



全日病 NEWS 5/1

21世紀の医療を考える全日病 2007

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.662 2007/5/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

「回復期リハや軽度急性期等在宅の支援拠点として必要」

医療等計画作成で都道府県向けに「参考資料」

厚労省が中小病院の役割・機能を明確化。“亜急性期医療”を評価

厚生労働省は4月17日に「医療構造改革に係る都道府県会議」を開催、2008年度に施行される施策の内容について、都道府県担当者への周知徹底を図った。

冒頭に総括講演を行なった辻哲夫事務次官は、同日公表した「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」と題する厚労省見解について説明した。

「今後の課題」は「医療等計画作成にあたる都道府県向け参考資料」と注釈がついているが、今後の医療提供体制の考え方が分かりやすく明示されており、きわめて注目される。

その中で、中小病院を「大病院における高度な急性期を終えた後の回復期リハの機能や、軽度の急性期医療への対応など地域の診療所と連携した機能といった機能を有する」と定義。「身近な場所に存在することが望ましい」と積極的に位置づけ、本会が提唱する“地域一般病棟”に相似した病院類型の導入が必要であるという認識を示した。

さらに、「大病院を設置できない地域においても、ある程度の急性期の医療に対応できる中小病院があることが必要である」とも指摘。地域によっては、急性期そのものを担うという機能を積極的に評価、その役割に期待を表明した。

医療提供体制に“亜急性期”を積極的に位置づける方向性を打ち出すとともに、中小病院を地域医療に正面から位置づけるものとして、「今後の課題」は重要な意義をもつ。DPC病院の先行拡大と療養病床再編の狭間で、地域の急性期医療や一般病院の取り扱いに迷っていた都道府県担当者に、重要な視点を提起するものとなった。(4、5面に「今後の課題」抜粋を掲載)

「今後の課題」は医療構造改革本部に設置された、事務次官を筆頭に医政、保険、老健等5局の局長等からなる総合企画調整部会が、部局間で「医療提供体制を中心とした医療政策のあり方や今後の検討の基本的方向性の認識を共有」するために整理したもので、医政局主導でまとめられた。

現時点でオーソライズされたものではないが、今後、審議会等では検討のたたき台となる。医療計画等の作成を前にした都道府県担当者に事務次官が自らレクチャーするという異例の取り扱いに、その重要性がうかがえる。

「今後の課題」は、前段の情勢分析で「中小の病院については、医療法の体系でも診療報酬の体系でも、その機能の明確化が求められる仕組みとはなっていない」と指摘、シームレスな医療提供の流れを地域に構築する上で、これまで捨象されてきた問題の所在を明確にした。

その上で、「医療機関間の機能分担を考慮するに当たり、大病院における高度な急性期を終えた後の回復期リハ

の機能や、軽度の急性期医療への対応など地域の診療所と連携した在宅療養の支援拠点機能といった機能を有する中小の病院が、身近な場所に存在することが望ましい。また、大病院を設置できない地域にも、ある程度の急性期医療に対応できる中小病院があることが必要である。単科の専門病院としての機能を持つ中小病院も考えられる」と書き込んだ。

これは、中小病院をもつばら“亜急性期入院医療”として位置づけるだけでなく、高度な急性期を担う病院が空白な地域においては中小病院がその代替をはたすという基本的な視点をあらためて明確にしたもの。

こうした観点に立って、中小病院が地域で果たす機能・役割は「医療計画においても可能な限り具体的に明記されるべきである」と、都道府県に留意を求めた。

本会が提起している地域一般病棟では、診療所との連携に限らない、直接的な在宅支援を機能に位置づけている。したがって、「今後の課題」にお

る病院類型をまったく同一とみることはできないが、重なるところが大きい。

中小病院に対するこうした認識は療養病床をもつ中小病院についても同様に示され、「検討することが必要」とされた。

「今後の課題」の特徴の1つは、医療提供体制と診療報酬上の課題との連繋を打ち出している点である。前述部分を含む医療連携についても、「提供体

「在宅主治医」を提起。「患者登録制」に一步近づく

「今後の課題」は、各論点で、新たなあるいは踏み込んだ記述を試みている。その1つが、医師確保の取り組みを、急性期病院の集約化・重点化で拠点化される病院と地域とのネットワーク構築という課題に組み込んでいることだ。

これは、拠点病院による域圏ネットワークに対する医師派遣やネットワーク内にキャリアアップの仕組みを整えるというもので、機能分化と連携にもとづいて域圏ごとに診療科個々の拠点を整える方向性を想定している。

併せて、主に公的病院を想定したマグネットホスピタル(勤務魅力にあふれた病院)の育成を提起。そこに人材プールを見込むことによって、へき地勤務を組み込んだキャリアパスの形成など医師の供給調整機能を期待している。

こうした発想は機能分化と連携の進化を前提とするもので、厚労省は、各都道府県の医療対策協議会にこれらの設計機能を付加する考えだ。

制のあり方として方向性を明らかにしている事項については、診療報酬の体系においてもこれを後押しするという関係性を明確にしていくべきと考える」と自らに課題を課した。

在宅医療については開業医の役割・機能の明確化を試みている。その上で、総合診療医の概念を提起し、その専門医化と開業に際したキャリア化を検討課題にあげた。

さらに、主治医制については、「患者登録制」に一步近づく、踏み込んだ考えを打ち出した。

それは「在宅主治医」を位置づけるという提起で、①慢性疾患の高齢者については日頃診ている医師から在宅主治医を選び、当該医師が担当患者の他科受診や入院等をコーディネートする、②主治医がいない場合は、入院した高齢者等があらかじめ公表された地域の医師の中から在宅主治医を選び、当該医師が在宅移行と移行後の健康管理やコーディネートを担当する、というもの。

また、高齢者医療については、総合診療の範疇に「認知症の観点」を加える一方、「診療の標準化」をも提案、定額・定型医療の推進を示唆した。

うつ状態、褥瘡、創傷処置、皮膚潰瘍等は老健で対応

厚労省の医療費適正化対策推進室は4月17日、「医療費適正化基本方針(案)の留意事項」を公表、医療費適正化計画(案)における再編後療養病床数を見込む算定式で、医療区分2該当患者の

3割を病床必要数から控除するとした根拠を、「医療区分2の患者のうち、うつ状態、褥瘡、創傷処置、皮膚の潰瘍などの項目に該当する者の一部を想定している」と説明した。(5面に掲載)

自院DPCデータを独自分析。ベンチマークも

DPC分析事業 6月開始に向け説明会。既に170会員病院が関心

医療の質向上委員会(飯田修平委員長)が推進するDPC分析事業の説明会が4月21日に全日病会議室(東京都千代田区)で開かれ、31病院が参加した。

DPC分析事業は、会員病院におけるDPCデータを自院分析用に解析して提供するサービス。各種指標にもとづいたベンチマーク分析ができるため、参加病院における自院の位置が把握できる。

ニッセイ情報テクノロジー社との共同開発・研究によりASP方式を採用したため、参加病院はインターネット接続のみで利用でき、高額なソフトやサーバー等の初期費用やメンテナンス要員の配置がいらぬ。

しかも、分析結果データの提供は試用版、定型分析版、フルバージョン版とニーズに応じた3タイプから選択でき、各利用料とも特別価格が設定された。

参加病院は本会事務局宛に、厚労省

に提出するD、E、Fファイル、様式1・4のデータを毎月定時に送信すれば、約1ヵ月後には、本会会員専用ボードを通して結果に接することができる。

分析指標は厚労省では得られない指標が多く、経営分析には絶好のデータが入手できる。ベンチマークについては参加会員病院以外の病院間との比較もできる。

院内感染・安全両委員会と安全研修は実働時間

診療報酬 疑義解釈

疾患別リハ終了前1ヶ月に限り介護保険リハとの併算定を認める

厚労省保険局医療課は4月20日付事務連絡で、06年度診療報酬改定に関する新たな疑義解釈(その7)を地方社会保険事務局等に送付した。

その中で、07年4月のリハ再改定によって認められなくなった介護保険の

リハと併行した医療保険リハの算定について、レセプトに記載した疾患別リハ終了前の1ヶ月間に限って併算定を認めると緩和した。

また、入院基本料算定にかかわる看護要員の勤務時間数計算から除外され

会の追加開催を検討している。

医療の質向上委員会は、本会が既に行っている「アウトカム評価事業」とのジョイントやオンライン請求データ等への拡大も検討を開始するなど、病院経営の質の向上に役立てたいと考えている。

ていた院内の委員会活動・研修時間について、一定条件を満たす院内感染防止対策と安全管理委員会および安全管理研修への参加時間は実働時間数に含めると、運用緩和を図ることを明らかにした。(3面に疑義解釈を掲載)



▲辻事務次官は今後の医療政策の課題を都道府県にレクチャーした



事故調・届出・ADRの制度設計を検討

診療行為関連死死因究明等在り方検討会 再発防止と責任追及の軸足いかんで異なるゴール。委員に懸念も



▲注目を集めるテーマだけに検討会には取材陣が多く詰めかけた

「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」が設置され、4月20日に初会合が開かれた。

医政局長主宰検討会という位置づけの同検討会は、厚労省が3月9日に公表、意見募集に付した、医療事故に関する調査機関、届出制度、ADR等構想の論点を整理した「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」をたたき台に、具体的設計の検討を行なうことが目的。厚労省は2007年の早期に議論を集約し、報告書にまとめたいとしている。

委員は14名。オブザーバーという立場で、警察庁刑事局と法務省刑事局からそれぞれ課長が出席した。検討会は前田雅英首都大学東京法科大学院教授を座長に選んだ。

事務局(医政局総務課)は、①死因究明のための調査組織のあり方、②診療関連死の届出制度のあり方、③医療における裁判外紛争処理制度のあり方、④行政処分のあり方の4点を議論テーマにあげた。

また、松谷医政局長は、意見募集に付した「課題と検討の方向性」は「法務省、警察庁とも協議済みである」ことを明らかにした上で、「我々の問題意識は第三者機関の設立である」と表明、政府内部で調整がついていることを認めた。

議論に先立って、前田座長は「民事問題や行政処分との関係は後に回し、組織のあり方と届出制度の議論を先行する」と宣言した。

議論冒頭で、東大大学院の樋口教授(英米法)は、「責任追及と一体の原因究明と再発防止・安全向上という原因究明ではプロセスも結果も異なる。これらを一つの機関に委ねて果たしてうまくいくのか」と、いきなり議論の分岐点を提示した。

