



全日病 NEWS 3/15

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.705 2009/3/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

2回の議論で研修医募集定員等を決める

医師臨床研修制度
見直しの実施概要案

大学病院に有利な募集定員決定方法。現行制度は骨抜きの可能性も

医道審議会医師臨床研修部会は「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」がまとめた医師臨床研修制度見直しの意見(基本案)を受けて見直しの実施案を検討していたが、2回目となる3月2日の会合でその概要をとりまとめ、詳細を厚労省に委ねた。意見募集にかけた上で、4月に省令等の改正を行ない、2010年度募集研修医から実施する。

研修医待遇条件の制限など、細部の制度変更は厚生労働省が通知改正等で実施する。実施概要案は、プログラムの組み方によっては研修期間を実質1年にすることも可能であるとともに、新たな募集定員の導入は都市圏よりも地方圏、とくに大学病院に有利にはたらくものとなった。(4面に実施案の概要を掲載)

臨床研修病院(現行の単独型および管理型臨床研修病院)の指定基準は、単独で満たすべきものとした上で、新たに、症例数規模として「年間入院患者3,000人以上」を求める。

研修医の募集数は、まず、都道府県レベルの上限を「人口分布を勘案して配分した数」と「医学部入学定員を勘案して配分した数」の多い方の数に地域の医師数など「地理的条件を勘案した数」を加えた数とし、その計算方法を決めた。

各病院については、当該都道府県の病院が希望する募集定員合計が前出の上限を超えない場合は、前年度の研修医採用実績や地域の実情等の下に増員を認めるものとした。

都道府県の上限を超える場合には、前年度募集定員を、例えば過去3年間の採用数の最大というように実績にもとづいて削減した上で、医師派遣実績を評価して加算を認める。その上で、当該県の募集定員合計が100名で、その上

限が90名の場合には、募集定員に90/100を乗じて調整といったように調整。削減率が大きい場合には削減の割合に一定の限度を設ける経過措置を図る、とした。

事務局(厚労省医政局医事課臨床研修指導室)が示した08年度研修医採用実績にもとづいた試算によると、全国の募集定員は9,834名、経過措置後の数で9,911名となる。

県別上限の導入によって、東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡と大都市圏を含む28の都道府県で新たな募集定員の上限がこれまでの募集定員数を下回り、全国で1,729名もの枠が余ることになる。

一方、東京(51名)、神奈川(46名)、京都(84名)、大阪(80名)、福岡(45名)の5都府県が、それぞれ過去採用実績よりも



少ない数(括弧内)の募集上限というキャップをかぶせられる。

「県別上限と採用実績との差」で見ると、東京都、神奈川県、京都府、福岡県はこれまでの採用実績を27~61名下回る上限がかぶせられ、逆に、北海道、埼玉県、千葉県、新潟県、石川県、島根県、長崎県は上限と採用実績の間に78~215名の差が生まれ、募集魅力によっては研修医を大幅に増やすことが可能となる。

都道府県ごと定員の下では、医師派遣実績によって大学病院などに次年度募集定員の上積み認められる。

かくて、とくに大学病院にとって、はなはだ有利な制度見直しとなった。

社会保障カード基本計画案を4月初旬にまとめ

社会保障カード
在り方検討会

医療・介護現場に影響大の問題点をクリアできない可能性

3月6日の「社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会」は基本計画をまとめる議論に入っている。

最後まで残った課題をクリアするために付設された作業班は、検討状況を同日の検討会に報告する中で、「かなり具体化できてきているが、なお、結論にはいたっていない」と、2011年度導入に向けた基本計画をまとめる上で最終的に残された課題のクリアに苦慮していることを明らかにした。

そのため事務局(厚労省政策統括官付社会保障担当参事官室社会保障カード(仮称)推進室)は、当初予定していた2008年度末のとりまとめを見送った。ただし、次回、4月初旬の検討会には基本計画案を提示し、何とかとりまとめたいとしている。しかし、いくつかの課題については有効な策を示すことなく、見切り発車する公算が強い。(6面に関連記事)

最後まで検討課題とされた諸問題には、カードに保険証機能を付加する方法と問題点、経過措置を含む移行期間の対応策、システムトラブルやカード機能不全時の措置など、医療・介護の現場に直接の影響が生じるものが多い。

とくに病院では、資格情報のチェックや自動転記だけでなく、機動的な保険証機能や過去数年に遡った受診記録

など受診カード機能を期待する向きが多い。さらには、血液型、既往症、アレルギー体質、投与中の医薬品といった治療情報をカードのICチップに搭載できないかという要望もある。しかし、こうした医療現場の声は届いていない。

また、病院等が社会保障カードに期待している「なりすまし防止」など、未取

一方、社会保障カードの導入時に際して、医療機関にはカード読み取り機や追加ソフトの購入、さらにはカード機能利用の設計いかんでは医事会計システムを修正する必要も生じ得る。

基本計画策定後には、計画内容の実証・検証作業と具体的導入方法の検討が行われ、その結果などから、例えば保険証機能の内容とシステム設計の概要などが決められる。したがって、追加ソフトや現行システム修正の展望などは導入直前にならないと判明しない。

しかし、こうした医療機関側の負担問題は基本計画の検討課題に入っていないだけでなく、導入までの諸作業のアイテムとしても取り上げられていない。つまり、医療・介護の現場に与える影響と負担についてはまったく顧みられていないといっている。

その一方で、事務局は、3月6日の検討会に「医療保険資格の確認業務につ

いての調査結果概要」を報告。調査結果から、保険者159億円(年間)、医療機関124億円(同)の費用削減が社会保障カードの導入によって見込まれると発表した。

しかし、推計値の元となる医療機関から回収できた調査票は18.3%に過ぎない。回収が低調だった理由は、社会保障カード導入の大義名分はともかく、それが医療・介護の現場に与えるメリットがみえないことに原因がある。

その背景には、検討会には医療機関や介護サービス事業所を代表する委員は1人も加わってなく、最後まで残された技術的案件等を検討する作業部会にも、日医総研と日本薬剤師会の代表は1名ずついるものの、病院関係者や介護関係者は1人も参画していないという事実がある。

かくて、医療と介護各現場の理解・支持とコミュニケーションが確保されないままに、スケジュールに従って社会保障カードは基本計画を策定されようとしている。

社会保障カードをめぐる議論の最終局面を報告する。(6面に続く)

09年度に基礎教育・第7次需給見通しの検討会を設置

看護の質の向上と確保に
関する検討会が「中間まとめ」

卒後研修制度化を提言、検討着手の可能性も。大学化については両論併記

3月6日の看護の質の向上と確保に関する検討会は、離職防止と再就業促進を図る取り組みおよび養成対象人口の減少とそれへの対応を踏まえた看護職員需給見通しの策定を求める「中間まとめ」を概ね了承、細かな修文は座長の田中滋慶慶応大学大学院教授に一任した。

看護職員の卒後研修については、新人看護職員研修の具体的普及方策の作成と推進、さらに、新人研修に取り組む医療機関に対する財政も含む支援を行なうよう求める一方で、「制度化や義務化を視野に入れた(制度の)確立が不可欠」とし、看護師卒後研修制度を展望した新人研修

の体制づくりを厚労省に課すものとなった。

看護師養成機関については「現在の教育年限を必ずしも前提とせずに、すべての看護師養成機関について教育内容、教育方法などの見直し・充実を図るべきである」と基礎教育の大幅な見直しを提起、

文科省と共同の検討会設置を求めた。

ただし、「大学化」に関しては賛否両論を併記、「今後の動向を見極めて対応する必要がある」と書き込むにとどまった。

「中間まとめ」を踏まえ、厚労省医政局看護課は10年度診療報酬改定の絡みも含めた個別課題施策化の検討を進めるとともに、2009年度に、基礎教育や第7次需給見通しなど個別テーマに関する検討会を立ち上げる方針だ。(3面に本稿の続きと「中間まとめ」の概要を掲載)

清話抄

当直明けで丸一日働いた夜、医療を特集した番組を見ていた。医師がいなくなった自治体病院の再建の話である。

いないならダウンサイジングしかないよな。うまくいっている病院の話、医師の数がいるだけではなくて人一倍がんばらなくては成り立たないんだ。

どこも同じだなと眺めていたところ、沖縄の青い空が映りヘリコプターが舞い上がったところでドクターヘリの話だなと思っていたら大学の同級生の顔が写った。

沖縄の民間病院が運営しているドクターヘリであった。医療過疎地域では、一刻も争う救急患者には無くてはならない救急の切り札であるが、運営費が高く、今は飛ばすことができないということだ。彼は救急医療に情熱を

傾け、ドクターヘリのために、オーストラリアへ2年間研修に行ったという。東京のように電話をすれば救急車がすぐに来てくれてすぐに医療が受けられる、というわけにはいかない地域では、適切な医療を受けるためにドクターヘリの存在は大きい。しかし、維持費が高く、簡単に飛ばせない。

そのために、彼は運営する費用を捻出するための活動を行い、外添大臣をも引っ張り出して、やっと1年間分の

資金を獲得した。

その姿を見ていて頭がはっきりしてきた。昨夜の私のように、「何日も前からの寒気のため」とか「謝恩会で飲みすぎたアル中」を診るのではなく、本当に医療を必要とする人の為に熱意を持ってがんばっている彼をうらやましく感じ、それが医療に携わる人間の同じ気持ちだろうと思い、それこそが医療再建の道ではないだろうかと思える。(誠)

