱案 第7の1)

5. 警察への通知を行う範囲について

○ 「重大な過失の定義が分かりにくい。」「具体的な基準を示すべきである。」との第三次試案に対する意見

→ 「重大な過失」との表現は使用しないこととするとともに、「標準的な医療から著しく逸脱した医療」について、注釈を記載した。

本大綱案においては、以下のように記載。

① 故意による死亡又は死産の疑いがある場合

② 標準的な医療から著しく逸脱した医療に起因する死亡又は死産の疑いがある場合

注) ②に該当するか否かについては、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、医療の専門家を中心とした地方委員会が個別具体的に判断することとする。

- ③ 当該医療事故死等に係る事実を隠ぺいする目的で関係物件を隠滅し、偽造し、又は変造した疑いがある場合、類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた疑いがある場合その他これに準ずべき重大な非行の疑いがある場合

注) 「類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた」とは、いわゆるリピーター医師のことであり、例えば、過失による医療事故死等を繰り返し発生させた場合をいう。

(大綱案 第25)

6. 警察による捜査との関係について

- 第三次試案の内容は、別紙3に記載されていた捜査機関との関係を含め、「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。

(第三次試案 表紙)

- 「医療については、業務上過致死罪を適用するべきではない。」、「遺族が告発しても、調査委員会が通知しない場合には、警察は捜査に着手しないよう法制化すべき。」、「警察は独自に捜査を行い、委員会での結論を参考として活用すべき。」との第三次試案に対する意見

→ どのような行為が刑事処分の対象となるかは、一義的には刑事行政において検討されるべきものであるが、故意や重大な過失があったにもかかわらず、医療者についてのみ、刑事責任を問われないとすることについて、現段階で国民の理解を得ることは困難と考えられる。

本大綱案及び第三次試案においては、医療関係者を中心とした委員会からの通知を踏まえ、捜査機関が対応するという、委員会の専門的な調査を捜査機関が尊重する仕組みを構築しようとするものであり、委員会が上記5の事例に該当すると判断した場合には、直ちに警察に通知を行うことを明記。

(大綱案 第25)

7. 行政処分について

- 病院等におけるシステムエラーに対する行政処分として、医療法を改正し、都道府県知事が、同様の事故の再発の防止を図るためその他医療の安全の確保のため必要があると認めるときは、医療の安全を確

保するための改善計画の提出や必要な措置を採ることを命ずる権限を創設。

(大綱案 第32(6))

- 個人に対する行政処分は、公表された報告書を参考にして、医道審議会の意見を聴いた上で、厚生労働省で判断することとなり、委員会による調査とは独立して実施。

(第三次試案 (49))

→ 仮に委員会を厚生労働省が所管する場合でも、調査と行政処分は分離されることとなる。

8. 医療事故調査の実施の体制整備について

- 本大綱案において、法律の施行の日の前においても、医療事故調査の試行的な実施その他の必要な準備行為をすることができると明記。

(大綱案 第38)

- 本大綱案に示した医療事故調査の実施に向けて、従前の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」の実施地域で「医療安全調査準備試行事業」を実施し、順次、試行地域を全国に拡大し、本施行に備える。

(別紙 準備体制のイメージ図)

9. 引き続き検討が必要な事項

- 委員会を所管する府省について

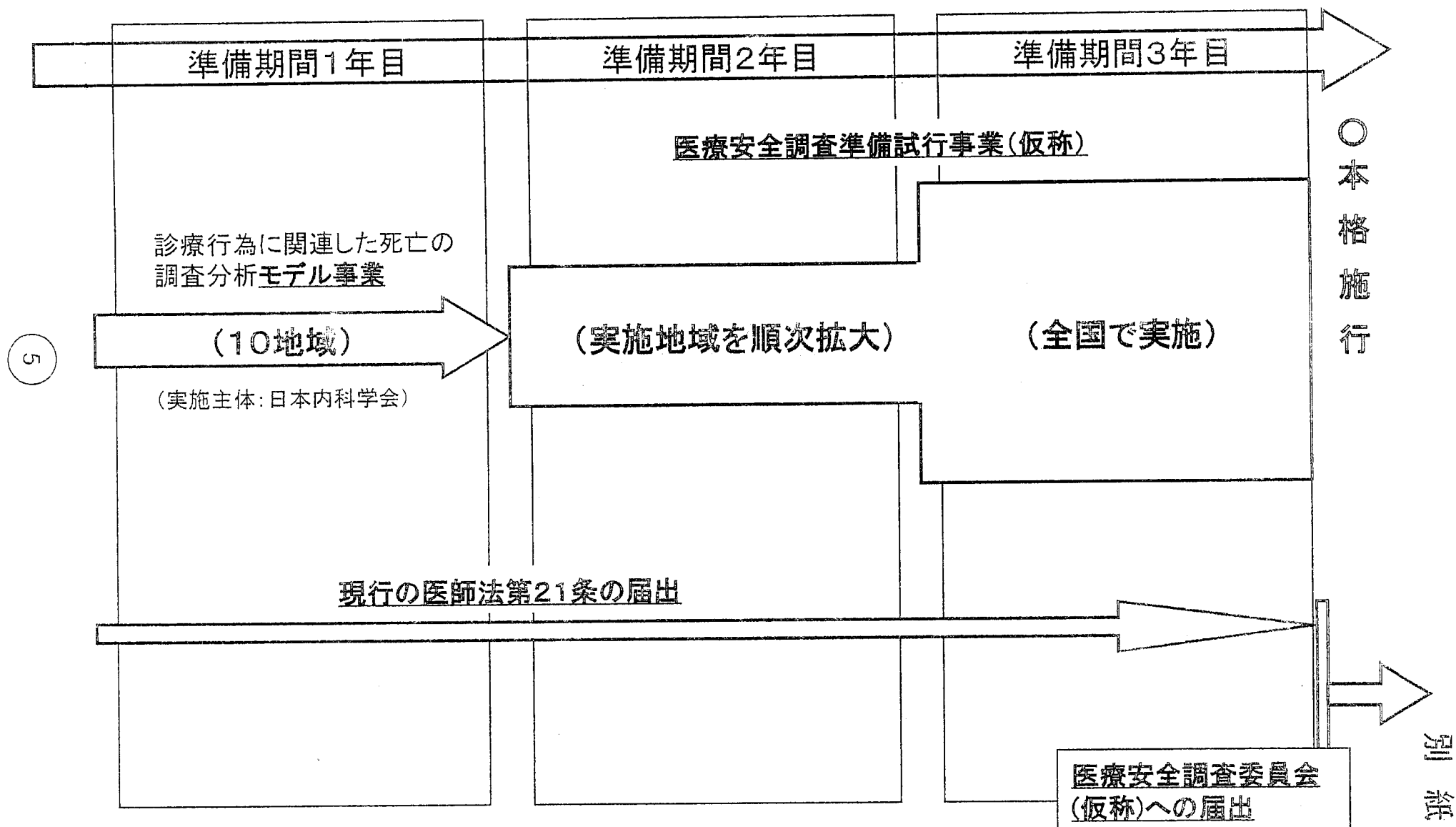
「厚生労働省には設置すべきでない。」「内閣府等に設置すべき。」「厚生労働省に医療情報が集中していた方が良いことから、厚生労働省とすべき。」との第三次試案に対する意見

→ 本大綱案においては、委員会を設置する府省を特定せず、更に検討を進めることとしている。

(大綱案 第3の1)

- 財政面・組織面では更に検討を加える。

医療安全調査委員会(仮称)の本格施行に向けた準備体制のイメージ



「救急医療の今後のあり方に関する検討会」中間取りまとめの概要

資料5

主な提言内容

安心と希望の医療確保ビジョン

2 地域で支える医療の推進 (1) 救急医療の改善策の推進

ア 救急医療の充実

- ①量的充実
 - ・調査に基づく初期、二次、三次救急の更なる整備
- ②質的充実
 - ・管制塔機能を担う医療機関の整備・人材の育成
 - ・医師等の交代勤務制の整備
 - ・地域全体の各医療機関の連携
 - 急性期を脱した患者を受け入れる病床の確保等
 - 救急患者の効率的な振り分け等
 - ・医療機関と消防機関との連携強化
 - 救急患者受入コーディネーターの配置等
 - ・住民との情報共有

イ 夜間・救急利用の適正化

- ①国民への普及啓発
 - ・夜間救急外来の適正利用等
- ②小児救急電話相談事業（#8000）の拡充等

第三次救急医療機関の充実

救命救急センターに対する新しい評価

- ・求められる機能の明確化、第三者の視点・検証が可能な評価、地域特性等を勘案した評価項目を導入
- ・交代勤務制を含む病院勤務医の労働環境改善に係る評価項目を追加
- ・評価結果をできる限り詳細に国民へ情報提供

救命救急センターの整備のあり方

- ・救命救急センターと同等の実績等がある施設であれば新たに救命救急センターとして位置づけ
- ・ヘリコプター等による搬送やITの活用も検討

第二次救急医療機関の充実

第二次救急医療機関の状況及び今後の整備

- ・地域の実情に応じた取組を支援
- ・救急医療機関の連携を推進しつつ、第二次救急医療機関の機能の充実を図る
- ・全ての第二次救急医療機関について、診療体制や活動実績に関する調査を実施し、診療実績に応じた支援を検討

