



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2008 NEWS 4/15

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.684 2008/4/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

捜査機関の調査結果利用を容認

死亡究明・再発防止等の在り方 第3次試案を公表。医療機関に対する処分を医療法に創設

厚生労働省は4月3日、「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第3次試案」を公表、翌4日から意見募集の受付を始めた。(3面に概要を掲載)

「第3次試案」は、届出義務とされる事象の範囲を限定するとして、その判断基準をチャートで示している。届出の判断は当該医療機関の管理者が行なうが、「管理者が届出不要と判断した場合には届出義務違反に問われることはない」とした。

医師法21条については、「改正し、医

療機関が届出を行った場合は21条に基づく届出は不要」と言明している。

調査は地方委員会、直接にはその下の調査チームの手で行なわれ、「立入検査や診療録等の提出命令、関係者の聞き取り調査等を行う権限を付与する」とされ、さらに、「関係者が質問に答えることは強制されない」と書き加えられた。

調査の結果、地方委員会が「捜査機関に適時適切に通知を行う」ことが書き込まれたが、「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」として、悪質事例の「要件」を3点明記している。

この「捜査機関との関係」は、別紙に想定問答というかたちでイメージが整理され、委員会による調査・通知が行なわれる結果、「(刑事手続は)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」上、「捜査に当たって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」と、さらに、「調査結果を受け、行政処分が刑事処分より前になされる」結果、「検



「医療安全調査委員会」について議論する検討会

察の起訴や刑事処分は行政処分の実施状況等を踏まえつつ行われることになる」と説明している。

さらに、「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」としつつ、「報告書の作成過程で得た資料は、裁判所令状のような場合を除く捜査機関に提出しない」と明言した。

また、2次試案で調査チーム構成に加えられた「遺族の立場を代表する者」は、3次試案では除外された。

神経科・呼吸器科・胃腸科・循環器科等は広告不可

広告可能な診療科名 経過措置で、看板書換等広告の変更を行なうまでは引き続き可能

医療法施行令一部改正政令、医療法施行規則一部改正省令が4月1日に施行された結果、広告で表記が認められる診療科名が大幅に改正された。

新たに広告で表記が認められる診療科名の範囲は、①内科、②外科、③内科または外科と人体の部位・機能、性別・

年齢、診療方法、特定の疾病・病態のうち省令で定めたものを省令で定める方法で組み合わせた名称、④精神科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科、臨床検査科ま

たは救急科、⑤④の診療科名と③の事項とを省令で定める方式で組み合わせた名称、からなる。

この結果、これまで表記されてきた「神経科」「呼吸器科」「消化器科」「胃腸科」「循環器科」「皮膚泌尿器科」「性病科」「こう門科」「気管食道科」は、4月1

日以降、新たに広告で使用することができなくなった。

ただし、看板の書き換えや原稿の書き直しなど広告表現の変更を行わない限り、前出診療科名は引き続き広告可能とされる経過措置が適用される。

3月31日付の医政局長通知(医政発第0331042号)は、改正の内容について詳しく説明するとともに、不適切な組み合わせ例とともに可能とされる診療科名を細かく例示した。

(5面に医政局長通知の概要を掲載)

後期高齢者医療を「長寿医療」と呼称

周知不足と保険証遅延。医療機関に賢明な窓口対応を求める

厚生労働省は、4月1日に施行されたばかりの後期高齢者医療制度を「長寿医療制度」と呼ぶことを決め、4月4日付で厚生労働大臣を本部長とする長寿医療制度実施本部を省内に設けた。

実施本部は、後期高齢者医療制度に関する広報活動を推進するとともに市町村・広域連合を対象にした相談窓口を担う。

後期高齢者医療制度に関しては制度上の批判も少なくなく、都道府県と市町村議会に廃止決議が広がる一方、一部患者の間に「75歳以上の入院患者は病院から追い出される」「病院外来を受診できない」といった誤解が広がるなど、国民に対する広報の遅れが指摘されてきた。

後期高齢者医療の保険料は多くは公的年金から引き落とされる。その数は約1,000万人と判明したが、地域によってはこれまでの保険料から負担が増える者も少なくなく、「後期」という表現も含め、国民の反発が懸念されていた。

こうした事態を重く見た福田首相は4月1日の閣僚懇談会で「長寿医療制度」という俗称を用いるよう舛添大臣に指示、一般呼称として採用することが決

まった。同時に実施本部を設置し、全省あげて円滑な施行を支える体制をとることになったもの。

厚生労働省は、また、4月10日付で事務連絡を発送し、医療機関窓口における被保険者資格確認方法について詳しく説明、その周知徹底を求めた。

その中で、被保険者証切替事務の遅

れによって患者が従前の被保険者証で受診するケースが想定されることから、①被保険者証が無効の場合(被用者保険加入者の後期高齢者医療への切り替えにともなって被扶養者資格を失った場合など)に国保等への加入手続が必要であることを説明すること、②後期高齢者医療の被保険者証交付が遅れている場合等には、新しい被保険者証が交付されるまでの間、当該患者の資格確認を踏まえて引き続き現物給付を受けられるよう配慮すること、を要請している。

さらに、4月11日付で追加事務連絡

を発送し、被保険者証が届いていない場合や被保険者証を持参していない患者にかかわる一部負担金の割合と被保険者番号の確認先として後期高齢者医療広域連合をあげた。

また、被保険者資格の確認は「従前の被保険者証によるほか、運転免許証等により氏名、生年月日及び住所を確認することにより行うことができる」とも説明。ただし、「診療報酬は、新たな被保険者証により被保険者番号等を確認の上、請求を行っていただくことが基本」としている。

医師事務補助作業の常勤責任者配置を要件に追加

08年度改定の訂正・疑義解釈 医師事務補助の研修項目を明確化。救命救急入院料の麻酔医配置要件は緩和

厚生労働省は、2008年度改定通知に関する訂正(3月28日付事務連絡)の中で、08年3月末に特殊疾患療養病棟入院料等を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等に医療区分2または3を適用する経過措置(10年3月末まで)について、基本的には当該患者が「療養病棟入院基本料を算定する病棟に転棟又は転院した場合」に医療区分2または3とみなす取り扱いであることを明確にした。

当該病棟が経過期間中に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合に当該患者を同様とみなす取り扱いは08年度改定通知(「基本診療料の施設

基準等」保医発第0305002号)のとおり。

また、同訂正において、医師事務作業補助体制加算にかかわる施設基準等の書き加えが行なわれた。

主な点は、①医師事務作業補助者は派遣によるものでもよいが「指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く」こと、②医師事務作業補助者以外の、同職業業務を管理・改善する責任者(常勤)を置くこと、③当該責任者は勤務医の意見を取り入れて当職の配置や業務の見直しを行ない、勤務医の事務作業軽減に資する体制を確保するよう努めること、④当該責任者は同職配置後6ヶ月間に32時間以上の研修

を行なうこと、というもの。研修については5項目にわたる内容を明確にした。

その他、「訂正」は、救命救急入院料の施設基準において、麻酔医の「常時待機」要件を「速やかに対応できる体制」と緩和した。(4面に「訂正」の抜粋を掲載)

厚生労働省は、また、3月28日付で08年度改定最初の疑義解釈を公表。新設された後期高齢者にかかわる総合評価加算や退院調整加算の算定要件、医師事務作業補助者配置をめぐる不明点、見直された回復期リハビリ病棟入院料や疾患別リハビリテーション料などに関する解釈を明らかにした。(4面に「疑義解釈」の抜粋を掲載)

清話抄

「早朝勉強会」

毎週金曜日の朝6時半から勉強会が行われてきた。そして、その勉強会は2008年7月に1000回を迎える。「東京青年医学会」が主催する勉強会である。「東京」といってもメンバーは全国から集まる「青年」というより、志を持つもの集まりでありたいと考えている。

私は、朝5時には起きる。寝起きではすぐに頭が動かないからだ。冬はまだ外が真っ暗で、家族を起こさないようにそっとベッドから出る。どうして起きてしまうのだろう。いつのまにか自分の中で「欠席」することがとても損をしたような気持ちになっていたからのような気がする。

世の中は情報化社会で、インターネット上でも様々な情報を得ることができるようになった。しかし、早朝勉強

会では、人と直接触れ合い議論することによって朝の仕事前の貴重な時間を共有することによる、一種の緊張感を得ることができた。

今後の医療を担っていく若者を集めて、会員同士の交流と情報交換はもろんのこと、国民の立場に立った日本の医療制度を研究し、より質の高い医療を受けられる日本を創ろうという趣旨で1984年に設立された。24年ということ、設立された年に生まれた子供

が医師になれる歳月が流れたということである。

講師は医療分野に偏らず、また、講演後の議論の中で講師となっていた方にも得るものを土産として持ち帰っていただくことを大切であるとした。最近では、いままでの椅子の数では足りなくなり、席を追加しなくてはいけないこともある。東京都内では病院の数が急激に減少しているが、この会は継続したい。(勝)

