



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2008 NEWS 9/15

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.694 2008/9/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail.info@ajha.or.jp

医療部会で第3次試案・大綱案を初めて「議論」

岡本参事官「法案化に際しては医療部会に諮る」と言明

社会保障審議会医療部会は9月4日に10ヶ月ぶりに開催され、事務局(厚労省医政局総務課)は、産科補償制度、医療安全調査委員会設置にかかわる第3次試案と大綱案など、山積している施策の現状をまとめて報告した。

第3次試案と大綱案については委員の意見は賛否に分かれた。事務局は引き続き意見募集と医療界等による議論を見守る意向を示したが、一方で「十分な賛同が得られれば法案化したい」とも発言、「医療安全調査委員会」設置に向けた意欲をのぞかせた。

部会での「議論」は30分に満たないものだったが、大綱案の説明に当たった岡本参事官は、医師法、医療法改正を伴うことを理由に、法案化に際しては医療部会に諮る考えを明らかにした。

委員からの質問と意見は第3次試案と大綱案に集中した。とくに、医療安全調査委員会設置法案に向けた厚労省の方針と、同法案に対する医療部会の審議余地について、少なからぬ委員から質問と注目が相次いだ。

西澤寛俊委員(全日病会長)は、「(事務局の説明から)法案化の前に当然医療

部会に諮るものと理解した」と、今後の進め方に釘を刺した。

その上で、「第3次試案と大綱案は過失の有無判断と責任追及・処分を行なうという点が主であり、医療安全を図る委員会設置の目的と異なっているように思う。その2つを明確に分けた上で、改めて議論をするべきではないか。

第3次試案や大綱案については、医療現場や救急の人々からも意見が出ている。もう一度きちんと議論を行ない、その結果を第4次試案としてまとめ、関係者が真に求める内容にしていきたい」と、全日病の見解を明らかにした。

別の委員は、第3次試案や大綱案を、これまで医療部会の議論に委ねずにきた理由を質したが、事務局からは明瞭な説明が得られなかった。

一方、「法案化に至るプロセスを示してほしい」という質問には、「すでに国民の議論に委ねている。十分な賛同が得られれば法案化したい。学会などには様々な意見がある。そうした方面との意見交換や公聴会などをつつ、議論を尽くした上で必要があれば内容の



改善もはかり、法制化にもっていきたい」と答えた。

部会終了後、岡本浩二参事官は、第4次試案の可能性をたずねた本紙に、「舛添大臣がそう発言されているのであれば、そうした方向に向かうことになろう」と述べた。ただし、現時点でそうした方針があるかどうかについては、否定的な反応であった。

また、医療部会との関係については、「医師法と医療法の改正が必要。これまでは医療部会のとりまとめで法改正をしてきた。今回もそうした考えに変わりはない」と、法案化に際しては医療部会に諮る考えを明らかにした。

文科・厚労両省一体で医師供給のあり方を検討

臨床研修制度のあり方検討会 医局主導の医師供給を求める声も。政治情勢混迷で議論の見通しは不明

文部科学省と厚生労働省は「臨床研修制度のあり方に関する検討会」を立ち上げ、9月8日に初会合をもったが、鈴木文部科学大臣と舛添厚生労働大臣がともに出席する異例の検討会となった。

現行の医師臨床研修制度に対しては元々大学病院側に強い不満があったが、昨今の医師不足議論を通して、医師偏在の原因を医師臨床研修制度に求める意見が台頭。大学病院による医師供給システムの復興論が声高に語られつつある。同日の検討会でも大学医学部所属の委員は、そうした見解を表明した。その一方、そうした見方に疑問を表わす意見が民間病院所属の委員から示された。

2004年度に創設された新医師臨床研修制度は、医師不足への影響を問われ、あらためて本格的な検討作業を求められている。それは、プライマリーケアと地域医療にとどまらず、医療提供体制のあり方とかかわるテーマとして浮上しているが、検討会では、プログラムの組み方や臨床研修病院の指定基準、さらにはマッチングシステムの修正など、現行制度枠の組み替え議論に終止する可能性もある。

事務局(厚労省側は医政局医事課)は、「医師臨床研修制度が大学病院と地域医療にどう影響を与えているかのデータを踏まえて議論をお願いしたい」と、次回以降、偏在に関する詳細資料を提示する方針。

検討会後に事務局は、「月1回の開催をめどに年内に4回ほど開催、年明けには何らかのとりまとめをしたい」と、議論を短期に収束させることを示唆した。同時に、制度改正が打ち出されても、09年度に関しては現行どおり実施されるという認識を明らかにした。

医師偏在の原因を医師臨床研修制度に求める議論は6月にとりまとめられた「安心と希望の医療確保ビジョン」に反映され、「臨床研修制度の見直し」が盛り込まれた。

その結果、7月18日の医道審議会医師臨床研修部会は、大学病院に研修プログラムの弾力化を認めるモデル事業の実施を決めた。モデル事業には40大学病院(募集定員397名)が手あげし、来年4月開始に向けて厚労省でプログ

ラム内容の確認が進められている。

さらに、8月の「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」中間とりまとめには、医師偏在に対応するために、「医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方について、文科・厚労両省合同の検討会を立ち上げ、対策の具体化を図る」と書き込まれ、今回の検討会設置にいたった。

15名の医療関係者・知識人から構成

される検討会は、6名が大学医学部に所属、6名が国・自治体・民間の病院経営者からなる。民間病院の1人に西岡病院理事長の西澤寛俊氏(全日病会長)が名を連ねた。

座長に高久史磨自治医科大学学長を選出した後、自由討論において、医学部系の委員は「新医師臨床研修制度が始まってから医師不足が顕著となった」「現行医師臨床研修制度が医師偏在を強めた」などの批判を展開した。

他方、医学部以外の委員からは、現行制度の実績を評価すべきであり、短兵急な見直しによって所期の目的と理念が損なわれることへの懸念が示された。

西澤寛俊委員は、「医師偏在に対する現行制度の影響はなしとはしないが、主要なものではない。新医師臨床研修制度が創設されなくとも、これまでに山積された矛盾から、今以上の医療崩壊が生じた可能性がある」と性急な結論を求める意見を戒めた上で、「我々は、山積する問題について議論を重ねる必要がある。そういう意味からは、この検討会の設置はよいことである」という認識を表明した。

福井次矢委員(聖路加病院院長)は、「どの分野でどのくらい少ないかという詳しいデータが示されないと医師不足の実態が分からない。それを踏まえて議論されるべきだ。新制度の最大目的は達成されつつあると考える。複雑

な要因からなる問題のいくつかをあげて制度の見直しを迫るのはいかなるものか」と、やはり、拙速な議論を戒めた。

医師偏在の原因を現行制度に求める委員からは、①学生の数と研修病院の数を近づける、②地域枠を設けるなど、研修病院数やマッチングシステムの制限を示唆する案も出たが、他方で、「医師供給の基本的な枠組みをつくるのが検討会の目的。教育と実践の両領域が手を携えて検討すべきである」と冷静な議論をよびかける声もあった。

冒頭挨拶で、両大臣は、医師不足に関して「現行医師臨床研修制度の発足が契機となっている」といった批判があることを認めた上で、適正な見直しに向けた議論を提起した。

もっとも、福田政権を受け継ぐ新たな総理の選出と組閣を控え、しかも、新政権の下で衆議院解散の可能性が高いことから、「医療崩壊」に対する政策の検討と実行を担保する行政施策の行方に不透明さが生じている。

舛添大臣は、検討会の最後に「医療制度を再構築し、国民が安心できるものとするためには、医師の供給体制をきちんとしなければならない。この問題には次の内閣も一貫して取り組まれる必要がある。この検討会は短命ではない。長期に取り組んでいく」と、次期内閣の顔ぶれによらず系統的に取り組む政府の姿勢を強調した。

清話抄

数ヶ月前、投資銀行の知人に誘われて初めてロシアを訪問したが、驚かされるが多かった。モスクワの街にはロールスロイス、ボルシェ、大型ベンツが走り、ヨーロッパの有名ブランド店が客でにぎわっている。物価は驚くほど高く、ホテルは標準クラスで1泊5~6万円、高級クラスは15万円もする。

カフェの朝食も、クロワッサンとオレンジジュースで2,000円もし、スーパ

ーでは米国産や中国産の果物が日本の倍の値段で売られている。2年前に住宅ローンが始まってからは不動産の高騰にさらに拍車がかかり、現在では年率15%以上で上昇しているという。米国企業による物価比較によると、モスクワは3年連続世界1位で、ニューヨークの1.5倍という物価高である。

1998年の経済破綻の時こそGDPはマイナス成長であったが、2000年からは年率5%程で推移している。実はロシアは原油生産高と天然ガスの生産高が世

界一である。近年の原油価格高騰はロシアに莫大な富をもたらせ、成長率も06年度6.7%、07年度7.0%と加速している。

資源による特需以外にも、内需主導の経済成長を促進するために、プーチン政権は個人と企業の所得税をフラットにするなど大胆な経済政策を施行した。個人で13%、企業で24%と諸外国に比べて低く、ユダヤ系ロシア人等の裕福層や投資家を海外から呼び込むことに成功している。

急激な発展の裏で、経済格差の問題

や人口増加率が低いなど国家的課題も多いように思った。例えば、ロシアの出生は1.3人と、日本と並び世界最低の水準である。

また、平均寿命は男性59歳、女性72歳と極端な差がある。これは、ロシアは自殺率が世界3番目と高いことと医療水準が低いためだと言われている。

成績が良い学生は資源関連や金融に進むものが多く、所得が相対的に低い医師を志す学生は少ないとのことであった。(浩)

主張

医師不足の一因は安価な技術料。英国の医療崩壊を想起しよう！

舛添大臣が6月18日にとりまとめた「安心と希望の医療確保ビジョンの具体化に関する検討会」の初会合が開催されたと各メディアや「全日病ニュース」で報道された。具体的政策の3本柱は、①医療従事者の数と役割、②地域で支える医療の推進、③医療従事者と患者・家族の協働の推進、とある。