夜間・休日の救急医療を担う医師に対する財政的な支援

救急搬送における課題と円滑な受入れ推進について

医療機関と消防機関の連携

- ・病状に応じて適切な受入先医療機関・診療科に患者を振り分ける管制塔機能を整備
- ・地域の実情に精通した医師等の救急患者受入コーディネーターの普及
- ・小児救急電話相談事業（#8000）の拡充を検討

円滑な受入れ推進に向けた対応

- ・診療所医師の夜間・休日の外来診療や救急医療への参画を推進
- ・院内トリアージを適切に行える医療従事者の育成と配置
- ・救急医療体制の現状や転床・転院等に関する国民に理解を求める

- ・ER型救急医療機関については、まず正確な実態把握を行う

救急医療の今後のあり方に関する検討会

中間取りまとめ

平成20年7月30日

目次

第1 はじめに

第2 救急医療の現状及び課題

1. 救急利用の増加・多様化等の救急医療に関するニーズの増大
2. 救急搬送の動向
3. 受入先となる救急医療機関
4. 救急医療を担う医師を取り巻く環境
5. 救急医療に係る公的財政支援

第3 検討事項

1. 救命救急センターに対する新しい評価について
2. 救命救急センターの整備のあり方について
3. 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備について
4. 特定の診療領域を専門とする医療機関の位置付けについて
5. 救急搬送における課題と円滑な受入れの推進について

第4 おわりに

参考資料

第1 はじめに

我が国の救急医療体制の本格的整備は、昭和39年度の救急病院・救急診療所の告示制度の創設に始まる。昭和52年度からは、初期、二次、三次の救急医療機関の階層的整備を開始するとともに、併せて救急医療情報センターの整備を始め、さらに、平成3年度には救命救急センター制度を創設するなど、救急医療の体系的な整備を進めてきた。

さらに平成9年12月には、我が国における良質かつ効率的な救急医療体制のあり方について「救急医療体制基本問題検討会報告書」が取りまとめられ、地域性に配慮しながら救急医療体制の確保を進めてきた。

しかしながら、昨今においても、救急搬送患者の受入れに時間を要した事案の報道が相次ぎ、社会的な問題となるなど、我が国の救急医療体制にはいまだ多くの課題が残されていることもまた事実である。

人口の少子高齢化、怪我から病気という疾病構造の変化、国民のニーズの多様化や医療に求める水準の上昇など、我が国の救急医療を取り巻く環境は大きく変化している。このような中で、救急搬送件数の増大に代表される救急医療需要そのものが大幅に増加している状況にあり、これらに対応する救急医療提供体制の確保（救急医療に関わる医師の量的及び質的な確保、医療計画制度における救急医療の位置付けとそれに基づく医療機関間の連携の構築等）が喫緊の課題として求められている。

このため、厚生労働省では、「救急医療の今後のあり方に関する検討会」（以下「本検討会」という。）を平成19年12月に設置し、上記の課題等に関する検討を行うこととした。

本検討会では、当初、特に第三次救急医療機関（救命救急センター）の整備のあり方について焦点を当て検討を行うこととした。

この背景としては、以下の各点がある。

- ・これまで概ね100万人に一か所を目標に整備を進めてきた救命救急センターが、当初の目標を大きく超えてもなお都市部を中心にその整備が進むなど、量的拡大が続いたこと
- ・各施設の質的状況を評価するために、平成11年度より施設の充実度評価を行ってきたが、評価尺度の基準についての各施設の対応が進み、すべての施設が最高段階の評価を得る状況が続いていること
- ・これまで、救命救急センターの中でも、特に指肢切断、急性中毒、重症熱傷等の特殊疾患を受け入れる施設として高度救命救急センターの整備がなされてきたが、近年は通常の救命救急センターにおいても同程度の役割を果たす施設もあり、高度救命救急センターの位置付けが曖昧であるとの指摘があったこと

しかしながら、救命救急センターのあり方について議論を進めていく過程において、救命救急センターが十分な役割を果たすには第二次救急医療機関の充実が欠かせないとの意

見が多く出されたこと、救急搬送患者の救急医療機関への円滑な受入れには救命救急センターの充実のみでは対応が困難であるとの認識に至ったこと等により、救命救急センターに限らず、広く救急医療体制全般について議論することとした。

特に、第二次救急医療機関のあり方、救急搬送された患者が受入れに至らない理由等について議論を行った。

また、本中間取りまとめに当たっては、平成20年6月に、国民の医療に対する安心を確保し、将来にわたり質の高い医療サービスが受けられるよう、医療従事者を含めた国民の声にきちんと耳を傾け、多様な意見を集約して政策に反映していくという現場重視の方針に基づいて、厚生労働大臣の下に取りまとめられた「安心と希望の医療確保ビジョン」や、同年7月29日に、我が国の社会保障の現状に対して国民が抱く不安や不満に鑑み、早急に着手すべき「安心」につながる国民の目線に立ったきめ細かな方策として、政府全体で取りまとめた「社会保障の機能強化のための緊急対策～5つの安心プラン～」の内容との整合性も図った。

第2 救急医療の現状及び課題

1. 救急利用の増加・多様化等の救急医療に関するニーズの増大

高齢化の進展、住民の意識の変化等の社会情勢の変化により、救急利用が増加・多様化している。救急搬送人員を例にとると、この10年間で50%以上増加しており、特に、高齢者を中心とした軽症・中等症患者の増加が著しい。また、救急車や救急医療機関の不要・不急の利用により、真に緊急性のある傷病者への対応に支障が生じているとの指摘もある。また、医療を受ける側の、救急医療への過大とも言える要求が増大しているとの指摘もある。

2. 救急搬送の動向

総務省消防庁の調査によると、救急搬送において、受入先医療機関の決定までに時間を要する事案の発生が相次いでいる。こうした傾向は、特に大都市部において強い（*）。

* この点については、都市部には受入先候補となる医療機関が多数存在しており、救急隊と複数の医療機関の間で詳細な情報のやりとりを行う中で、患者の病状に応じた適切な医療機関を選定していくことに時間・手間を必然的に要し、やむを得ない部分もあるとする意見がある。

3. 受入先となる救急医療機関

救急医療機関においては、救急利用の増加・多様化等に対応した体制の充実が十分に図られておらず、救急医療を担う病院勤務医等の過酷な勤務環境、勤務状況に見合った報酬となっていないことへの不満、泥酔者や薬物依存患者等とのトラブルといった問題も挙げられる。

4. 救急医療を担う医師を取り巻く環境

診療科の偏在や、病院勤務医の離職等に伴う医師偏在・不足の深刻化もあり、地域によっては救急医療体制の確保に支障が生じている。また、救急医療へのニーズが増大する中で、特に救急医療を担う病院勤務医の疲弊は著しく、これらの医師の意欲の低下が指摘されている。さらには、従来は非専門家による応急的な診療が容認された救急医療に対し、国民が、時と場所によらず高度な専門的医療を期待するようになったことで、救急医療を担う医師が、診療内容が専門的水準に至らない場合の訴訟リスク等を懸念するようになり、これが、医師の意欲の低下の一因にもなっているとの指摘がある。

また、へき地等においては、一人の医師が救急医療も含めた診療を担当している場合も多く、そうした医師の疲弊も同様に懸念される。

こうした状況を踏まえると、救急医療を支える医師の養成も重要と考えられ、例えば、卒前・卒後教育を通じての救急医療への配慮も必要と考えられる。

5. 救急医療に係る公的財政支援

初期救急医療や第二次救急医療の体制整備に要する財源については、平成16年度からのいわゆる三位一体改革等により国の補助金が順次一般財源化され、その実施については地方自治体の裁量に委ねられるようになった。このため、救急医療に関する公的財政支援の程度は地域によって異なるものと考えられる。

救急医療は、採算性にかかわらず提供されることが最も求められる医療分野であり、必要に応じた公的財政支援が適切に行われることが、救急医療の維持には不可欠である。

以上のような状況により、個々の救急医療機関における努力だけでは、地域において安定的に救急医療を提供し続けることが難しくなりつつあり、制度的な支援の充実が特に強く求められるようになっている。

第3 検討事項

1. 救命救急センターに対する新しい評価について

(1) これまでの評価について

救命救急センターの充実度評価については、平成11年度以降、それぞれの施設のレベルアップを目的に毎年度実施してきた。評価方法は、各施設から報告される前年の一年間の実績を点数化し、充実度段階A・B・Cとして3段階に区分するものであり、評価項目は、施設の救急専用電話の有無、空床の確保数、診療データの集計の有無、専任医師数といった施設の診療体制が中心である。

この評価結果は公表されるとともに、施設に対する運営費補助金や診療報酬の加算に反映されるため、高評価を得ようとする施設の取組が促進される仕組みになっている。

その結果、評価開始当初は評価の低い施設もあったものの、平成18年度及び19年度においては、すべての施設が最高段階の評価を得るに至り、一層の質の向上を図るためには充実度評価の方法を新たなものに改訂する必要があるとの指摘があり、この度、新しい充実度評価について議論を行うことにした。

(2) 新しい評価の基本的な考え方について

新たに充実度評価の評価項目等を定めるに当たっては、以下の基本的な考え方に基づくべきであるとした。

①求められる機能の明確化

救命救急センターに求められる機能を明確にする。具体的には、救命救急センターに求められる機能として、下記の各点を4本柱とすることが適切である。

- ・重症・重篤患者に係る診療機能
- ・地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能
- ・救急医療に関する教育機能
- ・災害医療への対応機能