これに対して、医療系委員は、「いったい何が起きたのか、何が原因で亡くなったのかを解明することが先決。法医学解剖でも病理解剖でもなく、CPCの視点に立った解剖機能が第三者機関には必要」(堺秀人神奈川県病院事業管理者・病院事業庁長)と応じた。

これに、「ヒヤリハット報告の浸透によって事故報告制度は医療安全面の効果が確認されている。届出制度と分析の機関、再発予防のための第三者機関とすべきである」(山口徹虎の門病院院長)という意見が続いた。

また、「賠償と行政処分は止むを得ないとしても、先行する刑事処分に歯止めをかけたい」(木下勝之日常任理事)という率直な意見も出た。

こうした意見に、前田座長は、「刑事処分をめぐる論点は副次的なもの。まずは組織論を先行させて医師が安心して診療できる制度を目指したい」と、手順を踏まえて議論する方針をあらためて打ち出した。

さらに、「届出制度と分析の機関に限定すべき」という意見には、「基本的にはその通りだが、責任追及という別のルートを設定する必要もあるだろう」

と述べ、医療系委員が懸念し、樋口委員が指摘した“二兎を追う”問題意識の一端をうかがわせる対応をみせた。

病院の顧問弁護士という立場から検討会に臨んだ児玉安司委員(三宅坂総合法律事務所弁護士)は、航空・鉄道事故調査委員会と対比させて、「医療事故には確定的な原因究明が難しい一面がある。また、機関同士というプロ対プロではなく、市民とプロとが向き合っているという特徴が医療事故にはあり、事実究明プロセスの開示、医療側と患者側の対話を重視する姿勢が必要」と指摘。「事故調の形をそっくりもってこれない」と事務局を牽制した。

他方で、高本真一東大医学部教授は「医療の不確実性を考えると刑事処分はふさわしくない。裁判官の誤審や警察の誤認逮捕は裁かれない。医療のみがバッシングされる」と、現場の不満を代弁した。

診療関連死については、何を持って事故とし、何を持って不可避とみなすのか、評価の基準が定まっていない。

終末期医療と同様に対象の定義が深められないままに、ものごとを進める手続き・手順のみが決められようとしている。

届出制度と一体の事故調査組織は、その形態と運用を誤ると、再発防止の可能性とともに現場の情報を行政と司直にすべて開示することによって医学的原因究明の機会が結果責任の確認に置き換えられる可能性もあり、現場に、予期しない結果に直面したショックとともに自己追求の機会喪失による虚脱感をもたらす可能性もある。

ただし、結果のみに遭遇させられる患者側には、医療人が共有できない思いもある。息子を医療事故で失ったことが契機でセーフティマネージャーになった豊田郁子委員(新葛飾病院医療安全対策室)は、「再発防止ということでは第三者機関の手にすべて封じ込めるのではなく、患者との話し合いという別のシステムも設けてほしい」と発言。別の意味で事故調とは異なる対応プロセスの必要を訴えた。

西澤会長、地域一般病棟の位置づけを提起

医療施設体系あり方検討会 「地域医療支援病院に在宅支援は困難」。各委員から中小病院に期待する声

4月23日の「医療施設体系のあり方に関する検討会」に事務局(厚労省医政局総務課)は昨年7月から始まった過去5回にわたる議論の中間整理を示し、2巡目の議論深化を促した。提示されたテーマは①地域医療支援病院のあり方②医療連携体制とかかりつけ医のあり方、の2点。後者については「医師確保との関係」を付随テーマに添えた。

病院における人員配置と特定機能病

院のあり方は次回5月24日に取り上げる。

2巡目の議論開始にあたって事務局は、4月17日の「医療構造改革に係る都道府県会議」で公表した医療等計画作成にあたる都道府県向け参考資料「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」(4・5面に概要を掲載)を披露した。

ここには、地域医療を含む今後の医療政策に関する厚労省の体系的な見解が示されており、事務局は議論誘導を

図る狙いがあったものとみられる。

「現状及び今後の課題」は、医療費適正化を図る平均在院日数の短縮を図るための在宅医療推進において、後期高齢者医療や終末期医療を含めて開業医の役割をキーポイントにあげている。

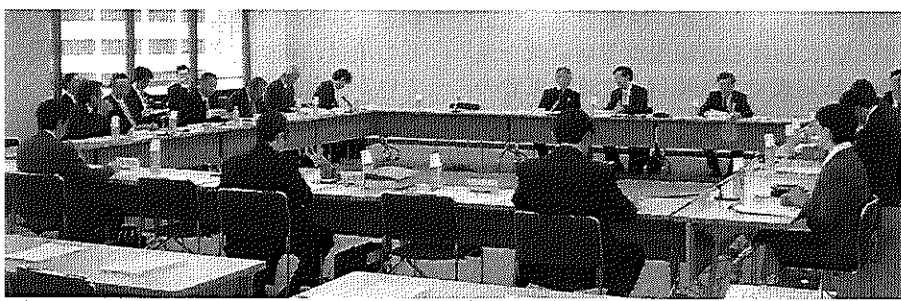
同日の検討会も開業医のあり方が議論の軸となったが、事務局が示す「かかりつけ医」という表現に「地域連携のキーとなるべき」開業医の定義・役割の曖昧さが重なり、もっぱら「かかりつけ医という言い方はやめた方がよい」という“言葉狩り”に終始したきらいがあった。

事務局は、地域医療支援病院の機能として「在宅医療のバックアップ」を提起した。この考えに委員からは「大病院と在宅療養支援診療所を直結させるのは無理がある」と異論が続出、中間に中小病院を位置づけるべしとする声

が多く出た。

本会西澤会長は、「地域特性という要因に加え、医療圏によっては在宅療養支援診療所が多すぎることもあるなど、数が少ない地域医療支援病院では連携できない。地域医療支援病院以外にも地域一般病棟という類型が考えられる」と提起した。

五十里委員の代理で出席した川崎市健康福祉局医務監の坂元昇氏(川崎市立川崎病院精神科医師)は、消防局現場の情報を基に、「高度急性期を含む地域医療支援病院に在宅支援を求めるのは無理だ。搬送にあたる救急隊員は療養型を含む中間的機能を求める場面が多い。そういう施設が少なくなっている。療養病床削減が救急現場でも問題となっている」と指摘、中小病院の積極的な位置づけに期待を寄せた。



あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の

病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための充実の補償ラインナップ

●病院向け団体保険制度

- 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
- 医療施設内包括機械保険
- 居宅介護事業者賠償責任保険
- 現金運送・盗難保険
- 医療廃棄物排出者責任保険

●従業員向け団体保険制度

- 勤務医師賠償責任保険
- 看護職賠償責任保険
- 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会

お問合せ

(株)全日病福祉センター
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

言語聴覚療法は作業・理学療法と別施設でもよい

病床間の転床日は転床先の食事給付を適用。介護保険病床への転床日は実食分を算定

2007年4月20日付事務連絡別添「疑義解釈(その7)」 *抜粋(概要)

【リハビリテーション】

Q10 2007年4月1日以前に疾患別リハの算定日数上限を超え、介護保険でリハを行っていた患者が、同一の疾患等で疾患別リハ医学管理を受けることはできるのか。

A 可能であるが、介護保険のリハを実施している月は同医学管理料を算定できない。

Q11 07年4月1日から新たに算定日数上限の除外対象患者とされた患者で、3月以前に疾患別リハ算定日数の上限に達し、介護保険のリハを実施していた患者は、4月1日より疾患別リハが算定できるのか。

A そのとおり。ただし、逡減後の疾患別リハビリテーション料の点数を算定する。

Q12 疾患別リハ医学管理料を算定すべきリハは、疾患別リハと同様の訓練内容と考えてよいか。

A そのとおり。

Q13 疾患別リハ医学管理料は入院・通院に関係なく算定可能か。

A 疾患別リハと同様であり、そのとおり。

Q14 理学療法士等の従業者が1日に実施できる単位数には、疾患別リハ医学管理料を算定すべきリハの時間数も含まれるのか。

A そのとおり。

Q16 疾患別リハ医学管理料を算定した月でリハを行わない日の外来管理加算は算定可能か。

A 算定できない。

Q17 疾患別リハ医学管理料の算定対象患者は介護保険の要支援・要介護認定の有無や特定の疾病の有無等に関わらず対象となると考えるが、いかがか。

A そのとおり。ただし、介護保険におけるリハを実施している月にあっては、疾患別リハ医学管理料は算定できない。

Q20 疾患別リハ医学管理料のみを算定している患者にリハビリテーション総合計画評価料を併せて算定することができるのか。

A 算定できない。総合計画評価料は、疾患別リハ(I)を届け出ている保険医療機関であって、疾患別リハビリテーション料を算定すべきリハを行った場合に算定できるものである。

Q21 運動器リハビリテーション料は、発症、手術、急性増悪から150日以内に算定できるとなっているが、「前腕骨折」でのリハが終了し、「手関節不全拘縮」として治療を開始した場合は、当該日を新たな発症日として新たな運動器リハビリテーション料を算定できるのか。

A 一般的には、「前腕骨折」のリハは手関節拘縮等の廃用性疾患が発症しないように実施されるものであり、新たな疾患が発症したとして取り扱うことは想定していない。

Q22 運動器リハを行っている傷病等について、患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後診療を再開する場合は、初診として取扱い、新たな発症日となるのか。

A 患者の都合で診療を中止して再開した場合でも、明らかに同一の疾病等と推測される場合は再開日が初診日とはならない。また、同一の疾患等について運動器リハを再開するのであれば、起算日は患者が診療を中止する前の当初の発症日等となる。

Q23 「膝の変形性関節症」での運動器リハが終了した日以降、「脊椎疾患」や「隣接関節疾患」などで、新たな運動器リハビリテーション料を算定できるのか。

A 新たに発症したのであれば算定できる。

Q25 失語症などの言語聴覚療法が必要な疾患に係る脳血管疾患等リハが必要な

患者について、作業療法及び理学療法を実施している保険医療機関に言語聴覚士がいない場合には他保険医療機関で言語聴覚療法を実施しても良いか。

A 同一の疾患等に係る疾患別リハ又は疾患別リハ医学管理は1つの保険医療機関が実施するべきである。ただし、言語聴覚療法を実施できる保険医療機関が少ないこともあり、当分の間、他の保険医療機関で言語聴覚療法を実施し、当該診療報酬を算定しても差し支えない。なお、この取扱いは言語聴覚療法に限られるものであり、同一の疾患等について、作業療法と理学療法を別の保険医療機関において実施することはできない。