主張

伝統ある全日病学会を維持するために、我々は、 今こそ、そのあり方を検討、改善に努めなければならない。

全日病が毎年開催する全日本病院学会は、昨年11月の東京都大会で満50周年を迎えた。

半世紀にわたる歴史を経て、全日病学会は、病院管理者・医師だけでなく、看護師、薬剤師を初めとするコメディカルスタッフ、さらには、病院事務局長ほかの事務職にも発表と議論の場を提供する、病院医療にふさわしい学会となった。

だが、医療費抑制下の地域医療衰退、病院経営の危機など、全日病学会を取り囲む情勢にも変化が訪れている。全日病学会のあり方について

は、4年前にも一度問題を提起したが、昨今の状況はさらに変化しているので、再度の議論を期待し、ここに問題を提起したい。

近年、全日本病院学会が運営面で厳しさを増していることは、とくに、支部関係者には周知の事実である。まさに、主催支部は悲鳴を上げているといっても過言ではない。端的には、本年10月の鹿児島大会に続く学会の主催を引き受ける支部が決まらないという厳しい状況がある。

課題は色々ある。箇条書きにすると、

1. 学会運営費の確保(補助金・協賛金・参加費)
2. 学会費と懇親会費の分離・事前登録の徹底
3. 学会会場(複数会場間のアクセス・宿泊施設の確保等)
4. 開催支部のマンパワー不足
5. 学会セレモニー(学会長招宴等)のあり方
6. 演題数・シンポジウム・特別講演の確保
7. プログラム作成および調整作業の労力
8. 学会誌の編纂

9. 学会運営収支に関する報告書の作成

これら以外にも検討・改善されるべき点はたくさんあり、論点の整理と真摯な議論が必要ではないかと思われる。

私見ではあるが、学会運営は担当支部の自主裁量に任せるのがよいのではないかとも思料する。

楽しく参加でき、中身の濃い、実りある学会を時宜を得たかたちでいかに作り上げるか。英知を集めて、真摯に検討する時期を迎えている。

(A)

新たな機能評価係数絞り込みで本格的な議論

DPC評価分科会

4月内に候補選定を終え、夏前に検証作業、9月頃に次期改定分を確定



3月5日の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、新たな機能評価係数として、1月21日に選定された項目および2月12日・23日のヒアリングで5病院が要望した項目そして事務局(厚労省保険局医療課)が提案した項目からなる候補リストを再確認するとともに、事務局が提示した検討作業内容(「今後の絞り込みを進めることを新たに確認した」)

事務局は、提案項目をチェックするために作成した、項目ごとに「基本的考え方との合致」「DPCデータ等の活用」「重複評価の可能性」「その他」とすり合わせるマトリクスを提示。このすり合わせを通して項目の絞り込みを行なうと説明した。

検討作業のうちの「DPC影響評価に関する調査データの活用」については、既存E・Fファイルに当該項目の根拠を求めるとされた。

西岡分科会長は、「すべての項目を2010年度改定に導入することは無理と考える。また、候補となっている全項目を採用できるとも考えられない。機能評価係数(の項目)は段階的に導入されよう。したがって、今回未採用のものは次の12年度改定の対象となる。10年度改定での採用については、根拠となるデータのあるものから優先的に議論したい」と、今後、議論を進める方針を明らかにした。

同日のDPC分科会は、事務局が用意したマトリクスにもとづいて、全項目について人あたり意見交換を行なった。

その中で、「医療の質の評価」は様式1のデータに依拠する部分が多く、したがって「DPC病院として正確なデータを提出していることの評価」と一体に考えるべきであるという見解が西岡分科会長から示された。

また、西岡分科会長は「DPCに固有の機能を評価すべきであり、病院全体に共通する評価とは分けて考えたい」という視点を提起した。これに関連して、委員からは、「DPCに関しては質

に重点を置くべきであり、単純に効率性のみによる評価はすべきではない」という意見が示された。

後発品の使用状況という指標に関して、松田委員は「入院と外来のどの範囲でみるのかという問題がある」と提起した上で、「この基準によっては、使用状況の操作が試みられるために病院間で不公正が生じる」と指摘。1つの案として、医薬品選択委員会の設置有無や後発品の使用状況のデータ公表など、単純に使用割合だけによらない指標を併せて考える必要があるとした。

術後合併症については、松田委員から「一昨年より様式1でデータを取っている。それをきちんと報告させれば確保できる。様式1の記載方法を変えてデータを採りやすくするという方法もある」と説明した上で、「難病を手がける病院ほど発症率は高い。したがって、合併症は低いほどよいとするのはおかしい。と、低ければよいというわけにもいかない」と指摘。「採用に際してはより工夫が必要である」という認識を示した。

医療課は4月内に項目案を絞り、夏にかけて調査検証を進め、9月頃までに10年度改定で採用する指標案を確定するものとみられる。

その場合に、全体数の絞り込みいかんによって、現行調整係数からの切り替えが2改定となるか、3改定以上の長期にわたるかがみえてこよう。また、第1期となる10年度改定で採用される項目は、データ根拠が明確であることが求められるため、かなり少ない数に絞り込まれるものと見込まれる。

3月11日の日病協・診療報酬実務者会議で、DPC分科会の小山信彌委員(私大協)は、日病協として、救急患者に関するDPCの評価は搬送日を含む2日間は出来高とするよう要望している件について、「機能係数に反映されて加算がつけば要望は撤回するが、そうでなければ引き続き要望を続ける」という考え方を表明した。

■新たな機能評価係数の項目候補

1. 医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価について

- (1) 透明化の評価
 - ・ 部位不明・詳細不明コードの発生頻度による評価
- (2) 効率化の評価
 - ・ 効率性指数による評価
 - ・ 後発医薬品の使用状況による評価
- (3) 標準化の評価
 - ・ 手術症例数又は手術症例割合に応じた評価
 - ・ 診療ガイドラインに沿った診療の割合による評価
 - ・ 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価
- (4) 医療の質の評価
 - ・ 術後合併症の発生頻度による評価
 - ・ 重症度・看護必要度による改善率
 - ・ 医療安全と合併症予防の評価
 - ・ 退院支援及び再入院の予防の評価

2. 社会的に求められている機能・役割の評価について

- (1) 特殊な疾病等に係る医療の評価
 - ・ 複雑性指数による評価
 - ・ 副傷病による評価
 - ・ 診断群分類のカバー率による評価
 - ・ 希少性指数による評価(難病や特殊な疾患等への対応状況の評価)
- (2) 高度な機能による評価
 - ・ 高度な設備による評価
 - ・ 特定機能病院又は大学病院の評価
 - ・ がん、治験、災害等の拠点病院の評価
 - ・ 高度医療指数(診断群分類上位10%の算定割合)

3. 地域医療への貢献の評価について

- (1) 地域での役割の評価
 - ・ 医療計画で定める事業について 地域での実施状況による評価
 - ・ 救急・小児救急医療の実施状況による評価
 - ・ 救急医療における患者の選択機能の評価
 - ・ 産科医療の実施状況の評価
 - ・ 地域医療支援病院の評価(地域中核病院の評価)
 - ・ 小児科・産科・精神科の重症患者の受け入れ体制の評価
 - ・ 全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価

4. その他

- (1) 医療提供体制による評価
 - ・ 医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価
- (2) 望ましい5基準に係る評価

- ・ ICU入院患者の重症度による評価
- ・ 全身麻酔を実施した患者の割合による評価
- ・ 病理医の数による評価
- ・ 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価
- (3) その他
 - ・ 新規がん登録患者数
 - ・ 高齢患者数の割合による看護ケアの評価
 - ・ 入院患者への精神科診療の対応の評価
 - ・ チーム医療の評価
 - ・ DPC病院として正確なデータを提出していることの評価
 - ・ その他

5. 医療機関からの意見聴取によるもの

- ・ 急性期医療の提供体制に対する評価
- ・ チーム医療の実践に対する評価
- ・ アウトカムを伴う効率化に対する評価
- ・ 救急医療への対応実績に対する評価
- ・ 政策的医療への対応実績に対する評価
- ・ 患者の年齢構成による評価
- ・ 地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価
- ・ 在宅医療への評価
- ・ 病院機能に対する評価
- ・ 政策医療(救急医療等)の評価
- ・ 臨床研修に対する評価
- ・ 地域連携(支援)に対する評価
- ・ 診療機能に対する評価(患者の年齢構成や合併症、在院日数)
- ・ 診療機能に対する評価(4疾病5事業、死因究明、細菌検査室、術中病理迅速診断に応じた評価)
- ・ チーム医療と地域医療連携の評価
- ①チーム医療(NST や病棟へのコメディカルの配置)
- ②地域医療連携
 - ・ 医療の質の向上
- ①効率性指標による評価
- ②医療安全と合併症予防の評価
- ③複雑性指標による評価
- ④医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価
 - ・ 救急・重症患者の評価
- ①救急患者
- ②重症患者
 - ・ 地域医療の充実
 - ・ 地域医療支援病院の紹介率や逆紹介率等による評価
 - ・ 救命救急医療の評価
 - ・ 高齢者や精神科系疾患の合併患者、寝たきり患者等の受入れ状況による評価
 - ・ 地域医療連携の評価
 - ・ 地域がん診療連携拠点病院の評価
 - ・ マンパワーに係る評価

■今後の検討について

- (1) 新たな「機能評価係数」として評価すべき項目の絞り込み
 - 以下の点を考慮する。
 - ア. 新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方との合致
 - イ. 現行の「DPCの影響評価に関する調査」の活用

