



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2008 NEWS 5/15

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.686 2008/5/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

死因究明・再発防止と責任追及は別組織とすべし!

医療安全調査委員会(仮称) 第3次試案見直しを求める意見を表明。論点を提示、議論の継続を訴える

—死因究明・再発防止を目的とする第三者組織の設立には賛成する。ただし、死因究明・再発防止を目的とするのであれば届出と調査結果の情報は守秘されなければならない。調査結果も責任追及に使われるべきではない。また、死因究明・再発防止と責任追及の並存は同一組織では無理があり、それぞれの目的にそった組織に分離されなければならない。こうした矛盾をもつ医療安全調査委員会(仮称)設置の法制化を急ぐべきではなく、時間をかけて議論を継続すべきである!(4・5面に第3次試案に対する本会の「見解と要望」記者発表の内容を掲載)

日病協は意見集約できず、賛否意見併記の見解を公表

西澤執行部は、医療安全調査委員会第3次試案に対する「見解と要望」をまとめ、このほど、パブリックコメントに対する意見として厚生労働省に送付した。また、5月12日に、省内の厚生労働記者会と厚生日比谷クラブで記者会見を行ない、本会の考えを表明した。

日本病院団体協議会も第3次試案に対する見解をとりまとめ、このほどパブリックコメント募集に応じるとともに、5月13日に厚労省内の記者クラブで発表した。

日病協は、「医療死亡事故の分析、評価を専門的に行う機関を設ける必要には原則賛同する。ただし、第3次試案には加盟団体から多くの意見があり、全てを集約するにはいたってない」と

し、加盟団体から出された個々の意見を列挙するものにとどまった。

自民党の積極的な判断に支えられ、厚労省は死因究明・再発防止等を目的とする機関の設立を企図、医療安全調査委員会の早期法制化を準備してきた。そのため、4月3日に「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、これを最終案として、翌4日から期限を明記せずに意見募集の受付を始めた。

四病院団体協議会は5月28日の総合部会で見解とりまとめを試みるが、担当の医療安全対策委員会でも意見集約に苦んでおり、両論併記の見解となる公

算が強い。

試案に対して医療界は賛否が分かれているが、本会は、厚労省案に対して具体的な疑問を投げかけるとともに、不明な論点を明確にした。6,000強の病院を組織している日病協は意見集約を見送った。

事態は引き続いた議論が必要であることを明らかにしている。本会の「見解と要望」は論点の重要な分岐を提示し、今後の議論の方向を明示している。

医療安全調査委員会の構想に関して、西澤執行部は、四病協と日病協における各議論で、西澤会長が個人的見解を表明するとどめてきたが、2月16日の常任理事会で、2次試案(当時)の検討を病院のあり方委員会(徳田慎久委員長)に指示、全日病としての見解作成に着手する意向を表明した。

病院のあり方委員会は3月15日の常任

理事会に本会見解のたたき台を提示、議論の後、見解の取りまとめを執行部に一任することが承認された。

その後、4月3日の第3次試案公表を経た4月19日の常任理事会に、病院のあり方委員会委員長である徳田常任理事は第3次試案を踏まえた見解案を提示したが、多くの常任理事から、第3次試案に対する強い疑問と危惧が表明された。

病院のあり方委員会は、さらに議論を重ねた結果、第3次試案の意見募集に応じるべきであると判断、「医療安全調査委員会(仮称)第3次試案」に対する見解と要望」に成文化し、今回の公表にいたったもの。



(社)全日本病院協会「医療安全調査委員会(仮称)第3次試案」に対する見解と要望(全文) 5月12日

はじめに

医療行為は元来、侵襲性があり危険(リスク)を伴うものです。従って、最善の努力をしてもその結果は100%保証されるものではありません。そのため医療機関や医療関係者には、医療の質・安全の向上に対して、常に努力を重ねる必要が求められています。

医療崩壊という言葉が頻りに耳にします。不幸にして医療死亡事故に遭遇した場合に、医師法第21条による警察への届出、その後の送致・起訴、という刑事訴訟法に則って処理されている現実があり、それが救急患者や重症患者の受け入れを控える施設の急増、外科系医師希望者の激減という事態を招き、医療崩壊の原因のひとつになっていることは疑いありません。

今般、医療安全調査委員会(仮称)(以下、「委員会」という)第3次試案(以下、「試案」という)が公表されましたので、本試案に対する(社)全日本病院協会としての見解および要望をここに示します。

試案に対する見解

試案(別紙3「捜査機関との関係について」を含む)において、委員会が医療死亡事故の原因究明・再発防止による医療安全の確保を目的とし、さらに医療関係者の責任追及を目的としたものではない、とされたことには賛同します。

また、医師法第21条を改正し、委員

会に届出があった場合は同法に基づく異状死の届出を不要とする、と明記されたことは高く評価できるものです。

しかし、委員会の報告書及び調査資料により医道審議会の判断で行政処分が行われ、故意や重大な過失がある場合は捜査機関に通知する(通知対象事例:診療録の改ざん、隠蔽等、いわゆるリピーター医師、故意や重大な過失等)、と示されている点は重大な問題です。

さらに、捜査令状がある場合には委員会における調査資料を捜査機関に提出する、遺族から告訴がなされた場合には警察が捜査に着手する、と理解するしかない内容には大きな疑問を持たざるを得ません。

医療安全の確保について

本来、医療死亡事故の原因究明・再発防止による医療安全の確保と過失責任の有無の判断は、別組織で行われるべきです。同一の委員会の報告書により行政処分が判断され、さらに捜査機関への通知が行われると、正しい情報収集が出来ず、原因究明・再発防止を目的とする医療安全確保は出来ません。

現実には諸外国の医療安全推進は、航空事故と同様に報告には免責が必要であり、処分や訴追は同一組織で行った場合にはうまく機能しないことが実証されています。

委員会の調査資料および報告書は、

原因究明、再発防止を目的として活用し、行政処分、民事あるいは刑事訴訟等には用いない仕組みが必要です。

また、その他の機関においても、インシデント・アクシデント・レポートとともに死亡事故も検討できるよう、匿名性に配慮した上で情報の活用を図ることが出来るような方法も検討されるべきでしょう。

調査委員は病理医・臨床医・医療安全に関わる実務者および研究者で構成されるべきで、医療事故の多くは複雑な医療システムを背景に生じていることから医療機関への指導も行われるべきと考えます。

医療事故過失調査および責任追及について

臨床現場、特に救急や外科系・産科等の医療に携わる医師にとって、誠心誠意を尽くした医療の結果が、医師法第21条に該当するため警察へ届出を行ったり、捜査当局により業務上過失傷害・致死に問われ、その後、送致・起訴となるような現行の制度運用そのものが、医療を萎縮させ、更なる人員不足・医療崩壊を招いています。

今回、医師法第21条の改正が示されたことは、大いに評価されることではありますが、刑法、刑事訴訟法の枠組みに変更がない限り、委員会の存在が患者の告訴による捜査開始を抑えられるものとは考えられません。

清話抄

最近笑っていますか?

最近、笑っていますか。笑う門には福来るですよ。

看護師不足? 原油高騰による経費の増大? 医療安全対策? 後期高齢者医療制度? この際、リアルな不幸を嘆くより、楽しい未来を創造(想像)して明る

く笑ってみませんか。意外とリアルな幸せになれるかも。

自院グループの平成20年度事業計画のテーマは「生き方革命～生きる力を支えよう!」。自院のテーマは「可能性無限大ミラクルファイン」。

私の病院は元々137床の特例許可老人病棟でしたが、改革を重ね、昨年11月には一般病床で回復期リハ42床、緩和ケア21床、合計63床の病院として再

出発しました。

自分たちの事業ドメイン(自分たちが人に貢献できる部分)を考えてみよう!と各部門で検討した結果、「人生のテーマパーク」と決まりました。

これが決まってからの病院会議の楽しいこと。会議メンバーでお腹を抱えて笑うのです。だって、気分はディズニーランドですから。テーマパークにあるものって何? キャラクター、アト

ラクション、楽しい音楽に、「み・な・さ〜ん こんにちはあ!」と明るいスタッフたち。お土産ショップは絶対に必要だよね…なんて話をするのが会議なのであります。

泣いて借金が返せるなら、私、泣きまくりです。でもそうじゃないから、みなさ〜ん、笑いましょう! それが私の、あなたの、スタッフたちの、そして顧客の、きっと活力になりますよ! (敬)

主張

医療安全調査委員会(仮称)の設置には慎重な検討を

死因究明等検討会を開催してきた厚労省は、医療安全調査委員会(仮称)を設置する意向である。

検討会案では、医療行為に起因して患者が死亡した場合、誤った医療が行われたことが明らかな場合、明らかではないが死亡を予期しなかった場合は委員会に届ける事になる。委員会で原因究明のための調査を行い、問題があった場合は行政処分のための機関へ届け、重大な過失や悪質な場合は警察へ通報するとなっている。

現在は、医療事故が発生した場合、医師法21条に基づいて医師が判断

し、警察に届ける義務がある。医療には素人である警察官が取り調べて起訴されるより、医療者を中心とした調査委員会で調査・検討するほうが良いとする賛成意見が、日本医師会をはじめとして多いようだ。

本当に、簡単に賛成してよいものであろうか。すでに多くの医療機関で行われているインシデント・アクシデントレポート制度は、レポート提出者の処罰はしないことを前提に行っている。この保証があつてこそ、偽りのない報告がなされ、正しい原因究明に役立つものである。

しかし、行政処分、警察への通報があり得る場合には事実が報告されない可能性があり、原因究明の役に立たない。それどころか今まで積み上げてきた、インシデント・アクシデントレポートが提出されなくなり、医療安全、患者安全制度が根底から覆されることが危惧される。

本来、医療事故をまったくなくすることはできない。原因は人にあるのではなく、ほとんどがシステムに原因があるといわれている。医療事故をできるだけ少なくするために、システムの欠点を追究することが調査会

