



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2008

ニュース 8/15

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 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.692 2008/8/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

医師偏在解消に即効性・実効性に富む追加策を検討

医療確保ビジョン 具体化検討会 救急について議論。「中小病院が高次救急を支えている」

舛添厚生労働大臣が自ら主宰する「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」は、7月30日の会合で、初会合に続いて医師不足・偏在の解消策を探ったが、8月5日には地域医療連携と救急医療体制について議論した。

舛添大臣は、8月5日の検討会で「骨太の方針で過去最大まで早急に医師を増やすとしたが、それでは時間がかかるという苦情が多い」と、医師養成数の増加に焦点が寄り過ぎた施策に対する不満が強いことを認め、即効性と実効性に富む追加策の検討を急ぐ方針を明らかにした。(2面に議論要旨を掲載)

8月5日の検討会には有賀徹氏(昭和大学医学部教授)が招かれ、救急医療体制の実態を報告した。有賀氏は、1次、2次、3次に分かれている今の救急医療体制は、救急搬送の流れが偏っているために「1つ間違えばガラガラと崩れる」硝子細工の状態にあると指摘した。

その救急体制で「一番の問題点はなにか」という質問に、有賀氏は「当面足

りないのは3次だが、一番の問題は2次救急である」とも指摘。急性期を終えた患者を引き受けて高次救急をサポートしている中小病院がうまく機能しないと出口問題が改善されず、3次救急そのものが機能しなくなると訴えた。

さらに、3次救急への搬送増加と軽症患者の救急搬送利用増加の背景に、2次救急だけでなく初期救急の弱体化

があると論じ、「2次、初期がおかしくなれば3次も成り立たなくなる」と、わが国救急医療体制の構造的課題を的確に整理した。

有賀氏が、3次救急を支える中小病院の現状に強い危機感を表明した背景には、同検討会に意見資料を寄せている岸本見男氏(松江病院院長)の指摘がある。全日病の前理事を務めていた岸本氏は、この間欠席が重なったにもかかわらず、毎回文書で意見を検討会に寄せ、中小病院の立場から発言してきた。同日の会合でも、救急医療に対する意見を有賀氏に



託し、代読してもらった。

有賀氏の発言は30分近くも続き、同日の検討会の後半を、まさに乗っ取った恰好。これまで、もっぱら医学部という供給の立場から医師養成や資格制度等の設計議論に終始してきたビジョン具体化検討会であるが、あらためて医療提供体制のあり方をテーマに本質に触れた議論が繰り広げられた。

「適切な診療報酬の請求」で特別調査・ヒアリング

DPC評価分科会 08年度のDPC特別調査。ケアミックス型にもヒアリングを実施

7月30日のDPC評価分科会に、事務局(厚生省保険局医療課)は、2008年度のDPC特別調査(ヒアリング)実施案を提示、了承された。実施案は今後、基本小委の議論にかけられる。

「特別調査」とは、DPC影響評価の一環として、7月から12月までの退院患者を対象とした患者基礎調査や診断群分類の妥当性調査とは別に、DPCの適切な制度運用の実態を検証するために実施されるもの。これまで、退院後の受療実態、看護必要度、患者満足度や医療従事者の達成感など様々なテーマが取り上げられてきた。ここ数年は再入院の動向が継続して調査されている。

08年度調査として提案されたテーマは、①再入院の動向、②適切な診療報酬の請求、③ケアミックス型病院におけるDPC運用状況の3点。

再入院については、患者基礎調査から得られたデータのうち、「3日以内再入院率が高い病院」「4~7日以内の入院率が高い病院」を選んで調査票を配布、そ

の結果等も踏まえ、前出の2指標ごとに該当する数医療機関を分科会に招いてヒアリングを行なう。

「適切な診療報酬の請求」については、①主要な診断群分類について、1日当たりの包括範囲出来高点数の当該平均が全体の平均に比べて著しく高い・低い医療機関、②主要な診断群分類について、当該の平均在院日数が全体の平均より著しく長い・短い医療機関、③正しく診断群分類が選択されていない症例の割合が高い医療機関、④がん化学療法の主要な標準レジメンによる診断群分類の分岐及び薬剤の投与期間に応じた診断群分類の分岐の効果を検証するために、当該分類を選択する割合が高い医療機関、⑤その他、必要に応じてデータの質が適切ではないと考えられる医療機関に調査票を配布、各区分ごとに数医療機関にヒアリングを実施する。

「適切な診療報酬の請求」に関する調査は初めてのことで、DPCのレセプトと一緒に包括部分の診療行為が分かる

情報も提出する改正と併せ、「アップコーディング」対策として実施されるもの。

DPCにおける不正請求事例のチェックは、すでに基本小委でも提起されて

機能係数の議論に着手。「4疾病・5事業」も評価対象か

調整係数の廃止予定を受けて、同日のDPC分科会は機能係数をめぐる議論に着手した。

産業医科大医学部松田晋哉教授の研究班は機能係数に関する研究レポートを報告した。

機能係数を「各施設がもつ機能に関連する固定費的な部分」を評価するものと定義。「患者すべてが等しく負担することが適切なものは係数で、「特定機能を利用する患者が負担することが適切なものは加算で」それぞれ評価することが妥当と、定義を明確にした。

さらに、病院が地域で果たしている機能も係数で評価する必要があるとし、その対象として「4疾病・5事業」をあげた。

いるが、同日のDPC分科会では、松田委員から、「指導監査で明らかになった適切でない請求をしている病院をヒアリングしてほしい」と、あらためて対応を求める声が上がった。

増加が著しいことで調査対象に加えられたケアミックス型病院におけるDPCの運用状況把握は、秋口にもヒアリングとして実施される。

松田委員は、また、「DPC対象病院として満たすことが望ましい」とされ、機能係数にも反映させる方向性が打ち出されている特定集中治療室管理料、救命救急入院料、病理診断料、麻酔診断料、画像診断管理加算の5要件(基準)についても、「係数にすべきか、加算にとどめるべきか検討が必要」と提起した。ただし、「望ましい5基準」を係数で評価することには、一部の委員から疑問が示された。

松田班の考え方には各委員からさまざまな意見が示されたものの、機能係数に関する議論は急速に具体的な展開を表わすものとなった。

社会保障カード 住基カードと一体化。検討会は中間報告へ

8月6日に開かれた「社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会」は、この1月から進めてきた社会保障カードに関する議論を中間的に集約して国民に報告することを確認、現時点でのとりまとめに入った。

主催者側として参加している総務省の担当官は、「住基カードを発行している市町村が社会保障カードを別々に発

行するのは不効率。両者の一体化を積極的に検討していきたい」と発言、委員から強い異論は出なかったことから、事実上、社会保障カードは「住民基本台帳カード」に組み込む方針が確認された。

中間報告の必要について、事務局(社会保障担当参事官室)は「まず仕組みの全体像をおおまかにでも示すことで、さ

らなる具体的なお意見がいただける」と、その主旨を説明。中間報告の素案として「検討メモ案」を提示、検討会は全文をとおした内容確認と意見交換を行なった。

カードの故障・破損あるいは読み取り機未整備やネットワークの停止など「社会保障カードが使用できない場合の対応」としては、①医療保険の資格情報を

記載した別紙を同時に交付する、②カード券面に、本人を識別し、資格確認やレセプト請求が可能な情報を記載していくといった、ICカードに依存しない方法も併せて対応を想定している。

住基カードとの一体化に関しては、交付主体が市町村であるために、転出や転入時ごとに再発行が必要になるという不便さがある。住基カードとの一体化を推進したい総務省は「住基カード自体の問題として解決したい」と、現行システムを見直す考えを示唆した。

清話抄 数字へのこだわり

筆者の楽しみの一つに、「数字を作る」ことがある。

先日、医療提供体制を勉強するために、7泊8日でフランスを訪れた。帰国後報告書を書き上げたが、文字数が4万5,000を超えたので、「45,678」文字になるよう調整した。その文章ファイルのサイズが、偶然「345」キロになり喜んだ。

昨年、東京駅と職場の最寄り駅である東北新幹線的那須塩原駅を、ちょうど「100」往復した。外泊も100泊になる予定であったが、年末に父親の調子が悪くなり予定外の帰省を行い、102泊となった。

東京都私立病院会の早朝勉強会は、先日1,000回を迎えたが、筆者はこれまで「888」回と「999」回の講師を務めさせていただいた。「1,111」回も講師をやらせて欲しいとお願いしている。

もう15年も昔の話になるが、隣の住人のKさんの誕生日が3並びであることを発見し、お祝いしたことがある。またこの件を読売新聞で紹介したところ取材に来てくれ、「3」が記事の中に13個登場する、見た目に面白い記事が掲載された。

「昭和33年3月3日に生まれた人が、本日平成3年3月3日に33歳になる。都内在住のKさんは、友人に33の形で33個のイチゴが載ったケーキをプレゼントされ、お祝いされた。」

平成8年8月8日に浜松へ行く時に、ひかり88号に乗り、8号車8番Bの切符を入手した。Bを8と読めば、末広りの「8」が8個並んだおめでたい切符である。

学生時代、現在の妻と初めて泊まったホテルの部屋番号が「777」号室であった。これがもし776号室であったら、私のその後の人生は、大きく変わったのではないかと思っている。