ウ. 現行の機能評価係数や出来高部分と評価が重複する可能性がある項目の整理等

(2) 絞り込まれた項目について、具体的な検討

1面記事から続く

「新人看護師研修には財政を含む支援をすべし」

「中間まとめ」は、保健師・助産師教育に関しては、現行のとおり大学における看護師との統合教育を支持する見解と学部教育後に位置づけるべきという意見を併記した。

新人看護師の研修については、制度化の検討を提起する一方で、「すべての病院の新人看護職員が研修指針に沿った研修を受ける体制を構築する」こと

が必要であると提起している。

卒後研修の制度化に対して、厚労省は「制度化はかなり大変なこと。すぐにはできない状況にはないと認識している」(野村看護課長)と、現時点では慎重だ。

しかし、検討会の報告書に「卒後の制度化や義務化を視野に入れた新人看護職員研修の確立が不可欠」と書き込まれたことの意義は大きく、診療報酬を含む

支援措置の検討とともに制度化の検討がスケジュール化される可能性がある。

看護職員の確保に関しては、需給の長期見通しの研究を提言するとともに、確保対策を喫緊の課題に位置づけるとともに、離職防止策のさらなる強化を求めた。

潜在看護職員の再就業促進について、報告書は「潜在化している看護職員の

所在を把握するための手段はない」としていたが、西澤寛俊委員(西岡病院理事長=全日病会長)は「登録制の導入を検討すべきではないか」と提起、その旨を書き込むよう求めた。

同日に開かれた全国医政関係主管課長会議で、野村陽子看護課長は、第7次看護職員需給見通し(2011年～)の検討会を年内に設置、来年取りまとめる予定を明らかにしたが、「5年のタームだけでなく、長期的な見通しも必要だ」という認識を示した。

「看護の質の向上と確保に関する検討会」 中間とりまとめ (概要案) 3月6日 ※以下は検討会に提示された案のとおりである(修正後にあらためて公表)。1面記事を参照

厚生労働省においては、以下に示された基本的な方向性に沿って文部科学省をはじめとする関係省庁などとも連携・協力し、積極的に取り組むとともに、検討会に出された様々な意見を今後の行政施策に活かし、財政支援を行うことを強く要請する。

1. 看護教育のあり方について

1) 看護基礎教育

○医療の質の一層の向上が求められる中、チーム医療の一翼を担う看護職員を養成する看護基礎教育の充実が重要かつ緊急の課題である。

○他方、いずれの養成機関を卒業した新人看護師についても臨床実践能力が不足していることが指摘されている。平成21年度のカリキュラム改定は当面の課題に対応したものであるため、今後の看護基礎教育のあり方を踏まえ、更なる検討が必要である。

○看護師が免許取得前の基礎教育段階で学ぶべきことは何かという点を整理しながら、現在の教育年限を必ずしも前提とせず、すべての看護師養成機関について教育内容、教育方法などの見直し・充実を図るべきである。この際、個々の看護師養成機関の置かれた状況が多様であることに配慮する他、「大学化」についても今後の動向を見極めて対応する必要がある。併せて、卒後の新人看護職員研修についてもその普及を図り、充実させることが必要である。

○このため、教育内容及び教育方法の検討に早急に着手し、さらなる充実を図るべきである。

2) 保健師・助産師教育

○保健師教育の仕方については、現在の統合教育がよいという意見と、学部教育終了後の教育とすべきとの意見があった。保健師教育のあり方について文部科学省と厚生労働省は協力して、結論を出すべきである。

○助産師教育の仕方については、現行の統合教育がよいという意見と、学部教育終了後の教育とすべきとの意見があった。助産師教育のあり方について文部科学省と厚生労働省は協力して、結論を出すべきである。

3) 看護教員

○看護基礎教育の充実のためには看護教員の質の向上と確保が重要であり、教員の継続教育に関する促進を支援することが重要である。

○また、今後、特に高度な医療・看護実践能力の習得が看護職員に求められることを視野に入れると、看護教員が臨床現場で実践能力を保持・向上するための機会を確保することが重要。看護職員が教員として働くことができるポジションを積極的に設けるなどの養成機関の創意工夫も求められる。

4) 生涯教育

○看護職員へのリカレント教育の機会を確保・充実していくことは、看護職員の離職防止や再就業の促進という観点からも重要。

○看護職員が専門性を持ってキャリアアップしていくことも、国民に対する看護サービスの向上に加えて看護職員の離職防止、定着のために重要。各医療機関における看護職員の実践的キャリアアップや、医療機関が専門看護師や認定看護師などの積極的な活用を推進することについて、支援策が求められる。

○こうした状況を踏まえ、免許取得前の基礎教育を含め、看護教育の体制、教育内容及び教育方法などの見直しについて、文部科学省と連携・協力しながら検討を進める場を早急に設け、その具体化を図るべきである。

2. 新人看護職員の質の向上について

○看護基礎教育で習得するものと臨床実践能力との間に乖離があり、それが新人看護職員の離職の一因となっているのではないかと指摘されている。

○在宅医療の推進による療養の場の多様化にも対応できるよう、在宅看護なども組み込んだ研修内容を強化することが求められる。

○今後は、すべての病院の新人看護職員が研修指針に沿った研修を受ける体制を構築するとともに、組織全体で新人看護職員を育てる組織文化の醸成を図ることも重要。

○看護基礎教育と臨床現場との乖離を埋めるためには、看護基礎教育の充実

も重要だが、卒後の制度化や義務化を視野に入れた新人看護職員研修の確立が不可欠。新人看護職員研修の実施内容や方法、普及万策を早急に検討し、実行に移すべきである。この際、新人看護研修を実施する医療機関に対する財政も含めた支援を行うべきである。

3. チーム医療の推進について

○安心・安全な医療を確保し、医療の質の向上を図るためには、チーム医療の推進が重要。福祉関係職、また患者などの医療の受け手もチーム医療の一員として協働・連携していくべきである。

○一方、医療の受け手にとって望ましいチーム医療とは何かという視点からチーム医療のあり方を考えることも重要。職種間を繋ぐための看護職員の役割を強化するなど、チーム医療の推進のあり方を検討すべきである。

○特に在宅医療でチーム医療は不可欠で、その重要な鍵を握るのは看護職員である。

○チーム医療推進の観点から、医師と看護職員との協働・連携を検討するにあたっては、それぞれが担うべき業務の範囲と、それを実施するにあたって必要となる知識や技術を整理することが求められる。

○看護職員がチーム医療における役割を果たすためには、免許取得前の看護基礎教育を含め、看護教育の充実を図っていくべきである。

○平成19年12月の医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」を踏まえ、医師と看護職員との間の役割分担、及び看護職員と病院、施設、在宅で共に働く医療・福祉の関係職との役割分担についてさらに具体的に示し、その普及を図ることが必要。

4. 看護職員の確保について

○次期看護職員需給見通しの策定にあたっては、看護職員に対する需要の増加を十分に把握し、制度改正などの情勢を踏まえて見直すことも含め検討すべきである。また、少子化による養成力の減少などを踏まえた長期的な需給見通しも検討するべきであり、そのた

めの研究も必要。

○策定に当たっては、看護職員の需要の増加が見込まれる一方で18歳人口は激減するため、看護職員確保対策の強化は喫緊の課題である。

○多様な看護師養成機関があることにより、質、量の両面からの利点及び課題が指摘されているところであるが、量の確保などの観点から、

・将来的には国家試験の受験資格を学士号取得者に限るなどの方法を取り、看護師の確保を図りつつ専門性を発揮できる環境を整えることが重要であるという意見があった。

・一方、養成所などが看護師の7割弱を輩出しているという現実があること、また、地域における看護師供給を担っていることから、教育年限の延長ではなく、待遇の改善などにより看護師の確保を図るべきであるという意見があった。

養成機関のあり方については、現在は多様な養成ルートによって人材が確保されているという現実を十分踏まえて、長期的に少子高齢化が進んでいく中でも魅力ある職種として看護師を位置づけ、必要な看護師を確保する必要がある。

○看護職員確保の取り組みのうち、今後は離職防止策を一層強化するとともに、より効果的な確保対策を打ち出し、実行することが重要。

○約55万人と推計される潜在看護職員の再就業促進を図ることは重要な課題。例えば、働く意向がある、あるいはいずれは働きたいという意欲がある潜在看護職員を中心に把握するための仕組みを検討すべきである。

○離職の防止、再就業の促進を図るため、多様な勤務形態の導入、24時間保育や病児保育、院内保育所の整備などを進めるとともに、相談窓口の設置や出張相談、ハローワークの活用など、就労継続及び再就業への支援体制を強化し、また定年後の人材活用や男性看護職員の増員を図るなど、新たな看護職員確保策も含め総合的に推進することが求められる。

○以上を総合的に勘案して、第7次看護職員需給見通しを策定すべきである。

医療事務技能審査試験

医療事務技能審査試験は、厚生労働省許可の(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 医療事務職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

- 試験日 (1) 1級 年3回(6月・10月・2月) (2) 2級 年12回(毎月)
- 試験科目 <実技Ⅰ> 患者接遇(1級には院内コミュニケーションも含む)
<学 科> 医療事務知識
<実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

【主催：社団法人 全日本病院協会・財団法人 日本医療教育財団】
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 合格者に付与する称号 ドクターズクラーク
- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。