の役目であるはずであり、人を告発するべきでない。

さらには、患者・家族から告発があった場合、警察として独自に捜査すると警察庁幹部は述べており、すべての例が調査会に委ねられるのであれば今より進歩した制度とは言えず、医師の立場は悪くなるばかりである。

死因究明のために第三者機関が調査する趣旨には賛成できるが、以上のような問題点を含んでおり、今後更なる検討が必要である。性急に結論を出すべきではないと考える。(K)

08年度影響調査は準備病院以外も参加可能

DPC評価分科会 DPC算定は7月で718病院。準備病院を加えると一般病床の半数を超える

2008年度最初の診療報酬調査専門組織DPC評価分科会が5月9日に開かれ、事務局(厚労省保険局医療課)から、07年度のDPC導入影響評価調査結果の最終報告概要および再入院に関する特別調査の結果概要が示された。

07年度DPC導入影響調査の結果は、すでに昨年11月に中間報告がなされており、今回は若干の肉付けを加えたものが報告された。

最終報告概要は、①診断群分類分類ごとの平均在院日数短縮化が進んでいる、②救急搬送、緊急入院、紹介患者は増加傾向を示しており、患者選別の傾向はみえない、③退院時転帰については、治癒・軽快の合計割合は一定ながら治癒の割合が減少しているなど、「全体として急性期として適切な医療の提供、質を確保した効率化が進んで

いる」と評価している。

再入院は07年度も引き続き増加傾向を示した。今後、再入院率の高い病院を対象にヒアリングを実施するが、08年度からは同一疾患で3日以内の再入院・再転棟を1入院とする新ルールの下で引き続いて調査を行ない、その結果をあらためて検討するとしている。

事務局は、また、08年度に実施する影響調査の実施案を提示した。DPC導入による診療内容への影響評価だけでなく、DPCのあり方や調整係数廃止に伴う新たな機能評価係数等の検討に資することが08年度調査の目的に加えられた。

さらに、7月から12月までの患者に関する基礎データは退院時に対象としていたため、これまでは療養病棟等に転棟した患者は調査対象とならなかつ

たが、08年度からは、急性期入院医療の実態をより捕捉するため、一般病棟から他病棟に転棟した時点でデータ提出することになった。

加えて、データ提出ができなかった、データの精度等に重大な疑義が生じた病院に関しては、原因究明の別調査を検討・実施することも改正点の1つだ。

08年度調査の対象はDPC対象病院、同準備病院以外にも広げる。DPC準備病院制度前の「調査協力病院」の復活版となる。

調査参加できる病院の基準は、①10対1以上看護の急性期病院(10対1以上を届け出る計画の策定でもよい)、②診療録管理体制加算の算定またはそれに準じる体制、③標準レセ電算マスターに対応したデータの提出を含め調査に対応できること、とされた。

②③はこれまで通りだが、①が緩和されたことになる。

08年4月に新たにDPC算定となった病院は174病院(合計534病院)であった。7月に開始する予定が184病院あり、すべて算定を始めるとDPC対象病院は718になる。これ以外に、07年度準備病院が710ある。

DPC算定病床は対象病院(7月算定を含む718病院)で28万8,610床。07年度準備病院が16万8,691床、合計45万7,301床。対象病院だけで一般病床の312.68%、準備病院を加えると50.20%と、半数を超えることになる。

08年4月に算定開始が見込まれていた06年度準備病院のうち13病院が導入を見送ったが、いずれも引き続き準備病院にとどまっている。

看護基礎教育のあり方懇談会 西澤会長、看護基礎教育で意見・提案



a 長期的な視点から看護基礎教育のあり方を検討する「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」は、5月12日、西澤寛俊会長を招いて意見を聞いた。

西澤会長は、病院管理者・経営者の立場から、将来の医療を支える看護師の教育現場に対する期待と注文を明らかにした。

「基礎教育では医学教育との共通性や整合性が確保されるべきである」と

も提起。その際、臨床実習を充実させるよう求めた。卒後臨床研修も必要という認識を表明した。

また、「チーム医療を実践する知識やノウハウが不足している」として、病院を営む組織のあり方に対する認識を深めることを提唱した。

実践能力を高める上では臨床経験豊かな教員の確保が必要であると指摘。カリキュラムも、見習い・見学から基礎分野、専門分野、統合分野へと進んでいく工夫が必要と述べた。

教育期間については、「4年制を考える前に現行枠内で改善の余地は十分ある」とした上で、「その成果を検証する中で4年制の議論はあり得る」という認識を示した。

群とみなされることが判明した。

40歳以上で過去1年間に健診や人間ドックを受けた者は、男性で約70%、女性は約60%に達した。そのうち男女ともに約60%が肥満・高血圧・糖尿病などの指摘を受けていた。

■財政改革派首長が病院診療費引き上げを訴える

4月25日の財政審・財政制度等審議会のヒアリングで、石川良一稲城市長(東京都)は、市立病院の医療費について、「経営努力を上回る費用増で収益減が続いている。病院診療費は自治体ではコントロールが不可能。病院診療費を上げる必要がある」と訴えた。

同市長は自治体財政改革の実績で知られている。

09年度予算建議は2,200億円削減を堅持か

5月13日の財政制度等審議会財政構造改革部会に、財務省主計局は「医療制度の現状と課題」と記した資料を提示。その中で、「提供サイドの構造改革等の必要性」として、①医師と他医療従事者の役割分担の見直し、②病院と診療所のあり方、③医師不足問題の3点をあげた。

東京大学大学院吉川洋教授は、ヒアリングで「軽費医療の免責制の導入」を提起した。

2009年度政府予算に向けた議論を進める財政構造改革部会に6月に財務大臣への建議をまとめるが、同日の議論で、06年の「骨太の方針」が打ち出した、社会保障費の自然増を2011年度まで毎年2200億円ずつ削減する歳出抑制策を堅持する方針を確認した。

財務省は、介護保険についても、要介護の軽度者を給付対象から外すと、給付費を年間約2兆900億円、国庫負担で6,100億円削減可能とする試算を示した。

2008年度医療安全管理者継続講習(演習)会主催 (社)全日本病院協会・(社)日本医療法人協会

期日 ● 1日目 6月28日(土) RCA演習 10:00~18:00
2日目 6月29日(日) FMEA演習 9:00~17:00

会場 ● 国際ファッションセンター(KFC)ビル Room115(11F)
東京都墨田区横網1丁目6番1号 Tel. 03-5610-5801

参加費 ● 3万円(受講料、テキスト代、昼食代を含む)

定員 ● 60~70名前後(下記に該当する方のみが受講できます)
※四病協または全日病、医法協の医療安全管理者養成課程講習会第1,2,3クール受講修了者で課題提出者に限ります。

申込先 ● 5月30日までに各病院協会にお申し込みください。定員に達し次第締切ります。

全日病DPC分析事業—MEDITARGET説明会&ユーザーズミーティング

期日 ● 5月30日(金) 14:40~17:50
14:40~15:45 MEDI-TARGET説明会
15:50~17:50 MEDI-TARGETユーザーズミーティング(ユーザー以外の方も是非ご参加ください)

会場 ● 東医健保会館3Fホール 東京都新宿区南元町4番地(JR総武線信濃町駅下車)

参加費 ● 無料

定員 ● 140名

申込先 ● 5月16日までに全日病事務局までファックスにてお申し込みください。定員に達し次第締切ります。(申込用紙等案内書は全日病ホームページからダウンロードできます)

社会経済生産性本部主催—サービス業製造管理ノウハウ活用方策・適用事例成果報告会

経産省の委託を受け、サービス業に製造管理ノウハウ導入を促進するために製造管理ノウハウの新たな活用方策・適用事例の開発を行なってきました。その成果報告会を開催します。

日時 ● 5月29日(木) 13時~17時15分

会場 ● 東京ステーションコンファレンス 503A・B・C・D 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー5階

定員 ● 200名

参加費 ● 無料(事前申込が必要。締切日5月27日)

問い合わせ先 財団法人社会経済生産性本部 サービス産業生産性協議会事務局
03-3593-8450 Email M.Yamano@jpc-sed.or.jp

医療短信 BRIEF

■「内科専門医」を「総合内科専門医」に改める

厚生労働省は4月25日付で、医政局総務課長通知「広告が可能な医師等の専門性に関する資格名等について」の改正通知を发出、医療広告が認められる専門資格名として、日本内科学会の「内科専門医」を「総合内科専門医」と改めた。

■2006年国民健康・栄養調査結果の概要

4月30日に厚労省が発表した06年の国民健康・栄養調査結果概要によると、糖尿病が疑われる人は推定約1,870万人にのぼり、02年から約250万人、1999年からは約500万人も増えた。

また、40~74歳の男性の2人に1人、女性の5人に1人がメタボリックシンドロームの疑いが強い、またはその予備

“悪質な滞納”8.5%、生活困窮も10%強に過ぎず

未収金調査結果の概要(速報値) 未収金の背景に患者意識の変容?! 患者への日常的アプローチも重要

厚生労働省は4月23日の「医療機関の未収金問題に関する検討会」に、病院未収金に関する実態調査の結果(速報値)を報告した(5月1日号既報)。

それによると、未収金のある患者に関する回答からは、「生活困窮者」というイメージだけでなく、診療サービスを受けた対価という意識が希薄な患者

像が、もう一方の“主役”として浮かび上がってくる。

それは、例えば、①未収金件数の71.5%が時間内の通常の診療形態だったとみられる、②患者ごとの未収金額「1万円未満」が入院の51.1%、外来の70.4%を占めている、③未収金総額に対する患者一部負担金相当額(推計)の割合は43.8%に過

ぎない、④「自賠責」が未収金総額の28.8%を占める、などの点にかいまみられる。

「今回の医療費を支払うだけの資力がないほどに生活に困窮している」とみなされる患者は16.9%、あるいは、今回未収の主な理由が「支払い資力の欠如」とみられる患者は10.3%(ともに件数ベース)にすぎない。