検討会メンバー構成をみると11名のうち6名が大学病院とナショナル医療センターの教授・管理者である。8月27日に中間とりまとめを行ったが、果たして我々が希望するような政策が実施されるだろうかと思

心暗鬼にならざるを得ない。近年、医師不足や医師偏在が社会問題となっている。医師の絶対数が不足しているのは周知の通りで、8月25日のメディアにも医学部定員を1.5倍にする上、医師の偏在解消に臨床研修体制の見直しが不可欠と報道された。そのことは当然の策と評価したい。しかし、医師の養成には10年以上の時間を要する。その間はどうか。

勤務医は不足し、地域偏在している。しかし、開業医は充足していると思う。例えば医師が増えても、「ビル診開業」へと流れたら問題解決には

ならない。諸悪の根源は低い医療技術料にあると言っても過言ではない。

患者の権利意識が益々高揚する中、財政主導の医療費削減では医療をサポートする人材は雇えないし、医療現場は疲弊し、医療の萎縮が進むことを危惧する。過酷な労働に対して十分な報酬が得られ、やり甲斐を感じるような医療環境ならば、医師は使命感に燃えて働くと思う。

今までは、暗黙の了解で薬価差益に依存していた医療技術料であったが、梯子を外すがごとく技術料の適正な見直しもなく、薬価差益をなくした経緯がある。

日本の技術料はOECDの中で最も安価であるが、保険薬剤の価格は世界一高く、医療器材も諸外国に比べると非常に高く設定されている。技術料が医療器材より安価な国は日本だけである。複雑な流通機構の見直しと「モノ」と「技術」を分離して、診療報酬を適正化すべきであろう。

日本の医療を視察にきたヒラリー・クリントンが「日本の医療は医療従事者の聖職者のような忍耐で支えられている」と驚嘆したことや、サッチャー政権が無謀な医療費削減を断行したために英国の医療が崩壊したことを思い出さずにいられない。(H)

医業への消費税課税の検討を2年連続盛り込む

厚労省の09年度税制改正要望事項 救急医療等確保事業を担う社会医療法人の建物等への非課税を要望

厚生労働省は8月29日、2009年度厚生労働省税制改正要望事項を公表した。社会保険診療報酬の事業税非課税措置および社会保険診療以外の事業税軽減措置の各存続、医療法人の法人税率軽減措置創設といった例年通りの事項に

加え、08年度税制改正要望で新たに加えられた「医業に対する消費税課税の検討」が、今回も盛り込まれた。

また、08年度に期限を迎える、①第4次医療法改正の構造設備基準に則って建て替えた建物の特別償却延長(2年間)、

②療養病床の転換に際した増改築の特別償却延長(11年度末まで)、が取り上げられている。

新たな事項としては、①救急医療等確保事業を行なう社会医療法人の病院・診療所建物等にかかわる非課税措置の創

設、②社会医療法人の看護師等養成所に係る非課税措置の創設、がある。

公益法人制度改革に伴う非営利型の一般社団・一般財団法人の税制については、前年度要望事項のうち、「一定要件を満たす法人」を対象にした固定資産税、都市計画税のみが盛り込まれた。

平成21年度厚生労働省税制改正要望(主な事項=要旨) 8月29日

第1 健康な生活と安心で質の高い医療の確保等のための施策の推進

1.安心と希望の医療の確保

(1) 社会医療法人の救急医療等確保事業を行う病院・診療所建物等に係る非課税措置の創設〔登録免許税、不動産取得税、固定資産税、都市計画税〕

社会医療法人について、救急、災害、へき地、周産期、小児医療(小児救急を含む)を行う病院及び診療所の用に供する建物等に係る非課税措置を創設する。

(2) 社会医療法人の看護師等の養成所に係る非課税措置の創設〔登録免許税、不動産取得税、固定資産税、都市計画税〕

(3) 公益法人が設置する医療関係者の養成所、社会福祉施設等に係る地方税の非課税措置の存続〔固定資産税、都市計画税〕

特例民法法人から非営利型の一般社団法人・一般財団法人に移行した、一

定要件を満たす法人について、現行の税制優遇措置を継続する。

(4) 高額な医療用機器に係る特別償却制度の適用期限の延長〔所得税、法人税〕

医療保健業を営む個人又は法人が取得価格500万円以上の医療用機器を取得した場合に、取得価格の14%の特別償却を認める特例措置の適用期限を2年間延長する。

(5) 医療安全機器の導入に係る特別償却制度適用期限の延長〔所得税、法人税〕

医療安全に資する医療機器を取得した場合に、取得価格の20%の特別償却を認める特例措置の適用期限を2年間延長する。

(6) 平成12年医療法改正の構造設備基準に適合した病院等への建替えに係る特別償却制度の適用期限の延長〔所得税、法人税〕

改正後の構造設備基準に適合した病院・有床診療所への建て替えを行った場

合の建物について、基準取得価格(取得価格の1/2)の15%の特別償却を認める特例措置の適用期限を2年間延長する。

(8) 社会保険診療報酬に係る非課税措置の存続〔事業税〕

医療とりわけ社会保険診療の高い公共性に鑑み、社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置を存続する。

(9) 医療法人の社会保険診療以外部分に係る軽減措置の存続〔事業税〕

医療法人の社会保険診療以外部分に係る事業税の軽減措置を存続する。

(10) 社会保険診療報酬等に係る消費税のあり方の検討〔消費税〕

今後、消費税を含む税体系の見直しが行われる場合には、社会保険診療報酬等に係る消費税に関する仕組みや負担を含め、そのあり方について速やかに検討する。

(11) 医療法人に係る法人税率の軽減措置の創設〔法人税、法人住民税〕

医療法人の経営安定を図り、地域医療の担い手としての役割をより積極的に果たせるようにするため、法人税率を22%に軽減する。

第5 高齢者等が生き生きと安心して暮らせる福祉社会の実現

(5) 療養病床の転換に係る特別償却制度の適用期限の延長〔法人税〕

療養病床から老健施設等への転換に際して増改築をした場合、基準取得価格の15%の特別償却を認める特例措置を平成24年3月31日まで延長する。

(9) 高齢者の居住安定確保税制の創設等〔所得税、法人税、固定資産税〕

現行の高齢者向け優良賃貸住宅建設促進税制を延長・拡充するとともに、ケア付き賃貸住宅の建設に所得税、法人税及び固定資産税の特例措置を創設する。また、一定の高齢者向け賃貸住宅のバリアフリー改修にも所得税、法人税、固定資産税の特例措置を創設する。

「介護従事者が定着できる報酬を検討すること」

総務省が厚労省に勧告。舛添大臣も引き上げの必要を認める

総務省は9月5日、介護保険事業等に関する「行政評価・監視」にもとづいて、厚生労働省、国土交通省に対して、①介護サービス従事者の確保、②2006年度に導入された予防給付、介護予防事業の推進、③不正受給等の防止対策の充実・強化、④有料老人ホーム、高齢者

専用賃貸住宅の運営適切化について、具体的な改善策を図るよう勧告した。

総務省が厚労省、国交省、22都道府県、76市町村、77有料老人ホーム等を対象に実施した調査結果にもとづくもの。

「介護サービス従事者の確保」に関して、勧告は、介護サービス従事者の離

職率(21.6%)は全産業平均(16.2%)より高く、介護関連職種の有効求人倍率(2.10倍)は全職業平均(0.97倍)に比べ高く、介護サービス事業者の間に「介護サービス従事者を確保することが困難」という意見があると指摘している。

その上で、「介護サービス従事者について、①主な職種の離職原因・就業しない原因等の実態把握、②賃金の多面的・総合的な比較分析を行い、その結果を踏まえて、介護サービス従事者

が定着し得るような介護報酬を含む対策を検討すること」と、介護報酬の引き上げに言及する注文をつけた。

総務省の勧告に対して、舛添厚生労働大臣は9月5日の記者会見で、「私は介護報酬引き上げの方向で努力することを再三申し上げてきた。今している調査で実態をつかんだ上で、これくらい介護報酬を上げるべきであると答えを出したい」と、介護報酬引き上げの必要を担当大臣として認めた。

医療保険部会が出産一時金3万円引き上げを了承

厚生労働省は9月12日の社会保障審議会医療保険部会に、「産科補償制度」に対応して出産一時金を3万円引き上げ、現行の35万円から38万円にする政令改正案を提示、了承された。「産科補償制度」創設と同時に来年1月1日に施行される。(3面に関連記事)

「産科補償制度」に加入した分娩機関は1分娩につき3万円の掛金(保険料)を収める。これによる分娩費用の値上げに対応し、妊産婦の負担軽減を図るといったことで一時金の同額引き上げとなった。

また、同制度について、①医療機能

情報提供制度の報告事項に追加し、都道府県を通じて加入分娩機関の情報を提供する、②広告事項に追加し、分娩機関によるPRを認める、③同制度の運営機関である医療機能評価機構のHPで加入分娩機関を公表する、と情報提供推進を図る方針を明らかにした。

①と②については省令告示を改正し、10月中旬の施行をめざす。

事務局(厚生労働省保険局総務課)は補償対象を「年間500~800人」と推計した。補償財源は最大で240億円(3,000万円×800人)を要することになる。

対馬委員は「出産は年間約110万人。

掛金の総額は約330億円になる。これに対して補償額は最大でも240億円。これは損保会社にとって有利な話ではないか」と、保険給付が増える保険者の立場から疑問を呈した。

質問に答える中で、事務局は、「産科補償制度」における余剰と損失はともに損保会社の責任で処理されるという認識を明らかにした。制度普及によって加入率が高まり、医療技術等の改善によって補償対象が減るほどに、余剰が損保会社を一方的に潤すという民間保険の論理に貫かれていることが、あらためて明らかになったわけである。