- 受験料 8,000円
- 試験日 年6回(5月・7月・9月・11月・1月・3月)
- 試験科目 <学科> 医師事務作業補助知識 <実技> 医療文書作成

●試験の詳細な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。

(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

医師派遣実績等を勘案して募集定員を上積み

指定基準を強化。指定取り消しの対象には一定期間の経過措置



「今後の臨床研修制度(案)の概要」から 3月2日 医道審議会医師臨床研修部会 *1面記事を参照

1. 研修プログラムについて

【基本的な考え方】

○より良い医師の育成のため、「医師としての人格のかん養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」という制度の基本理念、および基本理念を具体化した到達目標を前提とする。

○研修プログラムは、各病院の個性や工夫を活かした特色のあるものとする。病院の実情を踏まえつつ、研修医の将来のキャリア等に円滑につながるように、研修を行う診療科の構成、各診療科における研修期間及び研修時期を定める。

(1) 臨床研修を行う分野

○内科、救急部門及び地域医療を「必修科目」として、必ず研修を行う。

○外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科を「選択必修科目」として、この中から2診療科を研修医が選択して研修を行うことを必修とする。病院の判断で、これらの診療科の全部又は一部を「必修科目」とすることもできる。

○「選択必修科目」については、研修医の希望に応じていずれの診療科の研修も確実に実施できるよう、臨床研修病院は各診療科で研修を行うことができるプログラムを必ず用意し、受け持ちの入院患者について指導できる体制を確保する。

(2) 研修時期・期間

○原則として、当初の12月の間に内科及び救急部門を研修し、次の12月の間に地域医療の研修を行う。

○原則として、内科は6月以上、救急部門は3月以上、地域医療は1月以上の研修を行う。

○「選択必修科目」は、病院の判断で適切な期間の研修を行う。

(3) 地域医療の研修

○地域医療の研修は、十分な指導体制の下で、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に則した医療(在宅医療を含む)について理解し、実践するとい

う趣旨であり、へき地・離島診療所、中小病院、診療所等において行う。

○研修を行う施設は、関係自治体や地域医療対策協議会の意向を踏まえるなど、地域の実情に応じて選定されるよう配慮する。

(4) 医師不足の診療科への対応

○研修医の募集定員が一定数以上(例えば20人以上)の臨床研修病院は、将来小児科医及び産科医になることを希望する研修医を対象とした研修プログラム(募集定員2名以上)を必ず設ける。

(5) 到達目標の達成度の評価

○到達目標について、研修医の達成度を客観的に評価する仕組みを構築する。

2. 臨床研修病院の指定基準について

【基本的な考え方】

○研修の質の向上のため、臨床研修病院の基準を強化するとともに、医療機関の連携による臨床研修病院群の形成を推進する。

(1) 臨床研修病院(協力型臨床研修病院を除く。以下同じ。)の指定基準

○臨床研修病院は、以下の事項を満たすものとする。

- ①救急医療を提供していること
- ②年間入院患者数が3,000人以上であること
- ③研修医5人に対して指導医を1人以上配置すること
- ④臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
- ⑤協力型臨床研修病院その他の医療機関と連携して研修を行うこと

*その他の基準は現行どおり

(2) 経過措置

○臨床研修病院の指定基準に適合しなくなり、指定取り消しの対象となる場合などについては、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

(3) 臨床研修病院の新規指定の取扱い

○協力型臨床研修病院として一定の実績があることを前提に、指定基準を満たす場合は新規指定を行う。

3. 研修医の募集定員について

【基本的な考え方】

○研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、都道府県別の募集定員の上限を設定する。○各病院の募集定員を、過去の研修医受入実績を踏まえ適正規模に見直すとともに、医師派遣実績等を勘案した上で、都道府県の募集定員の上限と必要な調整を行って設定する。

(1) 病院における研修医の募集定員は、以下の数値を超えないこととする。

①A

A: 当該病院の過去数年間(例えば過去3年間)の研修医の受入実績の最大の数値。ただし、一定の定義に基づき、当該病院から他の病院に派遣されているとみなされる常勤医師がある場合には、その数を勘案して一定の限度内で定める数を加算する。

②当該病院が所在する都道府県内にある臨床研修病院及び大学病院の募集定員の合計が、(2)で定める当該都道府県の募集定員の上限を超える場合は、以下の計算式により算定した数値

$$A \times B / C$$

B: (2)で定める当該都道府県の募集定員の上限

C: 当該都道府県内における臨床研修病院及び大学病院が希望する募集定員の合計

③経過措置

BがCより大幅に小さい場合は一定の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

(2) 各都道府県における募集定員の上限とは、以下の計算式により算定した数値をいう。 *研修医の数については1学

年分

$$\textcircled{1} D + E + F$$

D: D1とD2のうちの多い方の数値

D1: 全国の研修医の前年度総数×当該都道府県の人口/全国の総人口

D2: 全国の研修医の前年度総数×当該都道府県内の大学医学部の入学定員の合計/全国の大学医学部の入学定員の合計

E: $D \times \alpha$ (100km²当たりの医師数が60.7未満の道府県に限る)

*60.7は東京都、大阪府を除く全国の100km²当たりの平均医師数

F: $D \times \text{離島人口} \times \beta$ / 当該都道府県の人口

*離島人口とは、離島振興法及び沖縄振興特別措置法における指定離島の人口

* α 、 β とは、調整係数(例えば $\alpha=10\% \sim 20\%$ 、 $\beta=5$)

②都道府県の募集定員の上限が、当該都道府県内における病院が希望する募集定員の合計よりも大幅に下回る場合は一定の経過措置を設ける(例えば削減率は当面10%を上限とする)。

(3) 各病院の募集定員の増員の取扱いについて

○当該病院の所在する都道府県内にある病院が希望する募集定員の合計が当該都道府県の上限を超えない場合には、当該病院の前年度の研修医の採用実績や地域の実情等一定の条件の下に、増員を認めることとする。

(4) 新規指定における募集定員の取扱いについて

○臨床研修病院を新規に指定する場合は、募集定員を2名とする。

4. 適用時期等について

○平成22年度から研修を受ける研修医に対する臨床研修から適用する。

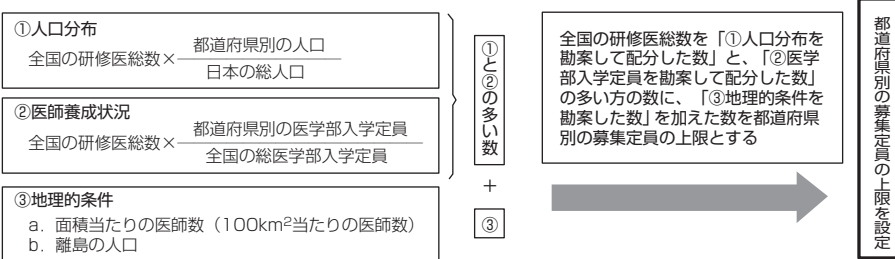
○5年以内に必要の検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

今後の臨床研修制度の概要について(案)のイメージ

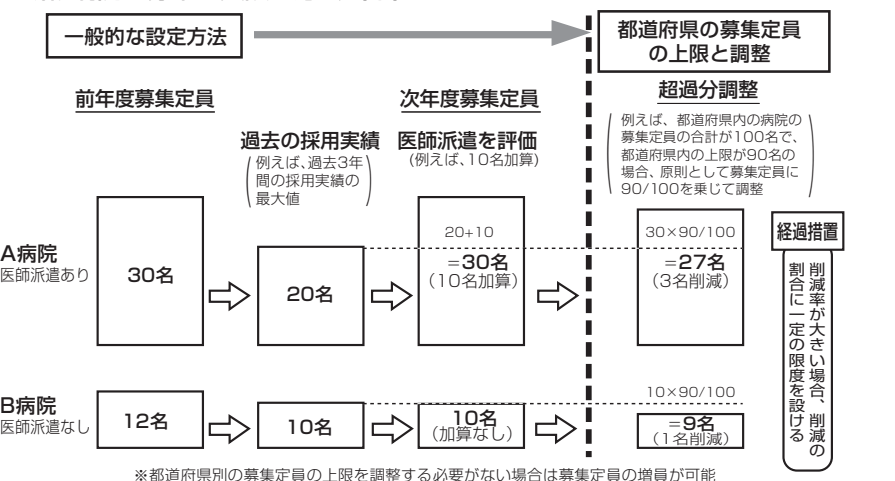
■臨床研修病院の指定基準の見直し(案)

現行	見直し後
指定基準(協力型臨床研修病院等と共同で満たす)	指定基準(臨床研修病院が単独で満たす)
○臨床研修を行うために必要な症例があること ・内科・外科・小児科・産婦人科・精神科の年間入院患者100人以上 ○救急医療を提供していること ○臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること ○指導医1人が受け持つ研修医は5人までが望ましいこと	○臨床研修を行うために必要な症例があること ・年間入院患者3,000人以上 ○救急医療を提供していること ○臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること ○研修医5人に対して指導医1人以上配置すること ○協力型臨床研修病院その他の医療機関と連携して研修を行うこと

■都道府県別募集定員の上限の考え方(案)



■研修病院の募集定員設定方法(案)