主張

救急医療の現状を広く知らしめ、国民に決断を仰ぎたい

救急医療が抱える主な問題点として、①当直勤務医をはじめとする職員の疲弊、②患者から受ける暴力や未収金による被害、③急変や死亡および専門外診療に伴う訴訟リスク、④低い採算性(設備とスタッフを揃えても、それに見合う診療報酬点数が付いていない)、ことがあげられる。

昔は、専門外でも、設備がなくても、とにかく受け入れて手を尽くすのが当たり前だった。ところが今は、「そんなリスクは取れない」と考えるほうが当たり前とされる。さらに、昔は1人の医師で対処したことでも、

今は機能分化し、それぞれに専門家が必要になっている。これも、今の医療の当たり前とされる。

要するに、「救急医療は昔よりお金がかかる」ようになってきているのだ。この現状を国民に理解していただきたい。理解だけでなく、国民にとって妥当な救急医療コストとその質がどうあるべきかを決めていただきたいとも思う。

救急医療に携わる我々が疲弊しきらないうちに、国民が安心して、我々も「いつでもどうぞ」と言える救急システムとはどうあるべきか、コンセ

ンサスを得たいと考える。当然、そこには経済性と絡みが出てくる。これを避けることなく、マスコミの力も借りて国民からの意見がぜひほしい。

救急医療の泰斗である島崎修次杏林大教授に教わった「オレゴンルール」を思い出す。「医療において国民は、①フリーアクセス、②ハイクオリティ、③ローコストの3つのうち、2つしか選べない」というのだが、救急医療の行き詰まりを打破するためにかかせない視点だ。

「3つとも同時に」が成り立たない

としたら、国民はどれを選ぶのだろうか。

我々の側から「これだけの診療報酬にしてほしい」と言うのではなく、国民の側が優先すべき2つを決め、「税金をこれだけ使って、これだけの救急医療をしてほしい」と言ってくれたらどれだけ気持ちよ楽だろう。

もちろん、国を挙げての議論の末に、「今まで通りのコストでやれ」となる可能性もある。そのとき、「それぞれの病院の事情によっては受入れ拒否があり得る」ことも理解されていけばよいのだが。(I)

5月末には「ビジョン」をとりまとめ

安心と希望の医療確保ビジョン 医療従事者の役割分担や総合医制度に踏み込む可能性

舛添厚生労働大臣が自ら出席して医療提供体制のビジョンを模索する会議「安心と希望の医療確保ビジョン」は4月8日、地域医療をテーマに3名の医師からヒアリングを行なった。

むつ総合病院(青森県むつ市)の小川克弘院長は下北圏域を中心に、慢性的な医師不足に陥っている青森県の現状を詳しく説明した。

小川氏は、「専門医ばかりが増えてきたが、かかりつけ医や総合医など一般医が少ない」と現行の医師養成体制を批判。同時に「医師は、医師でなければならぬ業務に専念すべき。そのためには医療法等を改正し、認定看護師等をもっと登用すべきである」と訴えた。

医療法人北海道改定医療学センターの草場鉄周理事長は「家庭医療」を実践する中で直面する課題を整理してみせ、総合科や専門医制度など、「総合医」の

養成と患者理解を得るために必要な環境整備を訴えた。

済生会熊本病院(熊本市)の須古博信院長は熊本市を中心とした連携医療の現状を説明した。

須古氏は、連携ネットワークの形成が、今や病々連携とくに急性期病院と亜急性期病床、回復期リハビリ病床との連携を強化する局面に、また、施設間の連携から情報共有を緻密化していく職種間連携を強める局面に、それぞれ入っていると指摘した。

さらに、急性心筋梗塞、人工骨頭置換術、くも膜下出血(脳卒中)、慢性腎不全(導入期)、糖尿病と、地域連携パスの共同作成が活発化していることを明らかにした。

その上で、連携ネットワーク形成の新たなテーマとして「連携のマネジメント」を提示。診療情報提供書のフォー

マット開発、情報共有ツールの発行ほか「情報共有の質と発信活動」や、連携データの細分化と分析作業、教育・研修体制、相互評価・協議の体制などを例示し、「連携ネットワークの質の管理」を課題にあげた。

舛添大臣は「医師の仕事が減らすためにコメディカルや助産師にできるだけのことをしてもらい必要がある。役割分担を考えないとならない」と、検討に前向きな姿勢を示した。

また、「総合医や家庭医(という制度)が専門医と併行してあってよい。医政局で標榜科の名前のあり方を検討してほしい」と省内検討を指示した。

「安心と希望の医療確保ビジョン」は残り3回の会合で議論を打ち切り、5月末にはビジョンのとりまとめを行なう予定だ。



スキルミックス(多職種による協働)を進める上で医師の業務を他職種に委譲するというテーマは、今回だけでなく、3月19日の会議でも「専門看護師」の裁量拡大というかたちで提起されている。

舛添大臣は「スキルミックスを検討する上で、職能団体がギルド化して利害対立にしのぎを削っているという難しい状況がある」という認識を披露した上で、前向きに検討する姿勢を示している。

ビジョンでは、当面の施策を整理する一方で中期的な課題が提示されるとみられるが、総合医とともに医師と他職種との業務分担の問題が大きな比重を占める可能性がある。

健診機関の半数が保健指導と併行。78.3%が両支援とも実施

この3月4日までに「特定健康診査機関・特定保健指導機関データベース」に登録した事業者は、特定健康診査機関が7,995件に達した。

12月25日に締め切った第2回目調査と比べると健診機関登録数は約2倍に、保健指導機関登録数は約1.5倍となった。

健診機関の21.9%を病院が占めており、診療所は63.3%。

集合健診によらない健診単価は5,000円台が12.5%、6,000円台が8.0%、7,000円台が16.0%、8,000円台が20.2%、9,000円台が4.8%、1万円以上が21.1%であった。

保健指導は健診機関の49.6%(2,956件)が実施する(特定保健指導の未登録機関

を含む)。病院の割合は35.6%。診療所が44.7%を占めている。

保健指導機関の86.8%が協力事業者

をもたず、すべて自力で実施する。78.3%が動機付けと積極的支援をともに実施するが、動機付け支援のみという

のも20.0%ある。

なお、社会保険診療報酬支払基金登録件数(3月17日時点)と当データベースの登録数を比べると、支払基金への登録が2万4,300件に対して「データベース」は1万2,225件の登録であった。

フィブリノゲン納入先の追加調査結果を公表

厚生労働省は4月11日、2004年12月に公表したフィブリノゲン製剤納入先医療機関を対象とした、1994年以前のカルテ等患者記録保管状況を含む追加調査について、3月28日までに回収した分の集計結果を公表した。

前回公表時に存続していた医療機関5,396施設のうち5,143施設(95%)から回答があったほか、廃院等で存続してい

なかった1,213施設からも393施設が回答を寄せた。

735施設から投与の可能性を認める旨の回答が寄せられた(当該患者数は9,948人)。そのうち657施設が投与の年月を明らかにできており、当該患者の40%に投与事実の連絡がなされていた。

また、厚生労働省は、フィブリノゲンを原料とした「フィブリン糊」を使用していた

可能性がある医療機関が全国で計556施設にのぼることを明らかにした。追加調査と販売元の田辺三菱製薬(旧ミドリ十字)が保管している資料などから特定したもの。

厚生労働省は、回答した全医療機関について患者記録の保管有無を含むリストを作成、都道府県別に仕分けて公表するとともに、「フィブリン糊」を含む投与可能性のある元患者に血液検査の受診をあらためて呼びかけている。

医療短信 BRIEF

●77医療機関が分娩を休止・制限
厚労省は今年1月に実施した産科医療機関の実態調査結果を3月25日の「地域医療に関する関係省庁連絡会議」に報告、2次圏ごとの産科施設数、医師・看護師数、分娩数等の現況を明らかにした。

調査結果から、今年1月以降に分娩の取り扱いの休止または制限を決めた医療機関が全国で77施設あることが判明した。内訳は、分娩休止・予定が45施設(病院28、診療所17)、分娩制限・予定は32施設(病院19、診療所13)。

開業医の高齢化や、勤務医の異動・退職に伴う人手不足が主な原因という。

●救急搬送先の確保困難は特定府県
総務省消防庁が3月11日に発表した2007年の救急搬送実態調査によると、重症以上の搬送41万1,625人の受入先が

決まるまでの照会回数は、4回以上が1万4,387件、6回以上が5,398件、11回以上が1,074件あった。最大照会回数は50回であった。

地域別にみると大都市周辺部で照会回数が多く、4回以上照会の搬送割合が全国平均(3.9%)を上回る10都府県(宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県)における4回以上照会の搬送件数が、全国当該件数の85%を占めた。

