



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2008 NEWS 11/15

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.698 2008/11/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「原因究明と責任追及は別枠で議論すべき」

医療安全調査委員会設置案 検討会で全日病が意見表明。医療安全推進のための基盤整備を提起

全日病の徳田禎久常任理事は、11月10日の「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」のヒアリングに臨み、医療安全調査委員会設置に関する法的構成をまとめた第3次試案と大綱案に反対する見解を表明した。(詳細は4面に掲載)

徳田常任理事は、意見表明の冒頭で「全日病は医療安全を推進する枠組みをつくるという考えに賛成する。ただし、第3次試案にあるような、その中身には賛成できない」と、全日病の基本的スタンスを簡潔に表明した。

その理由として、第3次試案・大綱案には原因究明・再発防止と医療事故発生者に対する責任追及という異なる目的が混在しているため、真に医療安全を進めるシステムの構築とはなり得ないと説明、2つの目的を分けた上で議論を進めるべきであると提起した。

また、医療安全を推進するためには、

死亡に限らないあらゆる事故の情報をすべての医療機関から報告させ、1つの機関で分析して再発防止に役立てるシステムの構築が欠かせないと指摘した。

さらに、日本医療機能評価機構が担っている医療事故情報等収集事業を強化することを基本とした上で、すべての医療機関が診療情報を電子化することによって患者家族が懸念する記録改ざんが不可能となることを踏まえ、患者・家族に診療内容の開示・説明を義務づける制度の整備を進めるなど、国と厚労省が医療資源を積極的に投入していく基盤整備こそが有効な方策であると主張した。

同時に、そうした制度下では医療事故の関係者から正確な情報を得るために免責が欠かせないとも訴えた。

その上で、死因究明等の在り方検討会において、医療安全を確保するための重要な論点を取り上げられることなく、もっぱら責任追及の制度設計のみが議論されているとして、責任追及にかかわる仕組みは医療安全とは切り離して議論し、別なシステムとして考えるべきであると提起した。



徳田常任理事は、また、医療安全調査を担う第三者機関の議論は医療安全の専門家を加えた検討会においてなされるべきであり、あたかも責任追及を想定した委員構成による現在の検討会は「医療事故死処罰」を議論する場として位置づけられたと言われても仕方がないとも指摘、看板と中身に齟齬があると批判した。

機能評価係数案の「基本的考え方」まとまる

DPC評価分科会 社会ニーズへの対応を重視、地域医療への貢献も評価対象に

調整係数に代わる機能評価係数の議論を展開している診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、11月7日、事務局(厚労省保険局医療課)が示した「新たな機能評価係数に関する基本的考え方(案)」を了承した。(2面に関連記事)

「基本的考え方」は、同分科会におけるこれまでの議論を踏まえ、今後の各論議に向けた方向性を整理したもので、①急性期医療を反映する係数とする、②医療全体の質の向上が期待できる係数とする、③社会的に求められている機能・役割を重視する、④地域医療への貢献という視点も検討する、という4点でまとめられた。

また、係数のあり方として、現行調整

係数のように1以下とすることは止め、すべて1以上(プラス)となる方法を採用する考えを打ち出している。

これによって、DPC包括評価において個別医療機関への配分を傾斜させる

医療機関別係数は、DPC導入期の激変緩和を図る調整係数を、急性期医療の特性や医療の質をより評価するとともに医療に対する社会ニーズや地域ニーズに対応した機能を評価する係数へと

■新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方(案)

- DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とすべきではないか。
- DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。

- DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視すべきではないか。
 - 地域医療への貢献という視点も検討する必要があるのではないか。
- 【係数のあり方】
- DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一

代える大枠が確定した。

これまでの議論経過をまとめた「議論の整理(案)」は、新たな機能評価係数の考え方について、松田班の研究報告にもとづいて論点を整理しているが、その末尾に経過措置を図る案を盛り込んだ。

「基本的考え方」は「これまでの議論の整理」とともに11月19日の中医協基本小委に報告される。DPC評価分科会は、引き続き、新たな機能評価係数案の各論について検討を進める。

- 定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。
- その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
- 急性期としてふさわしい機能を評価する観点から、プラスの係数を原則としてはどうか。

来春の介護報酬改定はプラス3.0%!

介護従事者月2万円の増額、10万人の新規人材確保も可能?!

「新たな経済対策に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議」は10月30日に緊急経済対策として「生活対策」をまとめ、同日、麻生首相自らがその概要を公表した。

その中で、生活安心確保対策の1項目に「介護従事者の処遇改善と人材確保等」が立てられ、「介護報酬改定による介護従事者の処遇改善—平成21年度の介護報酬改定(プラス3.0%)等により介護従事者の処遇改善を図ることとしつつ、それに伴う介護保険料の急激な

上昇を抑制等」と書き込まれた。

政府が公表した参考資料には「介護報酬月2万円アップ、介護人材を10万人確保」とうたっており、介護保険サー

ビス従事者あたり年額24万円の増収が可能となる上に、新規に10万人の雇用が可能な介護報酬引き上げになると明言している。

産科補償制度の診療報酬上の対応措置を了承



11月5日に開催された中医協総会は、前回10月22日の総会で持ち越しとなった、産科医療補償制度への加入をハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算の施設基準に追加する事務局

提案について議論した。

その結果、遠藤会長(学習院大学教授)は、①今回の措置を前例としない、②産科医療補償制度における原因分析・再発防止の今後の展開を中医協に報告してもらおう、という2点を条件に付して認めることを提案、了承した。

診療側西澤委員(全日病会長)は「今回の措置は特例であり、前例とすべきではない。私個人は、診療報酬のあり方としていかがかと考えている」と発言した。

佐藤医療課長は、出産一時金を35万円から38万円に引き上げたことについて、「引き上げは産科医療補償制度加入機関で分娩したものに限り適用されることになった」旨を明らかにした。

清話抄

あきらめない

本院は、安全・安心な医療、質の高い医療、わかりやすい医療の3点を理念としている。これを支える柱として、ヘルスケアの質の向上、職員満足度・患者様満足度の向上、健全経営維持の3点を基本方針とし、これをBSCにて年度目標に展開し、各部署の目標管理としている。

平成8年より患者様満足度調査を実施しているが、平成12年からは職員満足度調査も始めた。1回目の結果は、5点満点の2.3と惨憺たるものであった。もっとも、選択肢には「普通」を示す3がない。人は4よりも2を選びやすいのだと、当時の私は自らを慰めた。

自由記載欄には、「こんな調査は時間の無駄だ」「管理職の自己満足ではないか」「病院には不満ばかりだ」「業務量に比べ給与が安い」「能力のない医者が高い給料をもらっている」など、目をおお

わんばかりの苦情が書き込まれた。結果を聞いた瞬間、「しばらく一人にしてほしい」とブルーになったほどだ。だが、そこで挫けないのが私の長所(と内心思っている)。

不満足・弱い部分を「リーダーシップ、情報収集、情報の分析、経営戦略、人材育成、業務分析、業績評価」と7つのカテゴリーに分けて分析・改善に努めた。その結果、平均点は年々上向き、平成20年には3.3にまで上がったのである。20近くあった欠点項目も平成20年に

は1つまでに改善し、満足項目がかなり増えた。患者様満足度も向上した。

職員の声も、職員満足度が、患者様満足度に結びつくと考えている。なにごとあきらめず、一つ一つコツコツと取り組むことの大切さを痛感した。

余談ではあるが、東京学会では「理事長・院長に言いたいこと」という主張コーナーが設けられる。ぜひとも、現場スタッフの率直な声をいただきたいものだ。

(安)

主張

医師数を増加させることが決まった。 そこで、実働医師の実態調査を提案したい！

厚労省も重い腰を上げて、医師数の増加策を打ち出すことになった。大変歓迎すべきことである。これからの課題として、「それでは日本全体として医師が何人必要なのか、また、何人くらいの医師数が適正か」という議論をしなければならない。

これは、実際には非常に難しい議論になることだろう。その理由として、まず、現在の実態も正確に把握できていないと思われるからである。

日本が全体として高齢化社会であ

ると同様、日本の医師も全体的に高齢化している。一般社会では65歳くらいが一応の定年年齢であるが、27万人といわれる医師のうち何人くらいが65歳以下で、毎日診療に従事しているだろうか。医師としての実有効就労者数は何人くらいなのだろうか。

さらに、また、女性医師の勤務実態もある程度正確に把握することも必要である。子育て中で事実上休職状態でありながら、名義上は就労医師として登録されている医師も少な

からず存在する。また、実際は開業医でありながら、他施設で勤務している医師もかなり存在している。さらに、勤務医を中心として、医師間の労働時間にも非常な大きな格差がある。この労働時間の正確な把握も重要な要素になると思われ、ぜひとも捕捉する必要がある。

いわば、「医師の国勢調査」のようなものが必要であり、この際、実態調査をすべきではないだろうか。実行するにはかなりの決断と勇気がい

られると思われるが、この実態把握をできるだけ正確に行い、勤務実績に基づいた現在の就労状況を確認することにより、初めて正確な必要医師数が算出されるのではないかとと思う。

この調査は予想通りの当たり前の結果を出すかもしれない。あるいは、意外な結果を出すかもしれない。筆者自身は、後者の、やはり日本では想像以上に医師数が少ないという結果を予測している次第である。

(K)