■「研修医募集定員に関する都道府県別上限試算」より

都道府県	①08年度の募集定員	②08年度の採用実績	③都道府県の上限	④都道府県の上限と募集定員との差(③-①)	⑤都道府県の上限と採用実績との差(③-②)	⑥経過措置後の上限	⑦採用実績との差(⑥-②)
北海道	504	313	410	△94	97	410	97
青森県	113	63	130	17	67	130	67
岩手県	112	66	119	7	53	119	53
宮城県	189	115	144	△45	29	144	29
秋田県	133	63	125	△8	62	125	62
山形県	112	60	120	8	60	120	60
福島県	144	76	151	7	75	151	75
茨城県	176	119	180	4	61	180	61
栃木県	174	126	201	27	75	201	75
群馬県	158	80	122	△36	42	122	42
埼玉県	306	214	429	123	215	429	215
千葉県	400	283	369	△31	86	369	86
東京都	1,582	1,338	1,287	△295	△51	1,287	△51
神奈川県	750	584	538	△212	△46	538	△46
新潟県	156	70	181	25	111	181	111
富山県	117	54	95	△22	41	95	41
石川県	139	86	200	61	114	200	114
福井県	86	49	109	23	60	109	60
山梨県	89	51	119	30	68	119	68
長野県	204	106	146	△58	40	146	40
岐阜県	170	95	140	△30	45	140	45
静岡県	268	160	231	△37	71	231	71
愛知県	707	446	448	△259	2	448	2
三重県	154	75	128	△26	53	128	53
滋賀県	108	85	99	△9	14	99	14
京都府	353	274	190	△163	△84	247	△27
大阪府	860	613	533	△327	△80	552	△61
兵庫県	420	319	341	△79	22	341	22
奈良県	130	78	95	△35	17	95	17
和歌山県	109	74	95	△14	21	95	21
鳥取県	70	30	90	20	60	90	60
島根県	95	37	130	35	93	130	93
岡山県	227	150	201	△26	51	201	51
広島県	228	142	179	△49	37	179	37
山口県	136	57	107	△29	50	107	50
徳島県	84	49	106	22	57	106	57
香川県	100	64	99	△1	35	99	35
愛媛県	127	68	111	△16	43	111	43
高知県	86	38	106	20	68	106	68
福岡県	604	434	389	△215	△45	391	△43
佐賀県	77	58	92	15	34	92	34
長崎県	154	68	146	△8	78	146	78
熊本県	154	98	113	△41	15	113	15
大分県	110	54	108	△2	54	108	54
宮崎県	70	45	106	36	61	106	61
鹿児島県	143	68	133	△10	65	133	65
沖縄県	175	140	143	△32	3	143	3
計	11,563	7,735	9,834	△1,729	2,099	9,911	2,176

※本試算は、08年度研修医採用実績を用いたものであり、10年度の募集定員について算定する場合は、09年度採用実績を用いる必要がある

アウトカム評価・IQIP・DPC分析各事業統合の報告

DPC分析と診療アウトカム評価を4月に統合。機能・効率をさらに向上

全日病独自のデータベースを構築、提言に活かすことが必須。会員多数の参加を期待



医療の質向上委員会委員長 飯田修平

医療の質の評価に取り組む日米の病院協会

質の要素として、構造(structure)・過程(process)・結果(outcome)がある。医療の質を向上させる代表的な手法としては、パス法や診療ガイドラインなどのプロセスアプローチ、および臨床指標を用いたアウトカム評価がある。

医療には個別性、多様性があり、また、最終結果以外には適切な指標が少ないこともあり、アウトカム評価よりもプロセス評価が行われてきた。

しかし、最近では、IT技術の活用により、2次利用が可能な電子データをリアルタイムで集積し、アウトカムに影響を与える要因をプロセスで同定し、

質を確保する努力が実践されている。

日米の代表的なアウトカム評価事業として、全日病で実施している診療アウトカム評価事業と米国メリーランド病院協会のIQIP(International Quality Indicator Project)がある。

全日病会員の病院は、実際に両者に参加することにより、両者の評価モデル、臨床指標、データ構造などについて比較検討を行っている(厚生科研費研究「医療の質向上に資するアウトカム評価モデルの開発に関する研究」H18-医療一般-007)。

10年近い歴史をもつ全日病のアウトカム評価事業

全日病は、アウトカム分析事業の予備的調査として、「医療行為別の費用在院期間調査」を1998年10月から1年間試行し、2000年8月から1年間、第2期調査を実施した。対象は27疾患・処置で、第1期は38病院、第2期は59病院であった。

東京都病院協会が2002年に開始したアウトカム評価事業を全国展開するために、2006年から全日病が運営主体と

なり約30病院が参加して実施している。主要29疾患の入院患者の個票データと、病院全般の統計指標として転倒・転落、入院後発症感染症、抑制のデータが収集されている。

参加病院は時系列データや結果を医療の質向上に活かし、統計データをホームページで公表して医療に関する国民の理解の向上させることができる。

国際的な質向上活動(IQIP)への参加

全日病は2006年から、米国メリーランド州病院協会CPS(Center for Performance Sciences)が行っている国際的な質向上活動IQIP(International Quality Indicator Project)に日本の取りまとめ役として参加している。評価指標は表1に示す16項目である。

メリーランド病院協会は、臨床指標を用いたアウトカム評価を1985年から開始しており、現在、海外8カ国を含む約2,000病院が参加し、世界最大規模の事業を展開している。

対象分野は急性期入院、外来、精神科、長期ケア、在宅ケア等であり、四半期毎に分析結果がウェブサイトを通じて参加病院に報告される。

CPSから提供されるツールとしては、時系列的にトレンドをみるグラフ、管理図(報告開始12ヶ月後から作成可能)、四半期毎の報告書、参加病院全体との比較、ピアグループレポート(退院患者数、臨床研修病院等、同類の特徴を持つ病院間で比較する)がある。自院の時系列的推移とグループとの比較を合わせて参照することができる。

表1 ■ IQIPにおける評価指標

<ul style="list-style-type: none"> ・ICUにおけるデバイスの使用/関連した感染 ・手術創の感染/抗生物質の予防的投与 ・入院死亡率 ・新生児死亡率 ・周術期死亡率 ・帝王切開と分娩管理 ・予定しない再入院 ・外来処置後の予定しない再入院 	<ul style="list-style-type: none"> ・予定しないICUへの再入室 ・予定しない手術室への再入室 ・CABGによる周術期の死亡率 ・物理的抑制 ・転倒・転落(記録されたもの) ・鎮静剤、鎮痛剤の使用 ・褥瘡 ・術後の深部静脈血栓症と肺血栓性塞栓症/手術に対する血栓予防
--	--

IQIPへの参加で日米のアウトカム評価が比較可能に

全日病の診療アウトカム評価事業は、メリーランド病院協会のアウトカム評価手法を参考にしている。対象疾患、参加病院など、規模の違いはあるが、病院単位の診療データを処理しているメリーランド病院協会に比べると、全日病のそれは患者の個別データを扱っていることから診療アウトカムと患者

属性の関係が把握できるという特長がある。

そうした意味で、メリーランド病院協会事業への参加は、同一データを提供して得られる評価結果を通して両者の比較ができ、その結果を全日病の事業に還元するという点で意義はきわめて大きいものがある。

DPCデータで自院の分析・比較をする事業を開始

わが国におけるDPCは対象病院が1,400病院(45万床)にも達し、もはや、急性期病院の標準的な支払い方法となっている。これに対応して、全日病は、DPCデータを用いたベンチマークの仕組みを開発し、実用性、有効性を検証するために、会員病院を対象に2007年

からDPCデータ分析事業を開始した。参加病院はMEDI-TARGET(につせ情報テクノロジー社のMEDI-ARROWSを基に全日病向けにカスタマイズし機能強化したDPC分析ソフト)を用いてwebベース(ASP: Application Service Provider)でDPCデータを分析すること

が可能なか、他院とのベンチマークも行うことができる。

ベンチマークの対象病院には本事業参加17病院のほか、従来のMEDI-ARROWSを利用しデータのベンチマークへの提供に同意した病院も含まれる。

両事業の統合で還元報告も2週間に短縮

DPC分析事業と診療アウトカム評価事業に参加する会員病院には、入力様式の異なる両事業それぞれにデータを作成するという負担がかかる。

そこで、全日病としては、データ作成の負荷軽減を図るためにシステムの改良を試みてきたが、本年4月を期して、既に事業化している全日病DPC分析事業(MEDI-TARGET)と診療アウトカム評価事業を統合一元化すること

にした。

これにより、省力化のみならず、データ分析の有用性が向上し、また、データ提出後約2週間でフィードバックできるように改善され、時間が短縮される。

2009年3月までは従来の方法でデータを提出していただき、フィードバックも今までと同じであるが、09年4月以降は統合化されたシステムとして運用される(詳細は全日病HPを参照されたい)。

データの多寡がデータベースの質を決める

2008年から医療機能情報提供制度が導入され、各病院は診療情報を都道府県に提出し、各都道府県は全医療機関の情報を住民に公表する仕組みがスタートしている。

この制度を契機として、診療所などの医師が患者を紹介する際にわかりやすい情報提供をいかに進めていくかが検討されつつある。本事業が、当該病院における診療情報を提供する上でこと有効に寄与するものとなることを期待される。

診療報酬オンライン請求の義務化によって、DPCあるいは入院に限らず、デジタルデータでの請求が求められている。

本事業の統合化・一元化の目的は、

DPCにとどまらず、当初からオンライン請求を視野に入れた枠組みを構築することにある。

医療費抑制反対と叫ぶだけでは医療崩壊・病院崩壊は阻止できない。「全日病総研」が設立される今こそ、全日病として独自のデータベースを構築し、分析し、政策提言に活かすことが必須である。