産科・周産期搬送については2万4,173人について調べた結果、照会回数4回以上が1,084件、6回以上が363件、11回以上が53件あった。最大照会回数は43回。

大都市周辺部で照会回数も多く、4回以上照会の割合が全国平均(4.8%)を上回る7都府県(宮城県、茨城県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、奈良県)

における4回以上の件数が全国の当該件数の77%を占めた。

●疾病に地域差—都道府県別死因分析
厚労省は4月4日、2004年から2006年にかけての都道府県別死因(対象11傷病)の分析結果を発表した。

それによると、脳血管疾患は男女とも岩手県が最も多く、男女各上位6県のうち5県を東北勢が占めた。心疾患は男女とも福岡県が最少。糖尿病は徳島県が男の1位、女の2位と最多県となった。胃がんは秋田県が男女とも最多。最少は男女とも沖縄県肺がんは長野県が男女ともに最少であった。

●勤務医負担軽減の周知徹底を求める
厚労省は3月21日付で医政局長・保険局長連名の通知を发出、各都道府県や関係団体に、2008年度診療報酬改定にあわせて、厚労省が示す「病院勤務

医の労働環境改善に関する取組み」を、各病院に周知・推進するよう要請した。

「病院勤務医の労働環境改善に関する取組み」とは、①医師確保対策の推進、②「医師及び医療関係職と事務職員等の間で役割分担の推進」(07年12月28日付医政局長通知)、③短期間正規雇用医師の活用など。

日医会長に唐澤祥人氏が再選
4月1日の日本医師会役員改選で現職唐澤祥人氏(65歳)が会長に再選された。副会長には竹嶋康弘氏ら現職3氏がそれぞれ再選された。常任理事は、任期満了で退任した鈴木満氏、天本宏氏を除く8名が再選、三上裕司氏、藤原淳氏が新たに選出された。

医療保険(中医協)は竹嶋副会長(再任)に加え、新たに藤原淳氏の担当が、また、介護・福祉は三上氏の担当がそれぞれ決まった。

調査結果を刑事手続・行政処分に供する枠組みは変わらず

医療チーム構成から「遺族代表」を外す。中央の委員会には「受療者代表」が参加

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第3次試案(要旨) 2008年4月3日 *1面記事を参照

2. 医療安全調査委員会(仮称)について 【委員会の設置】

(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。

(8) 委員会の設置場所については厚生労働省とする考えがある一方、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。

(9) 委員会は、中央に設置する委員会、地方ブロック単位に設置する委員会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。

(10) 調査チームのメンバーは臨床医を中心として構成し、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。

(13) 中央の委員会、地方委員会及び調査チームは、いずれも医療の専門家(医師以外の医療関係者を含む)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。

【医療死亡事故の届出】

(16) 医療機関からの医療死亡事故の届出を制度化する。

(17) 届出義務の範囲は死亡事例すべてとするのではなく、図表のとおり明確化して限定する。

(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。

(21) 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、当該医療機関の管理者が行う。

(22) 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、まずは体制整備等を命令する行政処分を科す。届出義務違反は直接刑事罰が適用される仕組みではない。

(23) 医療機関の管理者が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。

【遺族から地方委員会への調査依頼】

(25) 届出範囲に該当しないと医療機関が判断した場合でも、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。

【地方委員会による調査】

(27) 個別事例の調査は遺族の同意を得て解剖が行える事例について行うが、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。

(4) 地方委員会は調査報告書を取りまとめ、中央に設置する委員会及び所管大臣に提出する。同時に調査報告書を遺族及び医療機関に交付し、併せて公表を行う。

(5) 地方委員会(調査チームを含む)に、医療機関への立入検査や診療録等の提出命令、関係者の聞き取り調査等を行う権限を付与する。関係者が質問に答えることは強制されない。

【院内事故調査と地方委員会との連携】

(33) 一定の規模や機能を持った病院(特定機能病院等)には、「安全管理委員会」の業務として、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。

(35) 一定の規模や機能を持った病院(特定機能病院等)は医療事故調査を行うこととし、その具体的な運営の在り方は、引き続き検討する。

【中央に設置する委員会による再発防止のための提言等】(略)

【捜査機関への通知】

(39) 地方委員会が届出を受けた事例の中に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を認めた場合は、捜査機関に適時適切に通知を行うこととするが、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。

(40) 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(ここでいう「重大な過失」とは、標準的な医療行為から著しく逸脱した医療であること、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について(略)

【遺族と医療機関との関係】(略)

【行政処分】

(47) 医療事故に対する行政処分は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。

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。具体的には、医療機関に医療安全確保体制整備に関する計画書提出を命じ、再発防止策を講ずるよう求める。個人に対する行政処分については抑制する。

② 医療機関からの計画書提出等では不十分な場合に限っては、個人の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。

(49) なお、医療事故に対する行政処分について医道審議会における審議は見直しを行う。

(別紙3) 捜査機関との関係について

● 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仕組みを構築するものである。このような仕組みが構築されれば、以下のようになる。

Q1 捜査機関は捜査及び処分に当たって委員会の通知の有無を十分に踏まえるのか。

A 今回提案している仕組みにおいては、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、犯罪事実を申告する「告発」ではない。

医療事故についてこうした対応が適

切に行われれば、刑事手続は委員会の専門的な判断を尊重し、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。

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。

Q2 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か。

A 遺族から警察に対して直接相談等があった場合に、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。

また、遺族から告訴があった場合に警察は捜査に着手することとなるが、委員会による調査が行われる場合には、捜査に当たって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。

Q3 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。

A 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、刑事処分の有無や量刑にかかわらず、医療機関に対する改善命令等が必要に応じて行われることとなる。

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つつ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。

Q4 委員会から捜査機関に通知を行った場合に、委員会の調査報告書やヒアリング資料等の扱いはどうか。

A 委員会の調査報告書は公表されるものであるため、委員会から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。調査報告書の作成過程で得た資料は、裁判所令状のような場合を除く捜査機関に提出しない方針とする。

06年度~12年度にCO2年率1.0%削減が病院の“目標”

厚生労働省は4月1日に「病院における省エネルギー」を公表した。

実施要領は、2005年4月の京都議定書目標達成計画の閣議決定にもとづき、07年11月に全省庁からなるエネルギー・省資源対策推進会議で決定された「省エネルギー国民運動の強化につ

いて」を受けて、私立病院を対象とする分野の省エネルギー対策として厚労省がまとめたもの。

併行して日本医師会は「私立病院における地球温暖化対策自主行動計画策定プロジェクト委員会」を昨秋立ち上げ、「私立病院を中心とした医療分野に

おける12年度までのCO2削減数値目標を含む「私立病院における地球環境化対策自主行動計画」を3月24日にまとめ、その中で「エネルギー起源のCO2排出原単位(延床面積当りのCO2排出量、kg-CO2/m2)とし、基準年とする2006年度より2012年度までに年率1.0%

削減する」という数値目標指標を示している。

厚労省の実施要領は、日医が定めた数値目標を盛り込みつつ、エネルギー消費量の測定と削減目標の策定など、私立病院(国、自治体、国立大学、独立行政法人以外の病院)におけるエネルギー管理の課題と部門・設備別の省エネ改善手法をまとめている。

全日病厚生会 病院総合補償制度に 「個人情報漏えい保険」が追加されました



患者基礎情報
入院年月日
発症日
現病歴

個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

医師事務補助は請負不可。配置6月内に32時間以上研修

特殊疾患療養病棟等の経過措置は療養病棟への転棟・転院も対象に

事務連絡「平成20年度改定関連通知の一部訂正について」(抜粋) 2008年3月28日 ※文中の下線・取消線は原文のままです。1面記事を参照

■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(別紙3)

(平成20年3月5日保医発第0305002号)

第4 経過措置等

3 基本診療料の施設基準等第十一の三の二、四の三、四の五、四の六の規定は、平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者に限り、当該病棟を療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した日以降から療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換又は転院した場合、平成22年3月31日までの間に限り、医療区分2又は3の患者とみなす取扱いを規定したものであり、その取扱いに係る転換方法については、次の場合も含まれるものであること。なお、いずれの場合においても、転棟、転院又は転換後に医療区分2又は3の患者とみなす患者は、平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者であって、平成20年4月1日から転棟、転院又は転換までの間に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院した重度の肢体不自由児(者)等の患者は該当しないものであること。

ア 障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合

イ 障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に、療養病棟入院基本料を算定する病棟以外の病棟に転換した上で、その後療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合別添3/入院基本料等加算の施設基準等

第4の2 医師事務作業補助体制加算

1 医師事務作業補助体制加算に関する施設基準

(1) 急性期医療を行う病院(特定機能病院を除く。)であること。

(2) 院内計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者(以下「医師事務作業補助者」という)を、25対1補助体制加算の場合は届出病床数(一般病床に限る。以下この項において同じ。)25床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は届出病床数50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は届出病床数75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は届出病床数100床ごとに1名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、派遣職員であるなど雇用形態を問わない(派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。)が、当該保険医療機関の常勤職員(週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者)と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、常勤換算による場合であっても差し支えない。