高齢・認知症患者への対応とDPC後の在宅復帰に実績

DPC評価分科会 ヒアリングでケアミックス型病院が説明。地域医療で重要な役割を果たす

11月12日のDPC評価分科会は9病院を招き、DPCにかかわる特別調査の一環として意見交換(ヒアリング)を行なった。

9病院の内訳は対象病院が7病院、準備病院が2病院。そのうちの4病院がケアミックス型で、DPC算定病床数は32~45床の間に分布、総病床数に対する割合は最大24.3%、最小9.6%である。

4病院とも回復期リハ病棟を有し、DPCの後方病床を確保している。2病院については療養病棟と精神科病棟をともに併設している。

4病院は地域の医療ニーズと自院が果たしている役割などを紹介する中で、高齢者の救急搬送受け入れ、急性期後の早期退院に向けた取り組み、認知症患者への対応など、地域の事情に応じた機能特性を果たしていることを、それぞれの立場から明らかにした。

その上で、厚労省のメッセージを踏まえ、急性期医療として効率化とともにデータ共有など質の向上を期してDPC導入に踏み切ったことなどを明らかにした。

ケアミックス型病院に対しては、再入院の割合、他病棟からDPC病棟に移すケースの有無、退院と転棟の基準など、委員の一部にあるケアミックス型のDPC病院に対する「不信感」をうかがわせる厳しい質問も出た。

これらの質問に各病院は、回復期リ

ハ病棟に転棟後に合併症で戻るケースがあること、療養病棟入院患者の急性疾患を受け入れることはあることを認めたが、いずれも症例数は過多にのぼるものではないと説明した。

その一方で、回復期リハ病棟を有することで急性期を早期に終えることが

可能となっている、療養病棟と精神科病棟を併せ持っていることから高齢患者の急性増悪や認知症の受け入れができていて、あるいは併設老健施設も含めて早期の在宅復帰を可能とする一貫した医療・介護提供が実現できているなど、大学病院とは異なる機能を発揮

していることをつまびらかにした。

地域事情に対応してケアミックス型の特性を活かしている4病院は、それぞれの立場から、今後もDPCにとどまることによって地域医療に貢献したいという意向を表明した。

医療行為ができる介護資格(療養介護士)を新設

訪問リハビリステーションも創設。医療・介護の連携に

「安心と希望の介護ビジョン」は11月12日の会合で、2025年までを視野に取めたビジョン案について検討した。次回11月20日の会合でとりまとめる予定だ。

事務局(厚労省老健局総務課)が提示したたたき台には、経管栄養や喀痰吸引などの医療行為ができる介護資格(療養介護士)の創設、「地域ケアチーム」の立ち上げ、訪問リハビリステーションの創設という新たな制度提案のほか、医療給付と介護給付のシームレスなつながりの確保、認知症対策、地域包括支援センターの機能強化など、これまでも施策課題とされてきたテーマが取り上げられている。

議論の過程では、維持期リハの提供について柔軟な対応を求めるなど医療・介護の積極的な連携実現を求める

声が多く出されたが、ビジョンを受けて、訪問だけでなく通所を含めてリハビリテーション給付の改善が介護報酬に反映される算算が強い。

その一方で、訪問看護について、ビジョン案には具体的な言及が見当たらない。

「安心と希望の介護ビジョン案」 具体的施策例から

- 公募後に研修を修了したコミュニティ・ワーク・コーディネーターを年間300人、10年間で3,000人輩出し、地域に派遣し、コミュニティビジネスや互助事業等を育成する。
- 地域包括支援センターの手で高齢者の生活を総合的に支援する、医療・介護関係者を含めたコミュニティ会議を

- 開催する。
- 一定の医療行為ができる新たな介護資格として「療養介護士」を創設する。
- 医療と介護の関係者が一堂に会する「地域ケアチーム」を立ち上げる。
- 在宅移行にともなう医療と介護の連携を強化するための病院とケアマネジャー・地域包括支援センターの間の引き継ぎ連絡体制を確立する。
- 医療給付と介護給付の連動性・整合性の確保に向けた取り組みを推進する。
- 認知症医療と介護の橋渡し役としての地域包括支援センターの機能強化
- 認知症ケアの標準化と介護現場への普及に向けた取り組みの推進
- 訪問リハビリステーションの創設など在宅生活支援リハビリテーション拠点の整備と質の向上

終末期の話し合いについて事例調査を実施

08年度改定結果検証調査 調査実施案固まる。「勤務医の負担軽減」で相当数の医師に調査

11月5日の診療報酬改定検証部会は、2008年度改定結果の検証に用いる調査実施案を了承した。

調査テーマは、①病院勤務医負担軽減の実態(対象は当該3加算届出全医療機関。医師調査を含む)、②外来管理加算の意義づけ見直しの影響(1,500病院

ほか。患者調査を含む)、③後発医薬品の使用状況(1,000病院ほか。1施設2名の外来医に対する調査も実施)、④後期高齢者診療料の実施・算定状況(3,500施設、患者調査含む)、⑤後期高齢者終末期相談支援料の実施・算定状況(1,700病院ほか)。

病院勤務医負担軽減の実態調査に関しては、医療機関調査以外に、診療科ごとに責任者と一般勤務医を対象とする調査を実施する。大規模病院の場合は全医師というわけにはいかないが、厚労省は各病院とも相当数に上る医師に調査への協力を求める考えでいる。

後期高齢者終末期相談支援料については4~6月の算定状況を捕捉するだけでなく、算定にかかわらず、リビングウィルや終末期の話し合いを実施している医療機関の担当看護師(または医師)に事例調査票提出の協力を求める方針だ。

さらに、国民2,000名を対象に、終末期の話し合いと後期高齢者終末期相談支援料に関する意識調査を併せて実施する。

後発医薬品以外は11月に調査を開始し、来年3月に報告書をまとめる。

「緊急入院は24時間までは出来高とすべし」

日病協等がDPC見直しで提案。新機能係数に人員配置面の評価追加を求める

11月7日のDPC評価分科会で、小山信彌委員(日本私立医科大学協会業務担当理事)は、私大協と全国医学部長病院長会議の連名による提案を行ない、今後のDPC見直し議論に反映させることを要請した。(1面に関連記事)

提案の骨子は以下のとおり。

- ①調整係数の廃止は少なくとも3回の改定を経て行なう
- ②緊急入院については初診起算24時間までは出来高とする
- ③救急搬送数、時間外・休日等の緊急

入院患者数にもとづいて救急医療体制を評価する

④現在の機能評価係数項目のうち、入院基本料、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、医療安全対策加算の定数を見直す

⑤新たな機能係数に、医師当直体制やコメディカルスタッフの配置など人員配置面の評価と救急病院、地域支援病院、地域中核病院、各種拠点病院という地域支援への貢献に対する評価を加える

⑥新たな機能係数の設定において、大学病院係数あるいは特定機能病院係数を設ける

提案内容は、診療報酬体系の見直しについて検討している日病協・診療報酬実務者会議(委員長・全日病猪口副会長)でも、DPCの見直しを担当する前出小山委員(東邦大学医学部心臓外科学教授)を中心に議論されているところだが、結論にはいたっていない。

提案の内容はDPC評価分科会における今後のDPC見直し議論の中で検討さ



れるが、11月12日に行なわれたDPC対象病院のヒアリングにおいて、厚労省保険局医療課の宇都宮企画官は「大学病院係数あるいは特定機能病院係数」という考え方に否定的な所感を披露した。

また、「少なくとも3回の改定を経て調整係数を廃止する」という小山提案に対して、事務局は2回の改定をばさんで完全に切り替えるという経過措置案を、同日の分科会に提示した「これまでの議論の整理」で示している。

「会員病院における時間外2次救急に関するアンケート調査」の結果から

日本の救急搬送の約4割は私的告示病院が担っている！

救急・病院崩壊の回避へ、救急病院は行政・医師会に物を申すべき時にきている

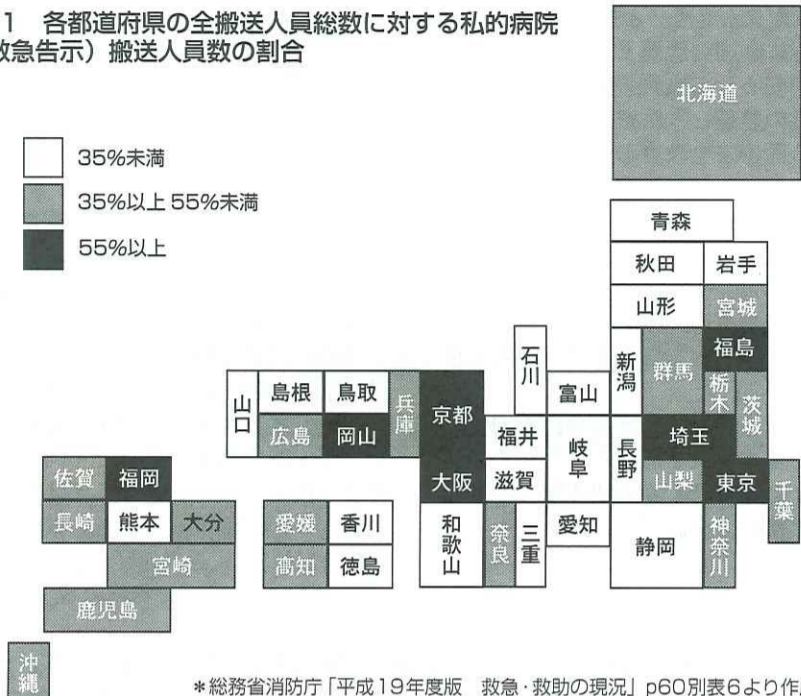
救急・防災委員会委員(曙会シムラ病院理事長) 種村一磨

救急医療の崩壊が現実の問題となっている。救急・防災委員会は今年5月に、救急告示病院として登録されている会員病院に対してアンケート調査を行い、380病院(36.1%)より回答いただいたので、その結果の一部を報告する。