担当者からみて“悪質な滞納”は件数ベースで8.5%に過ぎない。“悪質ではない滞納”が多くを占めるということから、支払いを自己の都合から考える患者が、請求活動の不得手な病院を相手にある種のモラトリアムを謳歌しているという構図が浮かび上がる。

回収を高めるためには迅速かつきめの細かい請求活動が欠かせないが、同時に、患者に対する制度(ルール)説明とコンプライアンスの面からのアプローチに、日常的に取り組むことも大切であることをうかがわせる調査結果となった。

未収金に関するアンケート調査結果(速報値)の概要 4月23日

□調査の概要

四病協加盟病院の約2分の1を無作為抽出。発送数は2,844。速報値をまとめた2008年4月14日時点での回収数は755件、回収率は26.5%。

□年度別未収金の実態

年度末未収金の1施設あたり平均値は、04年度末は4,559万1,329円、05年度末は4,695万837円、06年度末は4,790万4,505円。損金処理した金額は、04年度は259万1,797円、05年度は271万0,491円、06年度は297万1,549円だった。(表1)

□未収の実態(07年12月診療分)

●未収金の件数

未収金件数は、回答571病院の合計で1万8,154件、1施設あたりは31.8件。全患者数に対する未収金のある患者の比率は0.6%であった。

●未収金の額

未収金の額は、回答571病院の合計で8億3,941万7,522円、1施設あたりの未収金の金額は147万83円(中央値は47万9,405円)であった。

未収金1件の平均金額は4万6,238円。入院1件あたりは11万3,043円、外来1件あたりは1万1,877円だった。

●入院、外来の比率

未収金の件数では入院分が34.0%、金額では83.0%が入院分であった。

●開設者別 未収金の件数・金額

開設者別にみると、合計では、医療法人が5,584件(2億1,655万5,486円)と件数ベースで最も多く、公立が2億1,668万7,322円(4,603件)と金額ベースで最も多かった。

1病院あたりでみると、学校法人が757万2,094円、公的が261万5,199円、公立が296万8,319円と比較的高かった。

医療法人は平均68万992円(中央値27万5,662円)と比較的低かった。

□回収の工夫等

●支払いと回収にかかわる方策

87.1%の病院が「未収金患者リスト」を作成。82.4%の病院が、高額療養費制度・出産育児一時金受取代理制度等の「制度説明」を行っていた。(表2)

●入院保証金の有無

入院保証金は21.0%の病院が採用している。入院保証金有無別の、未収金1件あたりの金額(入院患者)は、入院保証金「ある」病院は13万8,652円、「ない」病院は10万7,558円であった。

●未収金問題の取組体制

未収金問題への取り組みは、「医事課等の職員が行う」が93.2%と圧倒的に多かった。「専任職員を配置」は9.4%、「対策チームを設置」は9.6%であった。

●未収金回収努力の内訳

未収金の回収努力について、ほぼすべての病院が電話催告(97.3%)や文書催告(一般文書)(95.8%)を行っていた。「(裁判所による)支払督促」は9.3%、「少額訴訟」は4.6%、「訴訟」は2.5%で、「債権回収業者の利用」は5.5%だった。

□未収金のある患者の詳細(有効回答637病院、対象18,162患者)

●患者ごとの未収金の金額

患者ごとの未収金をみると、全体(入

院・外来)では「1万円未満」が51.1%、「30万円以上」が2.7%だった。

入院では「30万円以上」が7.0%、「10万円以上30万円未満」が18.3%と、「10万円以上」が25.3%を占めた。外来では「1万円未満」が70.4%を占めるなど、入院の方が1件あたりの金額が大きく、外来は比較的少額の未収が多かった。

●未収金総額に占める患者一部負担金相当額の割合

未収金総額に対する患者一部負担金相当額(推計)の割合は43.8%となった。

□未収金のある患者の属性等

●保険種別等ごとの未収金

保険種別等ごとの未収金件数は「国保(資格証明書を除く)」が42.1%、次いで「政管健保」が16.8%だった。保険種別等ごとの未収金の金額合計をみると「国保(資格証明書を除く)」が38.5%、次いで「自賠責」が28.8%であった。保険種別等ごと1件あたりの平均額は「正常分娩」が18万1,589円と最も多く、次いで「自賠責」が10万2,152円だった。(表3)

●受診形態別の未収金

受診形態別に未収金件数をみると「救急車で搬送」が9.8%、「時間外診療」が13.5%だった。71.5%が「その他」、したがって時間内で通常の診療形態だったとみられる。受診形態別に未収金の金額をみると「救急車で搬送」が23.8%だ

った。

●外国人の未収金

未収金件数のうち、患者が「外国人である」は1.8%、未収金の金額では2.8%だった。

□未収金の理由(対象1万8,162患者)

●未収の主な理由

回収できない主な理由は、件数ベースでは「分納中・分納交渉中のため」が16.6%と最多。次いで「特に回収の働きかけをしていないため理由が分からない」が12.3%だった。「生活に困っており医療費を支払う資力はないようだ」は10.3%、「元々、支払う意思がないようだ」は9.6%だった。

金額ベースでみると、「分納中・分納交渉中のため」が21.1%と最も多かった。次いで「生活に困っており医療費を支払う資力はないようだ」は14.3%だった。(表4)

●生活困窮の状況

「今回の医療費を支払うだけの資力がないほどに生活に困窮している」患者は、件数ベースで16.9%、金額ベースでは21.5%だった。

●悪質滞納

「(支払い能力はあるようだが)最初から支払う意思がない、虚偽の申立をする、滞納を繰り返す、暴言を吐く等」の“悪質な滞納”は、件数ベースで8.5%、金額ベースでは8.2%だった。

●過去未収の有無

以前にも、回答病院で診療費を支払わなかったことがある患者は、件数ベースで25.9%、金額ベースで25.7%と約4分の1を占めた。

□催告等の状況

未収に対して行った働きかけは「電話催告」が40.1%、「文書催告(一般文書)」が42.1%、文書催告(内容証明付郵便)1.4%、訪問2.0%、債権回収業者の利用0.1%、(裁判所による)支払督促0.1%だった。「特に何もしていない」が21.2%だった。

表1 ■未収金と損金処理額の推移 単位:円

	回答件数	未収金	回答件数	損金処理額	単純増分	純増分
04年度末	564件	45,591,329	537件	2,591,797	-	-
05年度末	589件	46,950,837	550件	2,710,491	1,359,509	4,070,000
06年度末	604件	47,904,505	561件	2,971,549	953,668	3,925,216

*単純増分とは「当該年度未収金-前年度未収金」、純増分とは「当該年度における新規未収金発生による増分と回収による減額の差額(単純増分+当該年度の損金処理額)」

表3 ■保険種別等ごとの未収金の件数・金額

	未収金の件数	未収金の合計金額	1件あたり平均金額
全体	18,162	891,155,681	49,067.0
国保(資格証明書を除く)	7,654	343,450,192	44,872.0
国保(資格証明書)	278	9,892,800	35,585.6
政管健保	3,055	100,343,168	32,845.6
組合健保・共済	1,773	49,351,138	27,834.8
介護保険	131	10,863,153	82,924.8
資格喪失後受診	31	2,014,952	64,998.5
生活保護または単独公費負担医療終了後受診	216	2,790,632	12,919.6
保険未加入	925	41,442,110	44,802.3
生活保護または単独公費負担医療	377	6,708,175	17,793.6
自賠責	2,514	256,812,496	102,152.9
正常分娩	141	25,604,135	181,589.6
その他	984	38,390,693	39,014.9
無回答	83	3,492,037	-

表2 ■支払いと回収にかかわる方策

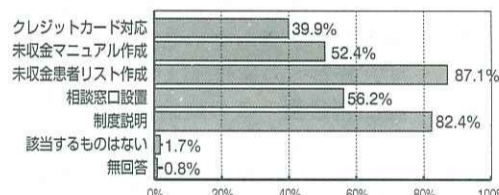
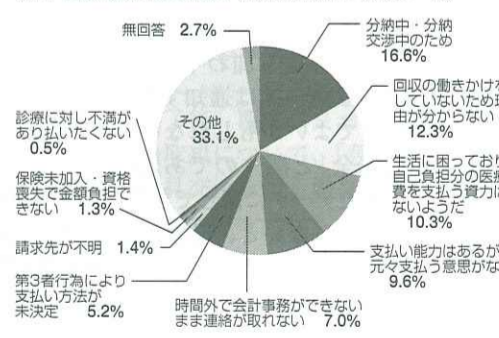


表4 ■未収の主な理由(最も近いもの1つ:件数ベース)



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

医療安全組織 守秘義務と高い独立性を持った調査機関が必要

事故調査組織 捜査機関から独立した、有責の有無を判断する組織も別に必要

第3次試案に対する全日病の「見解と要望」—記者発表における応答から(要旨) 厚生労働記者会(一般紙等) 5月12日 *1面記事を参照

西澤会長 第3次試案に書かれている設立の目的には賛同できる。医療事故の原因究明・再発防止という医療安全策の確保と医療事故に対する過失の調査・有責判断を1つの組織で行なうことは問題があり、それぞれの目的にしたがった組織に分けるべきであるが、第3次試案は、2つの目的を1つの組織(医療安全調査委員会=仮称)で機能させるとしている。したがって、さらに時間をかけ、場合によっては第4次試案、第5次試案もあり得るぐらいに、議論を尽くしていただきたい。そのためには法案化を急ぐことは止めていただきたい、という点が今回要望の主な内容である。

記者 第3次試案の部分的見直し、議論のやり直し、どちらを求めているのか。

西澤会長 原因究明・再発防止を目的とする委員会から、それに合致しない目的を分離し、別組織にしてはかがかという提案をしている。委員会の設立に反対するものではなく、あくまでも試案の手直しを求めているのである。