構築されるべきデータベースは、対象病院とデータ種別、したがってデータ件数の多いほど有用な分析を可能とする。

統合化によって機能と効率性がさらに向上する「DPC分析・診療アウトカム評価事業」に、より多くの会員病院の積極的参加をお願いする次第である。

表2 ■ 診療アウトカム評価事業運用方法 新旧対照表

No.	項目	新(平成21年4月以降)	旧(平成21年3月まで)
1	参加対象	全日病DPC分析事業参加病院(但し、平成21年2月現在までに本事業に参加し、データを提出中の病院は、平成21年度は継続可)	診療アウトカム評価参加の全日病および都病協会員病院
2	参加費用	DPC分析事業の費用負担が必要(但し、平成21年2月現在、本事業に参加し、データを提出している病院は、平成21年度は無料)	無料
3	提出データ作成ツール	DPCデータ追加入力システム	①退院患者登録システム、②DPCデータ追加入力システム(DPC参加病院のみ)
4	提出データ	①DPCデータ(様式1、様式4、D、E、Fファイル) ②DPC追加入力データ ③抑制、④転倒・転落、 ⑤入院後発症感染症	1. DPC未参加病院 ①退院患者、②入院患者数、③抑制、 ④転倒・転落、⑤入院後発症感染症 2. DPC参加病院 ①DPCデータ(様式1、様式4、D、Eファイル) ②DPC追加入力データ、 ③入院患者数、④抑制、⑤転倒・転落、 ⑥入院後発症感染症
5	データ提出時期	毎月10日、25日(毎月提出)	年4回(四半期毎に提出)
6	フィードバックまでの期間	10日提出分は当月25日Web反映 25日提出分は翌月10日Web反映	データ提出後3ヶ月
7	フィードバック方法	インターネットを使用して閲覧・分析	郵送

■全日病DPC分析事業(MEDI-TARGET)の概要

- 厚労省に提出するDPCデータ(様式1、4、D※、E、F各ファイル)を使用して、病院の経営状況、課題分析、他の病院とのベンチマーク分析を提供する。(※DPC準備病院はDファイルの代わりにDPCコードの提出が必要)
- 参加病院から毎月提出されるデータをサーバーに保存し、参加病院はインターネット経由でアクセスし分析する(ASP方式のため、病院内にサーバー設置やSE等の要員配置は不要)。
- 提供サービスは下記2種類(ベンチマーク分析は両サービスで使用可能)
 - ①スタンダード(定型分析:各病院で繁用される分析の視点を予め準備)
 - ②エンタープライズ(定型分析+自由分析:自由自在なデータ抽出ができ、簡単操作で表作成、グラフ挿入、データエクスポート可)

社会保障カード基本計画案は見切り発車か

社会保障カード在り方検討会 なりすまし防止策は「目的外」。医療現場の要望と乖離した議論



3月6日の「社会保障カード（仮称）の在り方に関する検討会」は基本計画案をまとめる最終局面において、なお作業部会で検討している課題を明らかにした（別掲）。その報告で、「各課題の検討において、現時点では結論を出すにいたっていない」と、社会保障カードの円滑な運用を担保する諸方策のすべてはクリアできていないことを認めた（1面記事を参照）。

社会保障カード構想としてほぼ固まっている点を整理すると別掲のようになる。その中には、基本計画策定の時期を迎えているにもかかわらず、「検討する」という表現が少なくない。「検討する」という事案には、保険証機能やオンライン対応の方法など、医療・介護の現場が直面する問題にかかわるものが少なくない。

また、付随して閲覧できる情報として予定されているものにレセプトと特定健診・特定保健指導のデータがあるが、それを実現するためには、各保

者がデータベースを構築したり、データの標準化・可視化を実現するなどの環境整備が必要となるが、この面の展望は定かではない。

3月6日の検討会終了後に、事務局厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室社会保障カード(仮称)推進室は特に報道陣を集めてレクチャー(提供情報の説明)を行なったが、「次回、4月初旬の検討会に基本計画案を提示してとりまとめたい」と強調するのみで、社会保障カード利用のほとんどを占めるとされる医療・介護の現場に直結する課題の具体的な解決策については「引き続き検討している。今後も検討を続ける」という説明で終わった。

これは、同検討会がまとめて2月23日に意見募集にかけた「これまでの議論の整理」と同様、多くの仮設・仮定に立った基本計画をスケジュールどおりに策定し、あとは09年～10年度における「仮定の検証」の中で実施可能な方策を採用する方針であることを意味

している。

しかし、こうした、社会保障カードのフレームを仮定を用いたイメージ(願望)レベルでまず固め、その通りに行くかどうかの各論は「仮定の検証」に委ね、その中から実施可能な方策を見出すというのは、結論ありきの手法であるばかりでなく、社会保障カードを実現する範囲の実務処理方法でよしとすることを意味するもので、医療・介護現場に混乱と負担を与える可能性がある。

がある。

「未収金増加に悩む医療現場には、なりすまし防止策として、写真貼付を要件とした社会保障カードの実現を望む声強いが、いかがか」という本紙の質問に、黒川弘樹内閣参事官・社会保障カード推進室長は、「オンラインで資格確認するという点にカード機能の1つの目的がある。写真による確認は(オフラインであり)必ずしも目的の範囲に該当するものではない」と回答した。

カード導入で病院は約120億円の経費削減？！

同日の検討会に、事務局は「医療保険資格の確認業務についての調査結果概要」を報告した。

調査は「社会保障カードの導入効果」として、資格情報の自動転記に伴って「返戻業務にかかわる人件費および直接経費」をたずねたもので、12,310機関(病院、診療所、歯科診療所、保険薬局)を対象に昨年9月に実施したもので、

回答率は18.3%であった。

回答結果から医療機関等の当該経費に効果出現率を乗じた額から推定した削減効果の全国推計値は約124億円(年間)であった。

病院については約52億円。1病院あたりの削減効果は、病床規模に応じて6.3万円～387.6万円であった(いずれも年間)。

この全国推計値について、事務局は、低回収率を理由に「単なる参考値に過ぎない」と釈明した。調査票に誤解される余地もあったようで、実際よりも高めの数値が出たとみられる。事務局が提示した資料は、これ以外にも、病院については「事務返戻レセプトの再請求に費やされる人件費」約35億円が、さらに、診察券発行費として約32億円の削減効果が見込まれるとしている(いずれも年間)。

■病院における社会保障カードの導入効果(参考値) 万円/年

病床規模	①資格返戻における未収金削減効果	②資格返戻レセプトの再請求作業に費やす人件費削減効果	③資格返戻レセプトの再請求作業に費やす実費削減効果	④1医療機関あたりの削減効果 ①+②+③	削減効果の全国推計値 ④×医療機関総数
20～99床	3.2	3.1	312.6	6.3	22,104.1
100～199床	12.9	8.1	666.3	21.0	56,873.0
200～399床	32.4	31.3	1,649.7	63.9	122,173.4
400床以上	115.9	271.3	4,650.4	387.6	326,003.9

*資格返戻分のレセプトの再請求に必要な本人への確認等で生じる通信費や交通費等の直接経費の平均値に効果出現率を乗じた。回収率が必ずしも高くないため「全国推計値」については留意が必要。

■社会保障カード基本計画案の概要(検討中の課題も含む)

- カードのICチップには本人の保険資格情報や閲覧情報は搭載しない。なお、ICチップの空き領域を利用して追加的機能をもたせることも検討する。
- 本人情報を知るためには中継データベースを介して年金、医療保険、介護保険各保険者にそれぞれアクセスする。したがって各保険に分散している本人情報の統合化(一元化)はせず、本人情報は現行どおり各保険者のみが保有管理する。(このためには、閲覧用データベースの整備や情報の標準化・可視化など、各保険者における環境整備が必要となる)
- 中継データベースには被保険者番号等とそれにかかわる必要最低限の情報しか搭載しない。(情報の集約化は避け、ネットワークによる情報連携を制御する仕組みとする)
- 保険ごとの被保険者番号を統一化することは止め、各保険の被保険者番号を括った「整理番号」を新たに設けて本人認証にもちいる。(各保険横断の統一番号いわゆる「社会保障番号」の採用は見送る)
- 本人の暗証コードで中継データベースにアクセスし、カードICチップに搭載されている公開鍵暗号を使って認証する方向で検討する。
- 本人情報は保険ごとの保険資格情報と閲覧情報(年金に関する案内や受給額、レセプト記録、健診データ等本人に関する詳しい情報)からなる。
- カードには保険資格情報の確認だけでなく、資格情報の自動転記や有効期限の確認など、保険証機能も付与する。
- 保険証機能と本人に関する詳しい情報の閲覧機能は分けて運用する。その結果、例えば、医療機関が保険資格の確認を行なう場合には暗証コード入力や認証を要することなく資格情報にアクセスできるが、閲覧情報にはたどりつけないといった使い分けをする方向で検討する。

- 付随した閲覧としてレセプトと特定健診・特定保健指導のデータを予定する。(このためには、閲覧用データベースの整備や情報の標準化・可視化など、各保険者における環境整備が必要となる)
- 中継データベースには本人情報へのアクセス履歴を残し、それを本人が確認できるようにして不正アクセスを抑止する。
- 携帯電話やデジタルTVからのアクセスも、今後検討する。
- 将来的に、行政・公共機関等による案内や情報提供を乗り入れた閲覧情報としていく(バックオフィス連携)。また、各種の手続きができたり、多彩な情報が入手できるなど、多様な機能とサービスが発揮できる総合ツールとしていく(ワンストップサービス)。
- カードの交付主体は市町村と仮定するが、今後さらに、その妥当性を検討する。
- カードの券面には氏名と生年月日しか表示しない。本人写真の貼付は希望制とする。
- 紙による保険証が混在することになる医療に関しては、カードに、医療保険のみに通用する何らかの番号も表記することを検討する(検討会では医療保険被保険者記号番号が提案されている)。なお、実際の検討にあたっては介護も同様の取り扱いを想定する方向。
- 在宅医療や介護の現場ではカード読み取り機が使えないため、カードに加えて何らかの紙型カードを同時発行することも検討する。
- 医療と介護に関しては、導入期(移行期)やトラブル・異常時などにオフラインで対応する方法を検討する。