ちなみに、この文章は「666」文字である。(泰)

主張

社会保障費2,200億円削減継続に物申す！

平成21年度予算の枠組みになる概算要求基準(シーリング)で社会保障費の2,200億円削減を継続することが決定した。国の社会保障費抑制路線は国民の命を削り、生活を脅かすこととなり、国が唱える「国民の安全と安心」とは裏腹なものとなっている。

昨今の医療現場は決して安泰ではない。石油高騰、物価高などの影響は深刻であり、現場の努力、工夫や改善によって何とかしのいでいるのが現実である。

日本は医療費が先進国の中でも低い水準であるにもかかわらず、世界一の長寿・健康を保持してきた。しかし、これまで、患者にプラスとなる

制度改革や医療提供者を助ける診療報酬改定は必ずしもなされていない。それどころか、国は、改革と称して社会保障費の削減を断行しようとしている。

そして、療養病床の撤廃や後期高齢者医療制度など、十分な説明をしないまま改革路線を突き進めてきたが、こうした制度変更は国民の理解を得られず、むしろ、医療・介護の現場の人員不足など、不安ばかりが大きくなってきている。

つまり、社会保障費の削減は、国民の安心・安全を脅かしていると言えるだろう。

そこで、医師の増員決定、看護師不

足対策、海外からの人材確保など、医療崩壊を回避する政策を打ち出してきたが、医師養成数の増員結果が現れるのは10年後であるなど早期の効果は期待できず、現状は、その政策理念に逆行している。

このほどの内閣改造によって、また、新たなビジョンや政策が発表されることだろう。しかし、選挙対策のための政策にはして欲しくない。

また、なんにつけ「財源」「財源」と言い逃れるが、そこは選良と霞ヶ関の「智慧」を動員して有効な手立てを期待したいものである。

病院が生き残る上で最も大切なことは、医療の質を高め、地域に根づ

いて、患者に選ばれる病院づくりを進めることである。

しかし、命をあずかる医療現場が経済や政策の影響によって常に経営に不安を抱えていたり、目標が絶えず揺らいでいるのは、質を高め、患者に選ばれる病院づくりにまい進することもできない。

やはり、国民が納得する社会保障制度が確立してこそ、私達も病院経営に専念できるというものである。

政府は「国民の安全と安心」と強調するが、「笛吹けども踊らず」ではなく、「笛吹けども踊れず！」というのが医療現場の実感ではないだろうか。(A)

09年度医学部入学定員、8,280名まで増員認める

過去最大規模。文科省、早期の達成を期待

文部科学省は8月5日付で医学部をもつ79の大学学長宛に通知を出し、医師養成課程の2009年度入学定員から、総数8,280名の範囲内で定員増を認めることを伝えた。ただし、各大学の入学定員は原則120名を超えないものとした。8,280名は08年度の7,793人を上回る過去最大規模。

さらに、歯学部をもつ私立大学については、1998年比10%の定員削減を求められている歯学部定員を目標値以上削減する場合に、当該削減数の医学部定員への上乗せを認める。

医学部入学定員枠の増加は、1997年の閣議決定を見直すとした「経済財政改革の基本方針2008」にもとづいて図

られたもの。医学部定員は、過去のピーク時(1982年)には8,280名に達した。しかし、同年

と1997年の2度にわたる閣議決定で定員抑制が実施され、昨年は7,725名にまで落ち込み、06年度の「新医師確保総合

2診療所で「針を交換せずに複数人に使用」

厚生労働省は8月8日、針の周辺部分がディスプレイタイプでない微量採血用穿刺器具の取扱いに関する調査結果を発表した。それによると、2診療所で「針を交換せずに複数人に使用していた」事実が判明した。病院および介護老人保健施設はゼロであった。

病院については、調査対象8,923の施設のうち、3,283施設で「針を交換して

いたが器具を複数人に使用していた」ことが明らかになった。

微量採血用の穿刺器具、122校で不適切使用

文部科学省は8月6日、大学医学部等における微量採血用穿刺器具の取扱いに関する調査結果を発表した。調査結果から、122の医学部等大学で不適切

な使用をしていた事実が明らかになった。保健師等を養成する専修学校は4校、看護師等を養成する高等学校は11校にとどまった。

「安心と希望の医療確保ビジョン具体化検討会」8月5日の議論から ※1面記事を参照

■有賀徹氏(昭和大学医学部教授)

東京の病床は回復期リハビリ(療養病床)が少ないが、入口部分でたらい回しが多い。それは手術をすぐ受けられる施設が少ないからだ。今は、いったん他の病院に預けて、それから手術の施設に搬送するシステムを検討しているが、一人暮らし、金を払えないなど、難しい患者が増えている。コーディネーターとか管制塔とか言うが、そこに福祉が絡まないとうまくいかない。

この会に意見資料を寄せている岸本晃男氏(松江病院院長)は、「中小病院が、急性期を終えた亜急性期の患者を受け入れている」と指摘する。登り搬送が円滑に行くためには、地域の中小病院がうまく機能しないとだめだ。つまり、中小病院は高次救急のサポーターとなっている。医療の仕組みが今や硝子細

工化している。医師だけでなくコメディカルも絶対数が不足している。病院から地域に戻った医師を含め、いかなる科でも一定時間の救急を研修させることが必要だ。3次救急は2次救急があって成り立つ。2次が成り立つためには1次がうまくいかないとならない。すべての地域医療に携わる医師に2次救急を支援できる1次救急を身につけてほしい。

座長●日本の救急体制の一番の問題点はなにか。

有賀氏●当面足りないのは3次だ。しかし、2次、初期がおかしくなれば3次も成り立たなくなる。かつて、初期、2次、3次がうまくいっていたのは、それなりの数の患者が初期救急に行っていたからだ。今や2次救急に搬入される多くは入院がいらぬ。そうした意味で今や一番の問題は2次救急だろう。

それは硝子細工そのもので、1つ間違えばガラガラと崩れる。

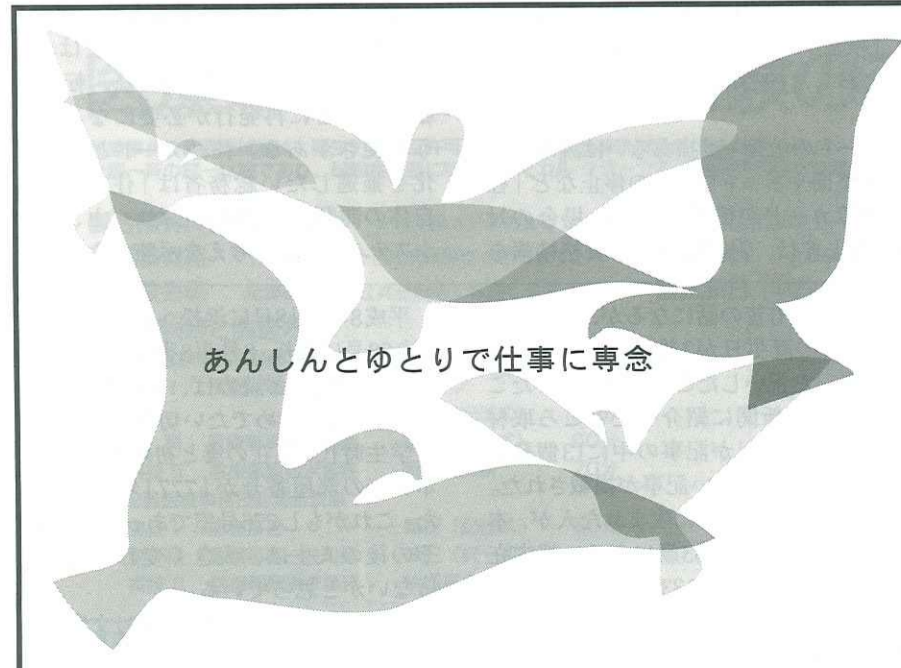
救急車100台のうち、救急救命センターに3人搬送され、残りは2次救急機関に行っていたのが、4人救急救命センターに向かうと333%の負担増加になる。これは30床を40床にするのと同じことだ。2次救急も3次救急も「社会の吹きだまり」で、そこにはがん末期も施設や在宅で看取りのできない患者も来る。これらを拒否していたら、地域はぐちゃぐちゃになる。

委員●(2,200億円などの)需要抑制も、きちんと考えないと、救急隊は回らなくなる

有賀●救急隊がうまく回転することは、より重篤な患者に車を使ってもらっているということ。そうした、患者の視点をはっきりさせないと単に削り取るだけの話になってしまう。

大臣●救急はトリアージをどう位置づけるかが重要だ。例えば、トリアージ専門の医師が地域にいれば助かるかもしれない。同時に、家庭医と専門医の連動だが、これがうまくゆかないと、家庭医が専門医から抑制されるという心配がある。私も、かつて遊説時に視野が狭まり、広島県の眼科医に診てもらったらたいしたことはないと言われた。その後、若い医師に診てもらったら危険だといわれ、急いで東京に戻って手術を受けて助かったという経験がある。

骨太の方針で「過去最大まで早急に医師を増やす」としたが、それでは時間がかかるという苦情が多い。個別の支援、再雇用の援助と色々あるが、地域のネットワーク支援が一番重要だ。きちんとしたデータと理論で要求していけば、このテーマは内閣の最重要課題として十分な予算がつくはずだ。