②第三者の視点・検証が可能な評価

これまでの充実度評価においては実態と乖離した評価がなされている施設があるとの指摘がある。このことから、それぞれの施設からの報告に基づく評価を基本とするが、第三者の視点による評価項目も加える。また、報告内容についての検証が可能な項目を取り入れる。

③地域特性の勘案

評価項目によっては、施設の所在地の状況や周辺人口等の状況に応じて、求められる水

準を調整する。周辺人口が少ない地域であっても、最寄りの救命救急センターへの搬送に長時間を要する地域（地理的空白地域）であるために設置された救命救急センターについては、患者受入数や医師数等の評価項目で求められる水準を一段低く設定する。

また、上記に加えて、昨今の救急医療を担う病院勤務医の過酷な勤務状況の改善を促す項目も加える。

（３）新しい充実度評価案について

上記の基本的な考え方にに基づき、別添資料のとおり、新たな充実度評価案を作成した。

新たな項目として、医療従事者の労働環境改善に係る項目については、「医師事務作業補助者の有無」、「転院・転棟の調整員の配置」、「医師の負担軽減の体制」、「休日及び夜間勤務の適正化」を加えることとし、この中で交代勤務制についてより重点的に評価することとした。また、第三者の視点・検証が可能な評価に係る項目については、「都道府県・地域メディカルコントロール協議会への関与、救急患者受入コーディネーターへの参画」、「救急医療情報システムへの関与」（都道府県による評価）、「ウツタイン様式調査への協力状況」（消防機関による評価）を加えた。

これらの評価結果については、今後、できる限り詳細な情報を公表していくことが、救命救急センターの機能、質の向上のための取組等について国民の理解を深めるために重要である。

（４）今後の課題について

これまでの充実度評価においては実態と乖離した評価がなされている施設があるとの指摘があったことは既に述べたが、充実度評価の評価自体の質の確保のためにも、評価が実態と乖離していないか、都道府県等が中心となって検証する体制を構築する必要がある。

また、充実度評価を実施する目的は、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、もって全国の救急医療体制の強化を図ることである。充実度評価は救命救急センターに対する補助制度とも連動しているが、例えば、評価上課題が指摘された救命救急センターについても適切に運営改善が図られるよう配慮すべきである。

今回、新たな充実度評価への変更により、その対応のために個々の施設において一定の負担が生じることも想定されることから、議論の過程においては、評価方法の変更によって、現場で勤務する医師に更なる負担をかける結果になることを懸念する意見があった。

今回の変更は日常の業務に追われている救命救急センターの勤務医個人に更なる負担をかけることが目的ではなく、救命救急センターが設置されている病院、あるいは地域に対して救命救急センターの機能の強化・質の向上への一層の取組を促すためのものであるということを、病院、地方自治体及び国は十分に認識して、それぞれの責任を果たす必要がある。

また、評価の客観性を高めるために、重症度を加味した生存率等を評価指標に盛り込むことが重要であるとの意見があった。

2. 救命救急センターの整備のあり方について

(1) これまでの整備の流れと量的状況

救命救急センターは当初、概ね100万人に1か所を目標に整備がなされてきたところである。平成19年度においても新たに8施設の整備がなされ、現在、全国に200か所を超えるなど、量的には確実に増加しており、人口当たりの数としては当初の目標を大きく上回るに至っている。特に近年は、大都市の一部において、隣接して複数の救命救急センターが整備されている状況である。

その一方で、地理的空白地域も多数残されているため、これらの地理的空白地域を埋めることを念頭に、平成16年度から規模の小さい(20床未満)救命救急センターについて新型救命救急センターとして整備を開始し、一定の成果を上げているが、依然として地理的空白地域は多数残されている状況にある。

(2) 質的な状況について

個々の救命救急センターの質的な面をみると、前述の救命救急センターの充実度評価の項で述べたように、個々の救命救急センターの質は確実に向上してきたところであるが、次の点が指摘されている。

- ・救命救急センターが医療を行う際には、小児科、精神科、整形外科等の様々な診療科の関わりが重要であることについて、救命救急センターを設置する医療機関の理解が十分でない。
- ・精神科救急、小児救急、周産期等の専門分野別に整備されつつある救急医療体制との連携が不十分である。
- ・重症外傷治療においては、防ぎ得た死が発生しているほか、救命後の四肢の運動機能等の、機能予後の改善への取組が不十分である。
- ・脳卒中や心筋梗塞など、急性循環器疾患等における治療やリハビリテーションの体制が十分でない。

(3) 救命救急センターを取り巻く状況について

救命救急センターを取り巻く状況としては、次の点が指摘されている。

- ・救急搬送患者数の増大を中心とする救急医療に関するニーズ増大に比して、地域の第二次救急医療機関の受入体制の充実が追いつかず、本来は第二次救急医療機関で対応可能な患者が救命救急センターに搬送されることにより、救命救急センターに過度の負担が

かかっている可能性がある。

- ・地域に複数の救命救急センターが整備されていても、それらの機能が類似しており、医療資源が薄く広く配置されている状況である。このため、重症外傷や発症直後の急性循環器疾患のように、来院直後より適切な対応が求められる疾患に対して、十分な診療体制が確保できていない。
- ・救急医療を担う病院勤務医に過度の負担がかかっており、このことを一因として救急医療に携わる医師の確保が困難な状況にある。
- ・合併症のある高齢の患者の割合が増え、治療期間が長期化している。
- ・急性期を乗り越えたものの、いわゆる植物状態等の重度な後遺症等により同一医療機関内の一般病棟への転床や他院への転院、自宅への退院が円滑に進まないなど、いわゆる救命救急センターの「出口の問題」がある。

(4) 今後の整備の進め方

(ア) 既に一定の整備がなされている地域

○新たに救命救急センターを位置付ける場合の考え方

救命救急センターの整備がある程度進んでいる地域において、新たに救命救急センターを整備することは、同一地域に複数の救命救急センターが分散して整備されることになり、結果的に、貴重な医療資源が分散し薄く配置されるおそれがある。

このため、救急医療に携わる医師の不足、医師の過重な労働実態の改善が強く求められている昨今、医師の効率的な配置という観点からみると、一地域に多数の救命救急センターが存在することは必ずしも適切とは言えず、新たに救命救急センターを増やすより、まずは既存の救命救急センターに医師等を集約化する等の対応をすべきとの指摘があった。

しかし、施設の設置主体が自治体や医療法人等と異なる中で、既存の施設に医師等の医療資源を短期間に集約することは現実的には困難な状況もある。

一方で、診療実績において既存の救命救急センターに匹敵するような役割を果たしている医療機関について、既に当該地域に救命救急センターが整備されていることを理由に、新たな救命救急センターとして認めないということも必ずしも適切ではなく、近隣に救命救急センターが設置されているか否かにかかわらず、一定の外形的な設備的・人的基準を満たした体制を確保し、同時に実績も伴っている施設は、新たに救命救急センターとして位置付けるべきという指摘があった。

以上を踏まえると、当面は、実態として既存の救命救急センターと同等の役割を果たしており、地域において必要性が認められている施設については、救命救急センターとして位置付けていくことが適当ではないかと考えられる。その場合、前述した新しい充実度評価等を用いて、施設ごとに体制や実績を経年的に評価することが重要である。

○同一医療圏に複数の救命救急センターが整備されている場合の役割分担

同一医療圏に複数の救命救急センターが整備されている地域においては、それぞれの施設が重症重篤な患者を疾病の種類によらず24時間365日受け入れ、適切な診療を行うといった救命救急センターとしての役割を前提とした上で、例えば循環器疾患、外傷、小児疾患という疾患ごとに大まかな役割分担を決め対応することも考えられる。

(イ) 最寄りの救命救急センターまでに長時間の搬送を要する地域（地理的空白地域）における救命救急センターの整備についての考え方

救急医療、特に、急性循環器疾患、重症外傷等においては、アクセス時間（発症から医療機関で診療を受けるまでの時間）の長短が、患者の予後を左右する重要な因子の一つである。

従って、救命救急センターの整備に当たっては、どこで患者が発生したとしても一定の時間内に適切な医療機関に到着し、適切な診療を受けることができる体制を確保する必要がある。

なお、アクセス時間は、単に医療機関までの搬送時間ではなく、発症から適切な医療機関で適切な治療が開始されるまでの時間として捉えるべきである。

このため、引き続き、地理的空白地域への救命救急センターの設置は必要と考えられるが、その際、GIS（地理情報システム）等の結果を参考に、救命救急センターが整備された場合に一定の時間以内に到着できる人数の増加が最も見込まれる地域を優先することが望まれる。

他方、現在においてもなお地理的空白地域として残っている地域は、周辺人口や重症患者の発生数からすると、新たに救命救急センターを整備することが困難である地域が多いことから、むしろドクターヘリコプターや消防防災ヘリコプター等による救急搬送やITの活用によって、一定の時間内に適切な医療機関に到着し、適切な診療を受けることができる体制を整備することも考えるべきである。

3. 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備について

(1) これまでの整備の流れ

第二次救急医療機関とは、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものであり、都道府県が作成する医療計画に基づき整備を進めるものである。厚生労働省においては、昭和52年度以来、初期、二次、三次といった階層的救急医療体制の整備を進めるとともに、第二次救急医療機関の整備の一環として、病院群輪番制病院や共同利用型病院（*）への補助を行ってきた。