(4) 保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助

者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者(医師事務作業補助者以外の職員であって、常勤の者に限る。)を置くこと。当該責任者は適宜勤務医師の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。

(5) 当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから6か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。さらに当たっては、なお、最低6か月の研修期間内に32時間以上の研修(医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。)を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を行わせるものであること。なお、平成20年3月以前から、医師の事務作業を補助する専従者として雇用している者に対しても、当該研修が必要であること。研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得すること。また、職場内研修を行う場合には、その実地作業における業務状況の確認並びに問題点に対する改善の取組みを行うこと。

ア 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要

イ 個人情報の保護に関する事項

ウ 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等

エ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力

オ 電子カルテシステム(オーダーリン

グシステムを含む。)

別添4/特定入院料の施設基準等

第1 救命救急入院料

1 救命救急入院料に関する施設基準
(1) 専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という。)救命救急センター内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔医等が当該保険医療機関内に常時待機している緊急時に速やかに対応できる体制がとられていること。

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

(2) 他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

イ 直近6か月間に退院した患者数(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者を含む。ただし病状の急性増悪等により、他の保険医療機関(当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者及び死亡退院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に別途添付の上提出すること。)

医療クラークのDPCコーディングは認めず

包括された一定処置を行なった場合も外来管理加算は算定可能

疑義解釈(事務連絡=抜粋) 2008年3月28日 ※1面記事を参照

【初・再診料】

Q6 今回、一定の処置が基本診療料に含まれたが、これらの処置を行った場合でも、要件を満たせば外来管理加算を算定できるのか。

A 外来管理加算を算定するための要件をみたしているものは算定できる。なお、医師が直接これらの処置を行った時間又は説明を行った時間は、外来管理加算を算定する際の「直接診察を行っている」時間に該当する。さらに、これらの結果を踏まえて病状や療養上の注意について、懇切丁寧に指導説明する必要がある。

【入院基本料】

Q8 脳卒中の後遺症を主たる障害とする患者で重度の意識障害者基準に該当しない者のうち、対象患者として見なせる場合はあるのか。

A 「重度の意識障害者」の基準に該当しない者であっても、人工呼吸器を装着する患者、脳卒中の後遺症患者であって、かつ透析を必要としている患者等は重度の障害者と解することができる。

Q9 もやもや病の患者が脳卒中となった場合も、脳卒中の後遺症患者として「重度障害者」または「重度の肢体不自由者」から除外されるのか。

A もやもや病(ウィリス動脈輪閉塞症)患者は難病患者であるため対象患者である。

Q16 基本診療料の施設基準等第十一

の三の二、四の三、四の五、四の六の規定における医療区分の格上げは、他の医療機関の療養病棟に入院した場合にも適用されるのか。

A 経過措置の対象となる患者については、次の患者を含む。

①当該病棟から当該病棟以外の療養病棟入院基本料を算定する療養病棟へ転棟又は転院した患者

②当該病棟から一般病棟へ転棟又は転院した後、28日以内に再度療養病棟入院基本料を算定する療養病棟に入院した患者

【入院基本料等加算】

Q18 後期高齢者総合評価加算を算定する際に、総合的な機能評価の測定を患者に対して実際に行うのは看護師、准看護師、理学療法士等でも良いのか。

A 医療関係職種ならよい。

Q19 後期高齢者総合評価加算の施設基準の要件とされている研修の「ワークショップ」とは具体的にどのようなものか。

A 実際にあった症例検討を含め参加者全員が議論に参加するような研修のことである。

Q20 後期高齢者退院調整加算の算定要件に退院支援計画を関係職種と「連携」して作成するとあるが、どういう意味か。計画自体は専従の看護師、社会福祉士が作らないといけないのか。

A 退院調整部門の看護師、社会福祉士が直接退院支援計画を作成しなくても

差し支えないが計画作成者と連携し内容を把握すること。なお、必要な場合はカンファレンス等を行い共同で計画を作成すること。

Q21 後期高齢者退院調整加算の施設基準の要件に、当該看護師又は社会福祉士は週30時間以上退院調整に係る業務に従事していることとあるが、同じ人が週30時間以上専従しないといけないのか。

A 専従とされている看護師又は社会福祉士が30時間以上当該部門に勤務しなくてはならない。

Q32 退院調整加算に係る専従の者と後期高齢者退院調整加算の専従の者については、同一医療機関で部門を設置している場合は兼務可能か。

A 可能。

Q33 退院調整加算に係る専従の者と後期高齢者退院調整加算の専従の者については、常勤者でなければいけないのか。

A 両者とも必要な条件を満たせば非常勤でも差し支えない。

Q35 医師事務作業補助者は専従者であることが要件とされているが、複数の人間による常勤換算の場合の「専従」の取扱いはどうなるか。

A 常勤換算となるそれぞれの非常勤職員が、医師事務作業補助者として専従の職員でなければならない。

Q37 医師や看護師の資格を有するものを医師事務作業補助者として配置し

ても、医師事務作業補助体制加算を算定することは可能か。

A 医師事務作業補助者の資格は問わないが、医師や看護師等の医療従事者として業務を行っている場合は、医師事務作業補助者としてしないこと。

Q38 医師事務作業補助者の業務は医師の指示の下に行うこととなっているが、業務委託とすることは可能か。

A 不可。

Q40 医師事務作業補助者はDPCのコーディング作業において、どこまでを担当して良いのか。

A 主たる傷病名は当該患者の療養を担う保険医が決定すること。その後のコーディング作業については診療報酬請求事務であることから、医師事務作業補助者の業務としないこと。

Q41 今般DPC算定対象医療機関において、「適切なコーディングに関する委員会の設置」が義務付けられたが、医師事務作業補助者は当該委員会の業務を行っても良いか。

A 不可。

【特定入院料】

Q46 回復期リハ病棟入院料1の届出の際に、在宅復帰率、重症患者の中に死亡退院した患者は含めるのか。

A 死亡退院した患者は、分母、分子ともに在宅復帰率、重症患者の人数に含めない。

Q47 回復期リハ病棟入院料の届出に (5面に続く)

医療法施行規則に不適切な診療科名を規定

呼吸器科・循環器科等禁止名称は、他と組み合わせた場合も不可

厚労省医政局長通知「広告可能な診療科名の改正について」(概要) 医政発第0331042号 2008年3月31日 *1面記事を参照

第1 改正の趣旨・概要等

1 医療機関が標榜する診療科名として広告可能な範囲

診療科名については、従来、具体的名称を限定列挙して規定していたが、身体の一部や患者の疾患等、一定の性質を有する名称を診療科名とする柔軟な方式に改めた。

今回の改正により、①「内科」「外科」は単独で診療科名として広告することが可能であるとともに、②従来、診療科名として認められなかった事項である(a)身体や臓器の名称、(b)患者の年齢、性別等の特性、(c)診療方法の名称、(d)患者の症状、疾患の名称も、施行令第3条の第2項ハに規定する事項に限り「内科」「外科」と組み合わせることによって、新しい診療科名として広告することが可能である。

③その他、施行令第3条の2第2項ニ(1)に定める診療科名である「精神科」「アレルギー科」「リウマチ科」「小児科」「皮膚科」「泌尿器科」「産婦人科(※)」「眼科」「耳鼻いんこう科」「リハビリテーション科」「放射線科(※)」「救急科」「病理診断科」「臨床検査科」についても、単独の診療科名として広告することが可能である。

また、これらの診療科名と上記②の(a)から(d)までに掲げる事項と組み合わせることによって、新しい診療科名として広告することも可能である。

(※)「産婦人科」は「産科」又は「婦人科」と代替することが可能。「放射線科」は「放射線治療科」又は「放射線診断科」と代替することが可能。

上記②のように、組み合わせによって新しく広告することが可能となる診療科名については虚偽、誇大な表示が規制されるのみでなく、診療内容の性格に応じた最小限必要な事項の表示が義務づけられる。また、診療科名の表

記に当たっては、診療内容について客観的評価が可能で分かりやすいものにする必要がある。

以上の点を踏まえ、広告するに当たって通常考えられる診療科名の具体例を示す(別掲)。

また、組み合わせに当たり、②(a)から(d)までに掲げる事項のうち、異なる区分に属する事項であれば複数の事項を組み合わせることが可能である。

一方、同じ区分に属する事項同士を複数繋げることは不適切な意味となるおそれがあることから、認められない。同じ区分に属する事項を複数組み合わせる場合は、同じ区分に属する事項を繋げることによって一つの名称にならないよう、例えば「老人・小児内科」というように、それぞれの事項を区切る等の工夫をして組み合わせる必要がある。