記者 文中に「免責が必要である」とある。これは、医療事故の死亡事案と医療者の過失責任はなじまないという考えか。

西澤会長 ここでは外国の考え方として「免責」という事例を紹介している。我々としては、原因究明・再発防止を目的とする委員会には、報告された事故情報に関して守秘義務を認めるべきではないかと考えている。

記者 それは、事故調査報告の取り扱いの仕方の問題があるという意味か。

西澤会長 委員会設立の目的に「原因究明・再発防止」を掲げ、「責任追及を目的としない」とも書いている。そうであれば、報告を使って行政処分をするとか警察に通知するという事はおかしいことで、それは別組織においてしていただきたいと提案している。

記者 行政処分とかの責任追及は、別に創った組織ですべきと。

西澤会長 そう。分離していただきたい。

記者 別の組織とは、具体的にはどういうイメージか。

西澤会長 もう1つの組織がどうあるべきかは、医師法第21条や業務上過失をめぐる問題が絡むことから、別途検討が必要と考える。今回の試案は、この点が分かりづらくなっている。

記者 調査委員会に報告したものは原因究明が目的であるから、警察等には資料提供するなど言う一方、責任追及は別の組織ですするというが、では、別の組織というのは何を手がかりにどうやって調査をするのか。試案では、委員会に届け出れば医師法21条による警

察への届け出はいらぬとしている。遺族が、警察なり、別の組織なりに届け出るといふことなのか。

西澤会長 そういう組織を別に創設すべきと考える。

記者 しかし、本来の調査委員会に届け出られている資料は一切使っていないということか。

西澤会長 そう。届け出られている資料の目的が異なるからだ。

記者 一方で、この要望は「故意や改ざんなどの違法行為は捜査当局への告発は当然である」としている。これは、調査委員会が関与してよいということか。

西澤会長 それは、まったく別の組織、「医療事故の過失調査および責任追及の組織」で扱われるべきである。

記者 つまり、調査委員会は、あくまでも原因究明だけを目的としているのだから、そこで証拠隠滅や改ざん等を見つけても不問に付すということか。第3次試案は、基本目的は原因究明・再発防止とした上で、そこに報告された事例の中に証拠隠滅や改ざん等に違法行為が見つかった場合に警察に通報することはその限りではない、としている。これでは駄目なのか。

西澤会長 やはり違うように思う。我々が考える原因究明・再発防止は、あくまでも医療界の専門家によって、純粋に医療安全の観点からなされるべきであり、事例の中に違法性があるかどうかを判断するものではない。システムエラーの観点から、同じことが再発しないように導くことが目的であり、違法性云々という視点から見るとはならない。

記者 (試案でも)通常はその通りにワークすることだろう。ただ、故意や証拠隠滅といった違法なケースは例外にするとということではないか。全日病も、そういうケースは責任を問われても仕方がないと言っている。にもかかわらず、警察への通報等はするなど。

猪口副会長 この議論は、医師法21条の異状死届出をどうするかということから始まっている。つまり、そもそもは、「医療安全委員会」ではなく「医療事故調査委員会」として議論が始まった。であるならば、「医療事故調査委員会」に法曹界等も加わり、明らかな違法性があるケースは通知するということがあってよいかもしれない。しかし、「医療安全」と謳うのであれば、そこに出されたデータに関してきちんと守秘義務が守られないと、現場としてはデータ提出が難しくなる。「このデータも警察に行く可能性がある」というように調査を見られかねない。これでは医療安全に

役立つデータは集まらないのではないかと、我々は危惧している。したがって、基本的には、医療安全を目的とする組織と事故の有責性を判断する組織の2つが必要となるのではないかと。

記者 組織をどううまく運営するかを考えると、基本を外すようなことにはならないのではないか。別の組織にしても、結局は捜査や裁判に頼ることになる。これでは今までと同じことにならないか。

西澤会長 別組織のあり方は、これから検討されるべきだ。今すべきことは、異なる2つの目的が交わり合っているのを止めて、分離させることである。第3次試案には「関係者は(調査チームによる)質問に答えることを強要されない」とある。「正直に言わなくてもよい」とも向け取れかねない書き方だ。これは、責任追及や訴追の可能性を考慮した結果、「自己の不利益となる…」という権利に配慮しているのだろう。しかし、原因究明・再発防止を真に考えると、すべてを正直に明らかにしてもらわなければ解決できない。例えば、アメリカではIOMが“To Err Is Human”(人間は間違いを犯すもの)*1というレポートを出して以来、責任追及よりも再発防止を目指すことが大切であるという認識が変わりつつある。我々が原因究明・再発防止の仕組みを提唱する背景には、アメリカに代表される、医療安全に関する世界の潮流がある。厚生省が示す委員会が、元々、責任追及の視点から構想されたことは事実だ。であるならば、何故、そこに“原因究明・再発防止”という命題をかぶせたかである。しかし、我々は、この委員会が、そうした目的の組織であるというのであれば、それにふさわしいものにしてほしいということをお願いしている。

WHOでは、事故情報の報告制度がうまくゆくための7つの条件*2を示しているが、その中で、「報告者や関係者が、報告の結果、処罰を受ける恐れを持たないようにすべきである」といった、ある意味で免責に近い考え方を採用している。これが世界の潮流となってきた。

日本でも、事故を起した医師を罰したいという感情もあるだろうが、患者が一番望んでいるものは「二度と同じ事故を起してほしくない」という思いであると思う。そうであるとしたら、その思いを達成するためにどうしたらよいかを最優先して考えるべきではないか。再発を防止する目的を有しながら、片方で罰しようとする、こうした

異なる目的を1つの組織で行なうとどちら中途半端な結果になり、再発防止につながるものではないというのが我々の主張である。これは、WHOなどと同じ視点に立つものだ。

記者 警察がいきなり乗り込んでくるというのが現状であるが、厚生省によると、第3者機関ができることによって、まずは警察の介入を止めて、その機関が何が起きたかを判断し、その中から違法性が高いと思われる点のみを警察に回すとしている。これが駄目となると、今までのようにいきなり警察が入ってくることを是認するということになるが。

猪口副会長 そういうことを主張しているわけではない。事故の究明や責任の有無の判断は事故調査委員会としてなされるべきではないかと申し上げている。医療安全と謳うのであれば、それとは一線を画した事故情報を収集する報告制度を考える必要があると主張しているわけである。この2つが同じテーブルで行なわれることには無理があると言っている。

記者 組織を2つ創る場合に、有責の有無を判断する組織は調査報告を一切使えなくなるのであれば、やはり警察が乗り込み、一から調べるといふことになるのではないか。

猪口副会長 我々が考えるのは、1つは事故調査の組織であり、もう1つは医療安全の組織である。事故調査の方は、調査の結果、証拠隠滅や故意等の問題がみつければ当然に告発の対象となることだろう。

記者 その、事故調査委員会のイメージがよく分からないが。

猪口副会長 事故調査の組織でも、有責の有無を判断するために原因究明は行なわれるだろう。しかし、それは、WHOなどが提唱している医療安全のための組織とは自ずと異なるものではないか。

西澤会長 “原因究明”というのが色々な意味で使われている。我々がいう“原因究明”というのは、例えば投薬のミスがあった場合に、単に薬の量を間違えたといった直接的な誤りを明らかにすることにとどまらない。医療安全という視点に立つと、どうしてそういう誤りが生じたかを、例えばRCA*3といった解析手法などを用いて、システムの中で明らかにする必要がある。そこまで行かないと再発防止のための情報は得られない。「薬の量を間違えた誰それが悪い。今後は間違えないようにしましょう」というのが、比喩的に言え

全日病厚生会 病院総合補償制度に「個人情報漏えい保険」が追加されました

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

団体契約者 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

ば責任追及の限界ではないか。この辺りの反省をしているのが「To Err Is Human」であり、アメリカでは、その後、事故報告制度を確立させるという医療安全の考え方が主流となった。責任追及と医療安全の取り組みを分けて考える世界の潮流からみると、日本はまだ遅れていると言わざるを得ない。

記者 全日病は、故意や証拠隠滅、改ざんなどが刑事罰の対象となることは止むを得ないと考えているのか。

西澤会長 止むを得ないと考える。

記者 医療安全の委員会は原因究明の調査をするが有責の有無の判断はしない、その調査報告も警察等には出さないとすると、刑事罰の対象となるかどうかの判断は誰がどういう手順で行なうのか。

猪口副会長 それは、本来の事故調査委員会の範疇である。

記者 つまり、一から調査、捜査することになると。

西澤会長 届け出る内容と手順が異なる。例えば、試案は死亡事故に限定しているが、医療安全の場合は重大な事故すべてが対象となるべきではないか。日本医療機能評価機構の医療事故防止センターが行なっている医療事故情報収集等事業がイメージに近い。

記者 今回の試案は原因究明等をするというのが基本的な目的であり、その上で証拠隠滅などの悪質事例は捜査機関に通報する、(そこから先は)自分たちがするのではなく、お渡しするという内容だ。つまり、医療安全調査委は責任追及ということではなく、原因究明と再発防止に重点があるということにはならないのか。

西澤会長 試案では「関係者は質問に

答えることを強要されない」となっている。**記者** それは、医療関係者からの要望でそうなったのではないのか。

西澤会長 つまりは、調査報告が行政処分や刑事手続きといった責任追及に使われるから、そうなったということではないか。

記者 しかし、悪質な事例があれば捜査機関に使われるのは当然であるというのが、コンセンサスとしてそちらにあるのであれば…。

西澤会長 「原因究明・再発防止」という目的をもつ前の委員会であれば、それはそれでよい。であれば、その委員会は原因究明・再発防止の組織にはなり得ないということだ。どちらが大切なのか。原因究明・再発防止の方が一番大切だということであれば、その委員会をきちんと創っていただきたい。今の委員会案でいくと、警察に伝えるなど責任追及はなされるから、それはそれでよい。しかし、国民・患者が本当に再発防止を希望するのであれば、それに見合った組織を責任追及とは別に創っていただきたい。今の委員会案では、そうした組織にはなり得ない。すべて正直に明らかにしてもらわないと再発防止は難しい。