Q26 07年4月から介護保険のリハに移行した日以降は、同一の疾患等について医療保険の疾患別リハビリテーション料は算定できないとされている。患者の状態によっては、医療保険から介護保険への移行当初に医療保険におけるリハを併用した方が良い場合もある。そのような場合どのように取り扱えばよいか。

A 医療保険における疾患別リハを実施している期間に介護保険におけるリハに円滑に移行できるようリハ実施計画を作成し実施するべきであり、原則として、介護保険のリハに移行した日以降は医療保険の疾患別リハ料は算定できない。

ただし、患者の状態や、疾患別リハを実施する施設と別施設で介護保険のリハを提供することになった場合などでは、一定期間、医療保険における疾患別リハと介護保険のリハを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、必要な場合には、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハが終了する日」を記載し、当該終了する日以前の1月間に限り、同一の疾患等について介護保険のリハを行った日以外の日に疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。また、医療保険における疾患別リハが終了する日は算定日数の上限の日以前の場合もあり得るが、最初に設定した日以降については、原則どおり同一の疾患等について疾患別リハビリテーション料は算定できないものであるので留意すること。

【入院基本料(病院)に関する施設基準】

Q33 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことで休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理の委員会及び安全管理のための職員研修を行う時間も除かれるのか。

A 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策に関する基準」と「医療安全管理体制に関する基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理体制確保のための職員研修に参加する時間帯に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会・研修は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(2006年3月6日保医発第0306002号)」別添2の第1の2及び3の規定に基づき実施され、次に該当すること。

・院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成され、月1回程度定期的に開催される委員会であること。
・安全管理のための委員会は安全管理責

任者等で構成され、月1回程度開催されること。

・安全管理体制確保の職員研修は、安全管理の基本的考え方及び具体的方策を職員に周知徹底を図ることを目的とするもので、研修計画に基づき年2回程度実施されること。

Q34 入院基本料の施設基準において、夜勤専従者が日勤看護職員の急病時など緊急やむを得ない場合に日勤を行った場合は、当該月は夜勤専従者とはみなされないのか。

A 勤務計画表に日勤が組み込まれていない者であって、日勤の看護職員の急病時などの真に緊急やむを得ない場合に限り日勤を行った程度のものであれば、夜勤専従者とみなして差し支えない。ただし、頻繁に日勤を行う必要性が生じることは想定されないことから、日勤を行うことが認められるのは月に1回であることに留意されたい。

Q35 療養病棟入院基本料2を算定する病棟に勤務する看護師等の1人当たり月平均夜勤時間数の計算は看護職員と看護補助者と別々に行うのか、看護要員全体で行うのか。

A 看護要員全体で計算する。

Q36 療養病棟入院基本料2算定病棟のうち、8割以上病棟(20対1配置病棟)、06

年6月30日に特殊疾患療養病棟入院料を算定していた療養病棟、介護保険移行準備病棟の看護職員は月平均夜勤72時間以下の要件が除外されているが、看護補助者も除外されるのか。

A 看護補助者も除外される。

Q37 療養病棟入院基本料2における8割未満病棟(25対1配置病棟)から8割以上病棟への変更届出を行う時期はいつか。また、8割以上病棟から8割未満病棟への変更の届出の取扱いはどのようにするのか。

A 25対1配置病棟から20対1配置病棟への変更の届出は、医療区分2・3の患者の合計の割合が88%を超える(1割を超える変動)こととなった場合には、翌月速やかに行う。この場合、社会保険事務局は同月1日に遡って受理したものととして処理する。

また、20対1配置病棟から25対1配置病棟への変更の届出は、医療区分2・3の患者の合計の割合が72%を下回る(1割を超える変動)こととなった場合には、翌月速やかに行う。この場合、社会保険事務局は同月1日に遡って受理したものととして処理する。なお、医療区分2・3の患者の合計の割合が、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動である場合は変更を届け出る必要はない。

【参考】

【例1】 25対1配置病棟から20対1配置病棟へ変更の届出を行う場合	7月、8月、9月89% → 10月に変更届出が必要。同月1日に受理したとして処理。
【例2】 20対1配置病棟から25対1配置病棟へ変更の届出を行う場合	10月、11月、12月71% → 1月に変更届出が必要。同月1日に受理したとして処理。
【例3】 25対1配置病棟から20対1配置病棟へ変更の届出を行う場合	7月、8月、9月81% → 変更の届出は要さない。 8月、9月、10月83% → 変更の届出は要さない。 9月、10月、11月85% → 変更の届出は要さない。 10月、11月、12月82% → 1月に変更届出が必要。同月1日に受理したとして処理。
【例4】 20対1配置病棟から25対1配置病棟へ変更の届出を行う場合	10月、11月、12月72% → 変更の届出は要さない。 11月、12月、1月75% → 変更の届出は要さない。 12月、1月、2月78% → 変更の届出は要さない。 1月、2月、3月79% → 4月に変更届出が必要。同月1日に受理したとして処理。

Q38 療養病棟入院基本料2において、8割以上病棟から8割未満病棟への変更届出を行った場合の当該病棟に勤務する看護要員の月平均夜勤時間数の取扱いはどうにするのか。

A 25対1配置病棟に勤務する看護要員は、直近1か月又は直近4週間の月平均夜勤時間数が72時間以下であることが必要である。従って、20対1配置病棟から25対1配置病棟への変更の届出を行った月の1日以前の直近1か月又は直近4週間の実績の月平均夜勤時間数が72時間以下であることが必要であり、これを満たさない場合には、25対1配置病棟への変更の届出はできず、特別入院基本料への変更の届出を行うことになる。

【入院時生活療養・入院時食事療養】

Q40 外泊中はいわゆる光熱水費に係る入院時生活療養の費用は算定できるのか。

A 終日外泊している日については算定できず、生活療養標準負担額(患者負担額)は徴収できない。

Q41 同一保険医療機関で、一般病床で朝食をとった後に療養病床へ転床して生活療養を受ける場合、朝食は入院時食事療養費が支給されることになるのか。

A 療養病床に転床した日は療養病棟入院基本料2等を算定し、生活療養を受けることになることから、朝食も入院時生活療養費が支給される(食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額=患者負担額、を徴収する)。なお、療養病床から一般病床へ転床した日は全食事に入院時食事療養費が支給される(食事療養標準負担額=患者負担額、を徴収する)。

Q42 同一保険医療機関で、介護療養病

床で朝食をとった後、医療療養病床へ転床して生活療養を受ける場合に、朝食の費用はどちらから給付されるのか。

A この場合には、医療療養病床へ転床後の2食分は医療保険における入院時生活療養費(食事の提供たる療養に係るもの)が支給される(食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額=患者負担額、を徴収する)。なお、医療療養病床で朝食をとった後に介護療養病床へ転床した場合には、介護療養病床へ転床前の1食分は医療保険における入院時生活療養費が支給される(食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額=患者負担額、を徴収する)。

Q43 同一の日に一般病床から療養病床へ転床した場合などの入院時生活療養費に係る生活療養(温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの)の支給はどうになるのか。

A 次のとおり取り扱う。

①「一般病床 → 療養病床」、「医療療養病床 → 介護療養病床」の場合

当該日は療養病棟入院基本料等を算定することになることから、入院時生活療養費に係る生活療養が支給される(温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係る生活療養標準負担額=患者負担額、を徴収する)。

②「療養病床 → 一般病床」の場合

当該日は一般病棟入院基本料等を算定することになることから、入院時生活療養費に係る生活療養は支給されない(温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係る生活療養標準負担額=患者負担額、は徴収しない)。

「疑義解釈(その7)」は全日病ホームページに掲載されています

中小病院の機能・役割を医療計画に明記すべき

厚労省医療構造改革推進本部「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について(計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料)」(抜粋) 2007年4月17日公表 *1面記事を参照

II. 我が国の医療提供体制の現状と課題

1. 病院、診療所等分野別にみた現状と課題

①病院

中小の病院は、医療法の体系でも診療報酬の体系でも、その機能の明確化が求められる仕組みとはなっていない。大病院も、特定機能病院や地域医療支援病院の制度はあるが、医療機能の分化・連携に十分機能しているとは言えない。

2. 患者・住民の視点からみた現状と課題

- ①医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい
- ②地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている
- ③夜間や休日など身近な場所での医療に不安がある
- ④在宅での療養生活を選択することが難しい

III. それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性

1. 地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・ITの活用の推進

「医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい」という問題に対しては、地域における医療機能の明確化や機能分化、医療連携や情報開示、ITの活用を推進していくことが必要。併せて地域の医療機能再編成に取り組んでいくことも必要である。(国によるあるべき医療提供体制の姿の明示と診療報酬等様々な取組による実現)

国として、あるべき急性期、回復期、在宅医療等の医療の姿を念頭に置いて、それぞれを担う各医療機関の役割分担、並びに急性期から回復期、回復期から在宅療養といった医療の連携の姿を明らかにするとともに、その実現を、診療報酬や必要な人材の養成を含めた様々な政策や関係者の取組により推進する必要がある。

(都道府県医療計画による疾病・事業ごとの具体的なネットワークの構築と公表)

都道府県の医療計画においては、主要な4疾病・5事業について、発症から入院そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した診療施設(急性期、回復期、在宅療養等の機能ごとの医療機関)を、各医療圏域(2次医療圏域の設定にとらわれることなく、それぞれの疾病・事業に応じた地域連携を図る圏域)ごとに明示する。

(入院医療の方向性)

医療の基本は、できるだけ短期間に集中して治療し、早期に日常生活や残存機能を生かした療養生活に復帰させることにあり、入院医療についても、今後更に、医療技術の進展等に合わせて、在院期間の短縮、早期の復帰を進めていくことが求められる。

(中小病院及び有床診療所の今後の位置付け)