2 従来から広告可能とされてきた診療科名との関係

従来、広告可能と認められていたうち以下に掲げる診療科名は、平成20年4月1日以降広告することはできなくなる。ただし、経過措置として、同日前から広告していた診療科名については看板の書き換え等、広告の変更を行わない限り、引き続き広告することができる。

●平成20年4月1日以降広告ができない診療科名

「神経科」「呼吸器科」「消化器科」「胃腸科」「循環器科」「皮膚泌尿器科」「性病科」「こう門科」「気管食道科」

第2 診療科名の広告に関する留意事項

1 医療機関が広告する診療科名の数について (略)

2 診療科名の組み合わせの表示形式について

A 不可。

Q52 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、地域連携診療計画退院時指導料を算定することは可能か。

A 可能。

Q53 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、リハビリテーション総合計画評価料を算定することは可能か。

A 可能。

Q55 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合は専用病床に入院したものとみなされることとされたが、病室に入院していても、特定入院料等を算定できるのか。

A そのとおり。死亡時に1日分の入院料等を算定すること。なお、この場合にあっては、入医診療計画書等の交付は必要ない。

Q76 経管栄養で流動食の場合も後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料は算定可能か。

A 流動食であっても、鼻腔栄養のみ(経管栄養のみ)の場合は対象としない。

Q78 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料は、退院後に栄養士配置が義務づけられている施設に入所する場合は算定できないとされているが、栄養士の配置が義務づけられていない施設とはどのような施設を指すか。

A 当該指導料は在宅に退院する患者を対象とするものである。なお、栄養士の配置が義務づけられていない施設に

診療科名は以下に掲げる表示形式を採るよう配慮することが必要である。

①「○○ △△科」と組み合わせる場合

表示例:「呼吸器内科」「消化器外科」

②「○○・△△科」と組み合わせる場合

表示例:「肝臓・消化器外科」「糖尿病・代謝内科」

③「○○科(△△)」と組み合わせる場合

表示例:「内科(循環器)」

3 広告することができない診療科名の表示について

法令上根拠のない名称や、今回の改正による組み合わせの診療科名のうち診療内容が明瞭でないものや、医学的知見・社会通念から不適切な組み合わせである診療科名を広告することは禁止されている。

(1) 不適切な組み合わせとして認められない診療科名は、医療法施行規則(第1条の9の4)に具体的に規定している。

(2) 法令に根拠のない、具体的には以下に例示する名称は診療科名として認められない。

●医科に関係する名称

「呼吸器科」「循環器科」「消化器科」「女性科」「老年科」「化学療法科」「疼痛緩和科」「ペインクリニック科」「糖尿病科」「性感染症科」など

なお、これら法令に根拠のない名称と診療科名とを組み合わせた場合であっても、その広告は認められない。

■診療科名の具体例(医科)

内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、心臓内科、血液内科、気管食道内科、胃腸内科、腫瘍内科、糖尿病内科、代謝内科、内分泌内科、脂質代謝内科、腎臓内科、神経内科、心療内科、感染症内科、漢方内科、老年内

科、女性内科、新生児内科、性感染症内科、内視鏡内科、人工透析内科、疼痛緩和内科、ペインクリニック内科、アレルギー疾患内科(ペインクリニック)、内科(循環器)、内科(薬物療法)、内科(感染症)、内科(骨髄移植)、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、心臓外科、消化器外科、乳腺外科、小児外科気管食道外科、肛門外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、美容外科、腫瘍外科、移植外科、頭頸部外科、胸部外科、腹部外科、肝臓外科、膵臓外科、胆のう外科、食道外科、胃外科、大腸外科、内視鏡外科、ペインクリニック外科、外科(内視鏡)、外科(がん)、精神科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、産科、婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、放射線診断科、放射線治療科、病理診断科、臨床検査科、救急科、児童精神科、老年精神科、小児眼科、小児耳鼻いんこう科、小児皮膚科、気管食道・耳鼻いんこう科、腫瘍放射線科、男性泌尿器科、神経泌尿器科、小児泌尿器科、小児科(新生児)、泌尿器科(不妊治療)、泌尿器科(人工透析)、産婦人科(生殖医療)、美容皮膚科 など

※複数の事項を組み合わせた通常考えられる診療科名(医科)を例示する。
「血液・腫瘍内科」「糖尿病・代謝内科」「小児腫瘍外科」「老年心療内科」「老年・呼吸器内科」「女性乳腺外科」「移植・内視鏡外科」「消化器・移植外科」「ペインクリニック整形外科」「脳・血管外科」「頭頸部・耳鼻いんこう科」「肝臓・胆のう・膵臓外科」「大腸・肛門外科」「消化器内科(内視鏡)」「腎臓内科(人工透析)」「腫瘍内科(疼痛緩和)」「腎臓外科(臓器移植)」「美容皮膚科(漢方)」など

か。

A ならない。これまでと同様に標準的算定日数の除外対象患者に該当するのは月13単位を超えて実施できる。
Q110 各疾患別リハビリテーションの従事者について、経験を有する者である場合に、施設基準の届出様式の備考欄に記載する「勤務歴等」はどのような内容が記載されていけばよいか。
A 勤務した医療機関と診療科、従事したリハビリテーションの種別、経験年数などが記載されていけばよい。
Q111 疾患別リハビリテーションの専用機能訓練室は、他の疾患別リハビリテーションと兼用する際に、疾患別ごとに使用範囲を区切る必要はあるのか。
A そのような必要はない。
Q116 リハビリ総合計画評価料は算定できる期間に上限はないのか。
A ない。算定要件を満たすリハビリ総合実施計画書を作成して患者に交付した場合には、リハビリの開始時期や実施期間にかかわらず算定できる。従って、標準的算定日数の上限を超えても(1月に13単位に限り算定できる場合を含む。)引き続き算定できる。
Q123 脳血管疾患等リハビリ料について、医療保険のリハビリと介護保険のリハビリを並行して行うことは可能か。
A 医療保険における疾患別リハビリが終了する日から1月前までの間に限り、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリを行った日以外の日に介護保険におけるリハビリ料を算定することが可能である。

(4面から続く)

ついて、平成20年3月31日以前の入退院患者の実績をもって届出することは可能か。

A 可能である。平成20年3月31日以前の実績を記録している場合は、9月30日以前に回復期リハ病棟入院料1及び重症患者回復病棟加算を届け出ることができる。

Q48 「他の保険医療機関へ転院した者等以外の者」には、自宅に退院する患者以外にどのような者が含まれるのか。

A 退院後、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)、地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る)、グループホーム(認知症対応型グループホーム)、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれる。なお、退院後、介護老人保健施設に入所する患者は「他の保険医療機関へ転院した者等」に含まれる。

Q50 回復期リハ病棟で日常生活機能評価を行う従事者はどのような者が望ましいのか。

A 看護必要度の評価を行う者と同じく、院内研修を受けた者が望ましい。

Q51 同一の保険医療機関内において、回復期リハビリテーション病棟入院料1と、回復期リハビリテーション病棟入院料2の届出を行うことは可能か。

はグループホーム、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅等がある。

Q80 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料を算定する際は、患者、家族等に指導を行うこととなっているが、「患者、家族等」とはどのような者をいうのか。

A 患者、家族、その他、当該患者が入所する、栄養士配置が義務づけられていない施設の職員又はヘルパーなどの退院後の当該患者の食事管理を行う者をいう。

【在宅医療】

Q87 現行では同一の患家の場合2人目以降は再診料のみの算定となっていたが、居住系施設入居者等である患者の場合には、2人目以降の患者も在宅患者訪問診療料の「2」を算定するのか。

A そのとおり。

Q88 平成20年度改定では、特養入所中の患者に、疾患を問わず在宅患者訪問診療料の「2」を算定できることとなったのか。

A 従来通り、末期の悪性腫瘍の患者にのみ算定できるものであるが、在宅療養支援診療所以外による訪問診療の場合でも算定できる。

Q89 特別養護老人ホームに入所中の末期の悪性腫瘍の患者に対する医学管理は、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料のどちらで算定するのか。

A 特定施設入居時等医学総合管理料を算定する。

【リハビリテーション】

Q108 「標準的算定日数」を超えた後の患者は一律で月13単位までとなるの

投稿 08年度改定にみる「一般病床再編」の方向性

「地域一般病院」と「高度急性期病院」へ分化の方向

“2階建”構想と合致。それぞれ異なる診断群分類と施設基準が必要

国際医療福祉大学医療経営管理学科
教授 高橋 泰



厚生労働省は、昨年後半から、「高度急性期病院」と「一般急性期病院」に分けることを軸にした一般病床再編に関するメッセージを出してきた。筆者は、2008年度診療報酬改定の中に、その方針を将来的に具現化する布石となると思われる、今後の一般病床再編にむけて重大な影響を及ぼすメッセージが含まれていると考える。

それは「入院時医学管理加算」と「亜急性期入院医療管理料2」に込められている。

この2つに込められたメッセージは、NPO法人日本DPC協議会(西村昭男代表)