記者 元々、議論の発端は、医師法21条があって、届け出や告発があれば何でもかんでも警察が介入するというところから、客観的に専門的知見をもって調査する機関を創ろうということではなかったのか。しかし、この要望によると、患者が調査を希望しても、この(全日病が提案する)委員会は役を果たさないことになり、相変わらず患者は警察に行くしかないことになるが。

猪口副会長 我々は医療安全の委員会をきちんと創るよう要望している。片方で、事故調査の委員会も、もっとしっかりとあるべきだろうとも考える。試案によると、医療機関から届け出たものは21条にもとづく届け出はならないという。では、「これは事故ではない」と判断して届け出ないケースで、患者が直接警察に告訴した場合には、警察の捜査はこれまでと同様に行なわれる。むしろ、そうしたケースもしっかりと受け止められるような事故調査委員会であってしかるべきではないかとも考える。

記者 今言われた事故調査委員会というのは、患者の訴え以外にどういう端緒をイメージしているのか。故意や証拠隠滅、改ざんなどの有無をどこで知ることができるのか。

猪口副会長 医療機関が当然届け出ることになる。

記者 病院は2ヶ所に届け出ると。

猪口副会長 医療安全に関しては届け出の方法が異なるかもしれない。今でも、事故防止センターに届け出る仕組みがあるが、そういうかたちの中で新たな届け出の方法が考えられるかもしれない。

記者 試案では、警察への通知があるために関係者は真実を話せない可能性がある。では、医療安全の組織は、強制力もない中でどうやって事実をたどりつづけるのか。

猪口副会長 医療安全というのは死亡事故に限らない。いわゆるヒヤリハット・インシデントレポートと同種であって、そこに死亡事故も含め、すべて報告してもらい組織が必要であるということだ。その初歩的なかたちは現在整いつつあるかもしれない。それと責任追及の事故調とは区別するべきであり、事

故調は事故調としてきちんと整えられてしかるものと考えている。

西澤会長 我々医療人は、医療の質を考えると、安全が最大のポイントであると考えている。我々には「同じ事故を繰り返したくない」という思いがある。しかし、原因が単純に判明するものはよいが、システムとの係わりから、かなり複雑に分析しなければならぬ事故というのが非常に多い。この解明を、医療人としてやらなければならないという思いがある。世界の潮流もそういう方向に向かっている。各医療機関に委員会があつて、そこで解決可能なものもあることだろう。しかし、そこで処理できない事例は、我々が望むような組織に届け出てもらい、それを医療安全の専門家が色々な手法を用いて原因を解明する。そういうことができる組織が必要とされていると考える。つまり、試案にある責任追及とはまったく目的を異としている。では、関係者は正直に語るのかという質問があつたが、医療人は誰もが再発防止を願っている。したがって、正直に報告していただき、それをWHOの7条件がいうように、「報告者や関係者が、報告の結果、処罰を受ける恐れを持たないようにすべきである」「患者、報告者、病院の個別情報は決して明かされてはならない」「報告制度は、処罰権限を持つ当局から独立していなければならない」といった環境を病院団体として整えていくべきであると考えている。そうした条件を満たすものが原因究明・再発防止の組織である。したがって、試案をもって原因究明・再発防止の組織であると言われると、やはり疑問を感じざるを得ない。

医療安全組織は安全分析等の支援も担う

第3次試案に対する全日病の「見解と要望」—記者発表における応答から 厚生日比谷クラブ(専門紙) 5月12日

記者 要望書に「調査資料を捜査機関に提出する、遺族から告訴がなされた場合には警察が捜査に着手するという内容には大きな疑問」とあるが、具体的にきかせてほしい。

西澤会長 試案の別紙「捜査機関との関係について」には、「調査過程で得られた資料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提出しない方針」と書かれている。患者が告訴すれば警察は動かざるを得ない。そうなる捜査令状によって報告書以外も警察に出さざるを得ないと考えられるが、今ひとつ明確ではない。このように、厚労省の立場から医師法21条とのかかわりなどが付記されているが、明らかになっていない点が色々あるという点を指摘させていただいた。

記者 末尾に「医療安全確保には守秘の義務と権限を持つ独立性の高い組織が必要」とあるが、どういう権限を必要としていると考えているのか。

西澤会長 これは我々が考える医療安全の組織について言っている。組織には、調査内容の守秘義務という点で捜査機関に対抗できる保証が必要と考える。

記者 捜査機関との関係が不明確という指摘は、厚労省に明確にするよう求めるという意味か。

西澤会長 厚労省だけでなく、警察庁など、関係省庁それぞれに明確にして、文書で示していただきたいと考える。現時点では、第3次試案に書かれているに過ぎない。

記者 確か4月22日の衆院決算行政監視委員会で、警察庁の米田刑事局長が「遺族から訴えがあれば捜査に着手せざるを得ない」と答弁しているが。

猪口副会長 医療安全と医療事故とで

組織は異なるが、医療事故調査委員会であっても、そこにはきちんとした権限をもたせるべきかとは思ふ。例えば、試案は21条に代わるものとしているが、届け出がないケースで遺族から訴えがあれば捜査は入ることになる。そうした場合に、「調査は委員会にまかせてほしい」と言えるだけの権限があつてよいと思う。

記者 要望に「刑法、刑事訴訟法の枠組みに変更がない限り、委員会の存在が患者の告訴による捜査開始を抑えられるものとは考えられない」とある。これは法改正を求めるものか。

西澤会長 法改正を求めるとのことよりも、試案における矛盾を指摘させていただいた。

猪口副会長 試案の別紙では「遺族から告訴があつ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判断を尊重し、調査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」とされている。これは届け出があつた場合の話に過ぎない。医療事故の委員会であれば、届出の有無や告訴のあるなしにかかわらずきちんと事故調で調べるといふぐらいの強い権限があつてもよいのではと考える。

記者 日医は試案に基本的に賛成だ。日病協も、記者会見によると概ね賛成の方向ととれる。他団体と温度差があるように思えるが、互いにコミュニケーションは取っていないのか。

西澤会長 この問題では特にすり合わせはしていない。学会を含め賛否両論であり、これに関して医療界は、今混乱している。

記者 原因究明・再発防止と責任追及

を別組織にというが、設置主体をどう考えるか。

西澤会長 我々が求める医療安全という目的にあった委員会を創設するとすると、例えば、日本医療機能評価機構のような、行政とは分離した第3者機関が考えられる。ただし、試案でいう組織に関しては、現時点で答えを持っていない。

記者 「調査委員は病理医・臨床医・医療安全に関わる実務者および研究者で構成されるべき」とあるが、遺族は？

西澤会長 そこは、医療安全組織の調

記者会見終了後、西澤会長および猪口副会長は、今回の「見解と要望」を踏まえた今後の取組について、「色々な立場の医療人、患者・遺族を含む各方面の関係者と意見交流を図る場を早急に設けたい」と語った。

編集部注

*1 ●「To Err Is Human」
1999年11月に発表された米国Institute of Medicine (IOM)のレポート。これまでの医療事故を系統的にレビューするとともに、医療事故対策における政府・関係団体の役割を明確に規定・提案したこのレポートは、「人は誰でも間違える」という視点から、個人ではなくシステムに着目した医療安全の考え方を提唱している。

*2 ●WHO 7つの条件
「WHO DRAFT GUIDELINES FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS」第6章に所収。http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

Non-punitive
Reporters are free from fear of retaliation against themselves or punishment of others as a result of reporting.

Confidential
The identities of the patient, reporter, and institution are never revealed.

Independent
The reporting system is independent of any authority with power to punish the reporter or the organization.
Expert analysis



査メンバーのことである。医療事故の組織には、遺族や患者代表も加えられるべきと考える。

記者 医療安全について「医療機関への指導も行われるべき」とあるが、どのような内容か。

西澤会長 これは医療安全の委員会のことを言っており、もちろん行政処分とかのことではない。医療安全における分析ツールであるRCA法などによる医療安全取り組みにかかわる支援・指導について述べている。

Reports are evaluated by experts who understand the clinical circumstances and are trained to recognize underlying systems causes.

Timely
Reports are analysed promptly and recommendations are rapidly disseminated to those who need to know, especially when serious hazards are identified.

Systems-oriented
Recommendations focus on changes in systems, processes, or products, rather than being targeted at individual performance.

Responsive
The agency that receives reports is capable of disseminating recommendations. Participating organizations commit to implementing recommendations whenever possible.