■作業班における検討事項(括弧内は編集部による)

- 社会保障カードで目指すこと
- 中継データベース(仮称)のあり方
- ICカードに保険証機能を付与する方法(カードに搭載するアプリケーションのあり方や要件の整理、現行保険証からの切り替え方法等)
- 想定される医療保険受給資格の確認プロセス(医療現場等での処理対応を迅速にするために暗証コードの入力を要さない方法の検討等)
- 保険証として使用する場合に想定される、新たに発生する運用面での課題や留意点(資格喪失にともなうデータ更新のタイムラグ対策など)
- カード導入後の移行期間やICカードの機能が使用できない状況における対応の考え方(カード配布期間や医療機関等すべての現場がカード処理できるまでの間の対応。故障・停電等のシステムダウンや破損などカードトラブル時の対応)
- 導入時の経過措置の考え方(あらゆる環境が整うまでの間に必要と考えられる措置等)
- その他(関連各省における制度的対応の展望)

第4回医療機関トップマネジメント研修コース 開催のご案内

ケーススタディを活用。グループワークで解決策を追求する実践型の病院経営講座。8日間でトップリーダーを育成。回数・料金を見直し、より受講しやすい内容にしました!

program

- 第1単位/6月13日(土)・14日(日)
オリエンテーション、医療概論、経営学概論、広報・ブランド管理、医療の質評価、DPCの活用
- 第2単位/7月25日(土)・26日(日)
DPC財務への適応、財務管理、管理会計(基礎)、管理会計・人事管理
- 第3単位/9月26日(土)・27日(日)
医療提携、慢性期包括評価、安全管理、リスク管理
- 第4単位/10月24日(土)・25日(日)
BSC・TQM基礎、TQM基礎

医療現場と経営に精通した講師陣(順不同)

- 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授 池上直己
- 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 河野宏和
- 東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野教授 長谷川友紀
- 小樽商科大学商学部教授 伊藤 一
- 文京学院大学・大学院・経営学研究科客員教授(公認会計士) 石井孝直
- グロービス経営大学院教授 佐藤 剛
- 財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院院長 飯田修平
- 小樽商科大学大学院商学研究科アントレプレナーシップ専攻専攻長 李 濟民
- 日本HIS研究センター代表幹事 石田章一

受講対象◇理事長・院長の役職にある方、または将来の理事長・院長候補の方

開講期間◇2009年6月～10月(全4単位)。各単位2日間(土曜・日曜)

受講料金◇300,000円(食事代・懇親会費含む)

受講定員◇40名

会場◇全日本病院協会(JR総武線 水道橋駅前)

申込締切◇4月30日

全日本病院協会 事務局 Tel.03-3234-5165

*詳細は全日病ホームページをご覧ください

09年度の料金は基本的に引き上げ

特定健診・特定保健指導 09年度の集合契約A 09年度集合契約Aへ参加する会員施設は3割程減少か

特定健康診査・特定保健指導の2009年度集合契約Aの締結は、08年度と同様、8団体と契約を締結する予定だ。ただし、08年度から中央建設国保が辞退し、新たに全国歯科医師国保が契約対象に加わることになる。

ただし、09年度集合契約Aへ参加する会員施設は08年度を大きく下回る見込みだ。

昨年12月12日に健保連が提示した09年度集合契約Aの料金は、①特定健診の基本項目が6,825円、②特定健診の詳細項目は、貧血231円、心電図1,365円、眼底1,176円、③特定保健指導(動機づけ支援)は7,350円、④特定保健指導(積極的支援)は2万3,100円(いずれも税込み)というもの。

特定健診・基本項目と特定保健指導は一定程度引き上げられたため、現行集合契約Bとの実質的な格差は概ね解消されるとみられる。しかし、貧血

と心電図については下げられた。

この理由を、健保連は「診療報酬点数を参考に金額を設定しており、08年度改定の結果を反映させたためである」と説明している。

人間ドック委員会は2月10日から、09年度集合契約Aへの参加(集合契約締結に対する委任状の提出)をたずねる調査を全会員対象に実施したが、2月25日の締切日までに届いた委任状は839件(3月10日集計現在)と、08年度の1,237件と比べると3割近く減少する結果となった。

この結果について、人間ドック委員会は、健診率が低いことや料金に対する不満等から特定健診からの撤退が生じているほか、健診のオプション項目や価格が市町村ごとにまちまちな集合契約Bがあるなど、会員が制度対応に混乱をきたしているためとみている。

人間ドック委員会は3月内にも健保連ほかとの締結契約を終える予定だ

が、昨年度との違いや市場の状況を常に見据えながら、集合契約Aについて引き続き他団体との交渉や諸調整を図っていく考えだ。

2009年度集合契約Aの締結予定保険者

- ・健康保険組合連合会
- ・全国建設工事業国民健康保険組合
- ・全国土木建築国民健康保険組合
- ・社団法人地方公務員共済組合協議会
- ・社団法人共済組合連盟(国家公務員共済組合)
- ・日本私立学校振興・共済事業団
- ・船員保険会
- ・全国歯科医師国民健康保険組合

集合契約Aの契約内容

(1) 特定健診
法定の基本健診及び詳細健診(健保連についてはHbA1cを必須とする)。

全日病会員施設の09年度契約参加状況

	特定健診	特定保健指導	
		動機付け支援	積極的支援
参加病院数	836件 (1,237)	575件 (903)	517件 (799)

※括弧内は08年度参加施設数

会務日誌

*表記のないものはすべて東京都内開催

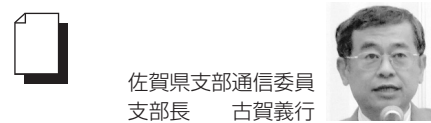
2009年2月

- 4日 2009年度介護報酬改定説明会、広報委員会
- 5日 ポジティブ評価制度WG、人間ドック委員会
- 6日 医師事務作業補助技能認定試験について厚労省医療課へ説明、四病協/医療保険・診療報酬委員会
- 7日 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(～8日・神戸)
- 10日 「臨床研修のあり方の提言」厚労省記者会見
- 12日 HPワーキングの打合せ
- 13日 会長・副会長会議、総務委員会、病院機能評価委員会、50周年記念事業出版関係子部会
- 17日 東京都支部総会
- 18日 日病協/診療報酬実務者会議
- 19日 高齢者居住施設に関する医療・住宅関係者勉強会

- 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、第3回常任理事会、全日病厚生会第10期第2回理事会、病院のあり方委員会、研究班会議、終末期医療に関するガイドライン策定検討会
- 22日 患者団体との意見交換会、医療の質向上委員会
- 23日 09年度介護報酬改定説明会(大阪市)
- 25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
- 26日 自民党役員と厚生関係団体協議会役員懇談会
- 27日 民間病院の経営状況・資金繰りに関する調査緊急集計報告記者会見、日病協/代表者会議、医師事務作業補助技能認定委員会、医療保険・診療報酬委員会
- 28日 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(神戸)

支部からの報告

九州ブロック研修会に220名 時宜を得たDPCと改革シナリオの講演



佐賀県支部通信委員 支部長 古賀義行

101病院(うち非会員27病院)220名の参加を得て、九州ブロック研修会が1月31日に、佐賀市内マリトピアで盛大に開催された。

厚生労働省保険局の宇都宮啓企画官は、「平成20年診療報酬改定とその後の動向」と題して講演し、現在の医療・介護の背景と医療制度改革を元にした平成20年度診療報酬改定の要点と、社会保障国民会議で議論された医療・介護提供体制の改革シナリオが、安心と財源の確保から検討さ

れていることを示された。

ついで、国際医療福祉大学医療経営学科の高橋泰学科長は、「DPC病院と非DPC病院の将来展望について」として、地域で一般医療を担う中小病院が最も気がかりなDPC制度の行方について語り、医療をスリム化するためには包括化が必要であること、および地域一般病棟としてDPCを採用する可能性があることを示された。

いずれの講演も危機感を持って経営に望んでいる参加者には大いに有意義な話であった。

最後に、川島周企画室委員長より、全日病の概要、病院の結束の必要性と入会を促す説明がなされた後、佐賀県選出の福岡資麿衆議院議員を交えた懇親会でブロック研修会が締めくくられた。



第11回常任理事会の詳細 2月21日

【主な協議事項】

- 平成21年度ハワイ研修旅行について
国際交流委員会は2009年度第33回ハワイ研修旅行について、10月29日～11月3日の日程でオアフ島を訪れると決定、承認を得た。
- 入会者の承認(敬称略・順不同)
以下の5名の入会が承認された。
北海道 札幌百合の会病院 理事長 竹内 實
千葉県 化学療法研究所附属病院 院長 税所宏光
神奈川県 総合新川橋病院 理事長 内海榮一郎
兵庫県 土井病院 理事長 土井 直
徳島県 眞鍋病院 理事長 谷口博美

退会が1名あった結果、在籍会員数は2,269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
岐阜県 あい健康クリニックやすえ
日帰り人間ドック実施指定は492施設となった。

【主な報告事項】

●09年度「第4回医療機関トップマネジメント研修」
病院のあり方委員会は09年度の医療機関トップマネジメント研修について、研修

項目は減らすことなく、7単位からなるカリキュラムを4単位に整理するかたちで見直し、受講回数を7回から4回に短縮するとともに受講料も50万円から30万円に減額、より参加しやすいかたちで実施することにしたと報告した。

●機能評価受審支援セミナー(大阪会場)

病院機能評価委員会は、第5回機能評価受審支援セミナー(ver.6.0)を3月29日に大阪市内で開催すると報告した。

●09年度の病院防災訓練

救急・防災委員会は、09年度の病院防災

訓練を3月20日にへつぎ病院(大分市)で実施すると報告した。

●東海ブロック研修会

企画室委員会は、愛知県支部の担当で5月23日に名古屋市内で東海ブロック研修会を開催することが決まったと報告した。

●「医師臨床研修制度指導医講習会報告書」

医師臨床研修制度指導医講習会ワーキングチームがまとめた、本会と医法協共催「医師臨床研修制度指導医講習会」の07年度および08年度報告書が完成したことが報告された。

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

あんしんとゆとりで仕事に専念

実勢に即した入院基本料引き上げと一般介護業務の評価を!