図1は各都道府県別の全救急車搬送数に対する、私的告示病院(救急告示病院)の搬送数割合をみたものである。

告示病院は全体として減少傾向を示し、公的病院は漸増の傾向にあるが、平成19年の消防庁資料によると、各都道府県の単純平均ではあるが、全国の救急搬送の37.2%を私的告示病院が担っている。人口密度の高い大都市圏では私的病院の割合が高く、逆に人口密度の低い地域では公的病院の割合が高い。

図1 各都道府県別の全搬送人員総数に対する私的告示病院(救急告示)搬送人員数の割合



*総務省消防庁「平成19年度版 救急・救助の現況」p60別表6より作成

初期救急で機能しない、民間病院の意見が反映されていない医師会。原点に戻って2次救急との連携を再構築すべき

初期救急に関する医師会活動については、「不十分」「検討中」「活動していない」をあわせると5割を越えている(図2)。さらに、医師会における病院部会は「活動している」が31.8%にすぎず、「不十分」「活動していない」が49.2%で、「病院部会がない」との回答も11.3%あった(図3)。

医師会に民間病院の意見が反映されているかについては、「反映していない」「仕組みがない」の合計は77.6%に昇った(図4)。

救急医療体制としては、初期・2次・3次の階層性で語られることが多い。初期救急に関しては、2次救急に軽症患者

者がシフトすることによって、体制が空疎化している。厚労省は夜間診療報酬で誘導しようとしているが、その効果は未だ不明である。

2次救急は初期救急の基盤の上に成立すべきものであるが、相互の連携は地域によって差があるが総じてなされておらず、今一度原点に立ち戻って連携が再構築されなければならない。

地域の保健医療計画の策定にあたって、我々は病院の現場の声を反映させるために行政・医師会に対して行動を起こすべき重大な時期にあることを認識すべきである。

見えない2次救急の体制。実感できない診療報酬。当直の延長で、使命感で応じている2次救急病院の現実

平成17年12月に厚労省案として救急告示制度の見直しが見られ、初期・2次・3次の階層性と一元化が図られたが、寡聞にしてその後の進展はない。従来の告示制度に関しては「機能していたと思わない」が63.4%であり、実践の現場と制度とが整合性がとれていないことを示している。(図5)

輪番制補助金の有無や配分についても、「あまり重視していない」と「知らない」で65.0%にのぼっている(図6)。時間外加算についての問(複数回答)には58.2%が「不十分」と感じており、「倍増の運動をすべき」が33.9%、「保険外適用の自己負担を求めべき」との声も23.7%あった(表1)。

医療崩壊は即ち病院崩壊であり、医師・看護師不足と不採算性が大きく、これに国民の過度の要求が拍車をかけている。医師の犠牲、病院の犠牲によって漸く成り立っている現状は改善の方向に向かわねば崩壊の一途をたどる。

今回の調査でも、救急車搬送を受け入れている病院の規模をみると、医師が10名以下の病院が193病院(50.9%)を占め、搬送数との相関では、小規模に

もかわらず、501~1,000台が30病院(15.54%)、1,001~2,000台が33病院(17.1%)、2,001~5,000台が31病院(16.6%)であった。病床数別にみても同様の傾向であり、小規模病院でありながら多くの救急車搬送を受け入れている実態が示された。

このような10名以下の小規模病院が、多くの受け入れを行うにあたって、不十分な医師の配置であろうことは容易に想像されるところであり、医師の過重労働を生むことになっている。

2次救急医療施設の多くは、当直の延長線上で救急医療を行っていることが多い。即ち医師は病棟当直でありながら、使命感によって救急に応じているのであって、co-medicalの体制も極めて貧弱である。

このような「おさむい」体制で漸く採算性を維持されているのが現実であり、当然配置すべきという「あるべき論」に従うと、救急の受け入れは不可能となる。スタッフを配置、設備を稼働させるとたちまちコストが上昇して赤字となることは火を見るよりも明らかである。

昨今の過度な要求と、RMに対処する

ためには十分なマンパワー・コストをかける必要があり、これが不可能な現状では赤字を許されない私的病院が救急医療から撤退することは避け得ないと

ころまで来ている。今後、何らかの行政的・経済的手当がなされないと崩壊してゆくことになる。

初めて2次救急に眼を向けた検討会報告。これをターニングポイントとさせるために、我々会員病院は今こそ声を上げるべきだ

輪番制補助金の廃止、救急告示制度の見直しなどが行われているが、明確な提供体制整備はこれからである。4疾病・5事業の方向性は妥当と思われるが、その内容は都道府県が主体的に地域に応じて、必要となる医療機能を明らかにした上で、それぞれの医療機能を担う医療機関の名称や、計画を遂行する上での数値目標を記載することになっている。

今、我々は再編成の変革期の真只中にある重要な時期といえよう。制度による誘導は強制的なものであっては機能しないのではないか。停滞を許さない救急の現場が犠牲の上に成り立っていることを今こそ声を大にして主張すべきであり、公私の区別なく、実績をあげている私的病院が提供体制の中

に明確なポジションを確立されなければならない。

今年7月に、「救急医療の今後のあり方に関する検討会」の中間とりまとめが発表された。従来の3次中心の検討に加えて、2次救急の充実が欠かせないことが指摘され始めている。また、救急医療は、採算性にかかわらず提供されることが最も求められる分野であり、必要に応じた公的財政支援が適切に行われることが不可欠ともされた。

この方向性は、筆者の知る限り初めて2次救急に眼が向けられたターニングポイントとも思えるが、過度の期待は裏切られる。そのようなことのないように、我々会員病院は、医師会を通じて行政に向けて行動すべき時期であることを強調したい。

図2●初期救急について、医師会が関心を持ち、活動していると思うか

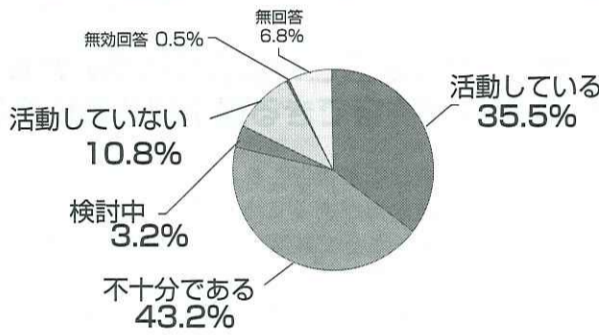


図3●地区の病院部会は活動しているか

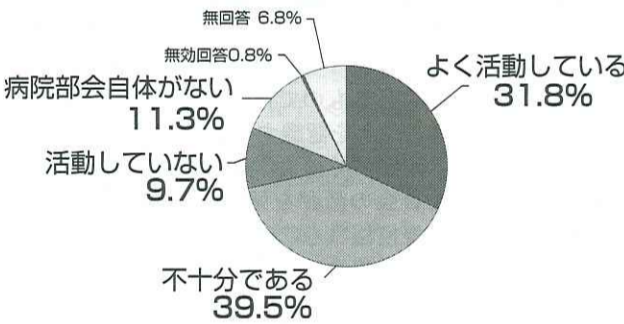


図4●民間病院の意見は医師会に反映しているか

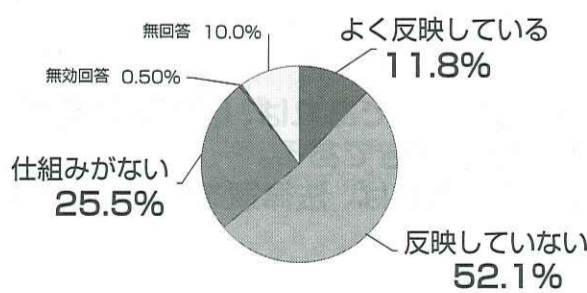


図5●見直しとなった救急告示制度は今まで機能していたと思うか

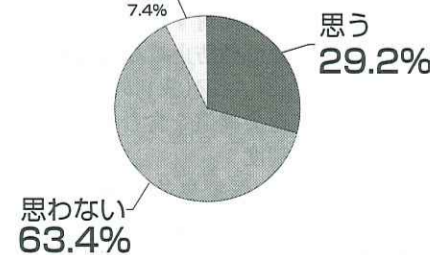


表1●診療報酬の時間外加算についてどう考えるか(複数回答可)

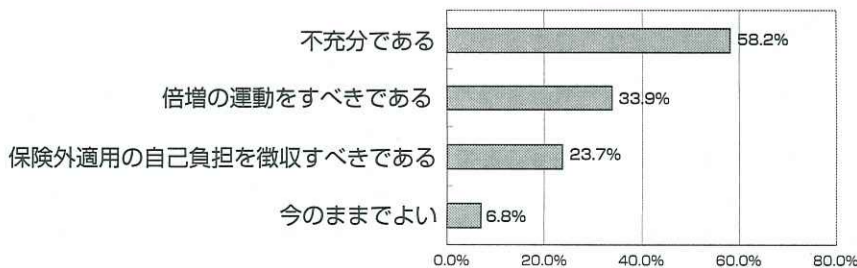


図6●補助金の配分基準を知っているか(都市別の回答)



注1 大都市(東京23区、大阪市、横浜市、名古屋市、福岡市)、政令指定都市(上記横浜市、名古屋市、福岡市を除く)、地方都市(上記大都市政令指定都市以外の10万人以上)、その他(人口1万人~10万人)