*3 ●RCA (Root Cause Analysis)
根本原因解析法。医療安全にかかわる分析の代表的な手法で、事故の発生プロセスをすべてたどって、その背後に潜む主にシステムの問題やファクターを探る。全日病・医法協が共催する医療安全管理者養成講習課程でも実習で採用されている。

褥瘡評価実施加算は発症可能性認められれば算定できる

08年度改定に関する全日病の質問に対する厚労省の回答 在宅患者訪問診療料2は特別な関係にある施設も算定可能

2008年度診療報酬改定に関しては、すでに、厚生労働省からまとまった疑義解釈が示されているが、本会の医療

保険・診療報酬委員会が会員病院からの質問にもとづいて整理した事項から、5月10日現在、厚労省から回答が

示されたものを抜粋して以下に掲載する。医療保険・診療報酬委員会は、回答

が遅れている事項を含む全質問に対する厚労省回答を、後日、本会ホームページに掲載する予定である。

08年度診療報酬改定に関する全日病質問に対する厚生労働省の回答から(抜粋) 5月10日現在

□特殊疾患療養病棟について

Q 重度の肢体不自由者の定義において身障手帳1級、2級取得者であっても、08年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除かれるのか。

A その通り。

□療養病棟入院基本料施設基準

Q ①継続的な評価とあるが、変化がない限り評価の必要はないか。②褥瘡、ADL低下、尿路感染、身体抑制の評価は該当の有無に関らず全て必要か。

A ①定期的(原則として月に1回)に患者の状態の評価及び入院療養の計画を見直し、その要点を診療録に記載する。なお、入院時と退院時のADLの程度を診療録に記載する。患者の状態に著しい変化が見られた場合には、その都度、患者の状態の評価及び対策を見直し、その要点を診療録に記載する。②褥瘡の発生割合等については病棟単位で把握し備え付けておくことが必要。

□(療養病棟における)褥瘡評価実施加算

Q (ADL区分3に該当する患者に対して)実際に褥瘡がなくても、その発症の可能性が認められれば、算定してもよいのか。

A 算定可能。ただし、継続的に看護計画等にて管理すること。

□一般病棟入院基本料

Q 一般病棟入院基本料の病棟がない病院で15:1の障害者施設等入院基本料を算定している病棟が、今回の改正に伴い算定要件に該当せず一般病棟入院基本料15:1に移行する場合、一般病棟入院基本料の施設基準を満たしていれば4月1日より一般病棟入院基本料15:1の算定ができるのか。

A 平均在院日数(3ヶ月平均)等の要件を満たしていれば届出可能。

□在宅患者応急入院診療加算

Q ①連携医療機関との取り決めには契約が必要か。②算定時にはどこまで確認が必要か(例えば、紹介元からレセプト提出等必要か)。

A ①事前に受入れ医療機関として連携を取る必要がある。②に関しては事前連携の必要なし。なお、書面により、やり取りされる事が望ましい。

□医師事務作業補助体制加算

Q 「緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者」とは、救急医療管理加算の算定要件と同じと考えてよいのか。

A その通り。

□後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

Q ①連携医療機関は数の制限があるのか。②算定時の確認方法は。

A ①ない。②患者に交付された療養計画書で確認すること。

□後期高齢者退院調整加算

Q 退院支援計画は「関係職種と連携して作成する」とあるが、人数に制限はあるのか。医師と社会福祉士だけでもよいのか。

A 特に制限はない。関係職種によるカンファレンス等を行った上で計画書を策定すること。

□回復期リハ病棟入院料

Q 「日常生活機能評価の手引き」の9に

ある「担当の看護部、理学療法士等」とは、当該病棟施設基準にある専従理学療法士、作業療法士のみをさすのか。前述以外の疾患別リハを実施したスタッフの記録も該当するのか。

A その通り。したがって全体での研修が必要。

□亜急性期入院医療管理料

Q 「実施上の留意事項」亜急性期入院医療管理料の(8)で「疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者数が…」とあるが、一般病棟(7対1)で手術をした場合は手術日を新たな主たる治療の開始日としてよいのか。

A その通り。

□がん性疼痛緩和指導管理料

Q 院外処方、処方せん発行時にも算定可能か。

A 算定可能。

□退院時共同指導料2

Q 紹介先医療機関での在宅療養において、医療機関同士は「特別な関係」ではないが、4職種のうち1職種(訪問看護ステーションの看護師)が紹介元と同一法人であった場合、算定は可能か。

A 不可。入院している医療機関を含めて4者は特別な関係にないこと。

□血糖自己測定指導加算

Q 生活習慣病管理料を算定している患者のみか。特定疾患管理料算定患者では算定不可か。

A その通り。

□後期高齢者終末期相談支援料

Q 後期高齢者終末期相談支援料200点

は、一般病棟、療養病棟どちらでも算定できるのか。

A その通り

□特定施設入居時医学総合管理料

Q 現在、在宅時医学総合管理料を届出済であるが、新たに届出が必要か。

A 不要。

□在宅患者訪問診療料2

Q 特別な関係にある施設において訪問した場合も算定可能か。

A 算定可能。

□画像診断等の評価の見直し

Q 画像診断管理加算2の施設基準の二について、「翌診療日」とは該当患者の翌診療日のことか、病院としての翌外来日のことか。

A 病院としての翌外来日。

□集団コミュニケーション療法料

Q 同一日に行った理学・作業療法士による疾患別リハビリの算定は可能か。

A 算定可能。

Q 言語療法士1人につき患者何名まで可能か。

A 言語聴覚療法士1名についての人数制限はない。療法士1人あたり1日のべ54単位が上限。

□放射線治療管理料

Q 医科診療報酬点数表第2章第12部放射線治療管理料注1・注3の加算および体外照射(新設)の加算は、08年4月に施設基準の届出を行った場合、新規の患者から加算するのか。これまで通院中の患者さんは対象外か。

A その通り。

「病院勤務医負担軽減体制」から勤務時間把握を外す

2008年度診療報酬改定で、入院基本料加算の施設基準に「病院勤務医の負担軽減に資する具体的計画」の提出が導入されたが、同計画の成果を評価するために提出が課せられた「病院勤務医の負担軽減に対する体制」報告のうち、「勤務時間の把握等」に関する記載事項の実施は当面見送ることを決め、4月14

日付の医療課長通知(保医発第0414001号)で改正を伝えた。

該当する加算項目は、①医師事務作業補助体制加算、②入院時医学管理加算、③ハイリスク分娩管理加算の3つ。

「病院勤務医の負担軽減に対する体制」報告は「病院勤務医の負担の軽減に資する計画」「病院勤務医の勤務時間の把握等」および「職員等に対する周知」からなり、そのうち「病院勤務医の勤務時間の把握等」の記載事項は、①平均週勤務時間数とそのうちの残業時間数、②連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数)、③当直後の通常勤務に係る配慮等、からなる。

通知は、「病院勤務医の勤務時間の把握等」について、「病院勤務医の負担軽減に関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、効果評価につ

いてはその指標について検討する必要があり、提出事項等を見直し」と説明。「現時点においては届出時に当該欄に記載がなくても受け付ける」と、当面、届出事項から除外することを認めた。

ただし、「病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること」としている。

08年改定の疑義解釈第2弾が出る

2008年度診療報酬改定にかかわる疑義解釈(抜粋) 5月9日

【入院基本料等加算】

Q8 医師事務作業補助体制加算の施設基準である研修は、既存の講習等を受けた場合には免除されるか。

A 基礎知識習得については適切な内容の講習時間に代えることは差し支えない。ただし、業務内容の6ヶ月間研修は実施すること。適切な内容の講習には、診療報酬請求、ワープロ技術、単なる接遇等の講習時間は含めない。なお、既存の講習等が32時間に満たない場合、不足時間については別に基礎知識習得の研修を行うこと。

Q9 修得すべき基礎知識の中に、医療関係法規として健康保険法が規定されているが、診療報酬に関するものも含まれるのか。

A あくまでも健康保険制度の理念、制度概要についての知識であり、診療報酬実務に関するものは含まれない。

Q13 一つの医療機関で、退院調整加算と後期高齢者退院調整加算の両方を算定する場合、退院調整加算における「入院患者の退院に係る調整及び支援

に関する部門」と後期高齢者退院調整加算における「入院患者の退院に係る調整に関する部門」は、一つでよいのか。

A よい。

Q14 退院調整加算における「退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士」、後期高齢者退院調整加算における「退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師又は社会福祉士」、亜急性期入院医療管理料「専任の在宅復帰支援を担当する者」は、それぞれ兼務可能か。

A 可能。

【特定入院料】

Q18 回復期リハ病棟入院料1を算定する医療機関が新たな回復期リハ病棟入院料を届け出る場合、当該病棟は回復期リハ病棟入院料2での算定となるのか。

A 回復期リハビリテーション病棟入院料2での算定となる。ただし、その後、当該2つの病棟の6ヶ月間の実績を報告し、その際に併せて当該2つの病棟をまとめて、回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2のどちらか一方を算定

するよう届け出るものとする。

【在宅医療】

Q41 在宅時医学総合管理料が、特定施設入居者等に対する特定施設入居時等医学総合管理料とそれ以外の在宅患者に対する在宅時医学総合管理料とに評価が分かれたが、例えば、自宅など在宅時医学総合管理料の対象施設で1回訪問診療が行われた後、特養など特定施設入居時等医学総合管理料の対象施設に当該患者が入居し、そこで訪問診療が行われた場合には、いずれの点数を算定するのか。

A 特定施設入居時医学総合管理料を算定する。なお、同一月に、自宅など在宅時医学総合管理料を算定する施設での訪問診療又は往診が2回以上行われた場合には、特養など特定施設入居時等医学総合管理料の対象施設での訪問診療実施回数を問わず、在宅時医学総合管理料を算定する。

【リハビリテーション】

Q52 リハビリ総合計画評価料は、疾患別リハビリ料を算定すべきリハビリを行なった場合に、患者1人につき月1回を限度として算定するとされたが、このことは標準的算定日数を超えてリハビリを行い、疾患別リハビリ料を算定している場合にも算定できるか。

A 算定できる。

Q53 集団コミュニケーション療法料について、届出を行った集団コミュニケーション療法室以外の場所で行った場合でも算定できるか。

A 算定できる。

【介護老人保健施設入所者に係る診療料】

Q57 緊急時施設治療管理料について、患者がショック状態であるなど緊急を要する場合であっても、介護療養型老健施設の医師の求めを受けてから往診しなくてはならないのか。

A 原則として緊急時施設治療管理料を算定するにあたっては、介護療養型老健施設の医師から往診医への電話による依頼により往診を行った場合を評価するものであり、当該施設の職員が直接、往診医へ連絡した場合は算定の対象とはならない。ただし、患者がショックその他病状の著しく変化した場合であっても、緊急の医療処置等を必要とする状態である場合に限り、当該施設の職員から介護療養型老健施設の医師へ電話した上で、当該施設の医師がやむを得ず往診医へ連絡を行うことができない場合は、必ずしも当該施設の医師による事前の電話等による求めを行う必要はない。なお、その場合、当該患者の病状等について診療録に記載のこと。