表)が昨年10月にまとめた「DPCのあるべき姿への提言」で示した“DPC2階建て”構想を踏まえると、その意味合いがよくわかる。

“DPC2階建”構想は、一般病床は全て包括払いにし、さらに、多くのDPC実施病院が目指す「高機能病棟(病院)」と、四病院団体協議会が提唱している「地域一般病棟(病院)」に分けて運営するのがよいという提言である。

筆者は、この“DPC2階建”構想の内容に沿う方向で、「入院時医学管理加算」と「亜急性期入院医療管理料2」という改定が行われたとみている。

急性期と地域をつなぐ中間機能の需要が高まる

DPCの運用により、高度急性期医療を担当する病院では平均在院日数の短縮が進み、退院時に自宅復帰できる状態にまで回復しきれない患者が数多く顕在化するようになってきた。

今後、このような患者に対応するために、リハビリテーションや内科的継続治療を提供し、急性期病院と地域(自宅や介護保健施設など)をつなぐ中間施設の機能を持つ施設の需要が、ますます高まってくると思われる。

また、高齢化社会の進展に伴い、骨折の非観血的治療や多くの肺炎、脱水など、高度急性期病院への入院を必要としない急性期(亜急性期)入院患者が急増すると予測される。これら高次医療を必要としない急性期、亜急性期患者を受け入れる即時対応機能を持つ施設の需要も漸次増大すると思われる。

四病院団体協議会は、これらの機能

を併せ持つ病棟の必要性を主張し、このような病棟のことを「地域一般病棟」と命名している。

今後、病床の機能分化を進めるためには、急性期病院からの患者を受け入れる病棟(病院)だけでなく、在宅・介護施設等の増悪期の対応などの役割を担う病棟(病院)が、各地に整備されることが望ましい。

こうした医療提供では、急性期病院からの患者と地域からの急性期の患者を区分するケースミックス分類に基づく段階的診療報酬の設定(一部出来高)が必要であろう。

前述「2階建」の下層部分を担うのが地域一般病棟であるが、高度先進医療を担当する病院(病棟)と地域一般病棟(病院)は、それぞれの機能に対応した別々の診断群分類(診療報酬)や施設基準を作成することが望まれる。

高度急性期と地域一般のケアミックスが認められるべき

高度急性期病院と地域一般病棟の役割は機能的区分に類型化することが可能であり、高度医療を担う病棟と地域医療を担う病棟を明確に区分することで、地域全体の医療提供体制をより効率的に構築していくことが可能となる。

医療資源の有効活用は重要な政策課題であり、高度急性期医療を担う病棟には、「高度急性期医療群に該当する患者が8割以上入院すること」など、高度急性期医療を担う病棟の定義的制限が必要であろう。また、連携病院を求めにくい地域では、一つの病院が高度急性期医療と地域一般医療の両方を提供する必要がある。

このような実情から高度急性期医療

を提供できる病院の設置基準を考えると、高度急性期医療適応患者と地域一般医療適応患者の比率、さらには地域における医療提供へのニーズ等に応じて、高度急性期病棟と地域一般病棟のケアミックス病院を認める必要があると考える。

高度急性期病棟は急性・短期医療の医療を必要とする患者を収容し、地域一般病棟は急性・短期と慢性・短期の中間に位置する亜急性や回復期の患者を収容する。高度急性期病棟と地域一般病棟の患者には、ある程度の重なりがあり、地域一般病棟と療養病棟の患者にも一定程度の重なりがみられるだろう。

地域一般病棟はDPCがよい。独自の診断群分類が必要

高度急性期医療の支払いは現行DPCを基本とした日割り包括払いが適して

おり、新医療機関係数の設定によって機能や役割に対応した加算を実施する

とともに、病棟機能に適応した患者属性とするための条件設定が必要であることはすでに述べた。

地域一般病棟の診断群分類は、高度急性期医療との整合性・連続性を持たせるために、傷病名(主要診断群および分類コード)部分のみDPCと共通とし、それ以下の構成はDPCよりも簡素な区分とするのがよいだろう。

地域一般病棟の患者は急性期に比べて長い入院期間を要する場合が多く、病状や入院期間の差異も大きいので、これを反映した日割り包括方式の設計が必要である。また、療養病棟は、医療区分・ADL区分による患者区分を基にした日割り包括支払いである。

このようなかたちで医療制度改革が進むとすれば、将来的には、急性期、

地域一般、医療療養型を含む日本の入院患者に対する支払いは、すべてケースミックスを基にした包括払いになり、出来高払いは縮小する(あるいは廃止される)ことが予想される。

地域で入院加療を必要とするようになった患者は、大半が地域一般病棟に入院する。また、一部の患者は、直接、高度専門病院に入院する。地域一般病棟で対応が困難である場合には高度専門病院に転院することになるが、多くの患者は地域一般病棟から直接地域へと帰っていく。

また、高度急性期病院から直接地域に帰る場合も多いだろう。このほか、連携パスを用い、高度急性期病棟から地域一般病棟を経て、地域に戻る場合もある。

DPCに準じた情報機能が求められる一般病床

医療情報サイトm3.comのインタビュー(2月25日)で、厚労省保険局原徳壽医療課長は以下のとおり発言している(要旨)。

一機能分化の観点から言えば、今改定の特徴は2つある。1つは「入院時医学管理加算」で、これは地域の中核病院を評価するための加算である。かなり思い切った点数なので病院の収益に貢献しよう。今回の要件は厳しいので、2次医療圏に1カ所ほどは取れないと見込んでいる。もう少し要件を緩和してもいいとは思ったが、新設なので少し絞った形にした。

もう1つの特徴は「亜急性期入院医療管理料2」の新設であり、「急性期病院を退院した患者をフォローしてください」というメッセージをはっきりと打ち出した。ただ、200床以下という条件は、もう少し広げてほしいとは思っている。

こうした発言も踏まえて今改定の内容を考えると、厚生労働省は、“DPC2階建”構想に類したイメージを持って今改定に臨んだと受け止めることが可能だ。

2階建ての上の階に属する病院のイメージが「入院時医学管理加算」とれる

病院であり、下の階に属する病院のうち、急性期からの受け皿を担う病棟のイメージが「亜急性期入院医療管理料2」を取れる病棟と、解釈することができる。

いずれにしても、急性期に特化して生き残りを考えている病院は、今後、「入院時医学

管理加算」を取得できるような体制を整えることが求められる可能性が高いだろう。一方、地域一般病棟的役割を果たす病院の算定条件は、13対1以上の看護基準を含む亜急性病床の算定条件が基礎になりそうなのが今回の改定で明らかになった。

また、今改定では示されなかったが、今後、地域一般病床にも現在のDPCに準じた情報提供が条件に加えられると筆者は予想している。

このように考えると、医療療養病床や介護療養型老健などへの転換を行わず、一般病床を今後も続けていこうと考えている医療機関は、亜急性病床(病棟)が求めている人員やハード面の算定基準とDPCが求めている最低レベルの情報を提供できるという情報面の基準をクリアできるよう、将来構想をたてる必要があるだろう。

ただし、高度急性期病棟と地域一般病棟からなる“2階建”の包括払いを展望する上で、高度急性期病棟と地域一般病棟のケアミックス病院を認めること、地域一般病棟に合ったケースミックス区分を開発することが不可欠であることを、あらためて申し述べたい。

■高度急性期病棟と地域一般病棟の役割分担(病態と手技レベル別病棟の役割分担)

高度急性期病棟	地域一般病棟
(短期・集中的入院治療) 脳血管疾患発症時の治療 悪性腫瘍の根治的手術 放射線治療 脊髄手術 大腿骨骨折手術 PTCA バイパス手術 専門性の高い医療技術を要する内科疾患 耳鼻科・眼科等の手術 透析導入 等	(短～中期的入院治療、地域における急性期病院、在宅介護施設等のネットワーク型入院治療) 急性期以降のリハビリテーション 悪性腫瘍の非根治的治療 骨折の非観血的治療 骨折、脱水など 心不全等慢性疾患の増悪期 全身麻酔を必要としない手術 等

*日本DPC協議会政策提言部作成

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)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 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
http://welfare-ajha.jp/