「原因究明は医療事故情報等収集事業の強化で対応が可能」

医療安全調査委員会設置案 全日病が提起。「検討会は医療安全専門家中心に再編。責任追及は別組織で議論」

医療安全調査委員会設置案について議論を進めている「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」は関係団体を招聘し、10月31日と11月10日に第3次試案と大綱案に関するヒアリングを実施した。

10月31日の会合では日本麻酔科学会、日本産科婦人科学会、日本救急医学会が、いずれも第3次試案と大綱案に反対する意見を表わした。

11月10日の会合では、全日本病院協会と全国医学部長病院長会議が第3次試案と大綱案に反対する見解を表明した。一方、医療過誤原告の会は原則的に賛成する意見を述べた。(1面に関連記事)

全日病、国の施策と医療機関の取り組みで基本的考えを提示

10月31日の同検討会で、日本麻酔科学会は、主に第3次試案と大綱案に対する様々な疑問を指摘。医療現場を安心・納得させるに足る制度設計に向けて、さらなる議論が必要であるという認識を明らかにした。

日本産科婦人科学会は、刑事訴追の問題がもっとも重要な点であるとして、医療事故に対する過失致死の適用に根拠的な疑問を突きつけた。

これに対して日本救急医学会は「原因究明と責任追及を分離すべきである」という見解を表わすと同時に、過失致死罪による刑事訴追につながる第3次試案と大綱案の論理は、「医療については過失の基準が明らかになっていない」ことから「罪刑法定主義に反するものである」と論難、「納得できない」と批判した。

11月10日の会合で、全国医学部長病院長会議は「原因究明と責任追及という

異なったカテゴリーが一体であり、かえって原因究明ができなくなる」と、第3次試案と大綱案の論理に強く反対した。

2回にわたるヒアリングは、医療安全調査委員会設置案に対する反対意見は、第3次試案への個別具体的な疑問表明から、原因究明を目的とする調査システムとその結果を責任追及に供するシステムは枠組みを共有できないとする根拠的な疑問へと移行しつつあること、また、そうした認識が医療界に確実に増えてきていることを浮き彫りにした。

原因究明・再発防止の仕組みと責任追及の体制を分けるべきであるという考えをいち早く表明した全日病は、11月10日のヒアリングで、第3次試案と大綱案に反対する論拠とともに、医療安全を推進する基盤整備に関する考えを書面で提示し、説明資料とした(別掲)。

書面は、国とともに個々の医療機関における医療安全に向けた取り組みの方向を整理したもので、こうした取り組みの基盤となる事故調査・原因究明の仕組みづくりこそ議論されるべきであるという全日病の認識がまとめられている。

その中で、全日病は、医療安全の確保には、①報告義務制度の確立と事故再発防止策などの成果還元、②ADRと無過失補償を含む被害者救済制度、③医療事故当事者に関する支援という3つの要素が欠かせないと提起している。

さらに、国の課題として、①医療従事者が安心して良質の医療を提供できる基盤の整備、②医療各職養成過程における医療安全教育の実施、③標準的診療の確立と(電子的)診療記録の作成および診療結果評価の仕組みづくり、④全医療施設で起こった医療事故情報の収集・分析・還元システムの確立、⑤医療安全情報の共有を図る情報提供と各施設での対応を確認する仕組みの構築などをあげた。

同時に、国が、こうした医療安全に向けた基本施策を進めることなく、医療安全の専門家よりも法律家を多く起用した検討会を設置し、あたかも“第3者機関”の設置を前提とした議論が展開されてきたと批判している。

そうした結果、医療事故死のみが原因究明・再発防止の対象となっている、あるいは当事者から包み隠しのない報告が得られる仕組みになっていないなど、本来の目的と乖離した制度設計案がまとめられるに至ったとして、「医療安全専門家中心の検討会であれば、こうした議論には至らなかったのではないかと」疑問を呈した上で、“医療安全”という看板を掲げた医療事故責任追及システムの構築に反対している。

全日病は、また、書面で、医療事故の収集・分析・還元の仕組みとして、医療機能評価機構が進めている医療事故情報等収集事業を強化し、全医療施設からあらゆる事故事象の情報を集中させるという、より踏み込んだ対案を提示した。

さらに、医療に対する患者・家族の信頼を回復させるために、インフォームドコンセントと情報開示の取り組みを強化前進させる具体案をも提案している。

反対・賛成意見が拮抗する中、事務局(厚労省医政局医療安全推進室)は、第3次試案と大綱案に関する地域説明会を4ヶ所で開催することを同日の検討会で明らかにした。1回目は福岡市(11月19日)で開催、その後、東海北陸地区(12月18日)、近畿地区(12月24日)、東北地区(1月25日)で実施する。

医療過誤被害者に医療安全の立場からどのような仕組みが最も有効なのかを理解してもらう努力をしなければならない。医療関係者と被害者側で、両者が許容できる最小限の責任追及をする仕組みを共同で提案する取り組みをする必要もある。

■徳田禎久常任理事(談)

ヒアリングは、15分ずつの時間設定で3団体(全日病・全国医学部長病院長会議・医療過誤原告の会)により行われ、当協会は、反対の立場でまとめた見解に検討会の議論を具体的な裏づけのコメントとしながら説明した。(全日病の意見概要=別掲を参照)

全国医学部長病院長会議の嘉山山形大学教授は、自院における「医療事故調査委員会」の積極的かつ開かれた取り組みを披露し、いまや医療提供者側はしっかりとした自律的取り組みを始めていること、この中で最大の要点が報告に関する免責であり、隠蔽・改ざんなどは昔の話となっていることなどを説明した。

さらに、責任追及がなされる試案・大綱は、「応報」という点で「ハムラビ法典」かと錯覚するような時代錯誤の内容であること、免責がないことから

すべてが報告される状況とはなりえない危惧があることから、「医療提供者側にとって試案の存在は迷惑」とまで言い切った。

また、説明と納得に関して、自然科学の特徴からすべての結末を予測できないし、理論的に説明しきれないことが多いこと、専門家と患者の情報量のギャップは他の業種と同様に決して埋められるものではないことから限界があることを認識すべきとも主張した。

現在多くの大学病院で医療事故調査委員会の活動を始めていることから、小規模施設もここを利用することにより、財政的にも実行性の高い調査の仕組みが構築できると述べた。

全日病と基本的に同じ主張であり、再発防止のための第1歩は真実が報告される仕組みづくりであること、外部委員も入れ医療提供者側が主体的に行

う事故調査は可能であり、そうすべきとの見解で、大いに共感できるものであった。

一方、医療過誤原告の会代表の宮脇氏は、実子や会員の過誤にあった経験を基に、隠蔽した医療側の態度を非難し、訴訟の長期化への不満を述べた。

宮脇氏は、今回の試案が辛苦の思いを抱くであろう遺族への朗報となるものとして大いに評価するとして上で、報告内容や報告義務に関するペナルティーの強化を求めるとさえ発言した。

このヒアリング内容には、医療安全のためには何が必要かという点についての見解はなく、迅速な調査が行われ責任に関しても通知される仕組みに賛意を述べるものであり、医療安全を考える点から大いに問題がある発言であったと感じた。

全日病が行うべき作業は、早急に被



▲検討会の徳田常任理事

害者代表を中心とした患者代表との懇談の場を設け、それぞれの考え方を十分話し合うことであろう。

被害者の不信は想像以上に大きく、冷静に医療安全の立場からどのような仕組みが最も有効なのかを理解してもらう努力をしなければ、両者の溝を埋めることはできないようである。

医療関係者と被害者側だけで両者が許容できる最小限の責任追及をする仕組みも考え共同提案し、法的詰めは専門家と相談するという取り組みをする必要もあるだろう。

「医療安全調査委員会」とするのであれば、医療安全専門家中心の構成とし、国から医療機関にいたる医療安全の徹底した仕組みづくりを検討・提示すべきである。

「医療事故処罰」をするのであれば、法律家を中心にした構成の「事故死処罰委員会」と改称し、明確な事例を示して処分内容を決定すればよい。

■第3次試案に関する全日本病院協会の意見(概要)

第3次試案には重大な問題と疑義がある。委員会設置目的と試案の内容に乖離がある事は理解できないし、納得できない。

医療安全の観点から関係者が何をすべきかについては、既に、①当事者と医療機関は、ヒヤリハットから死亡事故まで包み隠さず報告する(院内委員会及び全国レベルの中立的第3者機関)制度が必要、②収集された情報を基に原因を明らかにするとともに再発防止対策を立てる、③これらの情報を医療施設内外で共有して再発防止に役立てるとともに日頃の職員等の教育に利用する、ということ議論がつくされている。

全日病は、良質な医療の提供の原点

は「医療安全」であり、その確保には、

- (1) 世界の潮流である中立的第3者機関への報告義務制度の確立と、収集事例に対する専門家による分析と事故再発防止策など成果の還元
 - (2) ADR(裁判外紛争処理制度)と無過失補償を含む被害者救済のための制度
 - (3) 医療事故当事者の精神的負担その他に関する支援
- が不可欠であると主張するとともに、医療安全管理者養成講習や医療の質の向上へ向けた講演会、シンポジウム開催などの活動をしている。

今日の混乱の責任の一端が、説明責任や情報開示を十分にはして来なかった医療提供者や医療団体の取り組みの不徹底にもあることは間違いないが、最大の問題は、安全に関する

国の姿勢にある。

国は、医療安全を医療提供にかかわる最重要課題と捉えるならば、

- (1) 個人や個々の医療機関の努力に期待するだけでなく、医療従事者が安心して良質の医療を提供できる基盤整備を行う
- (2) 医療関係専門職の養成時に医療安全に関する講習を実施する
- (3) 各疾患の標準的診療の確立と実施、診療行為が把握できる診療記録の作成(電子化が最適)と診療結果を評価する仕組みを構築する
- (4) 全医療施設で起こった医療事故の事象を収集、検討、還元する仕組みを確立する
- (5) 医療安全情報の共有を図る為の情報提供と各施設での対応を確認する仕組みの構築