他の委員からも、「一時金の一律引き上げは加入していない施設で分娩す

る妊産婦に得な話ではないか」「代理受領が普及していない中、単に支給額が増えるだけということにならないか」など、質問・疑問が相次いだ。

また、結論がすべて出た後に医療保険部会に諮るという厚労省の姿勢に、苛立ちを隠さない委員が少なくなかった。中には、「今回のスキームは、今後、一般の事故補償に当てはめられる可能性がある」と指摘、保険給付に影響を与える制度設計が部会審議を経ずに実現することの既成事実化に懸念を示す声もあった。

しかし、「制度準備がここまで進んでいるのは事実。疑問は疑問として、よしとしようではないか」という座長のとりなしで、部会了承となった。

評価機構 1月の制度開始に向け、早期加入を訴える

産科医療補償制度 分娩機関は1件3万円の掛金。出産育児一時金の引き上げで対応

「産科医療補償制度」が来年1月に開始する。しかし、この制度に加入する分娩機関の数が伸び悩んでおり、運営に当たる日本医療機能評価機構はPRと加入促進に懸命だ。

評価機構によると、分娩医療機関(病院・診療所)の加入は9月8日現在2,161施設。全体(2,869施設)の3/4(75.3%)に過ぎない。

「原則としてすべての分娩機関が本制度に加わる必要がある」と加入率100%を目指す評価機構は、当初8月25日に申し込みを締め切る予定であったところを急遽9月末まで延長した。

産科補償加入を広告や医療機能情報提供制度で公表

通常分娩で脳性麻痺の後遺症が残った新生児に補償金を支払う仕組みを軸とする産科医療補償制度は、評価機構に設置された「産科医療補償制度運営組織準備委員会」が1月にまとめた報告書にもとづいて創設された。その仕組みは別掲のとおりだ。

この制度への加入によって、分娩機関には掛け金(保険料)の負担が生じ、分娩費用の増額が予想される。

厚労省は、現行35万円の出産育児一時金を38万円に引き上げることで妊産婦の負担軽減を図る予定で、9月12日に開催される社会保障審議会医療保険部会に改正案を提示、1月開始に間に合わせる方針だ。(2面に関連記事)

厚労省は、さらに、同制度への加入有無を広告可能事項に追加するほか、都道府県による医療機能情報提供制度

評価機構は10月から妊産婦情報の登録を始める。その前に、加入した分娩機関を損保会社に一括申請するなどの手続きがある。したがって、分娩機関の制度加入受付は日程的に9月末がギリギリと説明している。

事務上は制度開始後の加入・脱退が可能だが、1月1日以降の分娩から制度の適用が始まる中、未加入分娩機関で補償対象に相当する事例が生じる「不公平さ」を回避したいとして、評価機構は、病院団体を初めとする関係団体や自治体に周知徹底への協力を要請、9月内の100%加入を目指している。

に反映させるため報告事項に加える方針で、近く開催する「医療情報のあり方等に関する検討会」に諮って10月中に省令・告示を改正する。

日本の年間出産数は約110万件。厚労省研究班の調査では、出生2,000人あたりに1人以上の割合で脳性麻痺が生じている。研究班が04年度に行なった試算によると、救済対象を軽症の脳性麻痺まで広げた場合、民事訴訟を参考に算定した補償額は年間約360億円に達する。

「産科医療補償制度」は1件3万円の掛け金を課しており、全分娩機関から徴収すると約330億円の財源が確保されることになる。今回の制度は補償対象が比較的狭いため、あるいは推定補償額を上回る保険料が損保会社に残る可能性もある。

一般病棟90日超除外規定から外された脳卒中後遺症・認知症高齢患者に対する経過措置に関して算定の留意事項を通知

厚労省保険局は9月5日付で、一般病棟に90日を超えて入院している高齢の脳卒中後遺症・認知症患者に対する減算(後期高齢者特定入院基本料の算定=

10月1日施行)の適用除外について、適用に際しての留意事項を示す通知を发出した。同時に、当該患者に関する退院支援状況報告書の様式を示した。

厚労省保険局医療課ほか通知「一般病棟入院基本料を算定している病棟に長期入院している高齢の脳卒中後遺症患者及び認知症患者に関する診療報酬の算定の際の留意事項について」保医発第0905001号 9月5日

1 改正の概要

対象患者のうち、平成20年9月30日現在において一般病棟入院基本料を算定している病棟に入院している患者又は疾病発症当初から当該一般病棟入院基本料を算定する病棟に入院している新規入院患者であって、当該保険医療機関が退院や転院に向けて努力をしているものについては、基本診療料の施設基準等の別表第四第十二号に該当するものとして、90日を超えても後期高齢者特定入院基本料の算定対象としないこととした。なお、各保険医療機関においては、退院支援の状況について、退院支援状況報告書を地方社会保険事務局長に毎月届け出ること。

2 適用に当たっての留意事項について

- (1) 今回の改正によって後期高齢者特定入院基本料の算定対象とならない患者については、基本診療料の施設基準等の別表第二第十六号に該当するものであることから、平均在院日数の計算対象としない患者となること。
- (2) 退院支援状況報告書の届出時点では直ちに退院の見込みのない患者であっても、当該保険医療機関が退院や転院に向けた努力をしているものについては、後期高齢者特定入院基本料の算定対象としないものであること。
- (3) 一定期間経過後、実態の把握を行

う予定であるので、各社会保険事務局においては、届出のあった退院支援状況報告書について整理しておくこと。

(別紙)

2 別添1の第1章基本診療料、第2部入院料等、第1節入院基本料、A100一般病棟入院基本料(4)※4を次のように改める。(編集部注 下線・取消線箇所が変更部分)

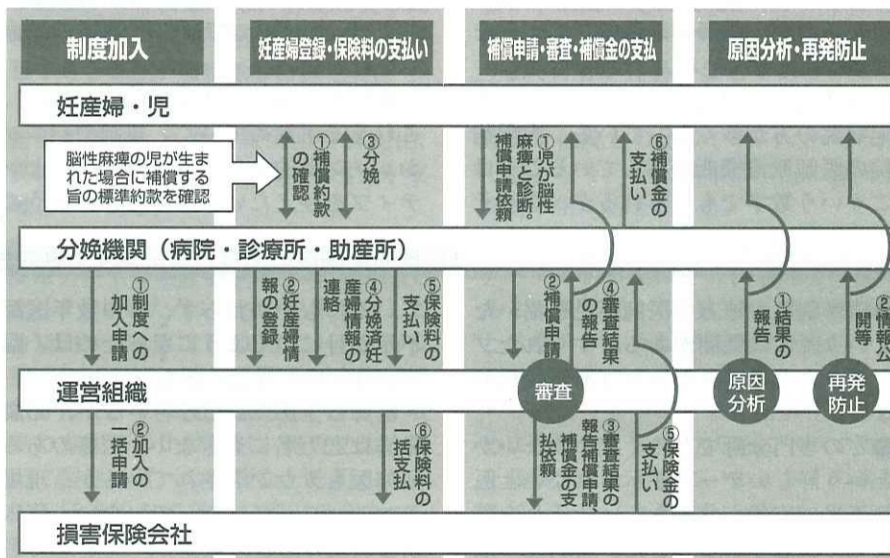
※4 基本診療料の施設基準等別表第四第十二号に規定する「前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者」は、定められていない。基本診療料の施設基準等別表第四第一号から第十一号の各号に掲げる状態に該当しない脳卒中の後遺症の患者又は認知症の患者であって、以下のいずれにも該当するものとする。なお、②の届出は毎月行うものとし、当該診療月の翌月10日までに届け出ることとする。

- ①平成20年9月30日現在において一般病棟入院基本料を算定している病棟に入院している患者又は疾病発症当初から当該一般病棟入院基本料を算定する病棟に入院している新規入院患者
- ②当該保険医療機関が退院や転院に向けて努力をしており、その状況について、別紙様式27により地方社会保険事務局長に届け出ているもの

■「産科医療補償制度」の概要

- ①分娩を取り扱う病院・診療所や助産所の管理者は運営組織(評価機構)に加入し、運営組織は加入分娩機関について損保会社に一括加入の手続きをとる。
- ②加入分娩機関は運営組織に掛け金(1分娩あたり3万円)を納入し、運営組織はそれを損保会社に保険料として支払う。
- ③加入分娩機関は当該機関が分娩管理している全妊産婦に各加入機関が補償主体となる補償約款の説明を行ない、確認を取る。
- ④加入分娩機関は5ヶ月頃(在胎週数22週まで)に、妊産婦・児に関する情報の登録用紙への記入を妊産婦に依頼かつ登録証(登録用紙)を交付する。また、妊産婦登録情報を運営組織に登録する。この登録と掛け金納入がない分娩は補償対象として認定されない。
- ⑤加入分娩機関は分娩管理(胎児死亡を含む)を終えたとき、もしくは妊産婦が転院したときはすみやかに登録内容を更新する。
- ⑥補償対象の範囲は「産科補償制度標準約款」第3条、第4条に従う。
- ⑦妊産婦・児の申請依頼にもとづいて加入分娩機関が運営組織に補償金を申請。審査を経た後に運営組織が損保会社に支払いを依頼する。保険金は加入分娩機関を経て妊産婦・児に支払われる。加入分娩機関への申請は児の満1歳の誕生日以降(極めて重症の場合は6ヶ月以降)から満5歳の誕生日まで。
- ⑧補償金として準備一時金600万円、分割金として総額2,400万円(20歳まで定期的に支給)を支払う。加入分娩機関に損害賠償責任がある場合は補償金と損害賠償金が調整(相殺)される。
- ⑨補償金の支払い後に、運営組織(評価機構)の専門委員会は、脳性麻痺になった原因と予防可能性について検討。この結果を当該分娩機関と妊産婦・児に報告する(第3者には公表しない)。
- ⑩原因分析事例を集積し、脳性麻痺の予防に有効な方法は学会等を通じて周知を図り、産科医療の質の向上をはかる。