* 病院群輪番制病院 …… 医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間における診療体制の確保を図るもの。

共同利用型病院 …… 医療圏単位で、拠点となる病院がその施設の一部を開放し、地域の医師の出務による協力を得て、休日及び夜間における診療体制の確保を図るもの。

そのための予算については国と都道府県が補助を行ってきたが、例えば、病院群輪番制運営事業については、平成17年度に一般財源化される等、その多くは地方自治体の裁量による事業の実施が可能になっている。

厚生労働省が都道府県を通じて実施している「救急医療対策事業の現況調」に基づき、補助対象となっていた医療機関を中心に第二次救急医療機関の状況を分析すると、

- ・第二次救急医療機関の体制や活動の状況は、都道府県ごとに様々である。
- ・同一都道府県内においても、状況は様々であり、年間数千台の救急車を受け入れる施設からほとんど受け入れていない施設までである。
- ・体制や活動が乏しい第二次救急医療機関が比較的多くを占め、例えば、夜間・休日においては医師が1名～2名体制である医療機関が7割を占める。
- ・受け入れている患者については、第二次救急医療機関であっても、その多くが入院を必要としない外来診療のみの患者である。

という状況であった。

従って、第二次救急医療機関を一部の病院に拠点化することも救急医療体制を確保する一つの方策ではあるが、地方自治体において様々な創意工夫や地域の実情に応じた取組によって、円滑に事業が実施されている場合においては、第二次救急医療機関の拠点化を含め、全国一律的な体制を求めるべきではなく、むしろ国は、そうした地域の実情に応じた取組を支援すべきである。

今後は、地域の現状を的確に把握するため、補助の対象かどうかを問わず、都道府県の医療計画において第二次救急医療機関と位置付けられたすべての医療機関を対象として、救急患者の受入れ状況や医師の勤務体制等も含めた診療体制や活動実績に関する調査を実施する必要がある。

(2) 今後の整備について

第二次救急医療機関の今後の整備については、「初期救急医療機関と第二次救急医療機関を一体として整備すべきである」、「広い分野に対応できる第二次救急医療機関の整備が必要である」、「当直体制ではなく交代勤務制が可能な環境を整備すべきである」、「一定の枠組みを満たした活動実績のある病院を支援すべきである」等の指摘があった。

また、第二次救急医療機関からヒアリングを行った際には、「医療従事者の確保が困難である」、「地方自治体からの補助金が削減される動きがある」、「未収金の負担が大きい」、「医療訴訟リスクが増大している」等の発言があった。

これらを踏まえると、引き続き、地域における救急医療機関の連携を推進しつつ、第二次救急医療機関の機能の充実を図るべきであると考えられる。加えて、一定の診療体制や活動実績のある第二次救急医療機関については、その評価に応じた支援を検討すべきであ

る。

また、第二次救急医療機関に対する支援に加え、地域において夜間・休日の救急医療を担う医師に対する財政的な支援についても検討すべきである。

4. 特定の診療領域を専門とする医療機関の位置付けについて

本検討会においては、当初、脳卒中や心筋梗塞など急性循環器疾患、小児疾患等の特定の診療領域を専門とする医療機関が救急医療に果たす役割やその効果的な活用に必要な体制等についても議論を進める予定としていた。しかしながら、救急搬送患者の受入先医療機関の選定に時間を要した事例の報道が相次ぎ、また総務省消防庁の調査でも、受入先医療機関の選定が円滑に進んでいない状況が明らかになったため、特定の診療領域に対して高い診療能力を有する医療機関に関する議論よりも、幅広い傷病に対応できる受入先医療機関の体制を整備するという観点から第三次救急医療機関、第二次救急医療機関のあり方についての議論を優先することとなった。今後、改めて特定の診療領域を専門とする医療機関のあり方や、特定の領域に焦点を当てた救急医療体制の整備について、議論を進める必要がある。

5. 救急搬送における課題と円滑な受入れの推進について

(1) 医療機関と消防機関の連携

いうまでもなく、医療機関が救急搬送患者を円滑に受け入れるためには、医療機関と消防機関との連携が欠かせない。二次医療圏内の連携は、日常的に医療機関と消防機関が情報を交換することにより得られるが、広域搬送に関わる連携のためには都道府県単位の救急医療情報システムの活用が必要となる。本検討会においても、例えば、救急医療機関の診療情報が的確に消防機関に伝わる体制を構築するための救急医療情報システムについて、医療機関の診療情報が適切に更新されていない等の理由により、必ずしも有効に活用されていないとの指摘があった。これについては、前述の救命救急センターの新しい評価において、情報の更新状況等を新たに項目として加える等の対応や、救急医療情報システムによる医療機関の診療情報を地域の救急医療機関同士でリアルタイムに共有できる体制や消防機関からも情報入力できる体制についても考えるべきである。

この他にも、今後、第二次救急医療機関も含め、救急医療情報システムへの地域の救急医療機関の入力状況等についてメディカルコントロール協議会等で検証を進める必要があり、この点については、本検討会と同時期に総務省消防庁において開催された救急業務高度化推進検討会においても指摘されたところである。

また、今後は、病状に応じて適切な医療を提供できる受入先医療機関・診療科に患者を振り分ける等の調整（管制塔機能）を行うシステムを整備するとともに、地域の実情に精通した救急医等を救急患者受入コーディネーターとして配置することを推進すべきであり、併せて、こういった役割を担う救急医等の育成を図っていく必要がある。加えて、小児救急電話相談事業（＃８０００）について、全国の都道府県が共同で利用できる拠点作りや高齢者を含む成人へ対象を広げるなど、関係省庁が連携しつつ、同事業拡充を検討することも必要である。

（２）「出口の問題」について

かねてから、救急医療機関に搬送された患者が、急性期を乗り越えた後も、救急医療用の病床からの転床・転院が停滞し、結果的に救急医療用の病床を長期間使用することによって、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になるという、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されてきた。

総務省消防庁は、医療機関の受入照会回数が多数に及ぶ事案に関し、平成１９年度に救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査を行った。

これによると、救急搬送において受入れに至らなかった理由として、「処置困難」、「ベッド満床」、「手術中・患者対応中」、「専門外」、「医師不在」等が挙げられた。特に、救命救急センター等（＊）においては、「ベッド満床」が第１の理由として挙げられている。

＊ 本調査において、「救命救急センター等」とは、救命救急センター、地域で救命救急センターに準じて取り扱われる施設（大学病院救急部など）をいう。

救急医療機関での受入れを確実なものとするため、急性期を脱した患者を受け入れる病床を確保する観点から、入院している患者の退院、同一医療機関内での転床、他の病院等への転院の促進など、救急医療機関の「出口」を確保することが必要である。

本検討会において、救急医療機関と、転院を受け入れる病院の双方からヒアリングを行った際には、急性期を乗り越えたものの救急医療用の病床から移動できない具体的な例として、いわゆる植物状態等の重度の意識障害がある患者や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である患者、さらには人工呼吸管理が必要である患者、院内感染の原因となる細菌の保菌者等が挙げられた。

また、身寄りがない患者や独居の患者、未収金の発生の可能性がある患者等については、転床・転院が困難であるとの指摘があった。さらに、患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離や、転床・転院しても家族の経済的負担が軽減されないことも、転床・転院を妨げる大きな要因になるとの指摘があった。一方、転院先の医療機関においても、救急医療機関からの転院を受け入れられない理由の多くは、当該医療機関も満床で、救急医療機関と同様の「出口の問題」であるとの指摘があった。救急医療機関の「出口の問題」だけでなく、さらに転院先の「出口の問題」といった玉突き型の問題もあることから、医療・介護システム全体の問題とも考えられる。

また、大学病院等の高度専門医療を担う医療機関については、各々の専門性や診療科間の連携の不足が院内転床を困難にしている要因の一つではないかと考えられる。

患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離については、救急医療用の病床からの転床・転院についての国民的理解を形成していくことが重要であり、社会全体で理解を深められるような取組を進めていく必要がある。さらに、円滑な転床・転院の促進や、施設内、施設間の連携の構築を図るための専任者を配置する等の救急医療機関自身の取組と、急性期を乗り越えた患者が円滑に救急医療用の病床から転床・転院できる地域の体制の確保が必要不可欠であり、医療界と協力しつつ、国や都道府県が支援を行うことが重要であると考えられる。

(3) 円滑な受入れ推進に向けた対応

今後は、上述の対策に加えて、次のような方策を推進することが重要であると考えられる。

- ・救急医療機関と地域の他の医療機関との間で、地域全体の各医療機関の専門性や、効率的な患者の振り分け方策について情報を共有するための地域の取組を支援する。
- ・来院する多数の救急患者に対して、効果的・効率的に医療を提供するため、院内でのトリアージを適切に行い得る医療従事者の育成とその配置を推進する。
- ・夜間・休日等における診療所医師の外来診療の推進など、診療所医師の救急医療への参画を進める。
- ・地域全体の医療機関に関する救急医療情報について、情報を一元化するとともに、消防機関との共有を進める。
- ・救急医療機関の情報を住民に対して開示し、救急医療の体制や転床・転院について国民の理解を求める。
- ・家庭等での緊急時の対応方法に関する普及啓発を図る。