などの施策を強力に推し進めるべきである。

しかし、国は安全確保のための資源を担保せず、ほとんど各施設や関係団体の取り組みに依存している。

こうした見解にたつ全日病は、「事故調」の真の目的が原因究明と再発防止であるならば新しい組織の設立は無用であり、医療事故情報収集等事業の組織強化で十分行えるはずと考える。しかし、検討会はこの点を十分に議論していない。

医療事故の多くは複雑な医療システムの中で生じており、個人の責任追及で事故を減らすことはできず、体系的なアプローチが必要である。医療安全の第一歩は、免責・守秘等の条件下ですべての事象を詳細

(5面下段に続く)

2次圏単位で2次救急の管制塔病院を整備

「救急医療対策事業実施要綱」一部改正 厚労省が都道府県による補助事業に追加。08年度補正予算で前倒し実施

厚生労働省は10月16日付都道府県知事宛の医政局長通知で「救急医療対策事業実施要綱」の一部改正として、2次救急医療体制に「管制塔機能を担う救急医療機関等運営事業」を追加、その補助事業要件を明確にした。

「救急医療対策事業実施要綱」は、医療提供体制推進事業費補助金(統合補助金)交付対象の1つである救急医療対策事業の交付要綱をいう。統合補助金とは、国が交付先を決めることなく金額等の配分枠を示して都道府県から申請を受け付ける補助金制度で、地方分権推進として2000年度に創設されたもの。使い道は都道府県の裁量となる。

したがって、今回の改正で、今後、都道府県は独自の判断でトリアージ機能など管制塔の役割を担う2次救急拠点病院を指定し、当該補助金を交付できることになる。

2次救急拠点病院の構想は、自民党の社会保障制度調査会が5月30日にまとめた提言(救急医療と搬送に関する課題と対策について)で提起され、医療崩壊を回避する重要施策に位置づけられた。

その後、6月18日にとりまとめられた「安心と希望の医療確保ビジョン」に「管制塔機能を担う医療機関の整備」として盛り込まれ、緊急施策として確定した。

厚労省は、「安心と希望の医療確保ビジョン」の方針にもとづいて、3次とともに2次救急医療体制を取り上げた6月10日の「救急医療の今後のあり方に関する検討会」に2次救急拠点病院の構想を「地域救急拠点病院」という仮称で提示、その基準イメージを明らかにしている。同検討会では、特定医療機関への救急集中を懸念する意見が強いことから、7月30日の中間まとめには、そのメリット・デメリットを併記し、救急

医療に対する補助事業を自裁する自治体の判断に委ねることで決着した。

その後厚労省は、2009年度予算の概算要求に、新規項目として「管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援(38.3億円)」を組み込む一方、08年度の厚労省補正予算案を構成する「医療の安心確保(2,606億円)」の1つに「医療体制の確保(78億円)」を計上。その中に「地域において管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援の実施」を盛り込み、前倒しの措置を図った。

今回の「救急医療対策事業実施要綱」改正は08年度補正予算が10月16日に参議院で可決・成立したことを受けて実施されたもので、改正内容は同日から適用された。

改正実施要綱は、管制塔機能を担う救急医療機関等運営事業の目的を、「都道府県が地域の実情に応じて管制塔機

能を担う医療機関及び支援医療機関を設定し、症状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を転送・紹介する体制を整備することにより、救急搬送患者が円滑に受け入れられる救急医療体制を構築する」とことと定義している。

補助事業対象に関しては、①地域設定は原則2次医療圏単位とするが、2次医療圏が不適当な地域については都道府県知事が設定し、厚生労働大臣が認めた地域とする、②管制塔病院は、支援医療機関と連携して24時間の受け入れ体制を確保している、相当数の病床をもつ2次救急病院とする、③支援医療機関は、管制塔病院からの転送・紹介患者を受け入れるに必要な空床を確保するとともに、必要に応じて管制塔病院への医師派遣等を行なう医療機関、と規定している。

通所リハと訪問リハは充実化を図る方針

介護報酬・基準改定の論点 厚労省が提起。訪問看護も特別管理加算とターミナルケア加算をてこ入れ

10月30日の介護給付費分科会に事務局(厚労省老健局老人保健課)は、居宅系サービスに関する介護報酬・基準改定の論点を示した。

リハビリテーションに関しては、医療保険からの移行を円滑化すると

もに、改善効果を高めるために通所リハと訪問リハの評価を充実させる考えが示された。

訪問看護に関しては、特別管理加算の対象拡大やターミナルケア加算の点数引き上げが提起された。

居宅系サービスの介護報酬・基準に関する具体的論点から 10月30日 介護給付費分科会

■通所リハビリテーション

●医療保険でリハビリテーションを行っている医療機関・診療所の利用者が、引き続き同施設で介護保険における通所リハビリテーションが実施できるよう、基準・要件等の整理を行ってはどうか。

●医療機関の外来で行われるリハビリテーションのように、短時間かつリハビリテーションに特化した通所リハビリテーションを設定してはどうか。

●医療保険における個別リハビリテーション提供時間との格差を埋めるため、特に、退院時など、医療保険から介護保険に移行してきた場合に、集中的かつ個別に実施されているリハビリテーションの仕組みを見直してはどうか。ま

た、それ以降においても、個別リハビリテーションを推進してはどうか。

●リハビリテーションの評価については、定期的な評価として位置づけるとともに、事務処理の簡素化の観点から、月に1回評価を行うこととしてはどうか。

●大規模事業所に対する評価について、介護事業経営実態調査の結果を元に見直しを行ってはどうか。

■訪問リハビリテーション

●退院・退所直後等、早く日常生活等に慣れるため、家庭環境を考慮したリハビリテーションの提供など、早期・集中的にリハビリテーションを提供した場合等の評価について、医療保険でのサービス提供量と格差が生じないように充実してはどうか。

●通所リハビリテーション利用者が通所できなくなったために訪問リハビリテーションが必要になった場合について、スムーズに訪問リハビリテーションを提供できる仕組みを構築してはどうか。

●現在、訪問リハビリテーションについては、整備状況に地域格差が大きいことや、規模を縮小したが業務を移管していないところもあり、実際に訪問リハビリテーションが必要にもかかわらず提供されないケースも考えられることから、訪問看護ステーションから

の理学療法士等の訪問を制限について再検討する必要があるのではないか。また、専ら訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問を行っている事業所については、事業所の管理者要件等について検討してはどうか。

●医療保険や訪問看護と同様に、1日単位ではなく、提供時間に合わせた評価方法を導入してはどうか。

■訪問看護

●特別管理加算については、介護保険の訪問看護サービスにおける医療的な処置の実施状況を踏まえ、その対象を拡大してはどうか。

●ターミナルケアの充実を図るため、ターミナルケア加算の要件や点数を見直してはどうか。

一冊の本 book review

『夢見る老人介護 最後まで意欲的に生きたいあなたのために』

小山敬子 著 発行 くもん出版 定価 1,300円(税別)

本書は「老人介護」の分野に限ったものではなく、日本の医療に対する鋭い現状分析に始まり、最終的には「人って何だろう?なぜ生きているのだろう?」という哲学的な問いかけにまで至る、著者自身が現場で悩み経験した現在までの記録が記されている。著者は二代目の医師であり、母であり、経営者である。そのバイタリティとアクティビティには目を見張るものがある。グローバルな視点で経営をしたいと考えている経営者にとっては必読の書である。(竹川勝治)



(4面下段から続く)

に報告させることに始まるという世界的潮流の原則を守ることである。

しかし、この点についても十分な議論をせず、刑罰という手段により医療事故事例の報告制度確立を図ろうとしているように見受けられる。そのような検討会がまとめた試案には反対せざるを得ない。

検討会には医療安全に関する最高レベルの専門家や研究者が1人しかいない。医療安全の専門家が複数入っていれば、原則的な議論が必ず行われたと確信する。医療安全の原則との関係で事故死の位置づけが議論されなかったことは承服しがたいし、理解できない。

「法的責任追及」が目的であるならば、「医療事故死処罰委員会」として、どのような事故を処罰すべきかを別に検討すべきである。すなわち、原因究明・再発防止と責任追及を明確に分離し、それぞれ独立した組織として活動しなければならない。

重大事象には死亡だけでなく大きな後遺症を残した症例も含まれる。また、1つの重大事象の背後には多くの軽微な事象、ヒヤリハットがある。

事故死のみを取り上げても医療安全全体の底上げにはまったく不十分である。

そもそも医療安全を考える上での事故死の位置づけを最初に議論すべきだったはずである。事故死のみに絞る仕組みではなく、背景にある多くの事象まで検討する組織の充実こそが必要と確信する。本来は、もっと早い段階でより多くの医療安全の専門家や我々反対の意見を聞くべきであったと考える。

患者や家族の疑問、不信、不満に対して、全日病は、医療提供者側の説明責任、情報開示の問題があることを認める。しかし、疑問、不信を解消させる手段がこのような委員会の設置でしかないとは考えない。基本的な医療安全の取り組みの徹底によってこそこのような問題に対処できるものと考えられる。