■産科補償制度の仕組み



義務化後3年間で約2割が事故報告ゼロ

厚労省が通知。報告義務医療機関に事故情報内容の周知徹底を求める

厚生労働省は9月1日付で医政局総務課長名の通知(医政総発第0901001号)を发出、医療事故情報収集等事業に参加している特定機能病院等と任意参加病院に、報告範囲など報告事案に関する内容の周知徹底を求めた。

日本医療機能評価機構が実施機関となっている医療事故情報収集等事業の報告件数が予想したほどには増えていないことから、報告義務が課せられている特定機能病院等に対象事例の報告徹底を求めたもの。

医療事故情報の収集活動は、2001年10月からヒヤリ・ハット事例の収集が協力医療機関を対象として開始された。ヒヤリ・ハット事例収集事業は04年4月に収集実施機関を医薬品機構から評価機構へ変更、対象も全医療機関(登録制)に拡大された。

04年10月1日施行の医療法施行規則改正によって、国立病院機構開設病院、特定機能病院等に「報告範囲」に該当する事故情報の報告が義務づけられ、評価機構が登録分析機関として登録された。

現在、日本医療機能評価機構(医療事故防止事業部)は、04年10月以降、医療事故情報収集等事業としてヒヤリ・ハット事例と医療事故情報の収集・分

析・提供をともに実施。これまでに13回の報告書と過去3年にわたる年報を公表している。

医療事故情報の収集に関しては報告義務医療機関以外に任意参加医療機関の登録が認められており、その数は報告義務医療機関273を上回る285(そのうち医療法人は99)にのぼっている(07年12月末現在)。

ただし、報告件数はいずれも少なく、07年を例にとると、報告義務医療機関からは1,266件、任意参加医療機関からは179件に過ぎない。

今回の通知は、報告義務医療機関に対して報告件数が過小ではないかということで、その実を上げるよう求めたもの。通知は、「事故等事案の報告施設数は、平成17年は176施設、平成18年は195施設及び平成19年は193施設となっている。また、平成16年10月から平成19年3月までに事案の報告が全くなかった医療機関は53施設となっている」と、報告施設数が少ないこと、さらには義務化以降報告皆無の施設が2割近くにもなっていることを指摘し、報告事案に関する内容の周知徹底を求めるといふかたちで報告義務医療機関に改善を迫っている。

同意なき抑制・拘束は医療機関も原則違法！

抑制・拘束で病院が敗訴 「緊急避難行為」について厚労省3要件を追認。“抑制の態様”も考慮

病院入院中に同意なく身体を拘束されたことは不当として、患者が医療法人(愛知県一宮市)を相手取って慰謝料など600万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審で、名古屋高裁は9月5日、医療法人に70万円の支払いを命じる判決を下した。

事件は、圧迫骨折の痛みなどで同法人の病院に入院していた女性(当時80歳)が、03年11月16日未明に看護師によって抑制具(ひも付き手袋)を装着させられて両腕をベッド柵に約2時間縛られ、外そうとして右手首などにけがをしたため、傷害や精神的苦痛を負ったとして同病院開設者の医療法人を提訴したものの。

一審で病院側は、女性がせん妄状態にあって転倒・転落の恐れがある中、頻繁におむつの交換を要求したり、車

いすで徘徊しようとするなど、看護師が少なく常時付添いが困難な状況で拘束が必要だったと主張した。

名古屋地裁一宮支部は06年9月、看護師が常時付き添うことは困難な状況にあり、転倒・転落による生命や身体に対する切迫した危険性があったと認め、「抑制以外に危険を回避する手段は無く、緊急避難行為としての正当性もある」と病院側の主張を認めて請求を棄却、これを不服とする検察側は控訴した。

二審で患者側は、抑制廃止運動を実践する医師等の協力を得ながら、入院後に眠剤を投与され続けたことからふらつきや転倒が生じ、車椅子が与えられ、自力排泄を求めるにもかかわらずオムツがつけられ、せん妄を理由に隔離され、身体拘束にいたったと主張した。

病院側の逆転敗訴判決を下した西島幸夫裁判長は、判決理由の要旨で、①同意を得ることなく抑制・拘束することは医療機関も原則として違法である、②緊急避難行為として許される場合もその程度の内容は必要最小限の範囲で許され、「身体拘束ゼロへの手引き」が基準としている切迫性、非代替性、一時性の3要件が参考になる、と抑制・拘束に対する基本的判断を整理した。

その上で、③本件で患者や家族から事前に同意を得た事実はない、④抑制しなければ転倒・転落で重大な傷害を負う危険性があったとは認められず、患者の夜間せん妄は病院の診療・看護上の適切さを欠いた対応なども原因。特に、おむつによる排泄の強要や不穏状態となった患者への看護師のつたない対応からすれば、本件の抑制に切迫性

や非代替性があるとは認められない、と要件を満たしていないと結論づけた。

さらに、⑤当日の患者には重症患者ではなく、看護師が付き添って落ち着かせて眠るのを待つという対応が不可能だったとは考えられない、⑥抑制の態様としても、様々な疾患を抱えた患者に対するものとして軽微とはいえないといった判断を示し、「本件抑制は違法である」と一審判決を変更した。

一審で看護師3人に患者数41人とされていた拘束当日の入院患者数が、二審の証拠調べで患者は27人の上重症患者もいなかったことが判明するなど、事実認定においても病院側は不利な立場に立たされた。

原告側代理人によると、医療機関や介護保険施設を含め、身体拘束の違法性を認めた判決は初めてのことで

臨床研修制度の見直し

大学・現場医師等の研究班でも具体策を検討

9月5日の閣議後記者会見で舛添厚生労働大臣は、臨床研修制度の見直しに関して、要旨以下の見解を表明した。

一新しい研修制度の理念自体には良い面があるが、医師の地域偏在のような問題が出てきている。

新制度の下で研修医の在籍は研修指定病院の方が多くなっている。大学病院の医師派遣機能が落ちていることはこういう数字でも見られるが、なぜそ

うなったかという原因を究明したいが、大学病院に魅力がなくなったからではないのかということまで含んで検討しないと行けない。

それと、省内に専門的な研究班も立ち上げ、この2つで研修医制度の見直しを行いたい。

地域枠は非常に有効だと思うので、これをまず進めていく。規制やパニッシュメント的なことよりも、インセンティブを与えたい。出身県枠というの

はインセンティブになる。奨学金や僻地に進んで行ってくれた若い医師にアメリカ留学をさせるとか、そういうことが大事だ。

問題は、なぜ文科省と一緒にやらないといけないかだが、診療参加型臨床実習との連動が上手くいかないことと、大学の先生達の問題があるからだ。規制をかけたり、枠を設けるといってもあるが、若者が本当に意欲を持ってやれる体制づくりは医学部教育から始ま

るということで文科省と一緒にやる。それと、2年の研修中に色々な科目をやるのもよいが、その人が例えば外科や内科をやると決まっていれば、そこに集中してやるというやり方もあり、今そのバリエーションを考えている。場合によっては、そういう研修医については2年間を短縮するというのも有り得る。そういうことも研究班に議論してもらいたいと思う。(1面に関連記事)

「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」の主な議論 9月8日 *1面記事を参照

●研修制度が地方の医師不足を招いたという説には疑問がある。すぐれたプログラムと指導医があれば研修生は集まる。

●どの専門分野でどのくらい少ないかという詳しいデータが示されないと医師不足の実態が分からない。それを踏まえて議論されるべきだ。新制度の最大目的は達成されつつあると考える。複雑な要因からなる問題に付随したいくつかの問題をあげて制度の見直しを迫るのはいかなるものか。

大学の最大の目的は研究だ。卒後研修は大学が擁する目的の1/4に過ぎない。大学病院が抱える矛盾は構造的なものであり、それは、教育、研究を共に追求する上で人的体制が担保されるべき診療報酬上の問題でもある。医師不足が研修制度に端を発しているというのは短絡的な見方であり、問題は構造的な矛盾にある。

●制度がだめだということではなく、制度をもっと良くしたいというのが検討会のスタンスである。

●文科省と厚労省の共同は大変良い。両者の風とおしがよくなった。医学部が増員となったが、大学全体で人件費を削られており、医学部も教員数や施設面で対応すべき課題が生じている。この検討会では、医師供給の基本的な枠組みをつくること、教育と実践の両領域が手を携えて検討すべきである。

●国民の理解の下に医師が研修を受けることが前提。その前提は国民がどのような医療ニーズをもっているかだ。それを踏まえ、どのような地域医療の体制をつくっていくかだ。地域の医療体制構築(という課題)をまきこんで考え、実践する必要がある。

●医師養成数の増加に転じても効果が出るには10年かかり、医療崩壊に間に合わない。医師は毎年8,000人近く増え

ているにもかかわらず、この数年医師不足が目につくようになったのは、臨床研修制度が背景にある。

医師は全部で26.2万名いるが、65歳未満は22万名に過ぎない。医籍のある研修医もカウントされているが、現場のマンパワーにはなっていない。臨床研修制度の開始によって、1.5~1.6万名の医師が突然消えたことになる。これは全医師数の7%にあたる。これでは不足・偏在が出るのは当然だ。大学の医師派遣能力も大幅に低下した。数ヶ月、1年以内につぶれる病院が地方には沢山ある。まったなしだ。

●医師偏在に対する臨床研修制度による影響はなしとはしないが、主要なものではない。現に、北海道では制度が始まる前から産科の集約化が進められていた。地方の病院では、内科や外科に1、2名しか医師がいない。しかも、内科といっても、例えば呼吸器が専門であるなど、内科全般の診療体制が十分整っているわけではなかった。臨床研修制度がなかったとしても、これまでの矛盾が解消されないかぎり、今以上の崩壊に直面した可能性がある。我々は、山積する問題について議論を重ねる必要がある。そういう意味からは、この検討会の設置はよいことである。