(4) いわゆるER型救急医療機関の課題について

救命救急センターを設置する医療機関等において、ER型救急医療機関と称される施設がある。その状況を概括してみると、

- ・軽症から重症まで、疾患、年齢、搬送手段を問わず、救急室（ER）を受診するすべての救急患者を受け入れる。
- ・その救急患者すべてにER型救急医と呼ばれる医師が救急初期診療を行い、入院治療や手術が必要な患者を母体病院の該当診療科に振り分ける。
- ・その医師は入院診療や手術等を行わない体制を確保している。

というものであるが、ER型救急医療機関といってもその実態は様々であり、すべての施設が上述の体制を確保しているわけではない。

また、各診療科の医師が当直医として労働を提供することにより維持されてきた時間外

外来業務を、現時点でも不足しているER型救急医と呼ばれる医師のみに委ねることは不可能であり、無理に行えば重症患者の治療を担う医師の不足を招くおそれがある。

仮に、我が国においてER型救急医療機関を普及させるとした場合、地域や医療機関の状況に応じて、救命救急センターではないが活発に救急医療を担っている第二次救急医療機関や、救命救急センターを設置する医療機関のうち、ER型救急医療機関に関心をもつ施設が、徐々にER型救急医療機関へ移行することを促すといった対応が考えられるが、いずれにしても、厚生労働省として、一部地域（救急医療機関）での試行事業を実施する等の前に、まずは以下の点等について正確な実態把握を行う必要があり、その上で、その必要性等を検討することが妥当である。

- ・ ER型救急医と呼ばれる医師の負担
- ・ 救急搬送患者の受入れ
- ・ 診療待ち時間
- ・ 専門診療科との連携
- ・ 入院担当科との連携

「救急医療の今後のあり方に関する検討会」

<メンバー>

- 石井 正三 日本医師会常任理事
- 泉 陽子 茨城県保健福祉部長※第1～3回
- 染谷 意 茨城県保健福祉部次長※第4～7回
- 坂本 哲也 帝京大学医学部救命救急センター教授
- 篠崎 英夫 国立保健医療科学院長
- 島崎 修次 (財)日本救急医療財団理事長 / 杏林大学救急医学教授
- 豊田 一則 国立循環器病センター 内科脳血管部門 医長
- 野々木 宏 国立循環器病センター 心臓血管内科 部長
- 藤村 正哲 大阪府立母子保健総合医療センター 総長
- 前川 剛志 山口大学医学部長
- 松下 隆 帝京大学医学部整形外科主任教授
- 山本 保博 東京臨海病院長

<オブザーバー>

- 荒木 裕人 総務省消防庁救急企画室※第1～3回
- 溝口 達弘 総務省消防庁救急企画室※第4～7回

これまでの検討の経緯

(第1回の議題)

準備会の概要について

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

救命救急センターの評価のあり方について

(第2回の議題)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて

・有賀参考人からの説明

・坂本委員からの説明

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

(第3回の議題)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

(第4回の議題)

今後の救命救急センターの整備について

・救急医療機関の出口の問題について

第二次救急医療機関について

・第二次救急医療機関の状況について

・ER型救急医療機関について

(第5回の議論)

これまでの議論について

救急搬送において受入れに至らなかった理由について（出口の問題など）

第二次救急医療機関のあり方について

中間取りまとめの骨子（案）について

(第6回及び第7回の議論)

中間取りまとめ（案）について

～背景・目的～

- 地方における医師不足等が指摘されている状況を踏まえ、地域医療の充実に資する遠隔医療の活用方法と、その推進方策について検討する。
- 総務大臣・厚生労働大臣の共同で懇談会を開催

～遠隔医療の推進方策に関する懇談会（座長：金子郁容）～

～主な検討事項～

- 地域医療が抱える課題と地域医療のニーズ
- 課題解決に資する遠隔医療モデルの内容
- 遠隔医療モデルの推進に向けた課題
- 20年度実証プロジェクトの実施内容 等

～中間とりまとめ（提言）～

- 遠隔医療のニーズ・有効性・適用範囲について
遠隔医療のニーズは明らかに存在
遠隔医療の有効性については、実証と検証が重要
- 遠隔医療の位置付け
「対面診療が基本、遠隔医療は補完的」という議論だけでは、問題解決は困難
遠隔医療の位置づけの明確化が必要
- 診療報酬の適切な活用について
診療報酬の適切な活用にあ資する安全性・有効性等のエビデンスの検証が必要
- 補助金、地方交付税など財政支援措置の活用等
費用負担の仕組み等の検討
- モデル事業の実施

遠隔医療の推進方策に関する懇談会

中間とりまとめ

平成20年7月31日

■ ■ 1 はじめに ■ ■

□負のスパイラルに陥っている日本の医療システム

わが国の医療は負のスパイラルに陥っている。多くの地域で医師が不足している。条件不利地域における地域医療は疲弊している。医師が都市部に偏在しており、診療科別の偏在も深刻だ。患者の医療に対するニーズが多様化し、さまざまな情報が行き渡り、患者の期待水準が高くなっている。医療行為にかかわる訴訟リスクも増えている。多くの地域で、必要な医師の確保ができておらず、同僚が離職した後に残された医師は、過度な仕事をこなすことを余儀なくされ、心理的負担も過大になっている。

利用者からすると、いつでも良質な医療サービスを受けられるという信頼感が揺らいでおり、不安感が広がっている。市民の健康と安全を守る立場にある自治体は財源をはじめとした資源の不足が深刻で、有効な手だてとなる選択肢が非常に限定されている。全体として、関係者の間にあるべき相互信頼感が薄くなり、安心できる体制がないことへの不安ゆえに夜間救急を乱用する者が後をたたないなど、結果として、限られた資源がますます足りなくなり、負担感と不安感がさらに増大するという悪循環が生まれている。この負のスパイラルを断ち切らねばならない。

すべての国民がいつでもどこにいても健康で安心な生活を送れる医療を目指すことが基本である。これから少子高齢化・人口減少社会を迎えるにあたって、限られた医療資源を有効に活用し、国民にあまねく良質な医療を提供してゆくための選択肢を増やすために検討すべき施策のひとつとして、遠隔医療の推進と効果的な活用が望まれる。

□他の社会的分野でパワーを発揮している ICT の活用

わが国でのインターネットの人口普及率は70%に迫り（平成19年末時点69.0%）、また、ブロードバンドの世帯カバー率は98.3%（平成19年末時点）となっている。世界的にみて、もっとも高品質でもっとも安価な水準にある通信ネットワークが広く一般に利用可能な状況が実現している。いわゆる情報格差の問題は、機器の使いやすさが増し、市民などによる支援体制が進むなどによって改善されつつある。パーソナルコンピュータや携帯電話など通信機器の性能が飛躍的に向上し、映像や音声をともなった遠隔

会議などのコミュニケーション手段が、安価に、特に専門的な知識なしに、一定の臨場感をもって利用できるようになってきている。ビジネスのみならず、教育や国際協力、環境問題や貧困問題の解決、災害支援、NPO 活動など、多くの社会的活動分野でも、遠隔コミュニケーション手段を活用することで、それまでできなかった活動が可能になり、生産性が上がり、さまざまなつながりが創出されている。インターネットの活用は、特に、条件の不利な個人や小規模団体の不利を克服することに役立つという特徴をもっている。医療サービスの分野でも、このようなパワーのある手段を使わない手はない。負のスパイラル状態を少しでも改善するために、遠隔医療の適切な利用方策を検討し推進することが必要である。

□患者ニーズを踏まえた遠隔医療の推進を

情報通信の社会的利用には光と影があることがよく知られている。医療の実施に関する通信手段の利用は、特に慎重に検討されなければならない。いくら技術が進歩したとしても、患者の顔色、元気さ、立ち居振る舞いの機敏さ、臭い、声のトーン、皮膚の色・つや・張りなど、医師が判断をするのに五感による包括的な情報収集が重要である場面も多く、それには、対面の機会が望ましいことはいうまでもない。情報技術がどんなに進んでも、人間同士が直接対面することの重要性がなくなることはない。その一方で、人口三万人余の自治体で年間 200 件以上の出産があるのに市内に産婦人科医師がおらず、妊婦が希望しても対面診療が叶わないという状況がある。都市部においても、二時間かけて病院に行き、一時間待たされて、5分間診察を受け、また二時間かけて帰宅することが必要であることから通院が極めて困難な患者が多くいる。

通信システムの利用ありきで進めるのではなく、遠隔医療の必要性はいかなるもので、どのような状況でどのように使われるのが有効であるか、よく検討され検証されるべきである。また、メディア利用にともなう負の影響についても十分に考慮する必要がある。もとより、遠隔医療は手段であり目的ではない。また、患者ニーズがあってはじめて必要性が生じるという原則を忘れてはならない。

遠隔医療の有効性に関しては、画像転送を介した専門医による支援などについてはかなり確立されているが、患者が直接かかわるケースについては、十分に立証されていない。これまでの遠隔医療実験は成果が一時的なものに留まっていることが少なくなかった。継続的に実績が上がっているケースの多くは、医師や関係スタッフの献身や自治体の特段の努力によって、やっと成り立っているというのが現状である。

□持続可能で汎用的な社会システムとして定着させる

以上のような現状認識や前提に基づいて、必要性がある場合にはどこでも適切な遠隔医療を導入できるという社会的な選択肢を用意することが重要である。本懇談会では、遠隔医療を持続可能で汎用的な社会システムとして定着させることが必要であるとの基本的な認識の下に、その実現に向けた推進方法を検討する。