○医療機関間の機能分担を考慮するに当たり、大病院における高度な急性期を終えた後の回復期リハの機能や、軽度の急性期医療への対応など地域の診療所と連携した在宅療養の支援拠点機能といった機能を有する中小の病院が、身近な場所に存在することが望ましい。

○また、大病院を設置できない地域にも、ある程度の急性期医療に対応できる中小病院があることが必要である。単科の専門病院としての機能を持つ中小病院も考えられる。

○また、有床診療所について、看護等の職員体制が薄いといた課題もあるものの、地域における貴重な社会資源として有効な活用を図っていくべきである。

○こうした個々の中小病院や有床診療所が地域において果たすべき機能・役割は、地域の様々な実情に応じて、医療計画においても可能な限り具体的に明記されるべきである。

(病院と診療所の機能分化の方向性)

病院と診療所の機能分化の方向性は、
・診療所は、1次的な地域医療の窓口として、患者の生活管理を含めた日常の生活機能の向上を図りつつ、時間外にも連絡が可能であることや必要に応じ往診を行うこと等急な発症等への対応が診療所相互間の連携あるいは病院との連携で実現できるようにすること。
・急性期の病院は、原則として入院治療と専門的な外来のみを基本とするという方向性に向かうべき、と考える。また、退院後の生活においては、再度地域医療が訪問看護や介護サービス等を活用して受け止めていく必要がある。

(各都道府県の医療計画の推進と医師確保対策の関係)

○各都道府県の医療計画の体系の下で、医療機能の分化・連携を推進し、医療提供体制を適切なものとしていく中で、機能の明確化された病院における勤務が医師のキャリア形成(専門医取得等)の中で重要視されることとなる。

○拠点となる大病院だけでなく、その周辺に位置付けられる中小規模の病院についても、その大病院との関係で機能を明らかにすることにより、医師の研修の受け入れ等キャリアパスシステムの中に位置付けられることとなる。

機能や特徴のはっきりした病院には大学からも派遣しやすい。また、医師を24時間体制をとる病院に集中させることにより、勤務する医師の労働環境は改善されることになる。

○各医療機関の機能の明確化と連携体制の確保といった医療計画に係る取組自体が医師確保対策となる。各都道府県の医療対策協議会は、医師確保についての検討を進めるにとどまらず、今後、都道府県医療審議会等において議論することとなる医療機関間の機能分担と連携のあり方についての議論も踏まえていくことが必要である。

(医療分野におけるITの積極的な活用)

医療サービスの質の向上と効率化や医療サービスに係る情報収集・分析・評価を行っていく上で必要な基盤であるIT(情報技術)を積極的に活用していく必要がある。例えば、健診や診療情報、レセプトデータ等の収集分析、医療機関の情報化やその情報連携、レセプトオンライン化の推進、健康ITカード(仮称)の導入の検討等を進め、生涯にわたる健康情報の利活用、医療機関のネットワーク化や電子的情報連携、事務の効率化や医療安全の確保といったIT活用による効果の実現を目指すことが必要である。

(医療提供体制の方向性と診療報酬の体系の関係)

医療連携体制の構築や、後述する開業医の果たすべき役割や機能の明確化、在宅医療の推進など、医療提供体制のあり方として方向性を明らかにしている事項については、診療報酬の体系においてもこれを後押しするという関係性を明確にしていくべきと考える。

(医療機能の明確化・分化の推進におけるNCと地方中核病院との連携)

各都道府県における医療機能の明確化・分化の推進に際しては、ナショナルセンター(NC)も重要な役割を果たすべきである。特に、がん対策等政策医療の臨床水準の均てん化と更なる推進が求められている。

このため、がん対策で進められているNCと地方の中核病院との連携を念頭に置いて、都道府県の医療計画等との連携を図りつつ、NCにおいては、がん、循環器病、精神・神経疾患、感染症、代謝症候群、成育医療、長寿医療等の各政策医療分野の医療、研究、人材育成、情報発信の牽引車としての役割や、高度先駆的技術の開発、高齢者の在宅医療システムの全国への普及等を行う役割を担うとともに、政策提言を行うことができる方向で、2010年度の独立行政法人化に向けて、その果たすべき役割や機能等について検討を進める必要がある。

2. 総合的な医師確保対策の推進

「地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている」という問題に対しては、拠点病院を軸とした医療提供体制の再編成、急性期病院勤務医の負担軽減、医学部卒業生の地元定着の促進など総合的な医師確保対策に取り組むこと、併せて医療従事者の質の向上と役割分担の明確化を図ることが必要である。

(拠点病院を軸とする医師のキャリアパスシステムの確立)

○医師確保対策の中心的課題は、基本的には産科・小児科を中心とする急性期病院に係る対応である。急性期病院について集約化・重点化を図り、その拠点病院と地域医療とのネットワーク(拠点病院から地域医療への医師派遣を含む)の中でキャリアアップしていく仕組みを確立し、かつ、専門性を着実に向上させることができる専門医のキャリアパスシステムとして位置付けることで、医師確保を図っていく必要がある。

○これを実施していくには、①都道府県が中心となって、大学等の参画を得て医療対策協議会を実効あるものとして機能させることをはじめ、医師派遣についての都道府県の役割と機能を強化するとともに、

②地域の拠点となる魅力ある病院づくりと地域医療とのネットワーク化を図る、③並行して、急性期病院での対応が必要な場合の、拠点の医療機関へのアクセスの改善策を講じる、必要がある。

(マグネットホスピタルの活用)

○1.に記述したとおり、医療機能の分化・連携の取組自体が医師確保対策となり、これに加えて都道府県が医療対策協議会での検討を基に、公的病院を中心としたいわゆるマグネットホスピタルを活用して、医師の供給調整機能を発揮できるようにすることで、地域の病院の医師確保は可能となっていくものと考えられる。

○マグネットホスピタルの活用に当たっては、大学との連携を図る等により、そうした人材の確保に留意する必要がある。

(急性期病院勤務医の負担の軽減策)

○厳しい状況にある急性期病院の勤務医の負担を軽減するため、各般の施策を講じることが急がれている。このため、まず、3.で後述する開業医の役割・機能の明確化を通じ、少なくとも休日夜間急患センターに地域の開業医が参画すること、また、電話相談事業の実施等により、患者の受診行動の変化を働きかけること(併せて、啓発広報等により、患者側における適切な受診行動を促進することも重要)に取り組むことや、関係職種との役割分担の検討(後述)を進めることが必要である。

○また、訴訟の対象となる割合の高い診療科に取り組む医師を確保する観点からも、死因究明制度の検討や産科医療補償制度の導入を含めた医療紛争処理制度などにより医療紛争の適切かつ早期の解決を図る仕組みづくりを急ぐ必要がある。

(医師と関係職種との役割分担のあり方)

○医療の質の向上を図り、また、患者のニーズにより的確に答えていくためには、医師が本来の業務に専念できるような体制の構築や、チーム医療を推進するために医師の業務の効率化や質の向上を図ることが必要であり、こうした観点から、関係職種(歯科医師、看護職員、事務職等)の資質の向上や役割分担のあり方を検討する必要がある。

○看護職員については、看護師の本来業務をより明らかにし、適切に他職種との役割分担を図るとともに、急性期の病院医療や、慢性期疾患を抱える高齢者等の在宅での療養を支える訪問看護の提供に求められる水準を満たす看護師の養成が必要である。

○また、近年増大している書類の作成等医療職でなくても可能で、かつ専門的に行った方が効率的な事務について、事務職の積極的な活用を検討することが必要である。

(医師のへき地勤務義務づけについての検討と当面の対応)

○へき地等の医師確保が極めて困難な地域を抱える地方公共団体からは、例えば開業前にへき地勤務を義務づけるなどの規制をしてでも医師不在への対応を図ってほしいとの強い要請があるが、このことについて、へき地医師確保のための対策として全医師に個人として義務づけることの合理性を、自由開業制をとる制度体系の中でどのように位置付けるか等の論点にも留意しつつ検討することが必要である。

○当面は、へき地での勤務を拠点病院(マグネットホスピタル)に勤務する医師のキャリアパスにしっかり組み込むルールを構築し、ここから派遣する仕組みが適切と考えられ、とりわけ、全国的な病院ネットワークを有する団体に働きかけていく必要がある。

3. 開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保

「夜間や休日などの身近な場所での医療に不安がある」という問題に対しては、開業医の果たすべき役割を重視して、1次的な医療の窓口としての機能、身近な地域での時間外診療や往診・訪問診療の実施等が求められる旨を明確化していくことが必要である。

併せて、臓器別の専門医だけでなく、人間全体を診る総合的な診療に対応できる医師の養成・確保を図ることが必要である。

(開業医の役割・機能の明確化)

病院と診療所の連携をはじめ、地域の医療連携体制構築の実現のためには、開業医の役割の明確化が必要である。開業医に今後、より期待される役割として、例えば、

ア 地域で在宅当番医制のネットワークを構築する、又は少なくとも休日・夜間の救急センターに交代で出務する

イ 時間外でも携帯電話で連絡がとれること

ウ 午前中は外来、午後は往診・訪問診療という経営モデル

エ 在宅療養支援診療所としてグループによる対応も含め24時間体制での対応(特に看取りを含む高齢者)を行う

といった取組が本来期待されていることを明確にし、その評価を明らかにする必要がある。

(在宅主治医の位置づけの必要性)

○長期療養を必要とする高齢者など継続的かつチームでの医療を必要とする者については、その患者が、普段自分がかかっている医師の中から在宅主治医を選ぶこととし、その在宅主治医が、必要に応じ関係する医師の間の調整を行うとともに、担当患者の再入院や退院時のケアカンファレンスにおいて中心的な役割を担ってもらうことになれば、患者にとって望ましい療養がなされやすいのではないかと考える。

○病気になるまでは地域に主治医がいない患者の場合でも、脳血管疾患、骨折等で入院した高齢者等が、予め公表された地域の医師の中から在宅主治医を選び、当該医師が退院前カンファレンスや退院後の健康管理を担ってくれる仕組みができることは、住民の安心につながる、と考える。

(開業医のチーム化と研修の必要性)

医師1人の診療所でも24時間在宅医療を提供できるようにするためには、複数診療所の医師のチーム化やon the jobでのトレーニング(研修)等に関する支援が行われることにより、医師1人であっても、看取りも含め24時間体制での連絡や相談といった機能を果たすことのできる体制を検討する必要がある。