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

「投稿」

今、なぜ、「民間病院協会」と名前を変える必要があるのか

兵庫県私立病院協会が名称変更した真意

兵庫県私立病院協会副会長 吉田静雄 

平成20年4月1日より兵庫県私立病院協会(吉田耕造会長)は定款を変更し、正式に兵庫県民間病院協会と、名称を変えることになった。

これは前会長の時代からの懸案事項でもあったが、その折はどちらでも良いという意見もかなりあり、名称変更はまだ行かなかったという経緯がある。

今回は吉田耕造新会長の強い決意の下名称変更に臨み、理事会および総会で全会一致の賛成で、兵庫県民間病院協会への名称変更が可決された。

なぜ今名称変更する必要があるのかは、吉田耕造新会長の声明文にはっきりと読み取れる。以下はその要旨である。

医師不足、看護師不足のため、小児医療・周産期医療、そして救急医療までが崩壊しようとしている。

なぜ我が国の病院医療が崩壊するのか。経済財政を最優先する新自由主義

により、病院医療が徹底的に削減された。患者の不満と低医療費政策の間に挟まれた医療従事者が、やる気をなくし、次々と個人開業に走る。

病院管理者には政治力がなかった。官公立病院の長は数年で交代するので、長いスパンで病院経営を見ることができない。また、職員の人事権もない。

これに反して、私立病院の長はトップの座に長く座る。したがって、やる気さえあれば医療政策に力を注ぐことができる。しかし、私立という名前には公益性がない。私ごとの利益を図るために医療をしているようにさえ見える。

病院経営は今まさに崩壊しつつある。これは医師会の力では決して解決できない。病院協会の力がなければ崩壊を防ぐことができない。病院の管理者が表に立って政治に働きかけ、初めて突破口を開くことができる。

この様に、地域住民の生命と健康を

守るために最も大切な医療は、すべて病院機能がうまくいかずかにかかっている。病院医療の崩壊を救うには病院のトップの政治力が是非とも必要となる。

今、医療に関する政治力のすべてを医師会が握っている。医師会の理事役員のはほとんどは私的な診療所を営んでいる。しかるに、決して私立医師会とは呼ばれていない。神戸市医師会、兵庫県医師会のように公的な名称で呼ばれている。

直面するわが国医療の危機は病院医療の危機である。診療所の危機ではない。危機を防ぐには、医師会がいくら頑張ってもできることではない。病院協会が一致団結して、地域住民のために知恵を絞ってこそ可能となる。そのためには私立病院協会という名称は余りにも私的な印象が強い。これでは市民の信頼を得ることが難しい。

「公私」という言葉がある。「公益性」と「私ごと」の2つを並べた言葉である。今、我々私立病院協会に所属する病院の中で、私利私欲のために病院経営をしている病院が1病院でもあるだろうか。ほとんどの病院は、名は私立であっても地域住民の生命と健康を守るために必死に頑張っている。それが、私立という名前だけで差別されることがあってはならない。

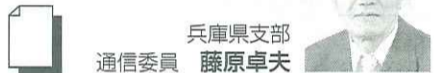
私は今年が決戦の年であると考えている。4団体合同年末懇親会の直前に臨時総会を開き、名称変更を議題にのせようと思う。是非とも会員の皆様方に3/4以上の賛成をいただき、民間病院協会と名称変更ができるよう絶大なご支援をお願いする次第である。

そして、平成19年12月7日、私立病院協会の臨時総会にて名称変更が可決されたのである。

支部からの報告

妊婦健診公費負担の増額を!

兵庫県の公費負担は全国平均半分の1.4回



兵庫県支部 通信委員 藤原卓夫

周産期医療は新たな医療計画で4疾患5事業に指定されたが、少子化対策が叫ばれながら、長い間具体策が講じられなかった。その結果、未受診妊婦の受診拒否で流産患者が生じるなどの事件が発生し、国民の知るところとなった。こうした事件は兵庫県でも生じているが、この背景には、妊婦健診公費負担をめぐる経緯がある。

昭和45年に、全妊婦に対して計2回、国と県が妊婦健康診査の費用を負担することが決まった。

しかし、「妊娠初期から受診することが望ましい健診回数は14回程度と考

えられる」(平成8年の厚労省通知)とする一方で、平成9年に公費負担の実施主体は市町村へと移り、平成10年には一般財源化(地方交付税措置)されるにいたった。

その結果、妊婦健診の公費負担は市町村の判断に委ねられ、地域による格差が拡大した。

その後、妊婦健診費用の負担軽減が求められる中、厚労省は平成19年1月、各市町村に「5回程度の実施」を求めるとともに、平成19年度予算で地方財政上の措置を講じた。

しかし、平成19年8月現在の全国平均公費負担回数は2.8回にまで落ち込んだ。わが兵庫県は1.4回と、全国平均の半分以下しかない。この実情に、厚労省は昨年10月、「5回を基準として公費負担するよう」自治体に促す通知を再度出した。

こうした結果、各市町村は見直しに動き、私の病院がある明石市も、今年4月から5回の公費負担回数に改善された。

兵庫県の新たな医療計画に周産期医療がどのように書き込まれようと、妊婦健診に対する支援が充実されない限り、未受診妊婦をめぐる悲劇は続くであろう。

07年度は入会105名、退会45名と60会員が純増した。06年度は入会110名に退会70名の純増40会員で、07年度の会員増加数は前年の1.5倍と大幅に伸びた。

●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

以下のとおり人間ドック実施施設指定の申請が承認された。

- ◎日帰り人間ドック
- 神奈川県 戸塚共立メディカルサテライト健診センター
- 大阪府 河崎病院

兵庫県 石井病院
福岡県 福岡中央総合健診センター
日帰り人間ドック実施指定は490施設となった。

【主な報告事項】

●日看協との合同研修会実行委員会について
日本看護協会と共同開催する「病院長・事務局長・看護部長合同研修会」について、研修内容と運営方法を検討する合同実行委員会を設置した。

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

2008年2月

- 1日 四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 2日 病院経営改善講座(名古屋市)
- 3日 病院のあり方委員会
- 6日 四病協/医業経営・税制委員会
- 7日 広報委員会
- 8日 四病協/医療安全対策委員会、総務委員会、人間ドック委員会、病院機能評価委員会
- 15日 医療制度・税制委員会、医療従事者委員会
- 16日 救急・防災委員会、第11回常任理事会、病院のあり方委員会
- 20日 個人情報保護担当委員会
- 22日 日病協/代表者会議、四病協/医療従事者対策委員会
- 24日 第4回機能評価受審支援セミナー(福岡市)、医療の質向上委員会
- 27日 食生活改善指導担当者研修会(神戸市)、四病協/理事長債務保証のあり方勉強会、同/総合部会
- 28日 特定保健指導実施者研修(～29日：札幌市)、食生活改善指導担当

- 者研修会(～29日:神戸市)、四病協/メディカルスクール検討会
- 29日 医療保険・診療報酬委員会

2008年3月

- 6日 広報委員会
- 7日 会長・副会長会議、総務委員会、人間ドック委員会、四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 13日 平成20年度診療報酬改定説明会
- 14日 医療制度・税制委員会、医療従事者委員会、病院機能評価委員会
- 15日 企画室委員会、第4回理事会・第12回常任理事会、病院のあり方委員会、第11回防災フォーラム
- 18日 医療事務技能審査委員会
- 19日 食生活改善指導担当者研修会(～22日)、日病協/診療報酬実務者会議、四病協/医業経営・税制委員会
- 26日 四病協/総合部会
- 27日 短時間正職員制度セミナー
- 28日 日病協/代表者会議、医療保険・診療報酬委員会
- 29日 学術委員会、第90回定期代議員会・第79回定期総会

平成19年度第4回理事会・第12回常任理事会の詳細 3月15日

■主な協議事項

●時間外診療における2次救急の現状に関するアンケートの実施

救急・防災委員会委員会による時間外2次救急の実態を調べるアンケート調査の実施が承認された。対象は2次救急を担う会員約400病院。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の8名の入会が承認された。
千葉県 鎌ヶ谷総合病院院長 前田清貴
千葉県 青山病院院長 青山賀茂

神奈川県 聖ヨゼフ病院院長 市川陽一
大阪府 医誠会病院理事長 谷 幸治
兵庫県 西宮協立リハビリテーション病院院長 太田利夫
兵庫県 足立病院院長 足立 坦
福岡県 原病院理事長 久原伊知郎
熊本県 人吉中央温泉病院院長 阿部保道
別途退会が8名あった結果、在籍会員数は2,250名となった。
また、6社の賛助会員入会が承認され、賛助員数は89社となった。

『保障は一生』、だから安心!