●この際、臨床研修制度の修正を試み、学生の数と研修病院数を近づける、地域枠を設定するといったことを考えるとよい。これは、進路選択の自由を制限するものではない。一般の就職でも選択がすべて自由というものでもない。また、研修医の処遇を見直し、全国平均の1.5倍以上の給与を出す病院には研修医を回さないなど、プログラムの中身で競争させるべきである。

●プライマリケアと専門医療のバランスを保つことが重要。臨床研修と後期

研修に一貫性を保つことが必要だ。大学と地域の基幹病院とが連携し、大学の機能を活かしつつ、よりよいプログラムをつくるべきだ。

●医学教育は全科の教育だ。地域ではその特性にそった医療を提供している。昔は内科医が小児科もやっていた。しかし、(専門医時代の)今は、「小児科医ですか」と聞かれると「内科医です」と答える。こうしたズレが相対的に医師不足につながっている。地域に出る医師は相当高いレベルが求められる。しかし、そこに向かっていくだけの環境がつけられていない。やはり、新しい枠組が必要なのではないか。

●研修医からアンケートを取ると、や

はり大学病院よりも研修病院の方が評判がよい。大学病院は外来が多く、ますます指導に手が回らない。この問題は、日本の医療提供体制すべてにかかわる問題である。

(舛添大臣) 医療制度を再構築し、国民が安心できるものとするためには医師の供給体制をきちんとしなければならぬ。こういう問題は次の大臣においても一貫して取り組まれるべきである。それが誰であれ、きちんとバトンタッチしたい。この検討会は短命ではない。長期にわたってきちんと取り組んでゆく。

東京の一部対象に救急搬送受入の詳細調査 消防庁「受け入れを困難としている状況を解明したい」

消防庁は10月中旬から1ヶ月にわたり、東京都の一部地域(都市部と郡部)を対象に、救急搬送受け入れ実態に関する詳細調査を実施する。消防庁「救急業務高度化推進検討会」に設置されている「消防機関と医療機関の連携に関する作業部会」の9月4日の会合で、調査計画が概ね決まった。

消防庁は昨年1年間を対象とした救急搬送実態調査を実施している。実態調査によって、「ベッド満床」や「処置困難」などを理由に救急搬送の受け入れは困難とする救急医療機関が都市部を中心に全国的に増えていることが判明した。

受け入れが困難とする救急医療機関の背景には「2次以下の救急医療機関で受け入れられなかった患者が3次救急の要請に回り、3次救急医療機関がベッド満床や措置中などを理由に新規の受け入れ要請に対応できなくなっている」

悪循環があると、消防庁はみている。

昨年の調査結果は今年3月に公表され、社会的に大きな反響を呼んだ。そのデータは厚労省の「救急医療の今後のあり方に関する検討会」にも提供され、いわゆる出口問題として、3次中心に議論する場で2次救急医療と慢性期医療を含む矛盾の連鎖が取り上げられ、喫緊のテーマであるとする認識が7月の中間取りまとめに書き込まれた。

昨年の調査結果を踏まえ、受け入れを困難としている理由をさらに詳しく把握し、今後の救急搬送体制の確保に役立てるのが今回調査の目的。

今回の調査は重症以上の傷病者も含む全搬送が対象だが、とくに産科・周産期、小児、救命救急センターについてはカテゴリー別に扱う。調査項目は、概ね昨年の調査と同様だが、受け入れに至らなかった理由は詳細な回答が得られるように設計する方針だ。

IQIP国際会議の参加報告

一部国で診療結果の提出義務化、支払いへの反映が始まる

IQIP日本窓口として全日病が出席。各国報告に医療の質・安全への関心増大が顕著

病院のあり方委員会外部委員・東邦大学医学部社会医学講座教授 長谷川友紀
IQIP-Japanプロジェクトコーディネーター・河北総合病院診療情報部 村井はるか

◎世界規模のアウトカム評価事業IQIP

医療の安全と質についての社会的関心の増大、医療ニーズの高度化に対応するために、医療界は現在さまざまな努力を行っている。臨床指標を用いて適切な医療が実施されたことを確認するアウトカム評価は、医療の透明性、質を向上させる代表的な手法である。

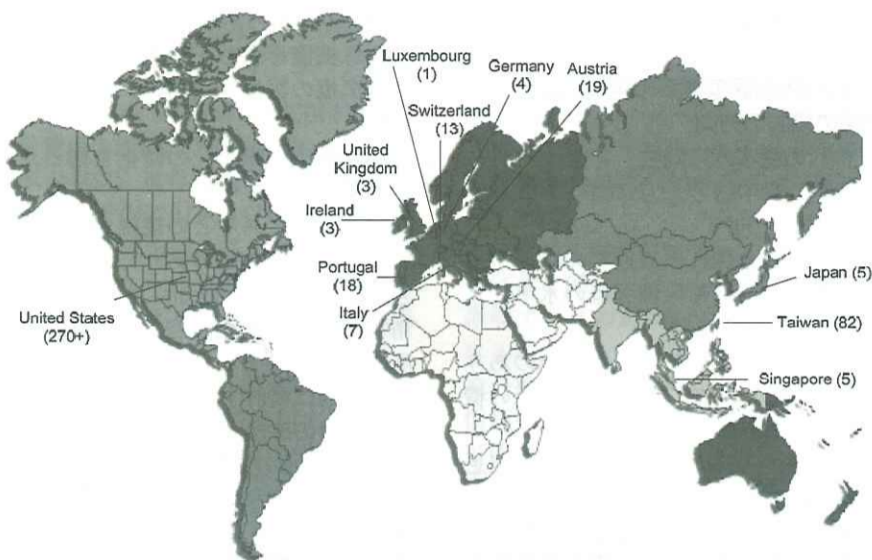
米国メリーランド病院協会の1部門であるCPSが運営するIQIP (International Quality Indicator Project)は1985年から活動を開始し、現在、12カ国430以上の病院(複数病院を経営する組織を含むため実際の病院数はもっと多くなる)が参加する、世界最大規模のアウト

カム評価事業である。

参加各国には窓口機能をはたすスポンサーが置かれ、アウトカム評価への参加はスポンサーを通じて行われる。日本では全日本病院協会がスポンサーに就いている*1。

各病院はデータをオンラインで送付し、自院の経時的な変化のみならず、自国の参加病院、他国の参加病院との比較が可能である。また、CPSとスポンサーによる教育研修、臨床指標の開発、相互の意見交換などが行われる。日本からは全日病会員の5病院が参加している。

■世界各国のIQIP参加状況



◎IQIP参加国もち回りで毎年国際会議を開催

毎年5月には、各国のスポンサーが集合し会議が開催される。開催地はIQIP参加国のもち回りで決められる。昨年はポルトガルのリスボン、今年は、イタリアのフェラーラで開催された。

フェラーラはイタリア中部のエミリア・ロマーニャ州に位置し、14世紀にエステ家によって整備された。現在の人口は約13万人。イタリアのスポンサーであるフェラーラ大学も1391年の設立である。

ルネッサンス時代の町並みそのまま保存されており、世界遺産にも指定されている。州都ボローニャは電車で約1時間のところにあり、1088年に設立されたヨーロッパ最古のボローニャ大学がある。



▲ボローニャ大学の「人体解剖博物館」を訪れ、世界で初めて人体解剖を行なった解剖台を訪れる全日病代表団。

◎新たな指標を検討。医療安全専門家確保という課題も

今年の会議は2008年5月5日～7日に開催され、5月6日には医療関係者向けの国際シンポジウムが行われた。各国の状況が報告され、病院機能評価・認定との関連、新たな臨床指標の開発、将来の方向性などについて議論された。以下に主な発表を紹介する。

米国では、1998年よりJoint Commissionの行う病院機能評価に付随して、Oryxプロジェクトとして認定病院からアウトカムデータの提供が任意で開始された。

認定を受ける病院は2002年からすべてデータ提供を求められるようになり、2004年からはCMS(公的医療保険であるメディケア、メディケイドを担当する政府部門)と協同でHospital Compareとして、そのデータ集計結果が公開されるようになった。

2009年からはアウトカム評価結果を基にした医療の質に基づく診療報酬支

払い(Value-based purchase)の導入が予定されており、今後は認定にアウトカム評価結果をどのように利用するかが検討課題となっている。

ドイツでは2001年からアウトカムデータの提供が病院に義務づけられ、2005年以降、アウトカムデータが一般へ公開されている。また、病院機能評価を受ける病院が急速に増えている。

スイスではすべての病院に何らかの患者満足度調査を行うことが義務づけられている等、各国の報告は、医療の質と安全に対する関心の増大を感じさせるものが多かった。

EPOSはドイツの医療系コンサルティング会社であり、ドイツ(2002年より)、スイス、ルクセンブルク、イタリア(2005年より)、2007年以降はフェラーラ大学に移行)のスポンサーとなっており、これらの国ではIQIP参加病院の拡大と

もに、特に医療安全への関心の増加が認められた。

しかし、RCA、FMEA*2などを教えることのできる医療安全の専門家が少なく、スタッフの教育研修が困難な状況にある。このほか、イタリア、ポルトガル、オーストリアの状況について報告がなされた。スポンサー会議では、新たな指標についても検討がなされた。昨年度のリスボン会議ではMRSA感染症が検討さ