(総合的な診療に対応できる医師の位置付けの検討)

○臓器別の専門医だけでなく、人間全体を診る総合的な診療を行える医師の養成が必要である。このことについては、新たな医師臨床研修制度により方向性を明らかにしているところであるが、さらに、こうした医師の位置付けについて、関係団体・学会の意見も踏まえつつ検討を行う必要がある。

○この場合、現在既に専門医として位置付けられている段階にある医師と、今後専門医を目指す段階にある医師とを分けて整理する必要がある。

例えば、総合的な診療を行うことについての修練を積んでいない専門医が開業するに当たっては一定の研修を必要とする仕組みについても、今後、関係者間で議論していく必要があるのではないかと考える。

(在宅医療を担う医師を活用したon the jobでの養成システム)

当面の対応としては、現在の在宅医療を担っている医師がon the jobで総合的な医療を行う養成システムを具体化するための検討を速やかに行う必要がある(4.参照)。

(患者を適切に紹介できる医師の育成・確保)

○今後の医師の養成に当たっては、病院と診療所の機能分化の方向性を踏まえることも重要。情報の非対称性がある医療では、患者が自己判断で受診先を選ぶことより、専門家である医師が判断して患者に適切な情報を提供する方がより望ましいと考えられ、患者との間に立つて各医療資源への振り分け機能を発揮できる医師の育成・確保を図る必要がある。

○医師の側は適切な説明を行うよう努めること、患者の側は本来医療は不確実であることに理解を持つことが求められる。かかりつけの医師と患者の信頼関係を基礎として、紹介された病院におけるその後

の治療が行われれば、病院の医師と患者の間において、より望ましい意思疎通が図れるという観点からも、身近な開業医の機能発揮が期待される。

(専門医の質の確保等についての第三者機関による一定の関与の必要性)

人間全体を診る総合的な診療を行える医師の位置付けの検討と併せて、臓器別にてきている専門医の質の確保、あるいは養成のあり方について、現在は各学会において取り組まれているが、何らかの第三者的な機関が一定の関与を行うことについて、検討が必要ではないかと考えられる。

4. 在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

「在宅での療養生活を選択することが難しい」という問題に対しては、本人や家族が希望する場合には、自宅やケアハウス、高齢者専用賃貸住宅など多様な住まいでの生活が可能となるよう、様々なサービスの連携を図る地域ケア体制の推進を図ることが必要である。

特に、後期高齢者の医療のあり方は生活の質を重視し、急性期の治療が終われば生活の場における療養が確保される必要があるという視点、また、尊厳に配慮し、安心できる医療を実現していくという視点、を持つことが必要である。

(医療機関と患者・家族との調整及び看護・介護サービス機関等との連携)

○高齢者は入院前のADLの状況等個人差が大きいこと、さらに、治療方法の選択が退院後の生活の質に影響を及ぼすことを踏まえ、入院直後から退院後の生活を見越して、治療方針の選択を含めて患者・家族との相談を開始することが望ましい。その際、高齢者に求められる医療や看護・介護は何かを本人や家族とよく話し合い、最も望ましい選択肢を選んでいくよう調整することが重要である。

○退院後の介護施設への入所、あるいは在宅医療や在宅看護・介護等を受けながら多様な住まいでの生活に円滑に移行できるよう、少なくとも退院時から、在宅医療の中心となる在宅主治医を含めた医療機関と看護・介護サービス機関等との連携を図る必要がある。

(チームで対応し後期高齢者の生活を支援する医療の視点)

○特に後期高齢者については、「疾患を治療する医療」だけでなく「生活を支援する医療」の視点が重要である。急変時の地域の入院機能を確保することと併せて、訪問看護ステーションをはじめとした介護保険関係サービスなどとの連携を含め、こうした医療を他職種を含めたチームで実施する際の具体的なあり方についても検討を行う必要がある。

○その際、一定のサービスについては医師と看護師との間でプロトコルを作成し、その中で看護師に委ねる部分については委ねる形で連携していくことができるよう、看護師等の資質の向上を図る必要がある。

(在宅医療を推進する医師の確保)

看取りまでを行うことができることと併せて、上記のような連携や調整を担当できる、地域の在宅医療を担える医師の養成・確保方策の検討を進める必要がある。併せて、在宅緩和ケアを担うことのできる医師や看護師の養成・確保を図る必要がある。

(在宅での看取り)

在宅での看取りのケアについては、本人及び家族の意向を基本において、その実践を積み重ね、看取りのケア、終末期の医療のあり方について、更に国民的なコンセンサスを形成していくことも重要である。

(地域ケア体制の計画的な整備)

今後本格化する療養病床の再編成は、医療の必要

性の高い者のための療養病床は確保しつつ、基本的には、後期高齢者の療養を、終末期を含めて、生活の場において確保することを展望して行うものであることを踏まえ、各地域でその受け皿づくりを含め、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、「地域ケア体制」の計画的な整備を着実に進めることが特に必要である。

(住宅政策との連携)

その際、自宅や高齢者向けの多様な住まいでの生活継続を支援することを目指したケア体制を推進する視点が基本である。

この場合、都市部(特にニュータウン等の大規模団地)の高齢化を展望し、公営住宅・都市再生機構住宅などのバリアフリー改修の推進と連携した形で在宅医療や地域密着型の看護・介護サービスの充実を図るなど、全国各地で具体的な取組を推進する必要がある。

(療養病床の再編成と地域における中小病院の機能・役割)

○療養病床を有する中小病院の今後のあり方については、「地域ケア体制」を踏まえつつ、老健施設他の介護施設のほか、地域の医療を担う場合においても、回復期リハ、軽度の急性期医療への対応など地域の診療所と連携した在宅療養の支援など、地域において今後求められ、そして果たすべき機能・役割を考慮しながら検討することが必要である。

○また、以上のような基本的な方向性を踏まえ、介護施設等の基本的なあり方やその入所者に対する医療の提供のあり方について検討が必要である。

(高齢者の医療の標準化)

高齢者については、主治医等が高齢者の状態を把握することによって重複投薬や検査を防いだり、高齢者の個人差の大きさを十分に踏まえつつ、薬剤投与のあり方などを含む高齢者への診療の標準化を進めることなどにより、高齢者の特性を踏まえた適切な医療の普及を図る必要がある。

(高齢者にふさわしい総合的な評価を行う医療の必要性)

特に後期高齢者は総合的な医療が必要であり、手術等に際してはCGA(高齢者総合的機能評価)等を行うことが必要である。また、こうした過程では、代替方法の提示を含めて家族や本人にしっかり説明した上で納得を得ることが必要である。

(総合的な視点に立つて認知症に対応できる医療の必要性)

また、高齢者を総合的に診療するためには、認知症の観点を持ち合わせる必要がある。認知症の初期段階には早期診断や専門医への紹介、家族への説明が重要であり、中期段階では介護サービスへの紹介・つながりが重要となる。また、終末期には、病院や看護・介護サービス機関と連携しつつ、在宅医療を提供することが重要となる。

(認知症高齢者や家族を支援する体制の構築)

認知症高齢者への対応について、ケアマネジャーや看護・介護サービス等との連携方策を含めた認知症に関する開業医に対する研修や、開業医をサポートして地域で医療・福祉連携の核となる医師の養成を推進するとともに、医療機関、行政、看護・介護サービス機関、地域住民等の相互の連携を強化することにより、地域において認知症高齢者や家族が安心して生活を送ることができるよう総合的に支援する体制を構築する必要がある。

(終末期医療ガイドラインの策定)

終末期医療に関し、手続面のガイドライン策定の周知を図るとともに、併せて、関係各方面において終末期医療ガイドラインの作成等について幅広く議論されることが望まれる。

厚生省保険局総務課医療費適正化対策推進室 「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(案)」に関連して留意すべき事項について 2007年4月17日

療養病床の数に関する数値目標の設定に当たっては、以下の点に留意願いたい。

(1) 基本方針では、まず、入院者の医療の必要度に応じた算式による数値 $(a-b+c)$ を算出することとしているが、これは、足元(2008年度時点)での必要数である。

上記の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、救命救急医療の充実、早期リハ強化による重症化予防、在宅医療と地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して2012年度末時点の目標数を設定すること。

これに際しては、①必要な病床数が増える要因としては「後期高齢者人口の伸び率」を勘案する、②この増加分から減少する方向の要因として、「救命救急医療の充実、早期リハの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等」を勘案する、という考え方に沿って目標数を設定すること。

(2) 基本方針において、医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数の算定に当たっては、以下のように考えている。

ア. 医療区分1の患者については、全ての病床数を転換対象として積算している。

なお、医療区分1の患者の中にも、経管栄養や胃ろう等の一定の医学的管理を必要とする者が含まれるが、これらについては一定程度状態の安定も見込まれ、介護施設等において当該患者に対する医療提供も含めて対応することが可能かつ適切と考えられる。イ. また、医療区分2の患者の3割に相当する病床数を転換対象として積算しているが、この「3割」については、医療区分2の患者の一部にも一定程度状態の安定が見込まれ適切な人員配置により対応が可能である者も存在すると考えられることから、今後の老健施設等における医療提供の在り方の見直しの動きも勘案して、設定したものである。

具体的には、医療区分2の患者のうち、うつ状態、褥瘡、創傷処置、皮膚の潰瘍などの項目に該当する者の一部を想定しており、これらの者を合計すると、約3割を占めているところである。

(3) 医療区分については中医学協慢性期分科会で議論されているが、現在の医療区分は概ね妥当と評価されていることから、参酌標準では現行の医療区分設定を用いる。

(4) なお、療養病床の再編成は、法律上医療機関の意向に反してでも強制的に行うことができることとはされておらず、今後の医療・介護改革の方向性や、地域におけるニーズの動向、転換先の老人保健施設等における医療提供の在り方の検討結果等を踏まえて、医療機関自らの判断によって実現されていくものである。都道府県においては、このための必要な情報の提供や働きかけなどに努められたいこと。(下線部は編集部による)