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

救急医療機関の「出口」を確保することが必要

満床で転院を受けられない転院先医療機関にも「出口の問題」が

「救急医療の今後のあり方に関する検討会」中間取りまとめ(概要) 7月30日 *8月1日号既報

第1 はじめに

本検討会では、当初、特に第3次救急医療機関(救命救急センター)の整備のあり方について焦点を当て検討を行うこととした。しかしながら、救命救急センターのあり方について議論を進めていく過程において、救命救急センターが十分な役割を果たすには第2次救急医療機関の充実が欠かせないとの意見が多く出されたこと、救急搬送患者の救急医療機関への円滑な受入れには救命救急センターの充実のみでは対応が困難であるとの認識に至ったこと等により、救命救急センターに限らず、広く救急医療体制全般について議論することとした。

特に、第2次救急医療機関のあり方、救急搬送された患者が受入れに至らない理由等について議論を行った。

第2 救急医療の現状及び課題

1. 救急利用の増加・多様化等の救急医療に関するニーズの増大

救急利用が増加・多様化し、特に、高齢者を中心とした軽症・中等症患者の増加が著しい。救急車や救急医療機関の不要不急の利用により、真に緊急性のある傷病者への対応に支障が生じているとの指摘もある。

2. 救急搬送の動向

救急搬送において、受入先医療機関の決定までに時間を要する事案の発生が相次いでいる。

こうした傾向は、特に大都市部において強い。

3. 受入先となる救急医療機関

救急医療機関には、救急医療を担う病院勤務医等の過酷な勤務環境、勤務状況に見合った報酬となっていないことへの不満なども挙げられる。

4. 救急医療を担う医師を取り巻く環境

診療科の偏在や、病院勤務医の離職等に伴う医師偏在・不足の深刻化もあり、地域によっては救急医療体制の確保に支障が生じている。特に救急医療を担う病院勤務医の疲弊は著しい。救急医療を担う医師が訴訟リスク等を懸念するようになり、意欲低下の一因になっている。へき地等では、一人で救急医療も含めた診療を担当している医師の疲弊も懸念される。

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

5. 救急医療に係る公的財政支援

補助金が一般財源化され、地方自治体の裁量に委ねられたため、救急医療への公的財政支援の程度は地域によって異なる。個々の救急医療機関の努力だけでは、地域で安定的に救急医療を提供し続けることが難しくなりつつあり、制度的な支援の充実が特に強く求められている。

第3 検討事項

1. 救命救急センターに対する新しい評価について (略)

2. 救命救急センターの整備のあり方について (略)

3. 第2次救急医療機関の状況及び今後の整備について

(1) これまでの整備の流れ

厚生労働省においては、昭和52年度以来、初期、2次、3次といった階層的救急医療体制の整備を進めるとともに、第2次救急医療機関の整備の一環として、病院群輪番制病院や共同利用型病

院への補助を行ってきた。

補助対象となっていた医療機関を中心に第2次救急医療機関の状況を分析すると、

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

従って、第2次救急医療機関を一部の病院に拠点化することも救急医療体制を確保する一つの方策ではあるが、地方自治体で円滑に事業が実施されている場合には、第2次救急医療機関の拠点化を含め全国一律的な体制を求めべきではなく、むしろ国は、そうした地域の実情に応じた取組を支援すべきである。

今後は、地域の現状を的確に把握するため、補助の対象かどうかを問わず、医療計画で第2次救急医療機関と位置付けられたすべての医療機関を対象に、救急患者の受入れ状況や医師の勤務体制等も含めた診療体制や活動実績に関する調査を実施する必要がある。

(2) 今後の整備について

第2次救急医療機関の今後の整備については「初期救急医療機関と第2次救急医療機関を一体として整備すべきである」、「広い分野に対応できる第2次救急医療機関の整備が必要である」、「当直体制ではなく交代勤務制が可能な環境を整備すべきである」、「一定の枠組みを満たした活動実績のある病院を支援すべきである」、等の指摘があった。

また、第2次救急医療機関からヒアリングを行った際には、「医療従事者の確保が困難である」、「地方自治体からの補助金が削減される動きがある未収金の負担が大きい」、「医療訴訟リスクが増大している」、等の発言があった。

これらを踏まえると、引き続き、地域における救急医療機関の連携を推進しつつ、第2次救急医療機関の機能の充実を図るべきであると考えられる。加えて、一定の診療体制や活動実績のある第2次救急医療機関については、その評価に応じた支援を検討すべきである。

また、第2次救急医療機関に対する支援に加え、地域において夜間・休日の救急医療を担う医師に対する財政的な支援についても検討すべきである。

4. 特定の診療領域を専門とする医療機関の位置付けについて

本検討会は、当初、特定の診療領域を専門とする医療機関についても議論を進める予定としていたが、幅広い傷病に対応できる受入先医療機関の体制を整備するという観点から第3次救急医療機関、第2次救急医療機関のあり方についての議論を優先することとなった。今後、改めて特定の診療領域を専門とする医療機関のあり方や、特定の領域に焦点を当てた救急医療体制の整備について、議論を進める必要がある。

5. 救急搬送における課題と円滑な受入れの推進について

(1) 医療機関と消防機関の連携 (略)

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

総務省消防庁による、平成19年度の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査によると、救急搬送で受入れに至らなかった理由として、「処置困難」「ベッド満床」「手術中・患者対応中」「専門外」「医師不在」等が挙げられた。特に、救命救急センター等においては「ベッド満床」が第1の理由として挙げられている。

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

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

また、身寄りがない患者や独居の患者未収金の発生可能性がある患者等については、転床・転院が困難であるとの指摘があった。さらに、患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離や、転床・転院しても家族の経済的負担が軽減されないことも、転床・転院を妨げる大きな要因になるとの指摘があった。

一方、転院先の医療機関においても救急医療機関からの転院を受け入れられない理由の多くは当該医療機関も満床で救急医療機関と同様の「出口の問題」であるとの指摘があった。

救急医療機関の「出口の問題」だけでなく、さらに転院先の「出口の問題」といった玉突き型の問題もあることから、医療・介護システム全体の課題とも考えられる。

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

患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離については、救急医療用の病床からの転床・転院についての国民的理解を形成していくことが重要であり、社会全体で理解を深められるような取組を進めていく必要がある。

さらに、円滑な転床・転院の促進や、施設内、施設間の連携の構築を図るための専任者を配置する等の救急医療機関自身の取組と、急性期を乗り越えた患者が円滑に救急医療用の病床から転床・転院できる地域の体制の確保が必要不可欠であり、医療界と協力しつつ、国や都道府県が支援を行うことが重要

であると考えられる。

(3) 円滑な受入れ推進に向けた対応

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

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

(4) いわゆるER型救急医療機関の課題について

救命救急センターを設置する医療機関等にER型救急医療機関と称される施設がある。ER型救急医療機関といってもその実態は様々である。

また、各診療科の医師が当直医として労働を提供することにより維持されてきた時間外外来業務を、現時点でも不足しているER型救急医と呼ばれる医師のみに委ねることは不可能であり、無理に行えば重症患者の治療を担う医師の不足を招くおそれがある。

仮に、我が国にER型救急医療機関を普及させるとした場合、地域や医療機関の状況に応じて、救命救急センターではないが活発に救急医療を担っている第2次救急医療機関や、救命救急センターを設置する医療機関のうち、ER型救急医療機関に関心をもつ施設が徐々にER型救急医療機関へ移行することを促すといった対応が考えられる。

いずれにしても、厚生労働省として、一部地域(救急医療機関)での試行事業を実施する等の前に、まずは正確な実態把握を行った上で、その必要性等を検討することが妥当である。

第4 おわりに

本検討会で、救命救急センターの新しい評価方法、救命救急センターの整備のあり方については一応の議論を終えた。ER型救急医療機関、第2次救急医療機関については議論を行ったが、方向性を十分に示すところまでには至らなかった。特定の診療領域を専門とする医療機関や高度救命救急センターのあり方についても重要な課題であり、引き続き、議論を行っていく必要がある。

また、救急救命士制度についても、今後は、メディカルコントロール協議会の位置付けや、救急救命士の一層の活用方法についても検討すべきである。

この他にも、本検討会の中で、度々、患者・家族等地域住民と医療従事者の双方における「救急医療の公共性に関する認識の必要性」について発言があった。

本検討会は、引き続き、救急医療体制を取り巻く状況の変化に対応した、あるべき救急医療体制の構築に向けた議論を行っていく必要がある。

論点に「業務上過失」論の見直しが浮上

医療安全調査委に 報告制度の理解で錯綜。再発防止と過失有無判断の分離求める声も
に関する公開討論会

診療関連死の死因究明制度創設に係る公開討論会の主な発言(要旨) 7月28日 *8月1日号既報

WHOの「医療安全ガイドライン」が参考

【パネリストの発言】

●日本内科学会/永井良三理事長

医療事故への警察の介入は排除すべきという意見があるが、これは、刑法や刑事訴訟法の改正を伴わなければならない、現時点では困難。むしろ、中立的第三者機関の活動を通じて、結果として、医療事故に対する警察捜査を抑制することが期待される。