それでは、患者・家族の信頼を得るためどのようなことをすべきなのか。具体的に医療機関には、

- ①患者・家族に診療の内容を十分に説明し納得を得る
- ②リスク回避も考慮した診療システムを構築する

③診療記録を電子化し、修正された場合の記録(時刻、修正理由等記載)も残るような改ざんが不可能なシステムとする

④診療の経過を必要に応じ説明し、予定通りに進まない場合は必ず説明する

⑤特に医療行為の中で患者に不利益をもたらす結果となった場合、その説明は診療記録を提示して行うこととし、患者家族の疑問も記録することを日常の診療で行うことを義務づける。

その上で、十分な説明の上でも患者・家族が納得されない場合、必要に応じ外部委員の入った紛争処理委員会、医療安全委員会と協議し、第3者機関(日本医療機能評価機構の仕組みの充実を想定)での検討結果も踏まえて対応する。安全管理上の問題にはどのような改善を行う予定なのか、一定期間後に、その実行状況を患者・家族に知らせる。

このような手順で行うことにより、患者・家族の懸念は相当払拭されたと考える。

医療機関の実践に不信があるなら、定期的な第3者評価を行って義務を

果たしている施設を認証し公表する仕組みを作る。必然的に評価を受けない施設、不十分で認定されない施設には受診抑制がかかるはずであり、大きなペナルティとなるであろう。

以上の考え方から、全日病は、医療安全の原則と事故死の関係を十分に議論されることなく作成され、結局、原因究明・再発防止と責任追及が同じ組織で行われることになる第3次試案には反対の立場をとる。

即ち、文字通りに「医療安全調査委員会」とするならば、医療安全に関する専門家を中心に医療現場の委員や有識者あるいは国民の代表をいれた委員会構成として、国を挙げての「医療安全」の実践に関する徹底した仕組みづくりを検討・提示すべきであり、「医療事故」を処罰するのなら法律専門家を中心にした現在の委員会を「事故死処罰委員会」と改称し、明確な事例を示して処分内容を決定すればよい。

全日病は、故意、証拠の隠滅、改竄など明らかな犯罪性のある者が刑事告発されることは当然と考えており、医療にかかわる行為すべてを免責すべきとは考えていない。

全日病・医法協共催「2008年度臨床研修指導医講習会」の報告

全日病と医法協が共催する「2008年度臨床研修指導医講習会」は、10月11・12日に続いて、11月8・9日に2回目が東京都内で開催された。同講習会は厚労省の講習会開催指針の通りであり、09年度に施行される指導医要件を満たしている。臨床研修の質を確保する上で、研修プログラムとともに指導医の実践的指導力が欠

かせないが、同講習会はワークショップを主体とした講習方法と実際事例を積極活用するなどの実践的な講習プログラムを採用し、そのニーズに対応した。

指導医講習会を準備したワーキングチームで企画責任者としてチーフ・タスクフォースを務めた佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター江村正准教授と、ワーキングチーム全体責任者およびタスクフォースとして同講習会運営の中心的役割を担った星総合病院星北副理事長に、08年度臨床研修指導医講習会の報告をいただいた。

「教育に目を向けることが病院の生き残りに不可欠」

メッセージを講習に託す。目標は「継続的に教育・研修体制の向上に努めていく姿勢」



佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター 准教授 江村 正

全日本病院協会および日本医療法人協会が主催する「2008年度臨床研修指導医講習会」は「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針」に準拠するもので、修了者には厚生労働省医政局長と主催者の連名で修了証が発行される。

この講習会の修了が指導医の必須となったこともあり、全国から多数の応募があり、今年度は2回開催としたにもかかわらず、キャンセル待ちは80名にのぼった。

昨年、全日病と医法協が指導医講習会を共催することを決めてから、ワーキングチームを立ち上げ、講習会の目的について議論してきた。その結果、現在の厳しい情勢の中でこそ教育に目を向けていくことが病院の生き残りに不可欠であるというメッセージを、講習会を通じて伝えようということになった。

最終的に、本講習会のゴールを、「全日病・医法協に所属する病院の管理者が、自院を研修病院にするために、病院経営における臨床研修の位置づけを理解し、研修指導体制の確立に必要な情報を収集し、継続的に教育・研修体制の向上に努めていく姿勢を身につける」と定めた。

具体的には、(1)医学教育やワークショップで用いられる基本的な用語を説明する、(2)新医師臨床研修制度の概要を述べる、(3)病院経営における臨床研修の位置づけを述べる、(4)厚生労働省の到達目標に関して、SBOs・方略・評価を追加作成する。(5)他の施設の指導医と情報を交換し、ネットワークを構築

する、(6)研修医指導に役立つコーチングの技法を身につける、(7)研修医の指導に対し熱意ある態度を保持する、(8)研修病院となるための院内体制の立ち上げに関して必要な対策を具体的に述べる、という8点を個別目標とした。

グループ作業を、「病院運営における臨床研修の位置づけ」「カリキュラム作成」「研修医指導を行う上での院内体制の立ち上げ」の3つとし、その前後に、「新医師臨床研修制度の概要」「研修病院事例紹介」「今の研修医は卒前教育で何を学んでいるか」「コーチング」「特別講演」を入れ、有機的に結びつこうと工夫した。

「研修病院事例紹介」は、全日病・医法協に所属する会員病院にもっとも身近な、良いモデルを提示していただこうと思い、全日病の小松寛治先生(ワー

キングチーム・ディレクター)に、秋田県の病院(160床)が臨床研修病院となる上での苦労・工夫、その後の過程を紹介して頂いた。

医学部卒前教育の紹介は、PBL、医療面接、OSCE、CBTといった医学教育用語の理解を深めてもらい、既に医学生ではない、研修医に何を修得させるかということを考えてもらうヒントとして欲しかったので取り入れた。

特別講演は、10月は、長年にわたって日本の臨床研修指導のリーダー的な役割を果たして来られた松村理司先生(洛和会音羽病院院長)に、「日本の臨床研修に欠けるもの」という題で講演をして頂いた。11月は、佐久総合病院と諏訪中央病院で、研修医教育を行ってきた

川尻宏昭先生に、「地域の病院で医師を育てる」という題で講演して頂いた。

参加者が「大学病院の臨床研修に欠けるもの」に気付き、本会員病院が工夫をしていけば、欠ける物を補うような研修指導ができるということもできる。そのようなことを汲み取って、元気になって頂ければと思っている。

講習会は2日間の日程を組み、第1日目は10時から21時半まで、第2日は8時半から16時半まで、熱のこもったグループワークが展開された。

全日病としては昨年に続く試みであったが、参加者は非常に積極的であった。今後の開催を望む声も大きく、目的・目標を特化させた本講習会の意義は大きかったものと思われた。

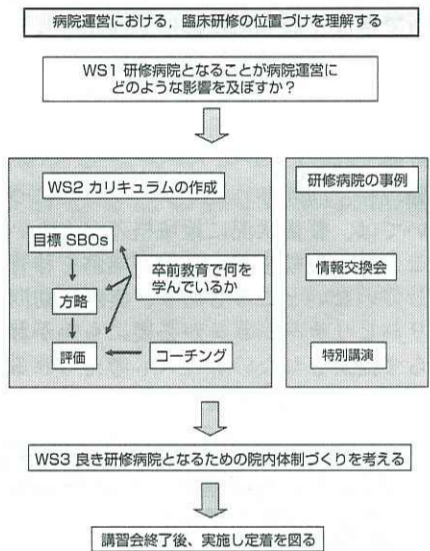
■本ワークショップの目標

GIO (一般目標)

全日本病院協会・日本医療法人協会に所属する病院の管理者が、自病院を研修病院にするために、病院経営における臨床研修の位置づけを理解し、研修指導体制の確立に必要な情報を収集し、継続的に教育・研修体制の向上に努めていく姿勢を身につける。

SBOs (行動目標)

医学教育やワークショップで用いられる基本的な用語を説明する。新医師臨床研修制度の概要を述べる。病院経営における臨床研修の位置づけを述べる。厚生労働省の到達目標に関してSBOs・方略・評価を追加作成する。他の施設の指導医と情報を交換し、ネットワークを構築する。研修医指導に役立つコーチングの技法を身につける。研修医の指導に対し熱意ある態度を保持する。研修病院となるための院内体制の立ち上げに関して、必要な対策を具体的に述べる。



参加者の意識が高い熱気あふれる講習会が実現

講習会の全国展開を期待。既存研修病院の質向上というコンセプトの採用も



星総合病院副理事長 星 北斗

新医師臨床研修制度が平成16年に開始され、これまでの大学病院中心の卒後研修から地域の研修指定病院へと大きく変化した。この変化が大学医局の医師派遣機能を低下させ、地域の医師不足を顕在化させる要因になったとの指摘もある。現在、その医師不足の解消を目指した様々な取り組みが進められており、この研修制度の見直しもその一つに挙げられているところである。

制度論は別稿に譲るが、一つだけ確かなことは医療界に大きな地殻変動が起きたことであり、病院の規模や態様にかかわらずこの機を生かすことができる病院管理者が存在しているということだろうと思う。

そもそも、この新医師臨床研修制度の導入の議論にあたって、明示はされなかったが医師の地域偏在の解消という狙いが込められていた。大学病院だけでは十分とはいえない新人医師の養成を地域の医療機関が担おうというものであった。ここでの体験が地域医療への意識を高めることにつながり、一部ではあるが専門医療一辺倒から地域における一般医療へのシフトを願ったのである。

実際、いくつかの大学に設置された地域医療学や家庭医療学の講座には多くの後期研修医が集まっていると聞く。地域で新人医師を養成するという目的

達成のため、研修指定病院の要件は大幅に緩和され、複数の病院でのローテーションや地域を越えた協力が可能となり、また、地域医療が必須の科目とされて診療所も新人医師教育の場所として活用されることになった。