患者の重症度に応じて、専念できる看護師を配置する

全国サーベイランスに参加が望ましい。起炎菌による院内感染の発生時は疫学調査を実施

「重症患者のうち集中治療を要する患者の安全管理指針」(概要) * 「集中治療室(ICU)における安全管理について(報告書)」(2007年3月) 別添2

2. 基本的考え方

本指針は、一般の病棟における安全管理に加え、対象となる部門(ユニット)において、特に留意が必要な事項について記載する。

3. 本指針が対象とする部門について

○本指針は、先だてて作成した「集中治療室(ICU)における安全管理指針」に準じて作成した。

○本指針は、比較的重症な患者を管理する、HCUを含む部門(ユニット)を対象とする。本指針は、診療報酬におけるハイケアユニット入院医療管理料の施設基準と関連するものではない。

4. 医療従事者

医療機関はこれらの部門で勤務する医療従事者の労働環境及び知識・技術などの専門性の向上により、重症患者に安全に医療を提供する業務環境を整備する。

(a) 医師

○個々の実情によって異なるが、容態の急変時に適切な治療が行える体制とするためには、当該部門に直ちに対応できる医師が常時医療機関内に勤務すること。

○医療機関は当該医師に、集中治療について継続的に研鑽する機会を与える。

○当該医師に、他診療科・他職種と綿密に連携して治療方針を立てるリーダーシップとコミュニケーション能力を身につける機会を与える。

(b) 看護師

○看護師は患者の重症度に応じた看護が行え、当該部門勤務に専念できる配置とする。

○新人や異動直後の職員には医療安全の初期研修を提供する。職場内教育では経験者と組み合わせるなどの工夫をし、指導・監督が可能となる等余裕ある人事管理を行う。特に夜間などには適切な人材を配置するよう留意する。

○当該看護師には専門職としての知識・技術を磨く機会を与える。当該看護師は病態生理の理解と患者の綿密な観察を行い、異常を早期発見して早期対応に努める。

(c) 薬剤師

当該部門においては薬剤師を管理責任者とし、薬剤管理の権限と責任を明確化する。

(d) 臨床工学技士

生命維持管理装置の操作・トラブル処理を行う際には臨床工学技士が関与し、緊急時には臨床工学技士が適切に対応できる体制であることが望ましい。また、マニュアルを整備し、設定変更など操作とトラブル処理について記録を残す。

(e) 医薬品管理の責任者

医薬品管理の責任者(薬剤師=兼任でも可)を定める。

(f) 医療機器の管理・保守点検の責任者

○医療機器の管理・保守点検の責任者を決定し、権限と責任を明らかにする。医療機関全体の医療機器安全管理責任者と兼任でも構わないが、臨床工学技士など医療機器管理に精通した者であり、緊急時に適切に対応できる体制であること。

○責任者は保守点検等のマニュアルを整備し、その運用状態を監視し記録を残す。

(g) 医療従事者に対する研修

○医療安全に関する研修を医療従事者に行う。研修項目には、生命維持管理

装置を始め各種医療機器の使用法や保守点検、医薬品管理、投薬、感染制御対策、不穏患者への対応、医療従事者間での情報伝達の方法、停電・災害などの非常事態への対応、患者及び家族への情報提供と対応、医療事故発生時の対応等が考えられる。

○生命維持管理装置などの医療機器に関しては、特に職員採用時、職員異動時、新規機種導入時などに実際の事例や器具を用いた実習を実施する。

5. 運用と仕組み

情報を共有し、役割と業務手順を明確にした指揮命令系統の下、標準化された手順で業務を遂行すること。

(a) 責任と権限

診療における責任と権限、各専門職種の役割分担を明確にすることが必要。その方法と内容は施設の特性に合わせて対応する。

(b) 情報共有と標準化

交替で患者の治療に当たる当該部門には情報の共有と標準化が必要である。○治療方針や治療内容の変更・引き継ぎにあたっては文書で情報伝達を行う。その際、電子情報システムを活用するなど、標準化された診療記録を用いることが有用。

○定期的に(少なくとも1日1回程度)カンファレンスを開催。この場で、各科・各職種間で患者に関する情報を共有し、治療・看護方針を明確に決定する。

(c) 運営

○部門に責任者(医師)を1名配置し指揮命令系統を明確し、その統括下で、職種横断的な連携に基づいたチーム医療を行う。

○業務手順を分析し明確化する。業務フロー図を作成することが望ましい。

○停電・災害など非常時の情報伝達方法など適切な防災対策を講じる。

(d) 医療事故等の情報収集・分析

○部門の安全管理者(兼任可)を決める。安全管理者は医療安全の実務担当者とする。

○医療事故事例及びヒヤリ・ハット事例が起きた場合には適切に報告を行い、事例の要因分析とその改善策を考案し、その有効性の検証を行う。また、その内容を内外に周知し、情報を共有した上で再発防止を図る。報告には標準化された様式を使用する。

○重要事例に関しては更に詳しい分析を行う。根本原因分析(RCA)や故障モード影響解析(FMEA)等を実施することが望ましい。

(e) 感染制御

(ア) 感染対策に関する指針

○当該部門に特化した院内感染対策マニュアルを作成し、定期的に見直す。特に、感染経路別予防策や抗菌薬の選択及び人工呼吸器関連肺炎予防策について詳細に記載する。

○可能であれば感染制御の専門家を当該部門に配置する。

(イ) 予防策の実施

標準予防策を徹底すること。感染経路別予防策が実施されているか監視する。患者の隔離策を講じておく。

(ウ) サーベイランス

同じ起炎菌による感染症患者が複数発生した際には患者との情報共有を行い、共同して対策にあたる。全国サーベイランスに参加、自院感染対策能力を評価することが望ましい。

(エ) 院内感染発生時の対策

院内感染が発生した場合は、標準予

防策のみならず案線形路別対策を徹底し、適切な治療を行う。アウトブレイク時又は通常では発生しない起炎菌による院内感染が発生した際は感染経路特定のための疫学調査を実施する。法令に基づいて保健所等に届けを出す。

6. 設備環境整備

(a) 医療機器等

安全を確保するために、以下を参考に必要な機器を当該医療機関内に常備する。

■院内に備置が必要な機器等

- ①生体情報監視装置(心電図モニター、観血式血圧モニター、非観血式血圧モニター、パルスオキシメータ、カプノメータ、呼吸数モニター、体温モニターなど)
- ②救急蘇生器具一式(救急カート内に常備する器材、気管挿管用具、人工呼吸用バッグ・マスク、酸素吸入器具等)
- ③小外科セット(気管切開、胸腔穿刺、腹腔穿刺など)
- ④人工呼吸器
- ⑤除細動器
- ⑥血液ガス・電解質分析装置
- ⑦簡易血糖測定器
- ⑧心電計
- ⑨輸液ポンプ・シリンジポンプ
- ⑩超音波診断装置
- ⑪ポータブルレントゲン撮影装置
- ⑫電気メス
- ⑬全血球数算定、C反応性タンパク・電解質などの基本的生化学検査、凝固時間及び交差適合試験を行える機器が当該医療機関内で24時間使用可能な状況であること。

■必要に応じて院内に適切に配置されることが必要な機器等

- ①急性血液浄化装置(濾過器、透析器、血漿分離器、ベッドサイドコンソールなど)
- ②体外式ペースメーカー
- ③心拍出量測定装置
- ④気管支鏡や上下部消化管内視鏡
- ⑤CT装置・MRI装置
- ⑥脳波計
- ⑦体温冷却加温装置
- ⑧低圧持続吸引器
- ⑨血液加温器

※経皮的心肺補助(PCPS)装置、大動脈内バルーンポンピング(IABP)装置も必要であれば配置することが望ましい。

(ア) 保守管理

個々の保守を含む包括的な管理を行い、記録を残し、医療機関の管理者に報告する。

(イ) 安全使用

○担当医師は各種機器を使用する際に正しく作動していることを確認する。○輸液チューブの接続、気管チューブの接続を定期的に確認する。カテーテルなどの取扱いには注意を払い、添付文書と取扱い説明書に基づく。

(b) 医薬品

(ア) 保管管理

○当該部門で保管する医薬品は在庫管理を適切に行う。特に麻薬、向精神薬、毒薬・劇薬、特定生物由来製品などは、使用した医薬品の数量だけでなく、使用対象患者、投与量、投与時間を記録する。

○医薬品は定期的に見直しを行い、医薬品の規格や品目数を整理する。

○副作用情報など必要な情報は薬剤部門などを通じて当該部門の医療従事者に周知する。

(イ) 安全使用

1. 投薬指示

○医師が投薬指示を行う際は標準化された文書等が用いられるようにする。

○投薬に際しては、その内容(薬剤、量、経路、時間、間隔、速度など)を確認する。緊急時に口頭指示を行う場合は、指示をする医師と薬剤を調製する薬剤師等が投薬内容(薬剤、量、経路、時間、間隔、速度など)を確認し、事後速やかに投薬内容を記録に残す。

○静脈内投与薬剤の調製に際しては、配合禁忌や配合変化が起こらないよう医師は処方する薬剤に特に留意する。薬剤師は配合禁忌などの最新情報を速やかに医師等に提供する。

○治療域が狭く、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行う必要のある薬剤については、薬物血中濃度モニタリング(TDM)による投与設計・管理を行う。具体的には、アミノ配糖体抗生物質やグリコペプチド系抗生物質(バンコマイシン、テイコプラニンなど)、不整脈用薬(リドカインなど)、ジキタリス製剤、免疫抑制薬などがあげられる。

2. 薬剤の調製

○薬剤の調製時には複数で投薬指示内容の確認をする。電解質溶液や心血管作動薬、インスリンなどを希釈して使用する場合には、希釈倍率の標準化、プレフィルドシリンジ製剤の使用等が望ましい。