大綱案には、第3次試案にあった「関係者は調査の質問に答えることが強制されない」という点が見当たらないなど不明な点が多々ある。「法務省、警察庁、厚労省とで合意」というのもどこまでをカバーするのか、その根拠は何か、実効性はあるのかという点について、もっと明確な説明が必要。

第3次試案別紙には、遺族が刑事告訴した場合に、「(警察は)委員会による調査を勧告」とあるが、これもどういう根拠にもとづく、どのくらいの実効性があるのか。

大綱案に「委員会が独立してその職権を行う」とあるが、これがどのくらい捜査機関に認められるのか。第3次試案別紙には「(警察は)委員会の専門的な判断を尊重する」ともあるが、もう少ししっかりした議論が必要であろう。

大綱案の「標準的な医療からの逸脱」も問題となる。私は、「故意、改ざん・隠蔽すなわち重過失に相当する悪質な事例は警察に通知するが、それ以外は通知しない」という点を落としどころとして提案したい。

私自身は、この第三者機関を進めていくべきと思うが、いくつかの課題をもう少し明確化して議論すべきとも考える。

●日本外科学会/高本眞一理事

この第3次試案によって医療死の(警

察への)届出は不要となった。医師法21条の死文化である。委員会への届出の範囲は、明らかに誤った医療行為に起因した死亡事例、または、医療医療に起因した予期しなかった死亡事例である。予期していれば(委員会への)届出さえ必要ないということになる。

捜査機関への通知がなければ独自に捜査はしない。我々は、この点の確実な保証を求めていくことになるが、警察としては委員会をかなり信頼してくれるということである。

死に至ったとしても過失の内容が軽ければ警察には通知しない、「重大な過失」のみ通知することになる。それを判断するのは我々の代表である。この判断基準が将来変わる可能性はあるが、少なくとも、我々の代表が決めるということである。

外科学会としては、こういう形であれば、刑事処分に関しては十分謙抑的な措置が取られることになろうと考える。

「法務省、警察庁、厚労省との合意」については、私自身、検察庁や警察庁の係官と直に交渉し、こういう言葉を聞いた。これが保証されることが大切なことであるが、「委員会通知の有無や行政処分の実施を踏まえて対応する」ということであるから、告訴があっても通知がない限り捜査はしない。謙抑的に対応する点は信頼してもよいだろう。

●日本救急医学会/堤 晴彦理事

救急医学会として、医療安全の向上を目指して、公正・透明が確保された中立的な機関を創ることにまったく異論はない。では、なぜ反対意見を出すのか、それは議論が尽くされていない

からである。第3次試案の内容はいかようにも解釈できる。医療側も、患者団体の側も、運用でなんとかなると思っ

ているだろうが、私は危ういと思っている。この問題は、もっと時間をかけて議論すべきである。それと、検察庁や警察庁はオブザーバーではなく、同じ土俵に上がって議論に参加すべきである。今からでも遅くない、もっと本質的な、検察や警察の対応という問題に踏み込むべきであると考えている。

業務上過失致死で刑事責任を問われる法律に道路交通法があるが、そこには判断基準が明確に示されている。しかし、医療事故にはこの基準がまったくない。

これは提案であるが、医療における業務上過失致死罪とは「明白な過失」という定義でよいと思う。「明白な過失」とは、医学の教科書で「してはならない」「しなくてはならない」と明記されている、医学的に誰もが知っている、知らなくてはならない明らかな医療水準に反する場合に該当する。

この問題に関して、検察・警察が我々と同じ土俵に乗って率直に議論することから始めなければならない。急いで医療安全調査委員会を立ち上げることはない。

●日本麻酔科学会/並木昭義理事長

私どもはこうした制度を創ることに非常に期待を持っている。しかし、これが早急になされることには一抹の不安を抱いている。

原因究明と再発防止のために中立的な第三者機関を創設するという目的に、麻酔科学会は賛同する。しかし、第3次試案には不透明な部分、曖昧な点、制度や法的な裏づけがない事項が存在するので、さらなる検討を要する。

医師法21条に関する麻酔科学会の見解は、21条に第2項を設けて「医療関連死はすべて調査委員会に届け出る」とする、というものである。本来、医療事故は警察への届出の対象外とすべきであるというのが我々の考えである。

責任追及については、医療安全調査委員会委員の守秘義務および刑事訴訟法との関係を明記すべきである。大綱案によると、委員会の関係物件資料や結論が捜査機関で使われる可能性がある。事故調査と刑事処分は切り離すべきである。

届出については、紛争解決とは別なルートを設け、届出範囲を拡大し、匿名というかたちで、死亡例のみならず死亡に至りかけたような重大な事故例を含めて届け出がなされ、データベースに情報を蓄積するということが重要。死亡例のみでは不十分である。

我々が参考としたのがWHOの「医療安全に関するガイドライン」(2005)である。

そこには、①医療事故(診療関連死)の報告者は免責される、②診療関連死の患者名・報告者(医療従事者)・医療機関は第三者に明かされてはならない、③報告書や医療機関を罰する権限を持つ部署から独立させる、④訓練を受けた専門家による評価、⑤即座に分析され、早く周知されねばならない、⑥システムの欠陥、問題点に焦点を当てる、⑦勧告を実行に移さねばならない、とある。

第3次試案と大綱案には、WHOの「医療安全に関するガイドライン」からみた問題点など、まだ不明瞭な問題点が残っている。不明瞭な点を残したまま成立し、その運営によって萎縮医療が進むと医療崩壊に繋がる。もう少し十分な検討を望みたい。

大綱案は再発防止を先送りしている

●日本医師会/木下勝之常任理事

医師法21条の改正と医療安全調査委員会の法制化なしには医療事故死に対する刑事訴追を止めることはできない。21条は医療事故死に対する刑事訴追の端緒となっている。21条を改正し、警察に代わる届出機関として医療安全調査委員会を設置しなければ現状は変わらない。

実は、厚労省の検討会とは別に、検討会のメンバー3人と私は、法務省と警察庁の刑事課長や室長と何度も折衝を行なった。

警察庁との意見調整は「医療界は医療事故死を警察ではなく委員会に届け出べき」と主張しているが、いかなる事例も警察には通知しないというのであれば、21条改正の議論には乗らない」ということから出発した。警察庁の主張は、「明らかな過失は直ちに警察に届けてほしい。それ以外の事例は委員会でも構わない」というものであった。

しかし、我々は、すべての事例を(委員会が)受けた上で判断したいと主張し続けた。

2回目の折衝で「すべてを委員会に届け出るのであれば、同時に県警レベルに通知してほしい」となった。これは拒否した。その結果、「すべての事例を第三者機関に届け出てもよいが、悪質な事例は捜査機関に通知してほしい」ということになり、その段階で我々は妥協した。

一方、最高検察庁は、平成18年10月に私が最高検幹部を前に話をしたとき、「すべての医療事故に刑事免責を求めるとはできない」という考え方を明らかにしている。

その後、法務省との意見調整では、刑事処分の前に行政処分を行なうべきであるという医療側の意見に同意を表明、「委員会から捜査機関への通知は悪質な事例に限定して具体的事例を提示する」というところまで話が進んだ。

大綱案をつくるにあたって、原案では、括弧を付して「医療関係者の責任追及という目的はない」と表記されていた。そこで追及したところ、「この表現を書き込むと委員会は責任追及をしないことになる。しかし、そうなる」と警察がすべてやることになる。それでもよいのか」という話になった。

これでは元も子もなくなるので色々検討した結果、委員会は責任追及を目的としないが、医療関係者の責任は「委員会の専門的な判断を尊重する」仕組みにする、つまり、(警察に)通知する事例は委員会が判断するが、(警察は)その判断を尊重するという事になった。かくて、医師を中心とした医療安全調査委員会の専門的判断の下で限定した事例を通知し、捜査機関はその通知の有無を尊重する仕組みとし、大綱案が発表された。

第3次試案には「重大な過失」という表現があった。刑法における「重大な

過失」とは、故意に準じるひどい過失、注意義務に違反する程度が著しい場合をいう。つまり、医療界については、

「注意義務に違反する程度が著しい」というのを「標準的な医療から著しく逸脱する」に置き換えたもので、それを医療の専門家が判断するわけである。

法務省として、医療事故の死亡事例に刑法211条第1項後段の「重大な過失」をもって業務上過失致死傷罪を適用する可能性を提言したものであり、通常の過失のは適用しない、つまり、対象をものすごく絞ったことになる。

医療安全調査委員会が判断する「標準的な医療からの著しい逸脱」というのは、色々な医療の状況を勘案し、死亡原因の背景や中身を吟味し、医療機関の環境、システムやチーム医療に問題があり、この環境ではそうした誤りをしてしまうのは仕方がない、したがって最終行為者に事故の原因を帰するのは不適当という判断もあり得るわけであり、単純なミスでも通知することにはならない可能性がある。仮に通知されても行政処分等の状況をみて判断される。