病院基金の年金は「終身年金」。安心とゆとりの病院基金へぜひご加入を。

病院厚生年金基金は、終身年金を支給する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 | |

50回目。節目の全日病学会が11月に東京で開催



全日病学会東京大会 重厚な講演を予定。かつてない数の委員会企画を検討

50回目の全日本病院学会が11月22・23日に東京で開催される。主催は全日病・東京都支部(古畑正支部長)。すでに演題受付を開始しており、4月中に全会員に「演題募集案内」が送付される。

学会長には、東京都病院協会会長を務める河北博文氏(医療法人財団河北総合病院理事長)が就任した。

実行委員会は「民主主義と医療」を学会テーマに採用、学会会場を都市センターホテルに決定した。

昨年秋には、本会会員から東京学会

のサブテーマとシンボルマークを募集するという異色の広報活動を実施、このほど、ロゴマークとともに「パブリック・マインド」というサブテーマを決めた。

プログラムの概要も固まりつつあるが、重厚な講師の登壇が見込まれている。

東京学会には例年以上に多くの委員会が開催プランを練っている。学会テーマの訴求力とともにプログラムの内容からも高質な情報発信が期待されている。

半世紀という節目を迎える全日病学会東京大会の概況を報告する。

「民主主義と医療～パブリック・マインド～」がテーマ

■河北博文学会長の挨拶



わが国は戦後60年を経て豊かな社会になりました。国民一人ひとりの努力と社会制度の充実の結果、先進諸国と言われる国々の中でも国民の生活水準は上位に位置づけられます。

一方、この国では、物質的な豊かさや便利さが進めば進むだけ失われてしまったものがあります。温かい人間関係や自然に対する畏敬の念、時間のゆとり、そして感性や使命感、忍耐力です。

身の丈を超えた実力以上の経済振興策の下で、現場が極端な負荷を強いられてきた病院医療、教育や農業も行政の一方的な社会制度的管理に翻弄され、当事者自らの知恵で自主的に発展する意欲も権限も責任も失われました。

政治や行政が定める社会制度は必要条件であっても十分条件ではありません。医療に関しても、診療の場や地域において、安心と納得が導き出す信頼から、よい医療が生まれ、さらに温かい人間関係や明るい社会の発展に繋がります。

社会制度と民意の自主的な活動が補完しあってこそ、よい社会生活が確立されます。民間の力というものはそのようなものではないでしょうか。個人の情熱が希薄な社会において、パブリック・マインドをもった市民(公民といってもよい)が主体となる社会づくりが今こそ求められます。

全日本病院協会は民の力を代表する病院団体です。このたびの第50回の記念となる全日本病院学会の主題は、わが国において主権在民に基づく社会の再考として「民主主義と医療」を掲げました。

■第50回全日本病院学会東京大会

主催	● 東京都支部
会期	● 2008年11月22日(土)～23日(日)
会場	● 都市センターホテル(東京都千代田区平河町)
学会長	● 医療法人財団河北総合病院 理事長 河北博文
学会テーマ	● 「民主主義と医療～パブリック・マインド～」

早くも演題登録の受付を開始。事前登録は7月から

■参加費

参加の事前登録は7月1日からインターネットで受け付ける予定

区分	事前登録	当日登録
理事長・院長	30,000円	35,000円
上記以外の方	12,000円	15,000円

■演題登録

演題登録は4月4日～6月22日の間インターネットで受け付けている。東京学会のホームページに演題の登録画面が設けてある。

演題カテゴリーには新たに「地域連携・医療計画(4疾患5事業)」が加えられた。実行委員会は300を超えるブースを用意して、全国からの参加を待っている。

■第50回全日本病院学会事務局

東京都千代田区神田駿河台 2-5 東京都医師会館 306 東京都病院協会内
TEL: 03-5217-0896 FAX: 03-5217-0898
<http://www.ajha50.org/index.html>

■プログラムの骨格(4月11日現在) *プログラムは今後変更となることがあります。

第1日 2008年11月22日(土) 9:30～17:15	第2日 11月23日(日) 9:30～17:00
西澤会長の挨拶 河北学会長の講演 特別講演Ⅰ 猪木武徳国際日本文化研究センター所長 シンポジウムⅠ 委員会企画 日本メディカル給食協会シンポジウム 一般演題 ランチョンセミナー	シンポジウムⅡ シンポジウムⅢ 公開講座 特別講演Ⅱ 井形昭弘日本尊厳死協会理事長 特別講演Ⅲ 猪瀬直樹東京都副知事 委員会企画 日本医業経営コンサルタント協会シンポジウム 一般演題 ランチョンセミナー

「日本の医療・介護を考える」 発刊にあたって

病院のあり方委員会は、このほど「病院のあり方に関する報告書2007年版」を敷衍した冊子「日本の医療・介護を考える」を刊行した。医療制度に関する全日病の考えを、国民と医

療従事者に分かりやすく説明するために書き下ろしたもので、各委員が分担して執筆した。本会の2008年度事業計画に「この報告書を基に国民との議論を行い、相互理解のもと、信頼

の創造を目指したい」と書き込まれたように、同委員会は、本書が病院で多くの患者・医療従事者の目に触れることを期待している。徳田委員長に「刊行の辞」をお願いした。

我々の考えを国民に知らせたい。各施設での広報を期待

「病院のあり方報告書2007年版」を国民・医療従事者向けに書き下ろす

病院のあり方委員会委員長 徳田禎久



これまで、全日病では、1998年の「中小病院のあり方に関する報告書」発刊以来、計5回に亘って隔年で「病院のあり方に関する報告書」を作成して、医療介護はどうあるべきかを論じ、当協会の活動の基本においてきた。

しかし、我々が考える理想的な医療・介護提供体制の確立には、会員の努力や関係者へのアピールのみでは不十分

であり、広く国民を巻き込んだ活動をすべきとの認識から、「国民向け版」の作成に至ったものである。

会員病院の職員も対象とし、重要な項目では専門的な議論も記載することとし、たたき台で病院職員や一般市民の方々の理解度を確認しながら表現方法を修正し、難しいとされる部分については、コラムと脚注を挿入した。

表題の「日本の医療・介護を考える」は、「医療介護はいかにあるべきか」を国民にも一緒に考えていただきたいと言う思いをこめたものである。

まず、医療の現状を伝えるために、報告書にはない「日本の医療の歴史」を挿入し、明治維新以降の歴史を簡潔に記載し、現在の医療提供体制がどのようにして構築されてきたのかを示し、直近の医療制度改革の内容も紹介した。その中で、社会保障としての医療の位置づけ、国民皆保険の成立の意味や特徴、医療法の変遷などを、国民にとっての義務や権利を意識しながら解説した。

「病院のあり方」では、「全日病は会員に何を求めてきたのか」を知ってもらうために、報告書をほぼ削除することなく記載したが、「質の向上」に関しては、医療安全のために会員が取り組んでいる活動を中心に記載し、クリニカルパスの紹介など標準的な診療に努めていることも述べた。

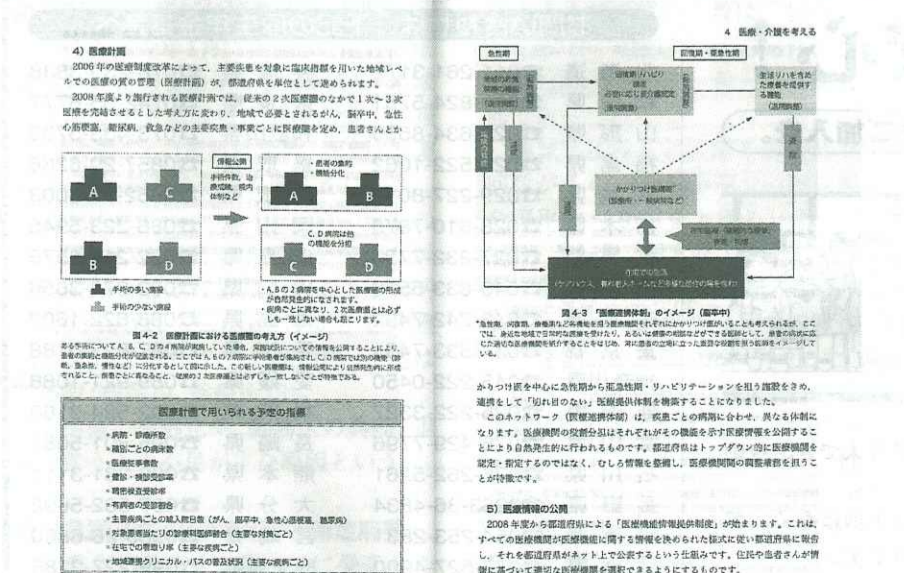
約半分の紙面をさいた「日本の医療・介護を考える」では、医療と介護の制度について記載した。医療保険、介護保険の仕組みを加筆し、制度改革の背景や現状、問題点を示し、今後の医療

介護提供に関しては、我々の主張を詳細に記載した。

医師・看護師不足の問題のみならず、医療法人制度改革や公私格差など一般国民には馴染みのない事項も周知の為に解説した。診療報酬では、その決定の方法・問題点を示すとともに、国民に判りづらいとされるDPCなどの包括制の考え方を解説し、理想的な報酬体系を示した。

「終末期医療のあり方」は、報告書においても2007年版で始めて掲載したテーマであるため、詳細かつわかり易くその内容を記載しており、全日病の終末期医療の指針も提示した。

診療の際や窓口で広報していただき、実費領布だが多い国民に購入いただけるようご協力いただきたい。少しでも賛同者が増え、我々の主張が広まることを期待している。



▲「医療連携体制」について分かりやすく説明している「日本の医療・介護を考える」