れ、その後指標に導入されたが、今回は、針刺し事故、輸血事故、心肺蘇生の成功率、看護師の労働投入量・離職率が候補に挙げられ、引き続き検討されることになった。

また、データの信頼性を担保し、参加病院の質向上に役立てるための教育研修として、ビデオ、eラーニングなどを用いた遠距離教育の導入について検討がなされた。



▲IQIPのスポンサー会議でスピーチする長谷川教授

◎全日病の「DPCデータ分析」と「アウトカム評価」は統合へ

医療の透明性と質をいかに向上させるかは医療界に課せられた大きな課題である。この会議でも、医療の質の問題は、日本に限らず各国に共通した課題であることが痛感された。

米国ではCPSなどによる取り組みの歴史があり、医療情報公開の制度化、質に基づく診療報酬支払いの導入が実現しつつある。

全日病は、現在、臨床指標を用いた診療アウトカム評価事業*3およびDPCデータを用いたベンチマーク事業としてのMEDI-TARGET (DPCデータ分析事業)*4を実施しており、先進的な事例であるIQIPへの参加を通じて、データ収集の方法等の比較検討、解析結果の還元、医療の質への影響などを明らかにする研究的な事業として、前出2つの事業を補完することが期待される。

2003年から導入されたDPCは、現在、急性期病院の標準的な支払い方法となりつつある。DPCのデータとしての特徴は、①傷病名・処置名を標準コード(DPCコード)を用いて分類している、

②検査・投薬など日々の医療内容がデータに含まれており、③診療報酬請求という病院の定常業務からデータが産生される、④データが電子化されており2次利用が容易なことであり、これらの特徴によって自院の時系列データ分析と他院との比較(ベンチマーク)が可能となり、その結果は医療の質向上や効率化に活用される。

全日病が、2007年から開始したDPCデータ分析事業はその代表的な事例である。来年度からDPCデータ分析事業と診療アウトカム評価事業は統合される予定である。

このような解析をより精緻化するためには、広く海外の状況について情報を収集するとともに、より多くの病院のベンチマーク事業への参加、政府の保有するデータベースの開放など、より信頼性の高い大規模なデータベースが使用可能となるよう、使用ルールを含めて検討されることが望ましい。

全日病に期待される役割はますます大きなものとなる。



▲ユーザーミーティングの一コマ

【編集部注】

*1 全日病はメリーランド州病院協会が推進するIQIPに、アウトカム評価事業の共同研究という立場から参画、会員5病院が2006年4月よりデータ提供を始めている。この活動の窓口としてIQIP-Japan研究会が設置され、参加病院を中心にアウトカム評価指標と分析結果の研究や情報交換を行なっている。本活動については本誌2006年11月15日号に掲載した「IQIP-Japan研究会の報告」(村井はるか氏)を参照。

*2 RCA(根本原因分析)およびFMEA(故障モード影響解析)は一般産業界で広く使用されている信頼性手法で、現在、ともに医療安全対策における分析ツールに採用されている。

*3 全日病が2004年7月から始めた診療アウトカム評価事業は、現在、主要24疾患に関する平均在院日数、死亡率、予定しない再入院率、入院後発症感染症、抑制率、転倒・転落率等を指標に採用、会員41病院が四半期ごとにデータを提出、分析結果の概要を公表している。

*4 全日病が2007年7月に開始したDPC(データ)分析事業は、DPC分析ソフト(MEDI-TARGET)を用いて、豊富な指標ごとの自院分析とベンチマークを低費用で可能にしている。

病期や疾患に応じた精神病床の機能分化を検討

今後の精神保健医療福祉のあり方等検討会 検討会が「論点整理」。病床機能を医療計画へ記載。精神病床数については議論を続行

2004年9月に策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が09年9月に中間年を迎えることから、後半5年間の重点施策について検討を進めてきた「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」は、9月3日の会合で「これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)」をまとめた。

その中で、精神病床については「病期や疾患に応じた機能を明らかにし、機能分化推進の具体的方策を検討すべき」と、さらに、「人員・構造等の基準、機能に応じた病床必要数、機能強化の方策等、今後の精神病床のあり方を検討すべき」と、議論の方向を整理した。また、「精神病床の人員配置やその評

価、精神病室等に係る規制の見直しを検討すべき」と提起した。病床数については「機能に応じた病床の必要数を明確化し、病床数の適正化を図る」と明記したが、目標数は今後の議論に持ち越した。また、新たに、精神病床の医療機能について「医療計画への記載等、制度

的な対応を充実する」と書き込んだ。検討会は今後、精神障害者の地域生活への移行・支援に関する議論を先行し、通常国会における障害者自立支援法改正に反映させる。その後、精神病床等医療の議論を展開、09年夏をめどに今後の精神保健医療福祉施策の全体像をとりまとめる予定だ。

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」論点整理の概要(要旨) 9月3日

II 精神保健医療福祉(主に地域生活への移行・地域生活の支援)の現状と評価

1. 精神障害者の状況

(1) 全般的状況

精神疾患患者は特に外来患者で増加が顕著。一般病床も含めて精神疾患を主傷病とする入院患者数は、認知症患者の増加を背景に年々増加。

(2) 入院患者の状況(静態)

○精神病床の入院患者は、統合失調症患者が減少する一方、認知症患者が増加している。65歳以上の高齢者の割合が増加しており、特に統合失調症患者で高齢化が顕著。

○今後、統合失調症患者を中心に地域生活への移行・支援を一層推進するとともに、認知症患者への入院医療のあり方の検討が課題。

(3) 入院患者の状況(動態)

○精神病床は入院の短期化が進行する一方、長期入院患者は大きな変化がみられない。

○今後、急性期医療の充実により新たに入院する患者の早期退院を促すとともに、地域における医療・福祉等の充実により新たな長期入院患者を生み出さないようにすることが課題。また、入院期間1年以上の長期入院患者について、どのように地域移行を進めその減少を図っていくかが課題。

(4) 受け入れ条件が整えば退院可能な患者の状況

「受入条件が整えば退院可能」な患者は、入院期間、年齢、疾患によって様々であり、患者像に応じたきめ細かい対応が必要。その際、受入条件が整えば退院可能な患者以外の患者も念頭に置いて、地域生活への移行のための方策を検討することが必要。

2. 精神障害者の地域生活支援の現状

(2) 医療サービスの現状

精神科救急は都道府県毎に機能が異なっており、どの地域でも適切な医療が受けられる体制の確保が課題。精神科デイ・ケア等の患者の症状・ニーズに応じた機能強化・分化や、精神科訪問看護の更なる機能の充実等が課題。

3. 精神保健医療体制の現状

精神病床数は平成10年以降ほぼ横ばいで、現在も依然高水準。精神科又は神経科を標榜する診療所は一般診療所を大きく上回る勢いで増加。

精神科医は全体として増加傾向、特に診療所勤務で顕著。精神科病院の看護師、作業療法士、精神保健福祉士は大きく増えているが、諸外国と比較して医療従事者1人当たりの病床数が多い。

III 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

1. 基本的考え方

(2) 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

○行政をはじめ関係者は「入院医療中心から地域生活中心へ」との基本理念に基づき、今後の施策立案・実施に当たるべき。

○精神障害があっても地域で安心して

自立した生活を送ることができ、精神疾患に罹患しても早期に適切な医療にかかれる社会としていくことを基本的な考え方とし、以下の柱に沿って、施策を講ずるべき。

1) 精神疾患の早期発見・対応による重症化防止のための体制整備

2) 入院医療の質向上や、地域生活を支える医療の整備を通じた入院長期化や再入院の抑止

3) 地域生活への移行及び地域生活支援の一層の推進と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供

○具体的施策は、以下の方向性でその推進を図るべき。

- ① 地域生活を支える支援の充実
- ② 精神医療の質の向上
- ③ 精神疾患に関する理解の深化
- ④ 長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定着支援

2. 施策の推進体制等について

○将来ビジョンを示した上で数値目標を定め、ロードマップを明確にし、必要な財源を確保しつつ個別の対策を講じ、定期的に進捗状況を評価する一連の政策の流れを徹底すべき。

○市町村を中心とした地域における検討・推進体制のあり方や制度上の位置付け、人的・財政的な基盤確保、障害福祉計画の充実、各種計画の相互関係の強化等も検討すべき。

IV 地域生活への移行及び地域生活の支援に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。

- ・相談支援の充実強化を今後の施策の中核として位置付ける。
- ・ケアマネジメントや地域自立支援協議会の機能の充実を図る。
- ・障害福祉サービスと保健医療サービスの連携体制の充実を図る。

2. 施策の方向性について

○受入条件が整えば退院可能な患者以外の患者も念頭に置くべき。

○入院期間1年以上の長期入院者群に重点を置くべき。

○新たな長期入院を出さないという基本姿勢に立ち、地域生活への移行を促していくべき。

○長期入院患者の特性毎にきめ細かい施策を講ずるべき。その際、長期入院の高齢障害者にふさわしい支援のあり方について検討するとともに、長期入院患者等が実際にどのような居住先や支援を必要としているか、更に詳細な分析を行い、本検討会に提示すべき。

3. 個別の論点

(3) 地域生活を支える医療の充実について
○精神科救急医療について、都道府県による体制確保や一般救急医療との連携について制度上位置付けることを検討すべき。

○措置診察を含め精神科救急医療における精神保健指定医の確保のための具体的方策、例えば、5年毎の資格更新時に措置診察の実施状況等を要件とすること等を検討すべき。

(4) 入院中から退院・退所までの支援の充実について

○退院・退所時の個別支援を行う機能や、地域資源の開発等、地域移行・地域定着に必要な体制整備を行う機能の充実について検討すべき。

○入院・入所中から試行的にグループホーム等での生活を体験できる仕組みを検討すべき。

○退院支援を含めた病院の取組について、その推進のための方策について更に検討すべき。

V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。

・医療制度全体に係る近年の状況も念頭に置いて、精神保健医療の水準の向上を目指す。

・病期や疾患に応じて医療機能のあり方を明示した上で、将来的な病床の機能分化や医療体制の姿を提示。

・その際、入院の短期化や、認知症患者の増加等の疾病構造の変化、認知症の体制の全体像に関する総合的検討を踏まえ、機能に応じた病床の必要数を明確化し、これを踏まえて地域生活支援体制の整備を進めるとともに、機能にふさわしい人員・構造等の基準を明らかにし適切な評価を行いつつ、統合失調症患者の地域移行促進等により、病床数の適正化を図る。