なお、医師法21条の改正は、医療事故死に関しては従来の規定を事実上廃止することを意味している。



●全日本病院協会/西澤寛俊会長

医療事故調査委員会と医療安全委員会は分けるべきであると考えている。

事故防止・安全確保は医療人の責務である。全日病はこうした立場から、長年医療の質と安全に取り組んできた。講習会は医療安全を担保する病院組織のマネジメントを高める見地からプログラムを組み、分析手法にFMEAやRCAを使っている。こうした視点は「医療安全調査委員会」にはみられず、我々が考える医療安全からみると違和感を感じる。

医療事故報告制度の目的には、①説明責任と被害者補償、②再発防止とがある。諸外国の多くは②に重点を置いている。第3次試案(大綱案)は①と②

「厚労省案は真の医療安全推進を阻害」との指摘が台頭

医療安全調査委に関する公開討論会 WHO医療安全GLの視点から3次試案・大綱案を検証する発言が続く

が渾然一体となっている。別に分けて設ける必要がある。

今まで責任追及は個人を対象としてきた。しかし「人は間違えるものである」。したがって、間違えない環境、間違っても危害が及ぶ前に発見できる環境、被害を最小にいとどめる環境を整えることが求められる。そのためには、原因究明・再発防止を目的とした情報収集システムが欠かせない。

WHOから、患者安全を改善するために事故情報報告システムを機能させるというガイドライン案が示されている。加盟国日本もこの考えに沿って取り組むべきである。WHOのガイドラインにある免責は外国に例がある。日本でも刑法等の改正を提起していくことも大切なことではないか。ただし、我々が求めるのは報告に対する免責であり、故意や隠蔽などは別である。

大綱案には色々と不明な点があるが、全日病として詳細な検討は終わっていない。しかし、少なくとも、原因究明・再発防止を目的とする組織と過失責任の有無や責任追及を判断する組織は別にされなければならないと考える。原因究明・再発防止については医療機能評価機構で医療事故情報収集システムが始まっている。これを、さら

に拡充していけばよいのではないかと。

医師法21条は改正されるというが、大綱案が改正と言えるかは疑問だ。(西澤会長の発言詳細は8月1日号既報)

【フロア指名による意見表明】

■日本産科婦人科学会

日本産科婦人科学会は正当な業務の遂行として行なった医療行為に対して、結果の如何を問わず、刑事責任を追及することには反対する。この件は現在の法体系の改正を伴うことであり、国民の理解を得るに大変な年月を要する。そのことを踏まえた上で、現在の取り扱いを早く改正する必要があるという立場から、いくつかの疑問点はあるが、基本的にはこの機会にこの制度を成立させていただきたいというのが我々の見解である。

■日本脳神経外科学会

刑法の業務上過失に免責がないという点が一番の問題である。これに関しては非常に時間がかかる。しかし、これをきっかけに、刑法の業務上過失に免責がないという点を考え直すべきではないかと考える。大綱案と第3次試案には反対である。

■日本小児外科学会

我々は基本的に外科学会と同じ考え



であるが、大綱案に関して重要な3点だけ指摘させていただく。①委員会は厚労省ではなく外に設置することが望ましい、②「標準的医療」はいかようにも解釈が可能であり、警察への通知は委員会が犯罪性が高いと判断したものに限定されるべきである、③医療事故死に該当するか否かの基準がもっとも重要な点であり、ぜひ、これを早く公表していただきたい。

■日本消化器外科学会

我々の意見は、①医療安全調査委員会の独立性が明確にされていない、②「標準的医療」の定義が曖昧である、③医療事故に該当する基準をどこが、どのように作るのかが明確にされていない、④遺族が警察に告訴した場合にどう対処するのかが記載されていないなどであり、こうした点を明らかにしていただきたい。

21条の改正が大綱案に記載されてい

るが、内容的にはまったく改正されていない。以上の問題点を明らかにしてもらえれば良いシステムができるのではないかと期待する。

【書面提出による意見表明】

■日本整形外科学会

拙速な法制化には慎重であるべきである。この制度が責任追及の場を提供することになっては困る。「標準的医療から著しく逸脱した医療」の判断基準について十分な議論が必要ではないか。大綱案は、本来の目的である再発防止の具体的方策を先送りしている。

■日本臨床整形外科学会

基本的には賛成ではない。再検討を要望する。黙秘権を認めるべきではないか。司法当局は謙抑的に対応するというが刑事訴訟法に基づいて訴追することもできる。謙抑的に対応するという表現を法案に組み込むべきである。

勤務医を含む皆な声を聞く必要がある

【フロアとの質疑応答(敬称略)】

堤●重要なことは何が刑事訴追の対象となるかである。現行法を変えなくとも、どれが業務上過失になるかを明文化するだけでかなり改善される。その議論をした上で21条の問題に踏み込むべきで、21条だけ変えれば何とかかなるとは思わない。

高本●警察は医療行為を犯罪であるかどうかという視点でみる。やはり、専門家による判断に委ねる方法がよいのではないか。

木下●業務上過失になる、ならないという論点だけでなく、警察にそうした判断をまかせてよいのか。医療界が責任を持ってその役割を担おうではないかという仕組みである。

永井●警察にまかせると的外れの鑑定書が出る可能性がある。届け出に警察は一切介さない方がよい。

もともと、この問題と業務上過失とは異なる。刑法の改正は難しい。改正を待たずに実質的にそこにどう持っていくのか、実質的に警察が介入しないように我々はどう行動するかという問題がある。

堤●私は21条の改正が不必要だとは言っていない。医療行為の何が業務上過失に当たるかを明確にする議論を先にすべきであると申し上げている。それは医療側と法律側が話し合えば可能と思う。

フロア●堤先生ご指摘の通り、業務上過失の対象を厚労省が通知で定義すれば、(21条の改正は実質的に)できるのではないかと。委員会の設置は混乱が起きる。これを継続したいのであれば医

療機能評価機構への報告制度を活用すればよい。

フロア●先進各国には法律によらずに自律作用として処分する団体があり、国民の信頼を得ている。これから、医療側と警察側が同じテーブルで話し合うよいチャンスだ。法案が成立しても、その基の部分がない限り問題は解決しない。

フロア●医療費や医師数が低レベルの中で、我々は、これまで医療事故が置きやすい環境を放置してきた。(学会幹部の)先生方もそうだ。これが成立すると我々は、低医療費、医師不足に続いて、世界に類がない刑事罰に結びつく事故調査委員会と3つ目の誤りを犯すことになる。

フロア●木下先生にうかがいたい。法案に日医会員が7割賛成しているというが、それはたった2回の、しかも(県医師会)常任理事の一部しか答えていないアンケートを根拠にしているに過ぎない。都市医師会まで話さないと。

木下●これは勤務医、診療所すべて医療界の問題である。色々な議論はあろうが緊急の課題である。これがまとまらなければ現状はそのまま進む。我々は一歩進めるという視点で動いてきた。

西澤(全日病会長)●限られた団体の間でのみ議論されるのではなく、現場管理者の医師や勤務医との議論が必要ではないか。一番困っているのは救急、急性期の現場だ。その先生方の声を聞いて、合意の上で創り上げるべきではないか。これが拙速に運ばれると、結果的に医師の間に分断を招き、日本の医療はますます崩壊する。その点も考えて、もう一回議論をし直した方がよいのではないかと。

高本●すぐに警察が出てくるのではなく、専門家を擁した我々の自主的な組織でよいか悪いかを判断し、若い人が刑事訴追になる可能性をできるだけ少なくしようとしている。しかし、すべてを警察からフリーにすると、警察は

すべてをカバーしようとするだろう。フロア●なぜ我々はWHOの基準にないものに甘んじなければならないのか。

フロア●私も業務上過失に関しては改正が必要と考える。その定義を明確にしると堤先生はおっしゃるが、(免責という)法文が明確にならない限り検察は動かざるを得ない。医療行為に関しては「技術の当否が問われる業務過失は免責される」といった条文を入れない限りは、医療は犯罪と紙一重に置かれ続けるだろう。

フロア●大野病院の事件は、我々産科婦人科医には非常にショックであった。我々が逮捕、拘留、起訴されないという保障はない。こうした議論が何年続くのか。その間にも、また誰かが逮捕されるかもしれない。こうした状況を放置してよいのか。できるだけ早い法案の成立を願う。

フロア●最大の問題は医療安全の部分ではないか。我々は院内調査によって事故対策を進めてきた。これが一番よい方法である。ところが第3次試案によると、現在の院内スタンダードのほかにもう一つのスタンダードが入るように思える。どこで選ばれるか分からない、どういう資格があるか分からない、場合によっては(調査等の)委託もある、そういうところが入ってきてスタンダードを決められても、我々は恐らく医療安全に関して何もできることがなくなってしまうのではないかと。第3次試案の根本的な欠陥は医師の免責の問題である。刑事責任があるという黙秘権が認められると、院内調査はまったく意味がなくなる。そうした状況で構築される医療安全はまったく意味がなくなってしまう。

フロア●各大学病院も院内に事故調査委員会を設けている。そこからは患者が知りたい情報がきちんと出てくる。何故なら、それは免責と同じでやっているからだ。処分に通じる調査委員会、罰せられるシステムでは誰もしゃべらない。「黙秘」という語が出てくること自体が、自然科学の内容を調査する上で不適切である。医療界が自浄作用を