持続可能性の確保のためには、適切な収益構造を構築する方策を検討する必要がある。汎用性を確保するには、制度面、通信インフラ整備、情報システムの標準化などについて検討されるべきである。さらに、わが国の現状を踏まえた上で、医療システム全体における遠隔医療の適切な位置付けについての検討が必要である。

□国民的課題としての遠隔医療の適切な推進

わが国の医療システムをより満足のゆくものにするためのひとつの方策として遠隔医療を活用することは、国民的に重要な課題となっている。このため、「地方再生戦略」（平成19年11月、地方活性化統合本部会合決定）において、農山漁村や基礎的条件の厳しい集落で、生活者としての暮らしに必要な医療・福祉のサービスが受けられるよう、地域医療の確保を図るために、遠隔医療を推進することが示された。また、「経済成長戦略」（平成20年6月、経済財政諮問会議決定）においても、国民の潜在的ニーズが高い健康や生活に関わる産業は今後の成長分野であることから、遠隔医療技術の活用を推進することとされているところである。総務省及び厚生労働省では、地域医療の充実に資する遠隔医療技術の活用方法とその推進方策について検討するため、総務大臣及び厚生労働大臣の共同で「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」、つまり、本懇談会を設置し、主に(i) 地域医療が抱える課題と地域のニーズ、(ii) 問題解決に資する遠隔医療モデルの内容、(iii) 遠隔医療モデルの推進に向けた課題、(iv) 平成20年度実証プロジェクトの実施内容等を検討することになったところである。また、「基本方針2008」（骨太の方針2008）（平成20年6月27日閣議決定）において、「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」における検討を踏まえ、遠隔医療技術の活用を推進するとしたところである。

■■2 本懇談会の前提■■

■懇談会の目的（開催要綱より）

地域における医師不足等が指摘されている状況を踏まえ、地域医療の充実に資する遠隔医療技術の活用方法と、その推進方法について検討する。

■ 検討対象についての「三原則」

- ・ 医師不足など、深刻な条件不利地域を主に想定する
- ・ 慢性期、健康管理、予防医療等を主に想定する
- ・ 先端技術の開発ではなく、既存技術を活用した社会イノベーションを起こすことを想定する（社会イノベーションとは、社会要素の新規性のある組合せを成立させるなど、新しい発想による効果的な社会システムを作り出すこと。）

■ 目指す姿

遠隔医療を、持続可能で汎用的な社会システムとして定着させる。その実現に向けた推進方法を検討する。（「ニーズがあること」が前提であり、また、全国を対象にしてひとつのシステムで画一的に実施するというわけではない。）

なお、懇談会で何回か指摘された、「安全性」や「責任の所在」については、医療の根本であり重要な論点である。しかし、遠隔医療に特有なネット利用などにかかわる情報漏洩や責任分界点などについては、厚生労働省によるガイドラインが出ている。それ以外については、基本的には医療全般にかかわる問題であり、それについて詳しく検討することは本懇談会の主旨ではないと考える。

■■■ 3 懇談会において議論された主な論点 ■■■

■ 論点1 ニーズ・有効性・適用範囲

日本の医療に起こっている「負のスパイラル」については、梶井構成員が提示した以下の考え方がひとつの基本になる。医師の絶対数が不足しており、都市部に集中している。患者の受療行動の変化（大学病院への集中、専門医志向、時間外受診の増加、複数医療機関への受診など）が医師の仕事量を増やし、医療提供体制の維持を難しくし、患者自身の混乱を招いている。医師の側では、日常業務が増大して精神的負荷やストレスが大きくなり、重症・救急など激務からの回避行動が増えている。いわゆる医局体制を含めて大学の力に陰りが出てきている。これらが互いにネガティブに影響し合うことで負のスパイラルが起こっている。それから抜け出すには、地域医療の整備・充実が必要であり、現状の改善に向けて遠隔医療の導入はひとつの有効な策である。

多くの構成員から発表があった地域やグループでの実践・実験例は、それぞれ、遠隔医療についてのニーズや有効性を示すものであり、懇談会で実施したアンケート結果は、おおむね、それを裏付けるものである。医師不足の自治体では切実なニーズがある、予防ケアにも有効、慢性期についてはメディア利用が有効、など多数の意見があった。それとともに、これまでの失敗例から学ぶ必要があるという指摘もあり、今後、遠隔医療の有効性を実証し検証することが重要であるという共通認識を持った。また、通信手段の有効性として、僻地に赴任している医師を孤立させないよう、専門外の医療知識を支援する等、魅力ある僻地医療環境を整備することも重要だという意見もあった。

川島構成員は「はじめから「DtoP¹」に TV 電話ありき」の議論には反対する。TV 電話を汎用的に使おうとするなら、負の要素を列挙したアンケート調査が必要。」と指摘した。関連して、情報機器の利用が、本来あるべき対面診療を“なしで済ませるための方便”にならないようにすべきだという意見も複数あった。

内田構成員から「日本医師会の遠隔医療に対する基本的考え方」として、対面診療を原則とする、遠隔医療 (IT) 技術は補完的に使用する、医師不足・確保対策の一環である、地域の住民に IT 技術のニーズがある、緊急時対応システムが併設されている、遠隔医療システムに汎用性と継続性があること、という見解が示された。その上で、遠隔医療の適用範囲については、離島・へき地等、対面診療が困難な場合、ないし、医師不足等、遠隔医療が不可欠な場合であるとして、慢性期疾患 (在宅) への支援、病状安定患者 (在宅) への支援、地域医療連携への活用、妊産婦の保健指導・相談等への活用、健診・相談・教育への活用、遠隔画像診断への活用などがあるという意見が表明された。これらは遠隔医療の現状を示すものとして、今後の検討の出発点となるものである。

全体として、まったく対面の機会がない完全にバーチャルな手段で医療を行うことが望ましいという意見はなく、実際は、通院したり往診を受けたりコメディカルやスタッフ等の助言を受けたりしながら、遠隔医療という手段を効果的に選択的に取り入れることが望ましいという共通認識に至った。また、遠隔医療の実践について配慮すべきことや今後検証すべき点もあるという認識をもちつつ、本懇談会として遠隔医療の推進を打ち出して行くべしという共通意見となった。

■論点 2 持続可能性の確保

¹ 遠隔医療の実施形態は多様なので、便宜上、D to D、D to N、D to P、P to P などという類型に分けて議論すると分かりやすい場合があるだろう。ここで、D to D は医師／医療機関の間、D to N は医師／医療機関と看護師、保健士、助産師、その他のコメディカルの間、D to P は医師／医療機関と患者の間、P to P は患者や市民の間での通信ネットワーク等をつかった治療や相談を指す。

遠隔医療を「持続可能な社会システム」とするためには、適切な収益構造をどう確保するか、つまり、費用負担をどうするかが中心的課題である。

□医療機関・利用者・国・自治体などの適切な費用負担の可能性

仁坂構成員から和歌山県での取組みの経験を踏まえて、「システム関連費用等により、取組みを継続する医療機関に相当の負担がかかることが避けられないのが実情であり、制度改善・充実が必要」という発言があった。その他にも、受益者負担を考慮したコスト負担のあり方を検討すべき、予防分野については自治体と医療関連機関が連携した枠組みで検討すべきなどの意見があった。

□診療報酬の適切な活用の可能性

遠隔医療を持続可能なものにするためのひとつの重要な方策として診療報酬の適切な活用を検討すべきという意見が多くあり、遠隔での画像診断・病理診断における超音波動画像などの新たな医療技術や、複数の医師・医療機関の連携に関し、診療報酬上の加算等の評価を検討する必要性について具体的な提案がなされた。一方、内田構成員からは、「新たな診療報酬点数の設定により遠隔医療を誘導するという考え方には賛成できない」という意見が表明された。

□補助金、地方交付税など財政支援措置を活用する可能性

補助金や地方交付税などの財政支援措置を通じての支援が必要であるという意見が多数あった。補助金と各自自治体からの支援などを融合させる必要性も指摘された。

□コスト削減の可能性

情報技術の活用が適切に行われるならば、遠隔医療はコスト削減効果を持ちうるとの発言が複数あった。予防医療の視点からメディアを利用した実践を行っている栗原構成員は、自らの経験を踏まえて「遠隔医療で生活習慣の改善ができれば、投薬や来院回数も減るだろう。予防医療に対するメディア利用の取組みは、将来的な医療費抑制政策という視点から重要」と指摘した。同様の主旨の意見が他にもあった。

□費用対効果を高める方策

本懇談会に事務局から提出された報告にあったように、地域参加やコミュニティの活用によって相互信頼が生まれ、結果として医療コストを低く抑えられる可能性がある。石田構成員（秋草構成員の代理）が「地域における人的ネットワークの存在が遠隔医療

の実施範囲・持続性を考える上で非常に重要な要素となる」と指摘するようなコミュニティ作りについての自治体による支援策が検討されるべきだ。また、メディアを利用したコメディカルの活用や、職場復帰が困難な女性医師の有効活用も検討対象になろう。