協力型臨床研修病院のみ新規指定を受け付け

1年目の必修科目研修は09年度以降から。募集時には明示が必要

厚生労働省は5月7日、3月26日付の、新医師臨床研修制度に関する省令一部

改正の施行通知に関するQ&Aを公表した。以下はQ&Aの概要である。

「臨床研修省令」及び「臨床研修省令施行」の一部改正に関するQ&A (抜粋)

Q 臨床研修病院の指定基準において、「必要な診療科の確保」「救急医療の提供」「臨床病理検討会の開催」については研修協力施設を含めて除外するとの考え方は具体的にはどういうことか。

A 「臨床研修を行うために必要な診療科を置いている」「救急医療を提供している」「臨床病理検討会を適切に開催している」ことについては、これまで臨床研修病院と共同して臨床研修を行う「研修協力施設」を含めて確保することとなっていたが、臨床研修の質の確保のため、単独型あるいは管理型及び協力型臨床研修病院で必ず確保することになる。一方、「臨床研修を行うために必要な症例があること」については、これまでどおり研修協力施設を含めてよいこととなっている。なお、適用は21年4月開始のプログラムからとなる。

Q 「救急部門を研修する病院にあっては救急患者の取扱件数が5,000件以上…産婦人科を研修する病院の分娩数は年間350件又は研修医1人あたり10件以上

が望ましい」とあるが、管理型臨床研修病院の指定基準には含まれていないのか。

A 管理型臨床研修病院の指定基準にも適用されている。

Q 「2年以上研修医の受入がないとき」に指定取消の要件にすることは、いつから適用されるのか。

A 指定取消にかかわる当要件は単独型・管理型臨床研修病院に適用するもので、協力型臨床研修病院については適用しない。また、適用の初年度は平成20年度とする。なお、病院の事情(マッチはあったが結果的に採用数が0になった等)をよく聴取し、個別に検討することとする。

Q 指導医養成講習会、プログラム責任者養成講習会の受講はいつまでか。

A 指導医等の要件である「プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講していること」については、平成21年4月1日より単独・管理型及び協力型臨床研修病院に適用する。また、講習会の受講は各診療科毎に1名以上の受講が

必要。なお、例えば産婦人科研修等、協力型臨床研修病院のみで行っている場合等は協力型臨床研修病院の指導医も受講していることが必要となる。

Q 「プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会」とは具体的にどの講習会か。

A 厚生労働省の開催指針にのっとった指導医養成講習会、プログラム責任者養成講習会、医学教育者のためのワークショップ(富士研)等が考えられる。また、指導医養成講習会の講師等についても受ける必要はないと考えられるので、個別にご相談されたい。

Q 3ヶ月に限り1年目に必修科目を研修してもよいこととなったが、適用はいつからか。

A 21年度以降のプログラムで1年目に必修科目を行う場合(途中変更予定を含む)は、募集の際に必ず明示しておくことが必要。20年度開始プログラムは1年目に必修科目を行うことはできない。

Q 「原則として、当分の間、臨床研修病院の新規指定及び研修医の募集定員増は行わない」となっているが、すべて認めないのか。

A 原則として認めないとしているが、

臨床研修病院が1つもない医療圏の場合等については、個別に検討する。なお、協力型臨床研修病院の新規指定については通常どおり行う。

Q 募集定員の変更もプログラム変更にも位置づけられたが、募集定員の変更のみを行う場合も同様の手続きをしなければならないのか。

A 募集定員の減のみを行うプログラム変更は様式8(特例は様式5)のみでよいが、他に減を行う理由書(様式任意)をあわせて提出していただく。なお、募集定員の減を行うプログラム変更は4月30日を過ぎても随時行うこととする。

Q 研修協力施設の変更の手続きはどのように行えばよいのか。

A 研修協力施設の変更を行う場合、これまで「前年度の4月30日」までに届け出なければならなかったが、平成20年4月以降は「変更後1か月以内」の届出となる。

Q 協力施設証が廃止されたが、これまで交付された臨床研修協力施設証の取扱はどうするのか。

A これまで交付した施設証は返還等を行わないが、各施設において廃棄するなど適切に処分をお願いしたい。

佐藤亀弘顧問が旭日双光章を受章

本会の佐藤亀弘顧問は、保健衛生における功労が認められ、4月29日付で発令された2008年春の叙勲で旭日双光章を受章した。

佐藤亀弘氏は医療法人明芳会佐藤病院(岡山県岡山市)理事長。1981年4月に全日病代議員に選出され

た後、1983年4月から2005年3月まで11期にわたり理事に選出され、1991年4月に岡山県支部長、1999年4月に本会の顧問に就任、現在に至っている。



東京都 東京ミッドタウンクリニック
鹿児島県 さがらパース通りクリニック人間ドックウエルライフ
日帰り人間ドック実施指定は493施設となった。

■主な報告事項

- 50周年記念事業準備ワーキングチーム
2010年9月に50周年を迎える本会の記念事業を企画準備するワーキングチームの構成員(9名)が決まり、委員長を務める安藤副会長が報告した。
- 第32回ハワイ研修旅行

国際交流委員会は08年度の第32回ハワイ研修旅行企画が決まったと報告。日程は10月30日から11月4日までの4泊6日。費用は東京発が16万4,000円、関空発が17万2,000円、福岡発が18万3,000円。

●野口英世アフリカ賞の寄付金募集結果
西澤会長は「野口英世アフリカ賞」に対する寄付金が143会員病院から236万円(4月21日現在)にのぼったと報告。本会として総額500万の寄付を決めていることから、残額を本会会計から計上し、08年度に350万円、09年度に150万円を贈呈する方針を明らかにした。

2008年度 第1回常任理事会の詳細 4月19日

■主な協議事項

- 2008年度夏期研修会の開催
08年度の夏期研修会が8月31日に長野県支部の主催で開催されることが了承された。
- 第51回全日本病院学会の開催
第51回全日本病院学会が09年11月21・22の両日に鹿児島県支部の担当で開催されることが内定、了承された。
- 病院機能評価統合版評価項目ver.5.0の検討結果
病院機能評価委員会は「病院機能評価」統合版評価項目ver.5.0の検討結果を提示、了承を得た。近々日本医療機能評価機構に提出する。
- 支部長会議の開催方針について
西澤会長は年2回開かれてきた支部長会議を4回に増やす方針を示し、承認された。
- 入会者の承認(敬称略・順不同)
以下の14名の入会が承認された。
東京都 仁和会総合病院 理事長 宮澤徳光

- 愛知県 大雄会第一病院 院長 伊藤伸一
- 愛知県 メイトウホスピタル 院長 太田 元
- 滋賀県 日野記念病院 理事長 相馬俊臣
- 兵庫県 譜久山病院 理事長 譜久山當悦
- 和歌山県 寺下病院 理事長 寺下俊雄
- 島根県 山根病院 理事長 山根 毅
- 岡山県 しげい病院 院長 重井文博
- 岡山県 金田病院 理事長 金田道弘
- 愛媛県 宇和島病院 理事長 渡部三郎
- 愛媛県 今治病院 院長 山内美知
- 高知県 海辺の杜ホスピタル 理事長 町田照代
- 福岡県 白川病院 理事長 東 秀樹
- 鹿児島県 有馬病院 理事長 有馬新哉
- 別途退会が9名あった結果、在籍会員数は2,255名となった。
- 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
群馬県 内田病院

会務日誌

- *表記がない会議・会合はすべて東京開催
- 2008年4月
- 2日 自民党役員と厚生・労働関係団体との懇談会
 - 3日 人間ドック委員会、広報・HP委員会
 - 4日 四病協/医療保険・診療報酬委員会
 - 10日 個人情報保護担当委員会
 - 11日 会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会
 - 12日 医療の質向上委員会
 - 14日 日病協/医療安全共同行動打合せ
 - 16日 日病協/診療報酬実務者会議、四

- 病協/医療経営・税制委員会
- 18日 院内暴力実態調査WT、医療制度・税制委員会、日看協共催「病院長・事務長・看護部長」合同研修会実行委員会、医療従事者委員会、「医師事務作業補助体制加算に係る研修」に関する打合せ
- 19日 企画室委員会、救急・防災委員会、第1回常任理事会、病院のあり方委員会
- 21日 院内暴力実態調査結果についてプレス発表(厚生労働省)
- 23日 四病協/治療費未払問題検討委員会、同/総合部会
- 25日 日病協/代表者会議、医療保険・診療報酬委員会

『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、福利厚生の充実が図れます。
- 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 | |

民間病院が2次救急の窮状を訴える

救急医療の今後のあり方検討会

受皿不足が深刻化。3次救急検討会、療養病床にもヒアリング

4月30日の「救急医療の今後のあり方に関する検討会」は、救命救急センターの受皿不足が深刻化しているとして、救急病院を招いて2次救急の実態を聞いた。また、療養病床を有する病院からも、急性期病院からの受け入れ状況をヒアリングした。

2次救急病院は、救急を維持する上で補助金や診療報酬など医療費の投入が不可欠であることを具体的に説明、政府・自治体による支援を訴えた。

療養病床を有する病院は、療養病床再編政策が急性期病院の受皿不足を促している実態を明らかにした。

3次・2次救急病院重症患者の転院先は細る一方 救急支える療養病床も苦境。医療区分の運用緩和を要望

ヒアリングに招かれたのは、救急病院が加納総合病院(大阪市)、療養病床は日野田中病院(医療法人康明会グループ:日野市)。いずれも全日病の会員病院である。

加納総合病院の加納繁照院長は、2次救急を担う勤務医や看護師の確保に苦しむ中、補助金や診療報酬による支えがないために救急の維持に苦しむ民

間病院の窮状を訴えた。

日野田中病院の遠藤正樹事務局長は、「医療区分の導入が急性期病院からの患者受け入れを困難にしている」と指摘、「2次・3次救急病院から受け入れた患者は入院から6ヶ月間は医療区分2を適用する」措置の実現などを提起するとともに、「介護療養病床の廃止によって転院先確保が難しくなる」今後に対