・医療機能について、医療計画への記載等、制度的な対応を充実する。

2. 個別の論点

(1) 入院医療について

○病期や疾患に応じた入院機能のあり方を明らかにし、病床機能分化の推進のための具体的方策を検討すべき。

○人員・構造等の基準、機能に応じた病床の必要数、機能強化の方策等、今後の精神病床のあり方を検討すべき。また、精神病床の人員配置やその評価、精神病室等に係る規制の見直しを検討すべき。

(2) 通院・在宅医療について

○精神科デイ・ケア等の患者の症状等に応じた機能強化・分化や精神科訪問看護等の在宅医療の充実のための方策を検討すべき。その際、福祉サービス

との役割分担のあり方についても検討を行ってはどうか。

(3) 医療体制・連携について

○相談体制、入院医療、通院・在宅医療のあり方の検討等を踏まえ、今後の精神医療体制のあり方を検討すべき。

・精神科救急医療体制の充実

・精神医療における病院・診療所の機能分担、連携のあり方

・精神医療体制の制度的な位置付け

・精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者への医療提供のあり方

・救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付け

・精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方

○他のサービス等との連携が必要な分野について、体制のあり方を検討すべき。特に、高齢の認知症患者について、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像を総合的に検討すべき。

(4) 人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上について

医療関係職種確保や資質向上の方策や、薬物療法のあり方等精神医療の質の向上の観点から必要な取組について検討すべき。

VI 精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)に関する今後の検討の方向(略)

VII 今後の検討に向けて

1. 本検討会における今後の検討の進め方

本年中に、精神障害者の地域生活への移行・支援に関して見直しの具体的内容をとりまとめ、障害者自立支援法の改正にあわせて具体化を目指す。その後、精神保健医療に関する議論を集中的に行ない、平成21年夏を目途に、精神保健医療も含め、今後の精神保健医療福祉施策の全体像のとりまとめを目指す。

2. 精神病床数に関する取扱いについて

精神病床数に係る目標値の設定や今後の取組の方向性については多くの意見があり、現段階では意見の集約に至っていないが、今後引き続き、議論を深めていく。

「特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)コース」の開催案内

厚生労働省告示の食生活改善指導担当者研修に該当する研修会です。

日時・会場 ● 11月29日(土) 9:30~19:30(会場) 東京都内 タイム24ビル
 11月30日(日) 9:30~17:30(会場) 東京都内 タイム24ビル
 12月6日(土) 9:30~19:00(会場) 東京都内 東医健保会館
 12月7日(日) 9:30~18:00(会場) 東京都内 東医健保会館

参加料 ● 会員病院 1名5万円
 非会員病院 1名6万円(受講料、テキスト代、昼食代を含む)

受講要件 ● 看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士
 *医師・保健師・管理栄養士は当研修コースを受講しなくても特定保健指導を実施できます。
 *当研修コース修了者(看護師・栄養士等)は「動機付け支援」及び「積極的支援」のうち、食生活の改善指導及び3メッツ以下の運動についての支援を併せて実施することができます。

定員 ● 100名

申込方法 ● 所定申込書を下記宛ファックスでお送りください。(申込書は全日病HPからダウンロードできます)

申込締切日 ● 11月14日(定員に達し次第締切ります)

お問合せ ● 全日病 特定健診・特定保健指導研修事務局
 (株)ライフケアパートナーズ 全日病研修会係(杉田・神原)
 Tel. 03-3815-7547 Fax. 03-5840-8290

イタリア私立病院協会が本会を訪問

09年秋の視察団受け入れを受諾。継続的な交流で合意

イタリア私立病院協会の全国代表コーディネーターAverardo Orta氏が9月4日に全日本病院協会を訪れ、西澤寛俊会長、飯田修平常任理事、病院のあり方委員会長谷川友紀外部委員(東邦大学教授)と会談した。

全日病は現在、アメリカのメリーランド病院協会が世界的に展開している臨床指標を用いたアウトカム評価事業

IQIP (International Quality Indicator Project) の日本窓口となっている。

そのIQIP国際会議が今年5月にイタリアのフェラーラで開催され、日本を代表して、本会から西澤会長らが出席、イタリアの病院関係者と親睦を深めた。これがきっかけとなり、今回の訪問に繋がった。

会談では日伊両国の医療制度に関する情報交換がなされ、オルタ氏は南北で異なる医療制度が並存し、家庭医がゲートキーパーとなっているイタリアの医療制度を詳しく紹介した。

独自の国民保健サービス(SSN)で知られ、WHOによる医療保険の充実度ランキング(2000年度)2位に入ったイタリアは、映画『シッコ(Sicko)』のマイケル・ムーア監督も賞賛するなど欧米で高い評価を得ている。だが、近年は公的医療費の大幅削減が実施されるなど、とくに財政面から見直しの迫られている。

しかし、日本の医療制度に関する説明を聞いたオルタ氏は、わが国の高い医療水準の背景に皆保険制度等があることに強い関心を示し、その特長をイタリアの医療制度にも反映させ、医療の面でヨーロッパ各国をリードしたいという意欲を表わした。

一方、オルタ氏は、海外病院視察ツアーを毎年実施しているイタリア私立病院協会として、2009年の視察先に日本を希望していることを明らかにした。

このツアーには30名程の病院経営者や医師が参加する。視察先としては、病院、厚生労働省、医療関係機関等が候補として挙げられ、医師の教育システム、診療報酬制度、TQM等に関する講義を実施してほしいと要望した。

西澤会長はこの要望を受け入れ、09年秋に全日病が代表団を迎え入れることを快諾。同時に、今後も継続的な意見交換や会合をもつなど交流を深めていくことを、相互に確認した。

聞くことができ心強かった。

山中氏は、標題とは離れて役所の品格と政治家の質に触れられ、辛辣だが的を射た話が何え、皆興味深く聞いていた。

渡邊氏は管理について講演されたが、日頃病院管理者という冠を被っているものの、実は真の管理が行えていなかったことを思い知った参加者が多かったのではなかろうか。

意外にも軽井沢での滞在は初めての方も多く、むしろ、寒いぐらいの晩夏を楽しんで頂けたようだ。

前日開催した懇親会は、信州の味つけをしたフレンチと地産地消のワインでおもてなしをした。2次会の席にも40名を超える方に越越し頂き、談笑の声がいつまでも部屋に響き渡るほどくつろいでいただけたようだ。主催した者として感謝したい。

講演は、厚生労働省大臣官房人事課長唐澤剛氏(医療制度改革の行方)、全国町村会事務総長山中昭栄氏(道州制と市町村の行方)、成蹊大学理工学部教授渡邊一衛氏(製造管理ノウハウを活用したサービスプロセスの改善—医療分野等での実践事例—)にお願いした。

唐澤氏の話は、医療制度改革をめぐる聞き慣れた話ではあったが、厚生省の中核にいなながらもブレのない方針を

唐澤氏の話は、医療制度改革をめぐる聞き慣れた話ではあったが、厚生省の中核にいなながらもブレのない方針を



支部からの報告

08年度夏期研修会を終える 管理に関する講演に参加者も得心

長野県支部 通信委員 支部長 関健

長野県支部は8月31日、晩夏の軽井沢で2008年度夏期研修会を開催した。支部会員16病院のところ約30名の参加を得たが、全国からも約60名の参集をいただいた。

講演は、厚生労働省大臣官房人事課長唐澤剛氏(医療制度改革の行方)、全国町村会事務総長山中昭栄氏(道州制と市町村の行方)、成蹊大学理工学部教授渡邊一衛氏(製造管理ノウハウを活用したサービスプロセスの改善—医療分野等での実践事例—)にお願いした。

唐澤氏の話は、医療制度改革をめぐる聞き慣れた話ではあったが、厚生省の中核にいなながらもブレのない方針を

会務日誌

*表記がない会議・会合はすべて東京開催

- 2008年8月
- 1日 四病協/医療保険・診療報酬委員会
 - 2日 医療機関トップマネジメント研修コース(～3日)、医療安全管理者養成課程講習会第3クール(～3日)
 - 4日 終末期医療に関するガイドライン策定検討会
 - 7日 人間ドック委員会、広報委員会、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
 - 8日 病院機能評価委員会
 - 9日 病院事務長研修コース(～10日)、医療安全管理者養成課程講習会第3クール(～10日)
 - 20日 日病協診療報酬実務者会議

- 21日 特定保健指導アドバンスト研修(神戸市)、四病協/社会保障財源を考える勉強会
- 22日 日病協/代表者会議、会長・副会長会議、総務委員会、全日病・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
- 23日 医療安全管理者養成課程講習会第3クール(～24日)
- 26日 四病協/総合部会
- 29日 医療保険・診療報酬委員会
- 30日 第2回理事会・第5回常任理事会・第1回支部長会(長野県軽井沢)
- 31日 病院のあり方委員会(軽井沢)、夏期研修会(同)、院内暴力実態調査ワーキングチーム(同)

執行部、真空採血管ホルダーの再使用を否定

西澤執行部は「真空採血管ホルダーの再使用は不適切である」という見解を示した。8月30日の第2回理事会・第5回常任理事会・第1回支部長会で西澤会長が表明したものの。

微量採血用穿刺器具(針周辺部分を使い捨てタイプでないもの)の複数人に対する使用について厚労省は都道府県等に使用状況の調査を要請、6月に調査が実施された。この調査で、一部の都道府県は調査項目に入っていない真空採血管ホルダーの再使用についても調べ、その結果を公表した。

これについて6月の常任理事会で、①真空採血管ホルダーに関しては回答する必要はないことを会員病院へ伝える必要はないか、②真空採血管ホルダーを消毒後再利用している会員病院へ何らかの注意喚起をする必要はないか