全日病の本講習会担当役員である小松先生の本荘第一病院では早くからこの点に注目して研修医の教育を担う体制を整えた。人口10万人規模の地方都市ながら毎年多くの研修医が集まっており、昨年に引き続きこの取り組みについて本講習会で講演を頂くことができた。

本年度のカリキュラムの作成に当たっては、前年度と同様のメンバーにご参集いただき、昨年の反省を踏まえて見直しを行ったが、民間病院での取り組みを中心とした前年に引き続き、前述の小松寛治先生、松村理司先生(音羽病院：第1回)、川尻宏昭先生(諏訪中央病院：第2回)に研修病院の紹介やその立ち上げにおける様々な議論や取り組みを紹介していただいた。

ワークショップも、テーマについては、一般的に中心的課題である「カリキュラムの作成」は要点だけに絞り、病院運営に直結する「病院運営における研修医の位置づけ」「研修医指導を行う上での院内体制の立ち上げ」を掲げて取り組む内容とした。

当初心配していたのは、参加者が単に局長通知で示された講習会の義務的な受講として捉え、主体的な参加が期待できないのではないかとというものだったが、この危惧は見事に裏切られ、参加者の意識が非常に高い熱気あふれる2日間の講習となった。

地域の医療機関では医師不足や過重労働が問題視されているが、苦境の中に活路を見出したいというつよい熱意も表出されていたように思える。一方で、昨今の研修医の恵まれた姿と自分の研修時代を重ねて感慨を深め、同時に新世代の将来に一抹の不安を感じる様子も窺えた。

平成21年度からは指導医講習会の受

講が必須とされ、講習会の受講希望者が増加するものと考え今回は年度内2回の開催を企画して募集したが、それぞれの回において定員を越す応募があり需要の高さを示した形となった。

参加者からも手ごたえのある感想が寄せられており、来年度は早い時期に開催できることを期待している。

また、参加者からは研修制度に関する議論について、全日病としても大学の都合に押されて地域の研修病院の運営が困難になるような制度改正は避けるために闘うべきだという前向きな意見もあった。

さらに、同様の講習会の地域での開催を望む声も聞かれた。このような反応を受け、この講習会の輪が全国に広がることに期待したいという点でタスクフォースの意見も一致をみたところである。全体を通じて参加者の積極的な取り組みによって価値のある講習会になったのではないかと感じた。

これまでの2年間は主としてこれから研修病院となろうとしている病院の管理者向けというコンセプトで実施してきたが、実際の参加者のニーズを考慮すると、今後は、既に研修病院となっている医療機関の関係者に向けた「魅力ある研修環境の実現」をテーマに開催することも考える必要があるのではないかと考えている。



日帰りドック利用者は16.3%増の39.2万人

07年度の人間ドック調査結果 待ち時間短縮やフォローアップ率など改善すべき重要な課題も

人間ドック委員会(西昂委員長)はこのほど、「2007年度人間ドックに関する調査」結果をまとめた。全日病会員の日帰り人間ドック実施指定483施設(7月1日現在)を対象に07年度1年間の人間ドック実施状況を調べたもので、今年7月に実施、365施設から有効回答を得た(回答率75.5%)。

それによると、07年度の日帰り人間ドック利用者数は39万1,935人。男女比は男性が61.6%、女性が38.4%であった。回答数が15施設増えたこともあり、総利用者数は5万4,880人と前年から16.3%増加した。

男性は東京都、福岡県、埼玉県、広島県、岡山県が、女性は福岡県、東京都、広島県、埼玉県、岡山県が上位5県を占めたが、利用者数と人口は必ずしも比例していない。月別では、男性は6月～11月が月間2万人台で、女性は7月～12月が1万3,000人台で推移しているが、冬季の1月～3月と年度始めの4月・5月の利用者数が少ない。

平均の医師数は6.43名。専任が0.85人(13.2%)、兼任が3.38名(52.6%)、非常勤は2.20名(34.2%)と、兼任医師が最も多い。全職種にわたる職員数は27.27名。専任が26.2%、兼任が56.7%、非常勤が17.1%という内訳であった。

検体検査の委託状況は、一部外注委託が318件(87.4%)、自施設内検査が46

件(12.6%)であった。

精度管理の実施機関は、02年度から07年度まで、1位が日本医師会、2位が日本臨床検査技師会、3位が県医師会という順位で推移している。

人間ドックの実施状況(構造面)は、

- ①日帰りドックの実施可能人数は平均10.89名(1週間で59.57名)
- ②1泊ドックの可能人数は1日平均3.39名(1週間で13.43名)
- ③1泊病床数は平均3.21床(うちホテルドックの平均病床数は1.69床)
- ④理念等の掲示有りは84.3%
- ⑤専任の医師有りは67.0%
- ⑥他科医師の指導体制有りは87.4%
- ⑦検査室の臨床検査技師専任有りは95.9%
- ⑧X線、心電図読影責任医師有りは98.9%
- ⑨自施設のみで十分な設備・機器がある施設が54.4%、一部委託が36.8%となっている。

人間ドック実施の過程面をみると、日帰りドックにおける待ち時間は30分以内が59.4%を占めた。05年度調査では30分以内が61.38%であったが、各施設の努力にもかかわらず待ち時間短縮の効果は表れていない。

要精密検査の利用者に対するフォローアップ率は41.61%、要治療者に対するフォローアップ率は48.30%にとどまっ

た。とくに、フォローアップ率20%以下が、要精密検査については63.73%、要治療に関しては79.95%と多数を占めている。

08年度から健診後の保健指導を医療保険者に義務づける制度がスタートしているだけに、健診施設としてどうフォローアップ率を高めていくのか、今回

調査結果はあらためて重要な課題を提起するものとなった。

オプション検査については、メタボリックシンドロームに対する関心の高まりを反映して、MRA検査、血圧脈派検査、動脈硬化検査、内分泌ホルモン検査が増加している。

■人間ドックの利用者数

人間ドック種別	男性	女性	合計
日帰り	241,306	150,629	391,935
1泊	37,753	17,749	55,502
1泊以上	2,107	1,157	3,264
生活習慣病健診(政府管掌とそれに準ずる企業健診等)	252,306	168,509	420,815
その他の健診(一般検診、定期検診など)	677,393	459,572	1,136,965

■人間ドックの実施状況(構造編) 単位 %

質問項目	はい	いいえ	無回答
受診者の権利・施設理念を掲示しているか	84.34	14.01	1.65
専任医師が1名以上常勤しているか	67.03	32.42	0.55
他科医師の指導を受ける体制を有しているか	87.36	10.99	1.65
臨床検査・生理検査室には臨床検査技師が常勤していますか	95.88	3.30	0.82
エックス線写真・心電図の読影に責任をもつ医師がいるか	98.90	0.55	0.55
人間ドックの検査項目を十分に実施できる設備並びに機器を有しているか	54.40	0.00	36.81
			8.79

■人間ドックの実施状況(過程編) 単位 %

質問項目	はい	いいえ	無回答
検査データの精度管理が十分に行われているか	99.45	0.00	0.55
利用者への結果説明および生活指導を行っているか	96.70	2.75	0.55
要精密検査・要治療者に対してフォローアップを行っているか	87.36	11.26	1.37
病歴、検査記録の整理保管が適切に行われているか	98.35	0.82	0.82
細胞診が適切に行われているか	95.88	1.10	3.02

■要精密検査率・要治療率とフォローアップ率 単位 %

質問項目	要精密検査	要治療
利用者に対する割合	35.85	17.28
そのうちフォローアップがなされた実績	41.61	48.30

病院経営調査の結果を説明

本会の猪口雄二副会長は11月6日に厚労省保険局佐藤医療課長を訪れ、大

都市の一般病床が大幅な経営悪化をきたしていることが明らかとなった全日病の2008年度病院経営調査の結果について説明した。



▲佐藤医療課長(写真右)に説明する猪口副会長(左)

会務日誌

*表記のないものはすべて東京都内開催

2008年10月

- 2日 人間ドック委員会、広報委員会
- 3日 介護保険制度委員会、四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 4日 研究会会議、医療機関トップマネジメント研修コース(～5日)
- 8日 医療の質向上委員会、自民党/税制改正ヒアリング、日病協/DPCのあり方に関する検討WG
- 9日 四病協/治療費未払問題検討委員会作業部会
- 10日 会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会、日医/DPCに関する意見交換会、
- 11日 臨床研修指導医講習会(～12日)、病院事務長研修コース(～13日)
- 14日 個人情報保護担当委員会、日病協/100K検討委員会
- 15日 日病協/診療報酬実務者会議
- 17日 医療制度・税制委員会、医療従事

- 者委員会、四病協/治療費未払問題検討委員会
- 18日 救急・防災委員会、50周年記念事業W委員会、第7回常任理事会、第2回支部長会、病院のあり方委員会
- 21日 厚労省/院内暴力等調査結果に関する勉強会
- 22日 厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会、四病協/総合部会、同/会長懇談会、終末期医療に関するガイドライン策定検討会
- 23日 四病協/メディカルスクール検討会
- 24日 日病協/代表者会議
- 25日 看護部門長研修(～27日)
- 29日 四病協/社会保障財源問題を考える勉強会
- 30日 平成20年度病院経営調査記者発表(厚労省)
- 31日 医療保険・診療報酬委員会