する強い懸念を示した。

3次救急のあり方を議論する検討会で、救命救急センターの「出口問題」を契機に、資源不足から機能不全に陥りつつある2次救急、療養病床再編の影響で機能を大きく減じつつある慢性期病床さらには救急病院へ患者の逆流を起しかねない在宅医療の実態など、「シームレスな医療提供体制」とはほど遠く、川上から川下への患者の流れが滞留する“玉突き”現象が深刻化している一端が明らかとされた。

委員からは「医療費を削減させている政策そのものに目を向ける必要がある」という意見も出た。

検討会は、元々、救命救急センターの評価等3次救急医療のあり方を議論する場として昨年12月にスタート。「数回開催し、年度内を目途にとりまとめを行なう」予定であった(初会合時の事務局ペーパー)。

しかし、3月の会合で、危機を脱した患者を引き受ける後方病床の確保が難しく、救命救急センターが満床傾向に陥っている現状に対する危機意識が委員から示されたために検討の対象を拡げることが決まり、トリアージを担うERとともに2次救急病院さらには療養病床の病院をも招いて実態を聞くヒアリングを実施したもの。

検討会は、今後、ER方式とともに専門病院を含む2次救急医療機関、さらに在宅復帰を含む「出口(受け皿)の問題」についての検討を行なう。

医政局佐藤指導課長は「6月下旬をめぐりにいったん中間報告をまとめ、必要な予算措置を概算要求に反映させたい」とした上で、「まとめ切れない検討点は引き続き議論を続けたい」と時間をかけた検討作業の必要を認めた。

以下に検討会における発言の要旨を紹介する。

「救急医療の今後のあり方に関する検討会」(4月30日)の発言から

【現状報告】

◎国立病院機構大阪医療センター救命救急センター長 定光大海氏

救命救急センターにおける不応需件数が増加をたどっている。不応需の理由は、①処置中で手が離せない、②収容病床がない、③3次救急の適応外である、が主である。そのうち転棟・転院の停滞、つまり患者の出口が細くなったために入院が長期化し、収容病床が足りなくなるという現象が顕著となっている。

救命救急センターはICU8床、HCU22床だが、07年度は1ヶ月以上3ヶ月未満が15症例、3ヶ月以上6ヶ月未満が5症例、6ヶ月以上が2症例であった。したがって、HCUを重症患者の初期集中治療に利用できなくなっている。

07年度の救急部担当の長期入院患者は1ヶ月以上3ヶ月未満が100名、3ヶ月以上6ヶ月未満が22人、6ヶ月以上が5人と、生存退院・転院総数475例の26.7%にも達した。

長期入院の主たる症例は、①重症、②遷延する意識障害、③精神障害、④隔離を要する感染症であり、いずれも後方病床が少ない。

【議論】

・転院をきらい、継続医療を希望する家族に対する説得が困難。社会的な対策が必要だ。

・説得が困難なケースと重症で転院が困難なケースとがあるが、割合は如何。定光氏/両者が半々。いずれも増加をたどっている。

・そうであればベッドの数を絶対的に増やすしかないのではないか。

・一般病床の看護力を高めれば受け入れ能力は高まるのではないか。

定光氏/自院の一般病棟は7対1によって、その向上を狙った。しかし、7対1を維持するためには平均在院日数を長引かせるわけにはいかない。やはり、HCUの看護師を増やすなりをしないと難しい。

・医療費削減という政策誘導に眼を向けないと、自助努力の議論ばかりでは行き詰まってしまう。

定光氏/救命救急センターで長期入院患者のキーワードは精神疾患と重症だ。

・人工呼吸器あるいは感染患者隔離室があれば、引き受け先は増えるということになる。

【現状報告】

◎医療法人康明会(日野市) 事務局長 遠藤正樹氏

療養病床は急性期病院の後方病床として急性期治療後の受入先となっている。しかし、今や、受け入れ要請を断っている。①満床、②地元優先という当院特性、③透析、呼吸器等重症例の専門医不在、④身寄りがいない高齢患者の要請が多い、⑤医療コストが高つく、ことが主な理由だ。

このうち、⑤を理由に断ったケースは医療区分導入後に顕著だ。

当院医療療養病床(48床)への2次・3次救急からの入院要請は、医療区分が実施された06年6月以前は月28件、受け入れは9.5件(34%)であった。医療区分導入の06年7月以降は要請が22件、受け入れは4.5件と20%に落ち込んだ。

2次・3次救急から要請される典型的な症例は、脳血管疾患、重度の後遺症(マヒ、失語、認知症)、経管栄養、体動ほぼなし(体位交換を含む全介助=要介護度5)など。医療区分上は1日包括で885点でしかなく、財政的に受け入れがたい。

2次・3次救急から受け入れた患者の在宅退院率(施設を含む)は28%。訪問診療・看護、重度対応可能な訪問介護や通所サービス等手厚い在宅支援体制をとっても、これが限界だ。

帰れない患者の大半は介護療養型が受皿となっていた。それが廃止されると、救急から受けた患者の次の療養先がなくなる。

救急病院から受け入れてきた患者は、これからも療養病床でなければ受け入れられない患者である。療養病床の質と量がともに維持されなければ、救急医療の機能不全はさらに悪化しよう。

それを防ぐために、「2次・3次救急病院から受け入れた患者に限って、入院から6ヶ月間は医療区分2とする」措置を図って欲しい。これが、救急医療から療養病床が受けた「命のバトン」をつなぐ真のセーフティネットとなる。

【議論】

・療養病床に代表される“玉突き”が救急に影響を及ぼしているということだ。遠藤氏/療養病床が転換老健に移っても20%の減収が見込まれる。転換する病院は東京には1つも無い。

・こうした“玉突き”構造は、もう修復できないものなのか。

・在宅医療というが、在宅での人工透析とか人工呼吸をできる医師が全国にどのくらいいるというのか。現実には無理だ。知り合いの救命救急センター出身医師が開業したところ、色々な措

置ができるというので120名ぐらい在宅患者が殺到し、身がもたなくなったという例がある。

・つまり、出口のさらに先も困難な状況にあると。

・だから、在宅から2次救急病院に患者を戻すケースが出てくるわけだ。

【現状報告】

◎特定・特別医療法人協和会 加納総合病院院長 加納繁照氏

大阪府下の救急医療機関は2000年度の304が07年度には270に減っている。07年度の救急搬送連絡数は9,907件、受け入れが4,164件(入院は866件)、受け入れ不能は5,743件であった。受け入れ不能の理由は、処置中、適切な部屋がない、専門外というのが多い。

時間的には、やはり深夜帯に不能率が高くなりがちだ。大阪市域外、それともかなり遠方からの搬送が年々増えている。かくて、大阪は2次救急病院が1割減ったものの、救急搬送は1.5倍になっている。

自院の救急車受け入れは年間4,000台以上。夜間救急にかかわる人件費は、最低人員でも月間約1,300万円、年間に1億6,000万円かかる。

2次救急体制の問題をあげると、①未曾有の看護師不足(一部病棟の閉鎖→7対1入院基本料や集中治療室加算等が取れない→忙しいのに収入が上がらない)、②2次救急医療に十分な診療報酬がつかない、③地方自治体の財政破綻(救急行政に補助金等が十分にはつかない)、④深刻な医師不足(特に救急医、外科系等の急性期医師のなり手の減少)、⑤DPCの救急患者への対応が不十分(とくに急増している高齢者救急の搬送)、などがある。

今、都市部における救急医療の砂漠化が進行している。その緊急対策として、①救急搬送加算の新設、②窮迫する自治体補助金等の代替として、例えば、救急病院固定資産税の減免等の実施、③



入院が長期化しやすい高齢者救急搬送患者の診療報酬上の評価(特養や高齢者専用賃貸住宅入居者の急変時対応加算など)、④未収金への支援(救急搬送患者の約1割が未収)、⑤医師・看護師確保への支援などがあげられる。

問題の根幹は救急の多くを民間が担っているということにある。これを、診療収入、補助金、減税などで何とかまかなえるようにしてほしい。

【議論】

・脳卒中センターで当直医が1人というが、SCU加算は取れているのか。

加納氏/残念ながら看護師不足で取れていない。ppmも年40件ほどしているが、薬剤師の問題で取れていない。

・病院が救急から撤退しているという現状はどうか。

加納氏/時間外緊急院内検査加算、時間外緊急院内画像診断加算などは1,000円単位ではあるが、収入上無視できない。しかし、何らかの処置、例えば点滴をしなないと算定できないなど細かな制約が多くて算定できない。しかし、例えば酔った患者に点滴してられない。数人がかりで画像を撮るので精一杯だ。内科当直を2名にできれば受け入れの枠は増えるが、それが難しい。

今頑張っている救急病院をなんとか支援してほしい。

・今日のご説明で、2次救急の実状が端的に分かった。

加納氏/当直に対する勤務医の嫌悪が強まっている。もはや金では動かない。

・一般救急の議論の中で小児・産科が忘れられている。

・医療保険(財政)はもはや限界だ。それ以外の政策で救急支援を考える必要がある。

定期代議員・定期総会開催のご案内

第91回定期代議員会および第80回定期総会を下記のとおり開催いたします。

社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

日 時	平成20年6月7日(土) 定期代議員会 午後1時開会 代議員会終了後定期総会を開催 (午後2時30分前後を目途)	議 案	定期代議員会・代議員会とも (1)平成19年度事業報告(案) (2)平成19年度決算(案) (3)その他
会 場	ホテルグランドパレス 3F「白樺」 東京都千代田区飯田橋1-1-1 Tel.03-3264-1111	特別講演	厚生労働省医政局指導課長 佐藤敏信 定期総会終了後(予定午後3時目途)
		懇 親 会	3F「牡丹・あやめの間」(参加費不要)