○中心静脈栄養の調製は清潔な環境で行う(無菌環境設備を利用することも考えられる)。

3. 薬剤の投与

○情報システム等を利用し、投与開始時に、対象患者と投薬内容を可能な限り複数の医療従事者で確認する。投薬指示に従った投薬が実際になされているかどうかを確認する。

○チューブやカテーテル類を用いた投薬の場合には、薬剤投与ルートが確保されていることを投与中も確認し、記録として残す。

○投与速度を正確に管理する必要がある薬剤は輸液ポンプやシリンジポンプなどを活用する。これら機器を使用する際はアラームを適切に作動させておく。

4. 薬剤による副作用の確認

当該部門の患者は使用薬剤が多様であるため、副作用発現の可能性があることに常に留意し、患者の状態を確認する。また、医療従事者は副作用等の情報を共有する。

(c) 病室 略

(d) 空調 略

(e) 給排水 略

(f) 医療ガス 略

(g) 電気設備 略

(h) 照明 略

7. 患者家族への情報提供

(a) 情報提供

○集中治療の内容に関して、患者及び患者家族にわかりやすく一般的用語を用いて説明すること。

○患者及びその家族が質問しやすい環境を整えること。

(b) 謔妄に関する情報提供

重症患者はしばしば謔妄を発症し、輸液ラインや体内に挿入されたチューブ類を抜こうとする行動が見られるため、医療従事者は、初期症状を注意深く観察し、早期に対策を講じるとともに、患者家族に情報提供しその危険性を理解してもらうこと。

事例分析にRCA、SHELモデル等を例示

「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」(業務指針部分の要旨) 医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会 2007年3月

はじめに

厚生労働省は、これまで医療安全管理者の業務・研修等について検討は行っていない。

医療安全管理の考え方は、厚生労働省の「医療安全推進総合対策」で医療安全管理とリスクマネジメントを同義として用いられているが、リスクマネジメントは組織防衛を目的に用いられることがあり、患者の安全管理とは目的が異なる。

本部会は、組織防衛ではないリスクマネジメントを含む医療の質の向上と安全の確保を目的とした、医療安全管理者の業務指針を作成した。

I. 医療安全管理者の業務指針

1. 医療機関における医療安全管理者の位置づけ

医療安全管理者とは、各医療機関の管理者から安全管理のために必要な権限の委譲と必要な資源を付与されて、管理者の指示に基づいて、その業務を行う者とする。

2. 本指針の位置づけ

本指針は、安全管理を主たる業務とする医療安全管理者の業務指針である。組織防衛としてのリスクマネジメントに関連した業務は、各医療機関が判断すべきものとする。

3. 医療安全管理者の業務

医療安全管理者は、管理者から委譲された権限に基づいて安全管理に関する医療機関内の体制の構築に参画し、委員会等の各種活動の円滑な運営を支援する。また、医療安全に関する職員への教育・研修、情報の収集と分析、対策の立案、事故発生時の初動対応、再発防止策立案、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止等に努める。そして、これらを通じ、医療機関における安全文化の醸成を促進する。

1) 安全管理体制の構築

安全管理の体制の構築としては次のようなことがある

(1) 職種横断的な組織である安全管理委員会や安全管理部門等の運営に参画。医療機関管理者と協力し、必要に応じて適宜対策を立案できる組織体制を構築する。

(2) 安全管理のための指針を策定する。

(3) 委員会等活動の定期的な評価と円滑運営に向けた調整を行い、支援する。

2) 医療安全に関する職員への教育・研修の実施

医療安全管理者は、職種横断的な医療安全活動の推進や、部門を超えた連携に考慮し、職員教育・研修の企画、実施、実施後の評価と改善を行う。(略)

3) 医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価

(1) 医療安全に関する情報収集

医療安全管理者は医療事故の発生予防と再発防止のための情報を収集し、医療機関内の医療安全に必要な情報を各部署、各職員に提供する。情報としては次のものが考えられる。

〔医療機関内の情報〕

- ①医療事故とヒヤリ・ハット事例報告、②患者や家族からの相談や苦情

〔医療機関外の情報〕

- ①各種専門機関、②各種メディア、③研究報告等、④専門家

(2) 事例の分析

事故等の事例については、職員や患者の属性、事故やヒヤリ・ハットの種類、発生状況等の分析を行い、医療安全に必要な情報を見出す。また、事例の事実確認を行い、発生予防と再発防止に資する事例は各種の手法を用いて分析する。事例分析には次のものがある。

〔事故発生後の原因分析を目的としたもの〕

- ①根本原因分析(RCA)、②SHELモデル、③4M-4E

〔危険箇所の特定と事故の発生予防を目的としたもの〕 FMEA

(3) 安全の確保に関する対策の立案

医療安全管理者は、事例の分析とともに、医療安全に関する情報・知識を活用し、安全確保のための対策を立案する。対策の立案に当たっては次の点を考慮する。

- ①実行可能な対策であること、②各医療機関の組織目標を考慮した内容であること、③対策に根拠があり成果が期待されること、④対策実施後の成果や評価の考え方についても立案時に盛り込むこと

(4) フィードバック、評価

医療安全管理者は、医療安全に関する情報や対策等を各部署や職員へ伝達する体制を構築する。具体的には、組織のラインを通じての情報提供とともに、定期的な医療安全ニュースの配布や職員への一斉メール配信等の方法でフィードバックし、周知を図る。また、対策実施後の成果について評価し、評価に基づいた改善策を検討・実施する。

4) 医療事故への対応

医療安全管理者は事前に事故の発生に備えた対応を検討する。また、医療事故が発生した場合は関係者の事故への対応を支援するとともに、事故によって生じる他の患者への影響拡大を防止するための対応等を行う。さらに、再発防止のための事例調査や報告書の取りまとめ等に協力、院内各部署への周知を図る。

(1) 事故発生前の対策

緊急報告を要する医療事故等の範囲や、勤務時間内・時間外における医療事故発生時の報告体制等を盛り込んだ対応マニュアルを作成し、院内各部署に周知する。

(2) 事故発生時の対策

事故発生時の初動対応として、管理者の指示に基づいて、次のような点が適切に行われるよう必要に応じて支援する。

- ①医療事故発生現場の調査と関係者からの詳細な事実確認

②所属長への連絡等の対応マニュアルに沿った実施

③医療事故に関連した破損器材や処置内容、データ等の保全

④機器や薬剤が関与した場合の関連部署への連絡と製造販売業者への連絡や対応の依頼

⑤患者、家族への事故の連絡や説明の実施(患者、家族への直接の対応は管理者またはそれに準ずる者が行うことが望ましい)

⑥一連の診療や処置、患者・家族への説明内容を遅滞なく正確に診療録等に記載すること

⑦医療事故に関与した職員の精神的ケア等のサポート

⑧管理者が行う一般職員や他患者に対する説明と住民問い合わせへの対応

(3) 再発防止

医療安全管理者は、必要に応じて医療機関の管理者が設置する事故調査委員会の運営を助け、事例調査や報告書取りまとめ等に協力する。また、事故調査委員会で提言された再発防止策等の院内各部署への周知を図る。

5) 安全文化の醸成

医療機関における安全文化醸成のための業務には次のようなことがある。

(1) 職員からヒヤリ・ハット事例や事故情報が遅滞なく報告されるよう、全職員に働きかける。

(2) 医療機関内から提供された医療安全の情報や適切に生かされた事例の紹介等を行う。

(3) 医療安全の情報収集、情報の提供、研修等の各場面に、職員とともに患者・家族が参加することで、医療安全確保について職員と患者・家族の意識が高まるよう働きかける。

(4) 収集した情報の活用にあたって個人の責任を追求するものにならないように配慮する。

(5) 全職員が医療安全を自らのこととして考え積極的に取り組むよう、意識を高める。

97単位で3,000時間。より臨床実践を重視

看護基礎教育の充実に関する検討会報告書(看護師基礎教育部分の要旨) 4月16日

III.カリキュラム改正案

1. 改正の趣旨

看護技術等を確実に修得するために、各教育課程で修得すべき技術項目を精選し、卒業時の到達度を明確にした。また、看護師基礎教育については統合分野を設けて、臨床実践に近い形で知識・技術を統合するとともに、技術修得のための学内演習の充実を図った。

2. 改正案

3) 看護師教育(3年課程)

(2) 教育内容の改正

①専門分野の構造の変更

全ての看護実践の基盤となる内容を強調して教授できるよう、基礎看護学を内容とする専門分野を設けた。専門分野「においては対象の発達段階等に応じた看護を実践することを学び、さらに、基礎分野、専門基礎分野、専門分野I・IIで学習したことを、より臨床実践に近い形で学習し、知識・技術を統合させるために統合分野を新たに設けた。

②各分野における教育内容の充実

a. 基礎分野

これまでの教育内容に加え、コミュニケーション能力を高めることを含む内容とした。

b. 専門基礎分野

「人体の構造と機能」及び「疾病の成り立ちと回復の促進」については、看護のアセスメント能力を養うために重要な教育内容であるため、臨床で活用できるような知識として修得することを強調した。

c. 専門分野 I

基礎看護学を1つの分野として独立させ、看護師として倫理的な判断をする基礎的能力を養う内容を加えた。

d. 専門分野 II

臨床実践能力の向上を図るために演習を強化した内容とし、「成人看護学」では終末期看護に関する内容を含めた。「老年看護学」では、生活機能の観点からアセスメントし看護を展開する方法を学ぶと、その特性を明確にした。

e. 統合分野

統合分野は、「在宅看護論」と「看護の統合と実践」を教育内容として新たに位置つけた。

「在宅看護論」は、終末期看護も含め、在宅での基礎的な看護技術を身につけ、他職種と協働する中で看護の役割を理解する内容とした。

「看護の統合と実践」は、基礎分野、専門基礎分野、専門分野I・IIで学習した内容をより臨床実践に近い形で学習し、

知識・技術を統合する内容とした。また、卒業時の看護技術の達成状況を明確にするために、これまでの学習の中で修得した看護技術の総合的な評価を行うことも含まれる。

「看護の統合と実践」の臨床実習においては、複数の患者を受け持って一勤務帯を通じた実習を行うこと、また、夜間の実習も可能な範囲で実践するなど、臨床実践の中で必要な基礎的な知識と技術を統合的に体験することとした。

③演習の強化

臨床実践能力を修得できるよう、従来に加え、専門基礎分野、専門分野I、専門分野II、統合分野において演習を強化した。

④単位数及び時間数の充実

単位数の総計を97単位とした。時間数は総計3,000時間とし、分野ごとの配分は養成所がそれぞれの実状に応じ、弾力的に設定できるようにした。

(3) 看護師教育の技術項目と卒業時の到達度

看護基礎教育修了時に修得しておく必要がある看護技術の種類と到達度を明確にした。

保健師助産師看護師学校養成所指定規則 別表3改正案

教育内容		単位数
基礎分野	科学的思考の基礎	13
	人間と生活、社会の理解	
基礎専門分野	人体の構造と機能	15
	疾病の成り立ちと回復の促進	
	健康支援と社会保障制度	
専門分野 I	基礎看護学	10
	臨床実習	3
	基礎看護学	3
専門分野 II	成人看護学	6
	老年看護学	4
	小児看護学	4
	母性看護学	4
	精神看護学	4
	臨床実習	16
	成人看護学	6
	老年看護学	4
	小児看護学	2
	母性看護学	2
精神看護学	2	
統合分野	在宅看護論	4
	看護の統合と実践	4
	臨床実習	4
	在宅看護論	2
	看護の統合と実践	2
合計		97