という質問が出され、執行部は実状や関連情報を掌握後に回答するとした。

8月30日の理事会で、執行部は関係機関に事実確認した結果を報告。「真空採血管ホルダーは一部都道府県が勝手に調査項目に加えたもので、厚労省は関与していないと回答している。また、真空採血管ホルダーの取扱いについて、厚労省と感染症学会の見解には曖昧な点があり、他方、日医は明確な見解を示していない」などの事実関係を明らかにした。

その上で、「供給不足で確保しにくいという事情はあるが、危険性がわずかでもあれば、真空採血管ホルダーの再利用は好ましくないというのが我々の基本的な認識である」と、執行部の見解を示した。

第2回理事会・第5回常任理事会・第1回支部長会の詳細 8月30日

■主な協議事項

●入会者の承認(敬称略・順不同)
以下の4名の入会が承認された。

北海道 日鋼記念病院 院長 柳谷晶仁
埼玉県 希望病院 理事長 天草万里
千葉県 富家千葉病院 院長 須賀晴彦
神奈川県 山内病院 理事長 平井寛則

別途1名の退会があり、在籍会員数は2,258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
静岡県 新富士病院
大阪府 育和会記念病院
大阪府 一翠会千里中央健診センター
福岡県 聖マリア福岡健診センター

日帰り人間ドックの指定は490施設となった。

◎1泊人間ドック

福岡県 聖マリア病院 国際保健センター
1泊人間ドック指定は25施設となった。

【主な報告事項】

●メーリングリスト登録・リンク設定の件数
安藤副会長は、広報委員会が取り組んでいるメーリングリスト(全日病HP新着情報の自動案内メール)の登録会員が678病院、全日病HPとのリンク設定を終えた会員が1,200病院にそれぞれ達したと報告した。



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

全日病学会 東京大会 全日病学会東京大会のプログラムが確定

各支部は東京学会への参加勧誘に取り組もう！



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回全日本病院学会東京大会(河北博文学会会長)はプログラムが確定した。

特別講演には、猪木武徳国際日本文化研究センター所長による「日本文化と民主主義」、日本尊厳死協会理事長井形昭弘による「健やかに生き、安らかに死ぬために」、作家・東京都副知事猪瀬直樹による「日本人の精神性と社会構造」と重厚なテーマが取り上げられた。

■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～
 東京学会事務局
 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

見逃せないプログラム

- 「終末期医療のあり方」
- 「DPCデータを用いた医療の質と効率の分析」
- 「特定健診・特定保健指導の最新動向」
- 「暴言暴力から医療従事者を守る方法」

シンポジウムでも「民意の工夫による社会制度の補充」と骨太の議論が組まれるなど、「民主主義と医療～パブリック・マインド～」という学会テーマを反映した真剣な議論が期待されている。

委員会企画関連は、シンポジウムを中心に、「医療事故における関係調整」「終末期医療のあり方～終末期医療のガイドライン或いは法制化は必要か～」「DPCデータを用いた医療の質と効率の分析」「後期高齢者医療制度」「病院における暴言暴力から医療従事者を守る方法」「病院における医療安全-最近の動向と事例を用いたRCAの実際-」など、医療の質と安全そして今後の病院経営を左右する重要な企画が揃った。

とくに、「DPCデータを用いた医療の質と効率の分析」は今後の急性期病院に欠かせないDPCに関するデータマイニングがテーマ。

一般演題の登録は316件

人間ドック委員会は、シンポジウムとして「特定健診・特定保健指導の最新動向」を取り上げる。医療従事者委員会は3時間近い枠を確保し、「病院における暴言暴力から医療従事者を守る方法」について事例紹介と専門家によるアドバイスを提供し、情報



▲2007年9月の秋田学会にも全国から多数仲間が訪れた！

交換を行なう。

圧巻は、病院機能評価委員会が6時間を使って行なう「受審準備の個別指導-選ばれた病院へのステップ」だ。1病院あたり60分をめぐりに受審準備に関するコンサルテーションを行なう。全部で12病院を予定している。

一方、一般演題の登録は316件が確定、全日病学会史上最高の演題数となった。

東京学会実行委員会は企画の質、演題規模、さらには地の利などから、かなりの参加が見込めると判断、各支部における会員病院の参加を促す取り組みに期待を寄せている。

東京学会の事前参加登録は10月10日が締め切り！

登録は東京学会のホームページ (<http://www.ajha50.org/index.html>) で受付中。東京学会のWebには全日病ホームページのトップページから入れます。



第50回全日本病院学会東京大会 プログラム表

1日目/11月22日(土)

9:30	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
コスモスホールI	開会式	協会長挨拶 特別講演 (厚生労働大臣)	ランチョンA	学会長講演	特別講演 「日本文化と民主主義」 猪木武徳	シンポジウムI 「民意の工夫による社会制度の補充」		
コスモスホールII	DPCデータを用いた医療の質と効率の分析		ランチョンB	終末期医療のあり方		後期高齢者医療制度		
オリオン	日本メディカル給食協会シンポジウム		ランチョンC	一般演題		一般演題		
スバル	一般演題		ランチョンD	一般演題		一般演題		
601	一般演題		ランチョンE	一般演題		一般演題		
603	一般演題		ランチョンF	一般演題		一般演題		
604	一般演題		ランチョンG	一般演題		一般演題		
605	一般演題		ランチョンH	一般演題		一般演題		
701	一般演題		ランチョンI	シンポジウムII 「特定健診・特定保健指導の最新動向」		一般演題		
703	一般演題		ランチョンJ	一般演題		一般演題		
706	一般演題		ランチョンK	一般演題		一般演題		
708	一般演題		ランチョンL	一般演題		一般演題		

2日目/11月23日(日)

9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
コスモスホールI	シンポジウムII 医療事故における関係調整			特別講演II 「健やかに生き、安らかに死ぬために」 井形昭弘		特別講演III 「日本人の精神性と社会構造」 猪瀬直樹		開会式
コスモスホールII	ヤングフォーラム「経営観-10年前と今」			特別講演I 「暴言暴力から医療従事者を守る方法」		病院における医療安全-最近の動向と事例を用いたRCAの実際		
オリオン	病院における暴言暴力から医療従事者を守る方法			ランチョンM	一般演題		一般演題	
スバル	一般演題			ランチョンN	一般演題		一般演題	
601	一般演題			ランチョンO	一般演題		一般演題	
603	一般演題			ランチョンP	一般演題		一般演題	
604	一般演題			ランチョンQ	一般演題		一般演題	
605	一般演題			ランチョンR	一般演題		一般演題	
701	医療経営コンサルタント協会			ランチョンS	一般演題		一般演題	
706	一般演題			ランチョンT	一般演題		一般演題	
708	一般演題			ランチョンU	一般演題		一般演題	

大注目。医療に対する「主張」の募集！

東京学会は、医療に対する「主張」をインターネットで受け付けている(締め切りは9月30日)。

採用された「主張」はパネル展示として発表される。「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。

「主張」のテーマは、医療について日頃感じる、考えている意見や提案。会員病院の職員であれば誰でも応募できる。

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だ。

全日病学会の伝統は、医師個人の学会というより、医師とコメディカル一体の集まりというところにある。東京学会の実行委員会は、「主張」に採用された病院職員を、ぜひ学会に同行させるよう、会員病院に期待している。



「主張」大募集

医療に対する生の声をお寄せ下さい。

「医師事務補助」第2回研修を開催。

西澤執行部は「医師事務作業補助者研修」を1月に再度開催する方針を決めた。8月30日の第2回理事会・第5回常任理事会で、猪口副会長は、「来年1月21～23日の日程で第2回研修を開催する方向で企画している」と報告した。猪口副会長は、また、9月28日に開催される「後期高齢者診療に係る研修」についても、今年度中に再度開催する考えであることを明らかにした。

人間ドック施設再指定要件の見直しを検討

人間ドック委員会(西島委員長)は

本会人間ドック施設の再指定要件の見直しに着手した。8月30日の第2回理事会・第5回常任理事会に見直しに当たっての方向性を報告、承認を得た。

全日病の人間ドック施設は、現在、3年毎の再指定に際して書類提出のみで手続きを終えている。この方式を改め、人間ドックの質の向上に寄与する一定の活動義務を課し、再指定に際して、その活動状況を表わすポイント(単位)の獲得結果を踏まえるというのが見直しの方向。

ポイントの対象としては、①特定健診等の本会研修会への出席、②本会の特定健診アドバンス研修、③人間ドック研修会への受講などが案としてあがっている。

2014年の更新時から適用することを想定しており、具体的な内容は引き続き検討を重ねる方針だ。

特定健診の電子的標準様式への対応を支援

本会制作の入力支援ツールとデータ変換サービス POSTOS-AJHAを提供

人間ドック委員会(西島委員長)は、このほど特定健診・特定保健指導データの決済・報告において、電子的標準様式への対応を容易にするツールと代行サービスを会員施設に安価に提供する支援策をまとめ、8月30日の第2回理事会・第5回常任理事会で承認された。

現在、国は電子的標準様式のソフト(特定健康診査システム)を無償提供しているが、使い勝手が悪いために普及していない。

支援策は、電子的標準様式による出力

(XML化)に未対応もしくは現時点で健診データの電子化に対応できていない会員施設を対象に、①本会が独自に制作した入力支援ツール(集合契約A用、初期費用1万円)、②データ変換サービスPOSTOS(NTTデータ社、データ1ファイル当たり費用100円)の利用便宜を提供するという内容からなる。

この方法によると、健診施設は、①入力支援ツールによってデータ入力を簡易に済ませることができ(CSV化)、さらに、②当該データをNTTの回線サービスを使って送信し、POSTOSで変換(XML化)した後にダウンロードし、支払基金に提出することになる。

人間ドック委員会では9月中旬からサービスを開始し、9月分を請求する10月5日からXML出力ができるようにしたいとしている。