賛助会員として以下の入会が承認された。

志免総合診療所(代表・照屋恭子、福岡県) 以上の結果、賛助会員数は89社(団体)となった。

【主な報告事項】

●各支部による事業報告書、決算報告書の

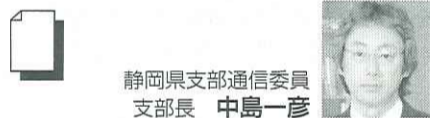
提出

08年度以降すべての支部は事業・決算報告が必須となることから、本部に提出する「事業報告書」および「決算報告書」の書式モデルが完成、各支部に送付されるとの報告があった。07年度分については、すでに作成済みの支部のみが対象となる。

支部からの報告

平成20年度 支部主催研修会を終える

会員病院以外からの参加を得る



静岡支部通信委員 支部長 中島一彦

静岡支部は10月18日、静岡市内のホテルで支部主催の平成20年度研修会を開催した。支部会員16病院から約60名、非会員の20病院から約40名の参加をいただき、池田病院院長の池田誠副支部長(人間ドック委員会委員)総合座長の下に進めた。

大塚製薬の永田保夫氏(農学博士)に「メタボリックシンドロームと栄養」と題して、平塚胃腸病院池袋藤久ビルクリニック所長の高橋秀理氏(医学博士・人間ドック委員会外部委員)に「特定健診・特定保健指導の現況と実践方法」と題して、講演をお願いした。

永田氏の話は、肥満予防は食事と運動が大事であり、



第7回常任理事会の詳細 10月18日

【主な協議事項】

●ブロック研修会開催計画案

ブロック研修会開催計画案が承認された。

【08年度】

- ・九州ブロック研修会(佐賀県支部主催) 平成21年1月31日
- ・中国四国ブロック研修会(香川県支部主催) 日程未定

【09年度】

- ・東海ブロック研修会(愛知県支部主催) 平成21年5月

●災害時医療支援活動規則案

医療災害の支援活動に出動した会員病院に対する支援金の支給基準を定めた「災害時医療支援活動規則」案が承認された。

●会員向けに新たな媒体開発

「全日本病院協会雑誌」および「全日病ニュース」とは別に、施設関連資料を中心に

重要資料をまとめた会員向けの新たな媒体を企画開発するという提案が承認された。執行部が担当委員会を決め、具体案を検討する。

●新たな公益法人制度に対する本会進路選択の検討

公益法人制度改革に伴い、本会としての種類の公益法人を選択すべきかという問題を検討する委員会を11月中旬に設置させるという執行部提案が承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

- 以下の3名の入会が承認された。
- 埼玉県 埼玉東部循環器病院 理事長 李 武志
- 東京都 高砂協立病院 院長 東海林 豊
- 宮崎県 宮崎善仁会病院 理事長 濱浜重 仁
- 以上の結果、在籍会員数は2,258名となった。



11月22・23日は第50回全日病学会東京大会

北海道から沖縄まで、理事長・院長から事務職まで、会員病院は東京に集まろう!

第50回全日本病院学会東京大会(河北博文学会会長)が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回という節目にふさわしく、開会式直後には西澤寛俊会長が自ら登壇し、全日病が展開する事業の現状と方向性について講演する。

会長講演に続いて、外添要一厚生労働大臣の特別講演が予定されている。

「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、例

年以上に、医療の質と病院経営に役立つ情報発信につながるプログラムが揃った(別掲)。

一般演題の登録は316件。参加の事前登録は1,500人といずれも全日病学会最高水準に達している。

東京学会は会員病院の職員に呼びかけ、医療や病院経営に対する「主張」を募集した。採用された「主張」はパネル展示として発表される。病院職員に広く発言の門戸を開いた初の試みも注目されることだ。

- 「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」
- 「特定健診・特定保健指導の最新動向について」

◎ランチョンセミナー

- 「新しく開始される産科医療補償制度の概要と今後の課題」
- 「個人情報保護法の基礎とその運用上の注意点」
- 「中国四川地震、岩手・宮城内陸地震を踏まえて～あるべき災害医療体制のあり方～」
- 「抗菌薬の適正使用と感染対策」
- 「GEの最新PASSについて」
- 「病院のIT化、ITによる地域連携について」
- 「病院から家庭へ、家庭で出来る介護の工夫」

■第50回全日本病院学会東京大会

主催	● 全日本病院協会・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	

東京学会の主なプログラム

1日目 11月22日(土)

◎講演

- 「全日病の活動」総論 西澤寛俊会長
- 「医療行政に感じること」 外添要一厚生労働大臣(予定)
- 「パブリック・マインド～プロフェッショナル・オートノミー」 河北博文学会会長
- 「自由社会の良き医療を求めて」 猪木武徳国際日本文化研究センター所長

◎シンポジウム

- 「民意の工夫による社会制度の補充」
- 「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～」

2日目 11月23日(日)

◎講演

- 「健やかに生き、安らかに死ぬために」 井形昭弘日本尊厳死協会理事長
- 「日本人の精神性と社会構造」 猪瀬直樹東京都副知事(作家)

◎シンポジウム

- 「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～」
- 「病院における暴言暴力から医療従事者を守る方法」
- 「医療事故における関係調整」

◎その他

- 受審準備の個別指導「選ばれる病院へのステップ」
- ヤングフォーラム「経営観 10年前と今」

◎ランチョンセミナー

- 「DPC時代～個性が光る病院経営をめざして」
- 「事例から学ぶ病院感染対策」
- 「DPC分析ソフトのご紹介～全日病DPC分析事業 MEDI-TARGET～」

全日病、ネット上でも無料職業紹介

求人・求職一覧閲覧をサイトで限定公開。11月から試行開始

全日本病院協会はインターネットを使った無料職業紹介事業の試行を11月から始めた。10月18日の第6回常任理事会で決まったもので、11月7日に本会Webサイトにコンテンツを掲載した。

本会の無料職業紹介事業は、これまで、電話やファックスで求人・求職情報を得たのちに「全日病ニュース」で案内するほか、電話やファックスによる照会・相談に応じる方法で紹介してきた。

この方法に加え、今後は、本会サイトから求人・求職票をダウンロードできるだけでなく、本会サイト上で、特定情報項目のみに限られた求人・求職一覧を閲覧できることになる。

今後、求人情報一覧へは携帯電話からもアクセスできるようにする予定だ。

ただし、募集職種は医師、看護師、薬剤師、医療事務に限られる。

また、求職情報は一般の人々からも受けつけるが、求人情報の受付は会員病院に限定される。また、求人情報一覧は一般の人々も見ることができ、求職情報一覧の閲覧は会員病院のみに認められる。

全日病は、今後、求人・求職情報一覧以後もネット上で展開できるマッチングシステム等の開発を予定している。

「短時間正社員制度」で合同研修会。通信衛星で全都道府県に配信!

全日病と日本看護協会は、通信衛星を利用した院長・事務長・看護部長合同研修会を共同開催します。東京都内会場から通信衛星で配信、全国の会場で受講できます。

テーマ●「医療従事者に選ばれる職場づくり」

日時●12月6日(土) 13:00～17:00

会場●通信衛星配信会場 東京都内ベルサール原宿
通信衛星受信会場 各都道府県看護協会・その他施設
など47都道府県研修会場

プログラム●①短時間正社員制度をめぐる諸制度と施策の動向(講義)
②「病院における多様な勤務形態」導入の先行事例紹介と質疑応答
③パネルディスカッション(看護師の多様な勤務形態導入病院の実践事例)など

対象●全日本病院協会会員病院職員および日本看護協会会員

研修費用●東京会場 1施設3名までの定額 1万2,000円 1名追加ごとに4,000円
地方会場 1施設3名までの定額 1万円 1名追加ごとに3,000円
(個人参加) 東京会場 1名 6,000円 地方会場 1名 5,000円

*詳細情報の掲載サイトは <http://s-que.net/shokuba/index.html>



全日本病院協会 研修等開催のご案内

*詳細情報は全日病ホームページから当該資料をダウンロードして確認してください。

■特定保健指導実施者育成研修コース(基礎編・技術編)《東京会場》

*研修会の内容は厚労省の研修ガイドラインにのっとっています。

日時●2009年1月24日(土) 12:30～18:35
1月25日(日) 9:00～13:05

会場●東京都内の東医健保会館(参加申込者数により、会場が変更になる場合があります)

受講資格●①医師、保健師、管理栄養士、②看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士で、本会の「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」を受講した方は「基礎編+技術編」が受講できます。

事務職の方は基礎編のみの受講となります。

講義は基礎編135分、技術編405分です。

定員●100名

費用●基礎編・技術編 1名4万5,000円
基礎編のみ 1名5,000円(いずれも受講料・テキスト代を含む)

■2008年度第2回「後期高齢者診療に係る研修」(大阪会場)

*9月28日に東京で開催した研修と同一の内容です。

日時●2009年1月11日(日) 9:00～17:00
会場●大阪市内大阪国際会議場3F「イベントホールA」

定員●200名
費用●2万円(受講料、昼食代含む)

■第2回「2008年度医師事務作業補助者研修」

*7月に開催した第1回目の研修と同一の内容です。

日時●2009年1月21日(水) 13:00～17:20
1月22日(木) 9:30～17:45
1月23日(金) 9:30～16:30

会場●東京都内のベルサール飯田橋
定員●250名
費用●5万円(受講料、テキスト代含む)

■2008年度医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会

*本講習会は全日病・医法協共催「医療安全管理者養成課程講習会」及び06年度まで四病協で開催した同講習会の「医療安全管理者認定証更新」のための講習(1単位)に該当します。

日時●12月5日(金) 13:00～16:20
会場●東京都内の東医健保会館大ホール
定員●5,000名
費用●250名