発揮することを宣言し、我々自身がそういう組織を創っていけば、国民は納得するのではないかと。

フロア●これだけ色々な意見が出て混沌としているのは、診療関連死が生じたときに、どういう報告システムが必要であるかというビジョンがないからだ。もう1つ、勤務医が参加して議論ができる場がない。医師のほとんどが参加できる組織でビジョンを作るというプロセスが見えてくれば、細部、各論も見えてこよう。この2つの条件整備は急ぐべきだが、それがいい中での拙速はよくない。

フロア●産科医だが、毎日が水の上を歩いている感じだ。色々な意見はあるだろうが、ぜひ、一歩でも前進してほしい。

フロア●免責がない中で、こういう警察機動的な組織ができると、どうしても萎縮医療が避けられない。刑法を変えるのに時間がかかるのは分かるが、それに挑戦しないということはない。もう一方で、国民の信頼を得るために今必要なことは、医療安全の推進である。これこそ王道ではないか。これを進め、国民の信頼を得る中で医療の免責という構図が完成する。ぜひ、こういうビジョンの下に議論がなされることを願っている。

高久●日本の医療は数多くの問題を抱えている。診療関連死もその1つに過ぎない。だが、現場は水の上を歩く感覚で耐えている。それを何とかしなければならぬことも事実。そういう意味から、日本医学会は中立的第三者機関の設立を要望した。具体的には色々な意見があろう。院内をまずまとめることが重要というご意見には、私もかねがねそう思っていた。それが大綱案に書かれていないことに不満を感じる。

私もWHOの基準が正しいとは思っている。しかし、医療に対する不信がある状態でWHOの基準をもってくるには反発があると思う。時間をかけてそういう方向に行くしかないのではないかと。医師の集団として自律的な処分制度を創るということは、近い将来に検討を始めなければならないと考える。

大都会の救急を支える民間病院への評価が急務

都市2次救急現場からの報告 3次救急の問題は2次救急の破綻から生じた。2次救急の問題解決が先決

常任理事(総合加納病院理事長) 加納繁照

この4月30日に厚生労働省医政局指導が事務局を務める「救急医療の今後のあり方に関する検討会」の第4回会合が開催され、2次救急医療機関の参考人として招聘された。

検討会は、第3次救急の充実を図るために、救命救急センターのあり方やその評価方法を検討目的として設置された

「受入不能」が「受入」を恒常的に上回る

私が理事長を務める加納総合病院は大阪キタのど真ん中に位置している。病床数は300床。内訳は一般病床151床、回復期リハ96床、完全療養型(医療・介護)53床である。

大阪市内の救急搬送の件数推移は平成16～18年の3年間で約8,000件増加、今は約16万件に達している。このうち国立・公立・公的病院は13%にすぎず、86.8%が私的病院である。

大阪府下の救急病院は2000年度の304から07年度には270と1割以上減少しているが、救急搬送数は年々増加、07年度には大阪府下で年間45万4,630件となっている。大阪市内の救急病院数は10年間で18%減っている。ほとんどが民間の2次救急病院である。

表1は当院における救急搬送連絡数と受入数である。昨年11月まで新病院

が、第3次救急医療機関の出口問題と2次救急医療機関の実状に関するヒアリングを行なうことになり、呼ばれたのである。

検討会で説明した内容に私見を加え、2次救急医療機関、その多くを占める民間病院の救急における重大な役割について、あらためて報告させていただく。

病棟改修等の工事を行ない、最終的に終わったのが昨年12月で、それ以降の救急搬送数は回復し、月間400件の救急搬送の受入を行っている。

受入数の状況を見て頂いて不思議に思われるだろうが、受け入れられた数字のほうが少ないというのが現状である。具体的に言うと、2次救急に関しては、救急隊から電話が入った時点で「できる」「できない」と言うのが、「受入できた」と「不能」という数字である。例えば今年の3月であれば、救急依頼が1,042件あったが、受け入れたのは4割近くの424件で、618件は断わらざるを得なかったことになる。

断った理由は「処置中(35%)」「対応できる適切なベッドがない(13%)」「専門外(15%)」などが圧倒的に多かった。

救急搬送1件あたり4万円の人件費

救急隊別の受入状況を見ると、大阪市内の救急隊から、特に羽曳野、阪南、東大阪、八尾という大阪府の南に位置し、当院からは遠方である所からの救急依頼が大阪市内の2次救急に来ていることがよく分かる。

また、大阪府の北にあたる豊中、豊中北、吹田は、最近、2次救急がパニックになっていると聞いている。そういう状況下、南からも北からも大阪市内に救急搬送依頼が流れ込みつつある。

私の病院の救急に要する費用、とくに、夜間、当直に関する人件費だけをまると、1ヶ月に1,324万7,548円が昨年の6月から今年の3月までの月平均である(表2)。年間になると、人件費だけで約1億6,000万円の費用が要ることになる。これはあくまでも夜間、当直体制のみの人件費である。

当院は、内科、外科1人ずつの当直以外に24時間365日t-PAの治療も可能

にするために脳卒中センターに脳外科ドクターを当直させており、合計3名の医師と救急外来専門の看護師2名、レントゲン技師、臨床検査技師を各1名、さらに事務当直を加えた金額である。一晩に換算すると40～50万円の人件費が必要となる。

また、夜間救急受入れの為の年間の人件費1億6千万円を、当院の日中も入れた年間の総救急搬送数4,000件で単純に割ったとしても、救急搬送1件あたり4万円の人件費負担となる。せめて、この半分の2万円分でも、救急搬送加算2,000点として診療報酬で補填してもらえないものかと思う。

救急搬送患者の未収を当院で調べてみたところ、月に大体400件前後の救急を受けているが、そのうちの44件、ほぼ1割近くの患者が精算されず未収になっている状況になる。

れない → 忙しいのに収入が上がらない
・2次救急に診療報酬が付かない
・地方自治体も財政破綻 → 救急行政に補助金等が付かない
・深刻な医師不足(とくに救急医、外科

- 系等急性期医師のなり手が減少)
- ・DPCの救急患者への対応不備 → とくに高齢者救急搬送(急増中)
- ・未収金の増加(救急搬送患者の約1割)
- ・モンスターベネチント(暴力・暴言、不当な検査・診察等を要求する患者の増加)
- ・医療事故と称する訴訟の増加
- ・マスコミの病院バッシング
- 都市救急砂漠化緊急対策
- ・救急搬送加算の新設(2,000点は必要)
- 救急に一生懸命な病院へ直接効果あり

- り
- ・地方自治体も補助金等の代わりにせめて救急病院の固定資産税の免除を!(特に都会等、土地等が高い地域では有効)
- ・後期高齢者救急搬送患者への診療報酬上の特典(特養や高齢者専用賃貸住宅収容者の急変時対応加算?)
- ・未収に対する保険者の対応や行政の補助
- ・医師・看護師不足対策
- ・マスコミ対策(病院差別用語の撲滅)



「救急医療の今後のあり方に関する検討会」に出席した加納常任理事(右端)▲

民間病院の救急離れが深刻

以上が4月30日に厚生労働省で発表した内容の主になったところである。日本の救急を考えるに地域格差があることは明らかで、それによって随分、急性期医療における民間病院に対する温度差があることは確かである。

都道府県別の救急搬送総数に対する民間病院の割合は1位の大阪府76%に対し、最下位の富山県は6%と民間病院の役割が13分の1のところもある。ただ、全国平均を取ると、民間病院は54%の役割を果たしており、これに対して、国立病院は6%、公立病院は24%、公的病院は13%と、やはり、日本全体で考えても、民間病院の救急医療に占める役割は圧倒的に大きい。

表3のように、人口数的に考えても、救急搬送総数の民間病院等が占める割合が70%を超えている都道府県の人口は日本全体の27.9%、60%を超えている地域では47.9%、50%を超えている地域だと64.7%を占めており、人口密度の高い所を中心に民間病院が公的病院に比べてはるかに重大な役割を行っているのは明らかであるが、その多くが2次救急としての活躍であることを、ぜひとも評価して頂きたい。

現在の3次救急の問題は2次救急の破綻から生じたものであり、2次救急の問題を解決することが先決と考える。

表2 ■夜間救急医療に係る領域に関する人件費(2007.6～2008.3の月平均)

部門別	月平均の総額(円)
人件費の合計	13,247,548
内訳 職種ごと	
医師 総合計	8,328,230
看護師 総合計	1,837,579
技師 総合計	1,913,500
事務員総合計	1,168,237

表3 ■救急搬送数における民間病院が占める割合

救急搬送数における民間病院が占める割合	都道府県と人口数	総人口に占める割合
70%を超える	大阪府・東京都・鹿児島県・埼玉県・福岡県 3,534万2,000人	27.9%
60%を超える	上記+宮崎県・千葉県・神奈川県・岡山県・福島県・京都府・大分県・奈良県 6,069万4,000人	47.9%
50%を超える	上記+茨城県・兵庫県・北海道・広島県・佐賀県・沖縄県・栃木県 8,197万8,000人	64.7%