07年度は全日病と医法協で共同開催。四病協主催は中止

医療安全管理者
養成課程講習会

厚労省指針に準拠。「医療安全対策加算」研修要件を満たす

全日病と医法協は2007年度の医療安全管理者養成課程講習会を共同開催する。4月25日、本会西澤会長と医法協豊田会長との話し合いで、本会が独自に作成したプログラムと講師案に医法協が賛同、両団体の共同主催とすることが決まったもの。

同講習会は四病協による共同事業として2003年度から開催されてきたが、プログラムに団体特性を反映した独自性を求める日病などの要望で、2007年度から各団体独自に開催することにな

った。

2007年度の講習会は、講義が6月23日・24日、同30日・7月1日の2クール(計4日間)、演習は1クール(2日間)からなる。演習は講義2クール修了者が対象で、7月から8月にかけて4回開かれるうちの都合の良い日程を選択できる。

全課程の修了者には「認定証」が授与される。

プログラム作成の主体となった本会飯田常任理事は、厚労省・医療安全対策検討会議の「医療安全管理者の質の

向上に関する検討作業部会」委員を務め、同作業部会が3月にまとめた「医療安全管理者の養成のための研修プログラム作成指針」とりまとめに主導的な役割をはたした。

今回の講習会プログラムは同指針に則った内容となっている上、「医療安全対策加算」算定上の研修要件を満たしている。

四病協主催による同講習会中止にもなう暫定措置として、今回講習は、四病協主催講習会の講義修了3年以内

の受講者を今回講習の講義修了者と見なし、演習の受講資格を認めている。

定員は、講義が各クール250名、演習は1日程あたり60~70名、会場はいずれも東京都内で、費用は全課程8万円。前出暫定措置にもとづいて演習のみを受ける場合の受講料は3万円。

会員に対する案内書の発送は5月初に行なわれ、申し込みは全日病事務局が一括して受け付ける。詳細は本会ホームページに掲載され、そこからダウンロードした申込書を使用できる。

全日病・医法協 医療安全管理者養成課程講習会 講義プログラム

■第1日 6月23日(土) 9:30~18:20

- なぜ、医療の安全か—質・情報・安全
練馬総合病院院長 飯田修平
- 医療安全推進の動向
厚労省医政局総務課医療安全推進室長 佐原康之
- 事例収集と分析・改善・標準化・未然防止
国際医療福祉大学薬学部教授 池田俊也
- 安全とリスクに関する概念(用語)の理解
宮沢潤法律事務所所長 宮沢 潤
- 安全管理の必要性・重要性の理解
宮沢 潤
医療訴訟の実態、対応のポイント、異状死の届出義務—最近の最高裁判例から 他
- 人間信頼性工学
中央大学理工学部教授 中條武志
エラーブルー化の原理、エラー防止のためのチーム活動、エラー防止の組織的推進 他
- 病院組織概論 (未定)

■第2日 6月24日(日) 9:00~17:30

- 医療の質向上
飯田修平
質評価、医療における質管理、総合的質経営(TQM)、質管理の基本的考え方 他
- 安全管理の組織作りとその運営

- (株)日立製作所水戸総合病院院長 永井庸次
- 質マネジメント概論
早稲田大学理工学部経営システム工学科教授 棟近雅彦
基本的な概念、TQMの概要、質マネジメントの歴史、TQMにおける主要な管理方式
- 質マネジメント概論
玉川大学経営学部国際経営学科教授 大藤 正
質管理手法・技法(品質管理とデータ、QC7つ道具等)、その他の手法

■第3日 6月30日(土) 9:30~18:00

- 情報提供・収集
練馬総合病院質保証室 佐伯みか
患者への説明、情報提供・開示、情報収集(患者の意識を把握する方法)
- 推進・解析・改善体制
練馬総合病院副院長 柳川達生
推進体制、信頼性手法の活用事例(RCA・FMEA)
- インシデント事例報告の活用方法
練馬総合病院薬剤科係長 金内幸子
ヒヤリハット報告収集とその活用、業務フロー図作成、対策実施対象の選定
- 安全管理の必要性・重要性の理解
九州大学大学院医療経営・管理学助教授

- 鮎澤純子
- 医療事故と保険
鮎澤純子
- 心理学・教育学・労働衛生など
東邦大学医学部社会医学講座教授 長谷川友紀
医療事故と労働衛生、医療事故の心理学的背景、危険予知活動
- 患者・家族の観点から見た安全確保
ささえあい医療人権センターCOML代表 辻本好子

■第4日 7月1日(日) 9:00~17:00

- 病院組織概論
練馬総合病院看護部長 高橋礼子
院内組織の活性化、院内暴力への対応と職員教育、警察・行政への対応 他
- 研修・教育 禎心会病院理事長 徳田禎久
- 物の管理
おびひろ呼吸器内科病院事務長 森山 洋
- 情報の管理・伝達
おびひろ呼吸器内科病院事務長 森山 洋
- 基本統計の理解
東京大学大学院工学系研究科教授 縄田和清
統計の使い方、代表値(平均・分散・中央値)、検定・有意差(t・χ²・F)、パレート分析 他

医療安全管理者養成課程講習会 演習プログラム

演習は7月21日(土)・22日(日)、8月4日(土)・5日(日)、8月18日(土)・19日(日)、9月8日(土)・9日(日)の4日程から、都合のよい日を選ぶことができます。

■第1日 10:00~18:00

- 医療におけるRCA
(1) 安全な医療の構築を目指して—品質管理手法の活用
(2) RCAの医療における事例
- グループ討議
(1) RCA課題設定
(2) 出来事流れ図(フロチャート)作成
(3) 問題の洗い出し(背後要因抽出)
(4) 原因結果の要約(因果図作成)
(5) 対策の立案
(6) 報告のまとめ
(7) グループ発表・質疑
(8) RCAまとめ

■第2日 9:00~17:00

- 分析手法の再確認
(1) FMEA・FTA・原因追求
(2) FMEA医療における事例紹介

●グループ討議

- (1) テーマ選定・業務フローチェック
- (2) 業務工程表作成
- (3) 影響度、発生頻度、検知の難易度点数化

- (4) 特性要因図・対策立案・発表まとめ
- (5) グループ発表・質疑
- (6) FMEAまとめ
- (7) 講習会全体のまとめ・報告課題

「第5次医療法改正説明会」開催の案内 詳しくは全日病ホームページをご覧ください

医療法人制度改革に関する説明会を開催します。

日時 ● 5月20日(日) 午後1時~午後4時30分
会場 ● 東京都内 ベルサール九段「イベントホール」千代田区九段北1-8-10 TEL 03(3346)1396
内容 ● 「第5次医療法改正と医療法人制度改革について」
(予定) 厚生労働省医政局指導課長 佐藤敏信
「新たな医療法人制度における病院実務上の対応について」
厚生労働省医政局指導課医療法人指導官 金森勝徳
「改正後の医療法人制度、その運営、承継、会計、税務に関する留意点—当事者の視点からのポイントを中心に」
公認会計士 石井孝宣

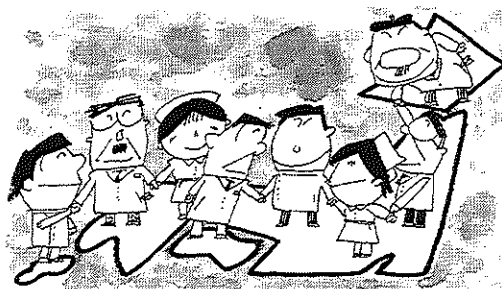
参加者 ● 会員病院の理事長、院長、事務長、各部門管理者・担当者など
定員 ● 300名(先着順)
参加費 ● 1名5,000円(当日受付払い)

申込方法 所定の申込書を5月15日までに事務局までファックスでお送り下さい。Fax.03-3234-5206/03-3237-9366
全日本病院協会事務局(担当 吉田・淡中・祝) Tel.03-3234-5165

基金加入で『ゆとり』をプラス

全国に広がる『病院基金』に、ぜひご加入を。

病院厚生年金基金は、税制上もっともすぐれた企業年金制度です。事業主と従業員、また都道府県内の病院どうしが助け合い、支え合って豊かな老後をサポートしています。



基金加入のメリット

- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 労働意欲の向上が図れ、優秀な人材の確保に役立ちます。
- 基金の福祉施設事業を利用し、福利厚生の実現が図れます。

- 事業主掛金は、すべて経費算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 基金加入による従業員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。
- 基金財政は、事前積立方式のため、支払った掛金が掛け捨てになることはありません。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫県	☎078-230-3838
秋田県	☎018-824-5761	奈良県	☎0742-35-6777
山形県	☎023-634-8550	和歌山県	☎073-433-5730
福島県	☎024-522-1062	鳥取県	☎0857-29-6266
茨城県	☎029-227-8010	島根県	☎0852-21-6003
栃木県	☎028-610-7878	岡山県	☎086-223-5945
群馬県	☎027-232-7730	広島県	☎082-211-0575
埼玉県	☎048-833-5573	山口県	☎083-972-3656
千葉県	☎043-242-7492	徳島県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川県	☎087-823-0788
神奈川県	☎045-222-0450	愛媛県	☎089-921-1088
新潟県	☎025-222-3327	福岡県	☎092-524-9160
富山県	☎076-429-7796	長崎県	☎095-801-5081
石川県	☎076-262-5261	熊本県	☎096-381-3111
長野県	☎0263-36-4834	大分県	☎097-532-5692
静岡県	☎054-253-2831	宮崎県	☎0985-26-6880
滋賀県	☎077-527-4900	鹿児島県	☎099-227-2288
京都府	☎075-255-1312	沖縄県	☎098-869-3521
大阪府	☎06-6776-1600		