□地域医療機関の連携

継続性のある遠隔医療が実施されている岩手県遠野市の本田構成員は、「小さな医療機関と大きな医療機関との連携、在宅と医療機関との連携は欠かせない。市の取り組みを県内で有機的に結合していくうえで県内の行政、医療機関、その他関係団体が連携したネットワーク構築は、今後ますます重要となり様々な効果が期待できる。」と指摘する。本多構成員は、「各自治体において、地域医療連携（病病連携、病診連携）と遠隔医療がシームレスに繋がる方策が推進されれば、持続可能性の面でも有効な対策となりうる」と述べた。太田構成員は、「過疎地の取り組みとして、後期研修医を地方の医療機関に派遣した場合、派遣先の3次病院とその研修医を派遣した病院をTV電話などで結び、派遣病院が派遣先医療機関を支援するシステムなどを検討すべき」と述べた。

■論点3 「汎用性」の確保

遠隔医療を「汎用性のある社会システム」とするための方策として、制度面での対応、通信インフラの整備、システム標準化などを推進することが必要である。

□遠隔医療拠点病院などの必要性

村瀬構成員は、「遠隔医療拠点病院、遠隔医療拠点診療所のような「形」が必要であり、すでに積極的に遠隔医療に取り組んでいる施設を認定し、そこに財政的支援を行うことで、持続的運用を可能とすれば遠隔医療のさらなる充実が進む。」と指摘した。それに呼応していくつかの意見が出された。久島構成員は、「遠隔医療拠点病院指定という枠組みができ、財政支援が行われれば、遠隔医療に関連する作業が「業務」として位置づけられ、関係者のモチベーションを大きく向上させる」と述べた。遠隔医療拠点病院を中心として各地域でどのような具体的モデルを構築し、それが全国標準的なモデルとなりうるかについて深い議論が必要という意見もあった。

□通信インフラの整備

遠隔医療を推進するためには、ADSL レベル以上の高速通信インフラを全国的に整備することが重要であるということは多くの一致した意見であった。そのコスト負担をどうするかについては、通信機器を「効果的な診療を行う為に必須の医療機器」として検

討を進めるべき、通信インフラ整備の充当には診療報酬ではなく補助金・地方交付税などで行うべき、条件不利地域の医療機関に対しては情報通信機器への国の補助制度における補助率を拡大することを検討するなどという意見があった。

□遠隔医療システムの標準化

遠隔医療を実施するための情報システムの標準化については、医療機関の連携推進、コスト削減などの理由から、その必要性については意見が一致した。通信事業者の視点から和才構成員が、「予防・治療・ケア等それぞれの状況や、画像診断、TV 電話利用等の手段に応じたシステムに対する要求条件を標準化することで、遠隔医療が導入しやすい環境を整備するとともに、現在個別対応となっているシステムのコストを下げる努力が必要。」と指摘した。標準化の対象の明確化や既存の標準化ガイドラインなどとの整合性に留意すべきという指摘もあった。

■論点4 遠隔医療は、いつでも、どこでも、「補完的」なものか

遠隔医療は、現在は、「対面診療が基本であり、遠隔医療は補完的なもの」という位置付けとなっている。対面診療が望ましいことに異論がないとしても、医師の不足や偏在等という現状に照らしたとき、遠隔医療は「補完的」ではなく、「代替的」、あるいは、「選択的」なものではないかという意見が多く出された。遠隔医療は補助的使用方法として利用されるべきだという意見もあった。

典型的なのは、國領氏（オブザーバ参加）の「遠隔医療をへき地や離島などに限る「補完的」な手段とすることに懸念を持つ。医師不足や移動困難な状況は都市部でもある。対面と遠隔の両手段は、どちらかが正でどちらかが従ではなく、状況によって選択的に適用されるもの」という意見である。他にも、日本の現状は遠隔医療が「補完的」とする考え方では収まらないほどの必要性が高まっている、対面診療が望ましいがそれには数時間かけて病院に行かねばならない等数々の問題がある、対面か遠隔かはどちらが正でどちらが従という関係でとらえるより患者や医療機関がおかれた状況によって選択されるべきもの、診療機会を保証するという意味では対面診療より遠隔の方が優れている場合もある、患者にとって遠隔医療は往診と同等の効果がある場合もある、などの意見が表明された。

■論点5 モデル事業

モデル事業を実施することの重要性について、また、実施に際して、エビデンスを蓄積し有効性の検証をすることが必要だということについては意見が一致した。吉田構成

員は「この分野での社会イノベーションを起こすことにおいて、遠隔医療の効果とエビデンスを明らかにすることが必須」と指摘した。大山構成員からは、「(DtOD など) 前例が多くあるものはその課題と対策、および、予想される効果を明らかにすること、(DtOP など) 前例の少ないものは実証目的と残される課題を明らかにすることをすべき」という指摘があった。また、モデル事業は単年度では結論が出にくいことから、次年度以降の継続も視野に入れるべきという意見が複数あった。

■■■4 提言■■■

■提言1：遠隔医療のニーズ・有効性・適用範囲について

遠隔医療のニーズ・有効性・適用範囲について、懇談会は以下の共通認識を持っている。このような認識を出発点として、今後の検討、および、モデル事業を進める。

- (i) 遠隔医療は患者のためにあるもので、患者ニーズがあってはじめて必要性が生じる
- (ii) 画像診断などを遠隔で専門医が支援することを含めた、医師間、地域医療機関間の連携や支援体制の促進について、また、慢性期（再診）、健康管理、予防医療、生活習慣にかかわる治療・健診・相談・教育等への活用については、遠隔医療のニーズが明らかに存在する
- (iii) 機器の導入にあたっては、ポジティブな面とともに負の影響も考慮する
- (iv) 遠隔医療の有効性については、今後、実証と検証が重要である

■提言2：遠隔医療の位置付けについて

患者の状態を正確に把握し、効果的で適切な医療を提供するということから、現在は、「対面診療が基本、遠隔医療は補完的」という見解がとられている。これは、医師がいない、通院が困難、往診は限られているなど、多くの制約が存在するため、初診や急性期の疾患に対しては原則として対面診療を行うこととしているものである。しかし、患者の観点からすれば、「対面が基本、遠隔は補完的」という理念を議論するだけでは問題は解決しないし、負のスパイラルを生んでいる不安は解消しない。多くの患者のニーズに応えるためには、現実の制約下で最適な医療サービスの組合せを選択可能にすることが肝心である。困難さを増しているわが国の医療システムの中で、遠隔医療は、適切に実施されるなら、有力な選択肢を提供しうるものである。

そのような遠隔医療の位置付けをより明確にするためには、たとえば、提言1で述べ

た「慢性期（再診）、健康管理、予防医療、生活習慣にかかわるもの」については、基本的には遠隔医療が選択可能であることを明らかにすることが必要である。当面は、モデル事業を実施するなどして、遠隔医療のエビデンスを蓄積していくことが必要である。その上で、遠隔医療の実施に必要な情報提供と環境整備を進めていくことが重要である。

■ 提言 3：診療報酬の適切な活用について

遠隔医療を持続可能なものにするもののひとつの方策として、モデル事業などでの検証を進めるとともに、遠隔医療にかかわる診療報酬を適切に活用することを検討する必要がある。懇談会で、このことについて、具体的な提案があった。安全性・有効性等について科学的根拠に基づくデータ（エビデンス）があると検証されたものについては、将来は検討の対象とする。

■ 提言 4：補助金、地方交付税など財政支援措置の活用、その他の方策の推進について

遠隔医療を持続可能で汎用性がある社会システムとして定着させるための具体的な方策を検討する。持続可能性を確保するための収益構造について、関係各機関や受益者の費用負担の仕組み、補助金・地方交付税など財政支援措置の活用、コスト削減の可能性、費用対効果を高める方策について検討する。また、地域医療機関の連携を推進するための方策について検討する。汎用性確保のために、遠隔医療に関わる拠点病院の設置や既存制度の活用も含めた制度面での可能性、および、通信インフラや情報システムの整備と標準化などを推進する方策を検討する。

■ 提言 5：モデル事業について

モデル事業については、本「中間とりまとめ」の内容を踏まえて、持続可能で汎用的な社会システムとしての遠隔医療の推進に資する有効な実証モデル事業を公募により実施する。実施に際しては、必要性和有効性の実証と検証を重視する。また、単年度では結論が出にくいので、来年度以降の継続ができるように努力する。

国民が豊かな生活を享受できるための医療の確保についての提言
～特に地域医療を確保する観点から～

宮古市長 熊坂義裕
(全国市長会代表委員)

戦後、高度経済成長を遂げた我が国は、今や世界第2位の経済大国となった。衣、食、住は、質、量とも国民の需要に見合うだけの供給がなされ、国民は豊かな生活を享受できるようになった。

また、平均寿命もこうした豊かさを背景に年々伸び続け、世界第一位の長寿国となった。

しかしながら、豊かさの裏側で、最も基本になるはずの健康を支える医療が崩壊の危機に瀕しており、素直には長寿を喜べないいびつな社会を迎えようとしている。

崩壊の最大の原因は、絶対的な医師不足にある。

最近、国は、医師不足の現状を認め、大学医学部の定員を増やす方針に転換したが、遅きに失し、早期の医師不足の解消には繋がらない。

これら現状を踏まえ、今後、一層の少子高齢社会が進展する中で、国の豊かさと活力を維持するためには、地理的要因に制限されることなく、限られた医療資源の中で、国民が必要とする医療を受けられる体制を早急に整備することが必要最低限の条件となる。