表1 ■平成19年の救急搬送連絡数と受入数(うち入院数) 加納総合病院

	搬送連絡件数	受け入れ	受け入れ不能	内、入院
H19 4月	678件	277件	401件	50件
H19 5月	691件	253件	438件	40件
H19 6月	722件	269件	453件	54件
H19 7月	748件	305件	443件	74件
H19 8月	846件	365件	481件	78件
H19 9月	762件	311件	451件	61件
H19 10月	725件	329件	396件	78件
H19 11月	794件	397件	397件	80件
H19 12月	1037件	446件	591件	101件
H20 1月	899件	389件	510件	87件
H20 2月	963件	399件	564件	83件
H20 3月	1042件	424件	618件	80件
合計	9907件	4164件	5743件	866件
H19 5月～ H20 3月	9229件	3887件	5342件	816件

少しでも早い2次救急病院、特に大都会の救急を支えている民間病院への評価が必要と考えられる。

業務上過失致死傷罪の特例案が浮上

「救命救急医療」が対象。自民党内で検討始まる

7月29日に開かれた自民党の医療紛争処理のあり方検討会(大村秀章座長)は、「救命救急医療」に刑事処分の特例を認める考え方を取り上げ、検討した。

特例を認める考え方というのは、「救命救急医療により人を死傷させたときは、情状により刑を免除することがで

きることとする、刑法第211条(業務上過失致死傷罪)の特例を設ける」というもので、座長の大村秀章衆院議員が私案を示した。

私案として示された資料には、「救命救急医療においては、重篤な救急患者に対して、緊急に救命処置を行う必要

があり、かつ、専門領域以外の重篤な救急患者に対応することも多いことから、事故と隣り合わせの状況と言える。このような特殊性を有する救命救急医療において、他の分野と同様に刑事責任を問われる可能性があることが、救命救急医療に携わる医師の萎縮を招き、現在の救命救急医療の危機的状況の一因との指摘がある。このため、救命救急医療に携わる医師が安心して医療を行うことができるよう、救命救急医療における刑事処分について特例を

設ける」とその主旨を述べた上で、「救命救急医療の定義を具体化していくこと」を論点にあげている。

自民党の検討会は、同日の会合で日本医師会や日本救急医学会の関係者からヒアリングを実施するとともに、この提案を検討するよう求めた。

大村衆院議員は、この考え方にもとづいた刑法改正の議員立法も視野に収めており、医療安全調査委員会設置法案と一体に国会に諮る考えを表明している。

支部からの報告

3団体一体の総会を開催

佐藤指導課長(当時)が特別講演



岩手県支部通信委員
支部長 岩淵 國人

岩手県支部は7月19日に支部総会を開催、平成19年度事業報告および同収支決算報告、平成20年度事業計画案および収支予算案の承認をいずれも全会一致で得ました。

全日病の岩手県支部は、岩手県私立病院協会と日本医療法人協会岩手県支部と会員が重なるなど一体に活動してきました。したがって、支部総会は今

年も両団体と同時開催としました。

なお、厚生労働省より医政局指導課長(当時)の佐藤敏信先生をお招きしており、総会終了後、「医療法人制度改革と医療崩壊について」と題して、特別講演をうかがいました。

大変ユーモラスかつ分かりやすいお話であり、あらためて現下の多難な情勢を確認させられました。

特別講演には会員病院から多くの幹部職員が参加聴講するなど、盛況のうちに、佐藤先生のお話を終えることができました。



第4回常任理事会の詳細 7月19日

■主な協議事項

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の6名の入会が承認された。

茨城県 藤代病院 理事長 吉田兼重
千葉県 滝不動病院 院長 松本邦夫
東京都 森山記念病院 理事長 森山 貴
福岡県 大手町病院 院長 西中徳治
鹿児島県 大島部医師会病院 院長 櫻井修吾
鹿児島県 ゆのもと記念病院 理事長 前原くるみ

以上の結果、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
埼玉県 医療法人慈秀会 上尾アーバンクリニック
東京都 医療法人将道会 東京クリニック

以上の結果、日帰り人間ドック実施指定は486施設となった。

【主な報告事項】

●病院事務長研修・看護部門長研修フォローアップ研修の開催要項

病院事務長研修コースおよび看護部門長研修コースの各卒業生を対象とした「フォローアップ研修」の2008年度開催要項が報告された。今年度は11月21日に病院見学と当該職員による講義という方法で行なう。

●第51回全日本病院学会の開催

09年度の第51回全日本病院学会は、鹿児島県支部の担当で、09年11月21日、22日に、鹿児島市内で開催されることが決ま

った。学会長は上村俊朗鹿児島県支部長。テーマは「地域医療維新～崩壊から新生へ」。

●中国・四国ブロック研修会の開催

中国・四国ブロック研修会が香川県支部担当で10月に開かれることに決まった。

●病院機能評価の審査結果(順不同)

4月21日付で、以下の17会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。認定総数は2,489病院となった。

【Ver.5.0】

◎一般病院

- 福島県 太田西ノ内病院 更新
- 茨城県 筑波メディカルセンター病院 更新
- 神奈川県 戸塚共立第1病院 更新
- 愛知県 名古屋共立病院 更新
- 大阪府 島田病院 更新
- 兵庫県 川崎病院 更新
- 鳥取県 日野病院組合 新規
- 愛媛県 高木眼科病院 更新
- 鹿児島県 阿久根市民病院 更新
- 沖縄県 大浜第一病院 更新
- 沖縄県 南部徳洲会病院 新規

◎療養病院

- 富山県 池田リハビリテーション病院 新規
- 広島県 やまと病院 新規

◎複合病院

- 愛知県 小林記念病院 更新
- 徳島県 稲次整形外科病院 更新
- 福岡県 長尾病院 新規
- 佐賀県 山元記念病院 新規

別途、以下の2会員病院に、付加機能としてリハビリテーション機能が認定された。

岩手県 盛岡繁温泉病院(複合病院)
岡山県 岡山光南病院(一般病院)

6月6日付で、以下の13会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。認定総数は2,494病院となった。

【Ver.5.0】

◎一般病院

- 宮城県 県立こども病院 新規
- 東京都 東海大学八王子病院 新規
- 徳島県 ホウエツ病院 新規
- 鹿児島県 今村病院 更新
- 鹿児島県 寺田病院 更新

◎精神科病院

熊本県 くまもと青明病院 新規

◎療養病院

徳島県 東洋病院 新規
福岡県 新米会病院 更新

◎複合病院

福島県 竹田総合病院 更新
栃木県 黒須病院 更新
東京都 嬉泉病院 更新
東京都 田崎病院 更新
大分県 黒木記念病院 更新

認定証が交付された会員は817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6月

- 3日 会長・副会長会議
- 5日 人間ドック委員会、広報委員会、終末期医療に関するガイドライン策定検討会
- 6日 四病協/医療保険・診療報酬委員会、福岡県支部講演会(福岡市)
- 7日 企画室委員会、第91回定期代議員会・第80回定期総会、医療機関トップマネジメント研修コース(~8日)
- 9日 総務委員会
- 11日 四病協/社会保障財源を考える勉強会
- 13日 総務委員会、病院機能評価委員会
- 18日 日病協/診療報酬実務者会議
- 19日 四病協/医療経営・税制委員会
- 20日 医療制度・税制委員会、医療従事者委員会
- 21日 救急・防災委員会、国際交流委員会、第3回常任理事会、病院のあり方委員会
- 25日 四病協/総合部会
- 26日 四病協/メディカルスクール検討会
- 27日 日病協/代表者会議、医療保険・診療報酬委員会
- 28日 医療安全管理者継続講習会(~29日)、病院事務長研修コース(~29日)

2008年7月

- 3日 人間ドック委員会
- 4日 医療安全管理者養成課程講習会第1

- クール(~5日)
- 5日 医療機関トップマネジメント研修コース(~6日)
- 6日 個人情報管理・担当責任者養成研修会、個人情報保護担当委員会
- 9日 広報委員会
- 10日 四病協/医療経営・税制委員会
- 11日 会長・副会長会議、総務委員会、四病協/治療費未払問題検討委員会、同/医療保険・診療報酬委員会、病院機能評価委員会
- 12日 特定健診食生活改善指導担当者研修会(札幌市)(~15日)、鹿児島県支部総会(鹿児島市)
- 16日 日病協/診療報酬実務者会議
- 17日 四病協/社会保障財源問題を考える勉強会
- 18日 医療安全管理者養成課程講習会第2クール(~19日)、医療制度・税制委員会、医療事務技能審査委員会、医療従事者委員会
- 19日 救急・防災委員会、学術・企画室合同委員会、第4回常任理事会、病院事務長研修コース(~21日)、病院のあり方委員会
- 23日 四病協/総合部会、日医・四病協懇談会、医師事務作業補助者研修(~25日)、医療の質向上委員会
- 24日 四病協/メディカルスクール検討会
- 25日 日病協/代表者会議、医療保険・診療報酬委員会

一冊の本 book review

「病院経営を科学する! 実践編」

発行●日本医療企画

前作本編から8年たったの実践編である。医療コンサルの世界は、個人事務所が大手会社の一部門かのどちらかが多いが、メディカルクリエイティブは医療専門チームコンサルとして、実績信頼が厚い。実践編の内容そのものは、マッキンゼー出身らしい分析手法であるが、遠山氏のかわらぬ情熱が、前書き後書きに滲み出ている。是非そこだけでも一読してほしい。