日病協 診療報酬実務者会議 看護基準の緩和も。実務者会議が先行要望課題を集約。代表者会議に提案

3月11日の日本病院団体協議会・診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は、2010年度診療報酬改定に対する要望事項として、(1)入院基本料の実勢を反映させた大幅な増額、(2)急性期医療における看護補助業務の評価と入院基本料看護基準の運用緩和の2項目を先行して取り上げることで一致、要望書案を3月25日の代表者会議に諮り、早ければ3月内にも厚生労働省に提出することを確認した。

実務者会議は引き続いて具体的要重点の検討と集約に入るが、これまでの議論から上記2点は10年度改定の最重要課題に位置づけられており、議論に時間がかかるテーマでもあることから早期に提起すべきであるとして、先行して要望書にまとめることで合意したものの。

入院基本料の基となる病院運営の基本コストを見直すべきであるという見解は、日病協が12月に厚労省に提出した提言(「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について」)ですすでに提起している。要望書は、提言の論旨を具体化した病院経営の基本コスト観を踏まえ、「実勢を反映した大幅な増額」を求めることで実務者会議の意見が一致した。

ここでいう「実勢」とは、病院の経営努力によっても回避・吸収できない地域要因から生じるコストである「固定資産税」「都市計画税」「賃金水準」「物価水準」を適正に参酌したかたちで入院基本料は算定されるべきであり、その必然的帰結として大幅な底上げと地域間調整が図られるべきであるという論旨を導くキーワードとして使われている。

実務者会議は、前回2月18日の会議以降、猪口委員長自らが病院経営に精通した公認会計士にアドバイスを求め、病院運営の基本原資である入院基本料を決める因子の中で、例えば建築・設備費用等の減価償却費、運営費の大半、医師・看護師等の人件費は経営意思の決定において基本的に管理可能であるが、固定資産税や都市計画税という地方税、地域人口や人口密度という地勢、診療圏における病院(病床)数という競争条件、賃金・物価水準という社会環境に大きく影響を受ける条件は管理不能な因子であるという認識で一致した。

その上で、公認会計士の協力を得て、前出因子のうち、入院基本料にプラス方向に、しかも高い割合で影響するものとして前出の4因子を抽出、全国的に公平であるべき入院基本料は多くの

要因から導かれるべきであるが、究極としてはこの4因子から受ける影響が大であるとして、これら因子の実状を斟酌した水準で決められるべきであるという仮説を導いた。

この作業と並行して、前中医協委員である石井暎禧日病常任理事は、全国公私病院連盟と日本病院会が毎年公表している病院経営分析調査報告と病院経営実態調査報告から、医業(外)収益と費用の額および構成割合や診療収入に占める診療報酬項目の構成割合等の推移を調べ、診療報酬の改定と関連づけた病院収支の動向検証を試みた。

こうした作業は、なお、完成していない。しかし、猪口委員長は「入院基本料の費用構成とその適正水準をめぐる分析は最終的には精緻な調査に負うもの」であるとして、中医協にそうした調査機関を設置する要求をも視野に収め、急ぐべきは問題提起であるとして、政治勢力が逼迫した現下情勢こそ政治家の支持も得やすいと判断、要望書の早期提出を判断したものの。

したがって、必ずしも10年度改定で決着するとはみていないが、12年度改定には何らかの反映を期したいとしている。

7対1・10対1に看護補助評価を認めよ

一方、優先的要望事項のもう1つである「急性期医療における看護補助業務の評価と入院基本料看護基準の運用緩和」については、①急性期医療における看護補助業務を、高齢者患者の増加等にもなった介護業務の不可避的な増加という面から捉え直し、その業務を正規に位置づけるために7対1と10対1における看護補助加算の評価を求める、②地域事情や当該病棟の病床数に応じて、現行看護基準における「72時間・2人夜勤」規定の運用緩和を求める、という2点からなる。

いずれも、病院経営者として、看護師の需給ギャップをを少しでも緩和させる必要と、とくに地域の中小民間病院を救済する目的から取り上げられたもの。

実務者会議では、公的大病院系の委員も原則賛成しており、猪口委員長は、病院経営が行き詰りつつある時勢に地域医療を支える病院を間接的に、しかし、大きな力となって支援する手段であるとして、要望内容に精査を加えた上で、日病協の代表者会議に諮りたいとしている。

植物状態患者に対する延命中止の考え方を臨床医として整理

厚労省・終末期医療のあり方懇談会 医師2名からヒアリング。ドナーカード式リビングウイルの提案も

厚労省の「終末期医療のあり方に関する懇談会」は2月24日、2人の病院医師を招いてヒアリングを行なった。

40年近く難病医療に携わってきた国立病院機構南九州病院の福永秀敏院長は、筋ジストロフィーやALSなどの患者の終末期医療を多く手がけてきた経験から、「それぞれの生き方があるように、それぞれの死にも方がある。人生はひとつの物語であり、医療者は、その物語を意義あるものにするための援助者でありたいと思う」と静かに語った。

そして、「ドナーカードのようなかたちで、(延命治療などに対する)事前の意思を明らかにすることも考えられるのではないかと、多様な方法でリビングウイルを普及させることが必要であるという認識を表わした。

終末期医療にかかわる指針については、「あいまいな指針が好ましい」としながらも、「(臨床医の立場からは)治療中止などの対応に関しては具体的な指針が欲しいという気持ちもある」と述べるなど、法に問われかねない現状に対する率直な不安感をのぞかせた。

聖ヨハネ会桜町病院の石島武一名院長は「終末期には3つの型がある」と提起。①救急室やICUのように「眼前に死が迫っている」中で救命に全力を尽くす急性型、②緩和ケアやスピリチュアルケアにおけるがん末期状態を典型例とした「短期間に死が予測される状態」、③回復不可能な植物状態に代表される慢性型をあげ、死に至るまでの時間として、急性型は「2週間以内」、亜急性型は「6ヶ月以内」という見解を示した。

その上で、「多く問題となるのは慢性型であり、その中でもっとも深刻なのは植物状態(VS)である」と指摘。植物状態にいたる前段には「最低意識状態(MSC)」があり、このケースには「(厚労省が策定した)終末期医療プロセスのガイドラインはあまり意味がないように思う」と疑問を投げかけた。

石島氏は、その理由として、最低意識状態とは「意識をともなった意味のある反応行動が再現性をもって証明できる、わずかでも認知能力が存在することが証明できる状態である」とこと、さらに、植物状態についても、「外傷性の

35%と非外傷性の10%は回復する。12ヶ月を経過した外傷性VSおよび3ヶ月を経過した非外傷性VSが恒久的植物状態(PVS)である」という定義を明らかにした上で、植物状態で退院した頭部外傷患者の意識回復曲線を示して、「意識回復の割合は退院後2.5ヶ月経過後に横ばい(事例ゼロ)となる」とも指摘した。

石島氏は、さらに、「40年脳外科医をしているが、どれだけ悩んでも解決できないのが、PVSの患者にANH(栄養・水の人為的補給)を止める問題だ」と述べた。

同氏は、PVSに対する対応として、①(最初から)ANHを差し控える、②ANHを途中で中止する、③永久にANHを続けるという3つをあげ、わが国の脳外科71施設におけるANHを中止した経験のある病院の率が11.4~11.5%に達しているというデータ(1992年)を示しつつ、延命治療中止をめぐる欧米各国の態度を報告した。

さらに、26のカトリック病院で働く198名の医師(信仰率は46%)を対象とした調査(2003年)の結果、約半数の医師

が「PVSに対して延命治療を必ず実施している」と答え、「していない」としたのは3%に過ぎないこと、その一方で、45%が「条件によっては中止もありうる」として、中止する条件としては「延命治療に対する家族の反対」がもっとも多く、次いで「リビングウイル」の存在であることを明らかにした。

こうした上で、石島氏は、「現時点で最低限考慮に入れるべき事項」として、(1)生命を守る、(2)急性型終末期では治療に全力を尽くす(結果としてPVSになったら慢性型の考慮の対象となる)、(3)亜急性型終末期については現在の緩和ケア、スピリチュアルケアで対応が可能、④慢性型終末期(PVS)については、①脳障害性PVSでは一般的に呼吸器は不要であり、②意識(認知能力)のあるMCSに対してはANHは持続する、③若い人に対するANHの中止は少なくとも3年は待つ、という視点を示した上で、では、延命中止の判断をやむを得ないとするのは「いつ、どこで線を引きか」と疑問を呈し、今後重点的に議論していく必要性を訴えた。

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

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

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは… (株)全日病福祉センター

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