こうした観点から次の点を提言する。

- ・ 医師の地域偏在など地域事情に配慮しながら、大学医学部の定員を速やかに増員すること。その際、これを確実に実行するための財源を明確にするとともに、国民の前に明らかにし、コンセンサスを得ること。
- ・ 大学医学部の定員を増員したとしても、早期の医師不足の解消には繋がらない。しかしながら、国民の医療に対する需要は今後も増大すると考えられることから、これに対応するため、必要な医療を確保するための長期的政策と短期的政策を明らかにし、メリハリをつけ確実に実行すること。
- ・ 実行政策については、年次計画と達成されるべき目標を明確にするとともに政策実行主体を国民の前に明らかにし、責任の所在を明確にすること。
- ・ 現状の医療資源と課題を踏まえ、夜間、救急利用の適正化など国民の医療に対する理解が必要なことから、医療資源の適切な利用方法について、国民への普及、啓発はもちろんのこと学校教育や生涯学習の場でも取り上げていくこと。
- ・ 医療が高度化、多様化している現状から、医療関係者が安心して医療に従事できるように、医療事故に対して公平・公正な支援が受けられるシステムを早期に構築すること。
- ・ 医療資源の利用の最適化と患者の生活の質の向上のために、医療から介護に至るまで利用者の観点から切れ目のない良質な在宅を含めた医療を推進すること。

【今回の議題についての意見】

1 産科医療補償制度について

医療の高度化、多様化に伴い医療事故に係る訴訟リスクが増大する中であって、リスクの高い産科医、小児科医離れが指摘されている。

このことから、特に産科医が安心して医療に従事できるシステムのひとつとして、本制度が今後創設されるもので、本制度を実効性のあるものとするため、関係医療機関等が確実に本制度を利用できるよう趣旨の徹底を図るとともに妊産婦に周知を図ること。

2 安心と希望の医療確保ビジョンについて

適切な医療を確保するためには、医師の増員を図るとともに医師数の地域間格差及び診療科目間の偏在を是正するために、財源の裏打ちがなされた実効性のある施策を着実に推進すること。併せて、現行の医療資源の中で、可能な限り円滑な医療を展開するために医療従事者及び患者のみならず、広く国民が医療に対する理解を深めそれぞれの役割を分担することが必要であることから、関連施策をバランスよく着実に実行すること。

3 平成21年度概算要求の概要について

救急医療や産科・小児科医療の確保・充実、医師不足の解消は、今や喫緊の国家的課題であることから、成立した予算については、速やかに執行すること。

4 医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案について

当該委員会の設置目的は、医療事故の原因究明・再発防止による医療の安全確保であることから、当該調査が公正・公平に行われるよう制度設計するとともに関係者の個人情報に配慮しつつ、可能な限り結果を国民に公開するようシステム構築を図ること。

5 「救急医療の今後のあり方に関する検討会」中間とりまとめについて

医療の地域間格差が命の地域間格差に繋がっている現状に鑑み、救急医療においては、救急医療機関で速やかに受療できるようにドクターヘリなど高速搬送手段を整備すること。また、第二次・第三次医療機関の位置付けであっても医師の偏在等により機能を果たし得ない医療機関があることから、相応しい診療科目及び医師の配置などの充実を図ること。

6 「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」中間とりまとめについて

医師不足を始めとした医療資源が不足するなか遠隔医療は、積極的に検討すべき事項と考える。ただし、遠隔医療を活用すべき分野とそうでない分野が存在することから、先行モデル地区若しくは事業などによりその効果、コスト等を検証しながら推進すること。

医療制度改革及び医師確保対策に関する決議

本会は、給付と負担の公平化を図り、安定的で持続可能な医療保険制度を構築するため、国を保険者とし、すべての国民を対象とする医療保険制度の一本化を図ることを要請してきた。

これに対し国は、平成15年3月に「医療保険制度体系等に関する基本方針」を閣議決定し、高齢者を独立させた新しい高齢者医療制度創設の方向を示すとともに、諸施策の改革に向けた検討を重ねた末、平成18年6月に医療制度改革関連法を成立させた。

特に、本年4月から実施している後期高齢者医療制度については、政省令の遅れや施行直前の国による制度変更などから、国民への周知・説明不足、制度への誤解等が生じ、現場では厳しい対応を迫られている。

また、自治体病院をはじめ全国の病院等における医師不足や診療科の偏在等により、医療に対する住民の不安や医療サービスの低下が極めて深刻な社会問題となっている。

よって、国は、下記事項について万全の措置を講じられるよう強く要請する。

記

1. 後期高齢者医療制度等の円滑な運営

(1) 国は、制度本来の趣旨である費用負担の明確化、運営主体の一元化、高齢者にふさわしい医療の提供等について、多くの国民の理解を得られるよう、今まで以上に周知徹底を図り、迅速かつ確実な制度の定着に努めること。

(2) 低所得者に対する更なる軽減については、保険料負担の水準が適正か否かを検証した上で実施すべきである。

また、新たな対策により生ずる保険料及び公費等の負担については、地方へ負担転嫁することなく国の責任において全額補てんすること。

(3) 今後、国として新たな見直しを行う場合には、地方の意見や実情を十分に踏まえ国民の理解と信頼が得られるよう、必要な準備期間を設けて対応するとともに、新たな対策に伴う経費や電算システム経費などについては、地方へ負担転嫁することなく国の責任において万全の措置を講じること。

(4) 後期高齢者のうち、被用者保険の被保険者及び被扶養者が洩れなく後期高齢者医療制度へ円滑に移行できるよう、広域連合と被用者保険者との連携強化について必要な措置を講じること。

2. 医師等の確保対策

産科・小児科医をはじめとする深刻な医師不足等の解消や地域ごと・診療科ごとの医師偏在の是正を図るため、昨年5月に政府・与党が取りまとめた「緊急医師確保対策について」などを確実なものとするなど、医師等の絶対数を確保するための実効ある施策及び財政措置の充実に努めること。

3. 療養病床の再編

療養病床の再編については、医療の必要性が高い患者へ適切に医療が提供されるとともに、医療機関から介護療養型老人保健施設等への転換が円滑に図られるよう、地域の実態に配慮しつつ、万全の措置を講じること。

以上決議する。

平成20年6月4日

全国市長会

第6回社会保障審議会医療部会 意見

2008年9月4日開催

東京 SP 研究会代表 佐伯晴子

私は2004年から医療部会に患者・一般国民の立場の委員として参加してきました。そこで今までの議事録や提出した意見書を振り返り、改めて意見を申し述べます。

社会保障審議会医療部会の設置目的は医療を提供する体制の確保に関する重要事項の調査と審議とされています。部会の実際の位置づけは医療法改正時と診療報酬改定時とでは、微妙に異なります。2005年医療法改正間際には、医療部会と保険部会で議論した内容を挙げて中医協が作業をするという枠組みであったのが、2007年診療報酬をにらんだ時期には、保険部会と中医協が出した案件を医療部会が追認するのみという印象を私は受けました。

円滑かつ迅速な審議には必要な手続きであったのかも知れませんが、本質的な議論を経ずに次々と重要な新制度が決められていくのを見ていて、患者・一般国民の目線が感じられず残念でした。制限時間内での処理という動かしがたいルールのもとで、見送った議論、手を付けなかったテーマは少なくありません。決議を急ぐあまり審議の幅を広げずに終わり、かえって当事者の合意に至らなかったものとして、後期高齢者医療制度が挙げられます。私は2007年9月14日の第2回医療部会で後期高齢者制度にかんするパブリックコメントの不十分さ(医療関係者以外からは22通のみ)を指摘しましたが、保険局は全体で326通あったと簡単な答えでした。私は後期高齢者本人も現役世代の保険者もこの制度を理解していないという感触を得ていましたので、その危惧を伝えたのですが、このとき部会においてこの点に注目した意見は他にはなく、すぐ別の話題に移ってしまいました。しかし、やはり、もっと強く繰り返し疑問を呈していれば、制度開始の混乱も少しは回避し、高齢者が所得に見合った負担を納得し、現役世代に過度の負担をかけず保険者解散の事態も防げたのでは、そして、将来の社会保障の青写真の一部は描けたのでは、と悔やまれます。各世代の医療を受ける立場の委員や、保険料を負担する若年現役世代の委員がもっと数多く含まれていたら議事進行も内容も異なるであろうと思われまます。

患者の視点に立った安全・安心で質の高い医療提供体制を構築するという観点から議論するのが本来の医療部会の役割であると考えます。安心と希望の医療確保のビジョンや、社会保障国民会議などが同種のテーマで議論を進めているようですが、すでに数年前に当部会に意見書を出したテーマも見受けられ、この部会でも審議可能であったと思われまます。一部に審議会批判があるようですが、実態を詳細にみた上で活動を支援していただければありがたいと思います。そこで、話題に出たが取り上げる余裕がなく見送った重要事項を列挙し継続審議事項としてはいかがでしょう。私自身はあくまで患者・一般国民の目線で気になることを問い続け、提案を続けたいと思います。具体的には次の3点です。

妊娠・出産を医療の対象とし、保険によるケアを徹底する。(マイナス1歳からの健康)

住民参加の医療計画による地域医療連携整備(診療所含む)および医療情報提供の促進

皆保険制度堅持のため 中医協委員へ被保険者(各種保険・各世代・男女複数)の参加