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

全日病学会東京大会

11月は50回目の全日病学会—東京大会

11月22日、23日に東京都内の都市センターホテルで開催される第50回全日病学会東京大会(河北博文会会長)は骨格が固まり、プログラムの最終調整に入っている。

7月に締め切った一般演題の登録は320を超え、全日病学会史上最高を記録した。

充実した特別講演・公開講座

第1日(11月22日)日の午後は、学会長講演に続いて「日本文化と民主主義」と題した特別講演がもたれ、猪木武徳国際日本文化研究センター所長が比較文明、比較文化の視点から民主主義について考察する。

さらに、同じ会場ではシンポジウム「民意の工夫による社会制度の補完」の催行が決まった。

第2日(11月23日)午前には、シンポジウム「医療事故における関係調整」が開催され、ADR、メディエーション、免責、

裁判員制度をキーワードに、原因究明・再発防止と責任追及の関係などについて議論する。

午後は公開講座が2つ続く。日本尊厳死協会理事長である井形昭弘名古屋学芸大学学長による特別講演「健やかに生き、安らかに死ぬ」と、作家の猪瀬直樹東京都副知事による特別講演「日本人の精神性と社会構造」である。いずれも、日本人の文化や精神性を俎上に上げながら、医療と人・社会のかかわりが論じられる。

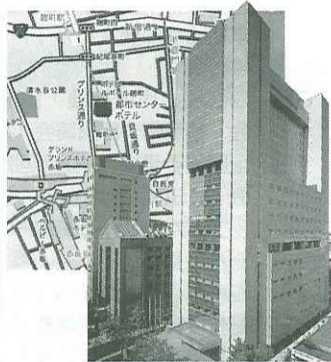
「地球環境問題」と「格差」で展示コーナー

企業展示が行なわれる6階フロアには「地球環境問題を考える部屋」と「格差に関する展示」のコーナーが設営される予定。さらに、7階には、ホスピタリティールームとともに「主張展示」(別記事

を参照)の会場を設らえる予定だ。いずれも、これまでの全日病学会にはなかった意欲的な企画で、「民主主義と医療〜パブリック・マインド〜」という東京大会のテーマが投影されている。

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〜
*学会ホームページ
<http://www.ajha50.org/index.html>



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

医療に対する「主張」を募集。採用作品は東京学会で展示!

東京学会では、医療職が医療に対して持っている「主張」をインターネットで募集している。採用された「主張」は学会開催中7階フロアでパネル展示に取り上げられ、「主張」をもとにしたディスカッションの開催も企画されている。

東京学会の実行委員会は7月からホームページで「主張」を募集してきたが、より多くの病院関係者への浸透を図るため、『全日病ニュース』の今号に募集案内を折り込んだ。

募集する「主張」の内容は、医療について日頃感じる、考えている意見や提案。具体的には、①民主主義と医療、②医療費と政策、③患者さんに伝えたいこと、④地域格差、⑤官民格差、⑥

医療に刑事責任を問えるか(医師法21条を含めて)、⑦理事長・院長に言いたいこと、⑧その他(自由テーマ)からテーマを1つ選び、400字以内にまとめてもらう。

全日病会員病院の職員であれば誰でも応募できる。学会学術発表ではないので、むずかしくまとめる必要はない。展示の際に匿名とすることも可能。

ただし、「主張」の採否は主催者に一任することになる。また、回答を求めることはできない。医療制度や行政に対する日頃の意見を一度発表してみたいかが? 締め切りは9月30日。詳しい応募要領は学会ホームページに掲載してある。

第50回全日本病院学会東京大会の主要プログラム

第1日 11月22日(土) 9:30~17:15

- 学会長講演 河北博文
- 特別講演 I 「日本文化と民主主義」 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 「民意の工夫による社会制度の補完」
- 委員会企画 (医療の質向上委員会、病院のあり方委員会、医療制度・税制委員会)
- 人間ドック委員会シンポジウム
- 日本メディカル給食協会シンポジウム
- 一般演題 (34会場)
- ランチョンセミナー (6会場)
- 懇親会

第2日 11月23日(日) 9:30~17:00

- シンポジウム II 「医療事故における関係調整」
- ヤングフォーラム 「経営観 10年前と今」
- (公開講座) 特別講演 II: 「健やかに生き、安らかに死ぬ」井形昭弘名古屋学芸大学学長(日本尊厳死協会理事長)
- (公開講座) 特別講演 III: 「日本人の精神性と社会構造」猪瀬直樹東京都副知事(作家)
- 委員会企画 (医療従事者委員会、医療安全対策委員会)
- 病院機能評価受賞個別相談室
- 日本医療経営コンサルタント協会シンポジウム
- 一般演題 (29会場)
- ランチョンセミナー (3会場)

国の医師の給与引き上げを勧告。人材確保のため

人事院は8月11日、2008年度の国家公務員給与を現行水準で据え置くという勧告を国会と内閣に行なったが、その中で、国の医療施設に勤務する医師については、09年度に年間給与で平均11%引き上げるよう求めた。

勧告は、医師給与引き上げの理由を、「国の医師の給与は、民間病院や独立行政法人国立病院機構に勤務する医師の給与を大きく下回っており、勤務医の確保が重要な課題となる中、その状況は看過できないものとなっている。

若手・中堅医師の人材確保のために医師の給与の特別改善を図る」と説明している。

今回の引き上げによって国立病院機構の給与水準まで上がるが、11%という大

幅な引き上げ勧告は初のこと。国立がんセンターなどのナショナルセンター、ハンセン病療養所、刑務所等に勤める医師1,311人(2008年4月現在)が対象となる。

レセプトオンライン化までに処方せん電子化の対応を構築

医療情報ネットワーク基盤検討会は処方せんの電子化に向けた課題とその対策案を整理した報告をまとめ、8月7日に公表した。

現在、紙媒体が基本とされている処方せんは、2004年の報告書で制度運用上の課題が多いことから電子化の方向性がいったん見送られ、文書等電磁化の適応対象外とされた。

しかし、その後の医療分野におけるネットワーク化の環境整備を踏まえ、処方せん電子化のあり方や電子化に伴な

って生じる問題点や課題をあらためて整理。実現のための対応策をさらに検討しつつ、レセプトオンライン化が全面实施されるまでに電子化へ対応した制度改正等の体制を構築すべきであると提言している。

インフラとして「社会保障カード」や「電子私書箱」も合わせて活用することを提案する一方、「紙媒体と電子媒体の処方せんの共存は避けることが望ましい」としている。

民間、国立病院機構と国の医師の年間給与比較

民間 平均43.3歳	国立病院機構 平均45.4歳	国 平均46.6歳	民間との差	国立病院機構との差
1,393.3万円	1,261.4万円	1,134.5万円	258.8万円	126.9万円

(注) 民間は06年から08年までの職種別給与実態調査結果の平均値で、医師のすべての役職段階を対象としている。国立病院機構は05年から07年までの副院長以下の平均値。

国大学法人附属病院看護師の年間給与は497.9万円

文科省が7月28日に公表した国立大学法人と大学共同利用機関法人の役員及び職員の平成19年度給与水準によると、看護師(附属病院)の年間平均給与は

497.9万円であった。国家公務員の給与水準を100とした場合の指数は96.7と前年度よりも0.4ポイント下がった。

医療事務技能審査試験のご案内

医療事務技能審査試験は、厚生労働大臣許可の(財)日本医療教育財団が実施する全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカルクラーク®」の称号が付与されます。

- 合格者に付与する称号 (1)1級メディカルクラーク (2)2級メディカルクラーク
- 受験資格 1級・2級それぞれ受験資格があります。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)
- 試験会場 全都道府県の公共施設等で実施します。
- 試験日 (平成20年度)

試験科目と実施方法		時間
(1)1級医療事務技能審査試験		
・実技 I 接遇、院内コミュニケーション	・筆記(記述式)	50分
・学 科 医療事務専門知識	・筆記(択一式)	60分
・実技 II 診療報酬請求事務	・明細書点検	70分
(2)2級医療事務技能審査試験		
・実技 I 患者接遇	・筆記(記述式)	50分
・学 科 医療事務一般知識	・筆記(択一式)	60分
・実技 II 診療報酬請求事務	・明細書点検	70分

20年	9月27日(土)	2級
	10月25日(土)	1級・2級
	11月22日(土)	2級
	12月20日(土)	2級
21年	1月24日(土)	2級
	2月28日(土)	1級・2級
	3月28日(土)	2級

1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病医院事務部門で活躍されている方や、2級メディカルクラークで病医院事務部門に進出しようとする方を対象に、点数表解釈をはじめ公費負担、諸法など、保険請求事務の実務を中心とした、より高度な専門的知識と技能の養成をします。1級医療事務技能審査試験の受験準備講座としてお薦めします。

<募集要項>

- 受講資格 ①医療機関等において医療事務職として1年以上の実務経験があること
②2級メディカルクラーク(医科)もしくは2級医療事務職(医科)であること
※①②のいずれかに該当する方
- 受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)
- 受講受付 随時
- 受講料

一般	78,000円
賛助員	75,000円(入学金3,000円が免除)

※分納(2回)もできます。

- 試験及び講座の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
- ご請求の際は「請求番号 1923」とお知らせください。
- 「メディカルクラーク®」は、(財)日本医療教育財団の登録商標です。

(財)日本医療教育財団

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