



全日病 NEWS 5/15

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.709 2009/5/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

厚労省「感染者の受診忌避は応召義務違反に当らず」

豚インフルエンザ 一部に感染が疑われない発熱患者の受診回避。鳥インフルエンザに備え教訓も

メキシコから広がった新型インフルエンザ(豚インフルエンザH1N1)の感染者は、5月13日現在、世界34の国・地域で6,118人(死者66人)に達している。日本でも3名の感染が判明、国内感染が懸念されたが、5月14日現在、発症者は出現していない。

今回のインフルエンザはスペイン風邪と同型ながら毒性は比較的弱く、症状も季節型インフルエンザよりは重いものの、かつてのアジア風邪と同程度の重症度と受け止める関係者が多い。WHOはフェイズ5の宣言後も事態の見極めに努めている。

一方、日本政府は、現時点で、行動計画に示す第1段階(海外発生期)であり、第2段階(国内発生早期)ではないと判断。「新型インフルエンザ対策ガイドライン」(09年2月策定)と「新型インフルエンザ対策行動計画」(09年2月改定)にもとづいて水際阻止対策を実施するとともに、国内での発生に備えた対応を急いでいる。ウイルスの毒性が比較的弱いことから、国民生活の制限は緩やかなものにとどめる方向で、国内で感染が発生した場合の対策をまとめる考えだ。

新型インフルエンザ対策の基となる「ガイドライン」や「行動計画」は、「全人口の25%が新型インフルエンザに罹患する」、致死率が極めて高い鳥由来のH5N1型を想定している。弱毒性であることから、今回の対策は、結果的に、今後予想される毒性が強い新型インフルエンザへの対応に多くの教訓を提供するものとなった。

与党の新型インフルエンザ対策PT(座長・川崎二郎氏=自民)は5月9日、河村官房長官に、自治体と医療機関に対する財政支援を含む対策強化を申し入れたが、各医療機関が役割を果たすためには、もの、人、金、情報の支援が欠かせない。政府などには検疫等に割く医師の絶対数不足を懸念する声があるが、医療現場では、診療協力病院・指定医療機関の医師および医療従事者確保を危惧する声が多い。

報道によると、一部医療機関では、新型インフルエンザがまん延する国への渡航歴がなく、また、患者との接触歴がない発熱患者の受診を拒否するなどの過剰反応が生じているが、各医療機関は、今後、冬にかけて考えられるH1N1型の毒性強化や将来的なH5N1型ウイルスの侵入を想定した対応を検討しておく必要がある。

これまでの厚労省等の動きを整理してみた。

●4月25日

メキシコと米国で豚インフルエンザの人への感染発生という情報にもとづき、厚労省は初の情報提供を行なう。

●4月26日

厚労省(結核感染症課)は事務連絡「豚インフルエンザに対する対応について」を送付、①豚インフルエンザに関するQ&A(保健所用暫定版)、②医療機関における豚インフルエンザ感染が確定もしくは疑われる患者の診療における感染制御の暫定ガイダンス、を添付した。

●4月27日

政府は「豚インフルエンザ対策に関する閣僚会合」を開き、感染防止のための当面の対処方針を決定した。

●4月28日

WHOは新型インフルエンザの警報レベルを3から4へ引き上げた。これを受け、政府は新型インフルエンザ対策本部を設置。厚生労働大臣は新型インフルエンザ等感染症の発生を宣言、省内に対策推進本部事務局を設置。健康局長通知「新型インフルエンザに係る対応について」(健感発0428003号)を発出、新型インフルエンザに関するQ&A(保健所用=暫定版)を公表した。医政局経済課長通知「新型インフルエンザの海外発生に伴う医薬品、医療機器等の安定供給について」(医政経発第0428001号)、同「新型インフルエンザの海外発生に伴う医薬品、医療機器等の安定供給につ

いて」(医政経発第0428002号)を発出、事務連絡「抗インフルエンザウイルス薬の安定供給について」を送付した。

日本医師会は、独自の行動計画にもとづいて「新型インフルエンザ対策本部」を設置した。

●4月29日

厚労省(結核感染症課)は「新型インフルエンザに係る症例定義及び届出様式について」を都道府県等に通知、豚インフルエンザを感染症法に規定する新型インフルエンザ等感染症に位置づけるとともに、症例定義と届出様式を示した。事務連絡「新型インフルエンザの診療を原則行わない医療機関の指定に伴う医療体制整備について」(医政局指導課)を出し、都道府県医務担当者に「新型インフルエンザの診療を原則行わない医療機関を指定した場合に、感染が疑われる患者を受け入れる医療提供体制」にかかわる留意点を示した。

●4月30日

WHOは警戒水準を5へ引き上げた。会見で舛添大臣は「国内発生に備えた対策を強化する」旨の方針を表明。内閣官房は「豚インフルエンザに対する基本的対処方針」を公表、①パンデミックワクチンの製造、②発熱相談センターと発熱外来設置の準備等対策を実施する方針を示した。医療課長通知「新型インフルエンザの国内発生に伴う発熱外来の設置のために診療所を開設する場

合の保険医療機関の指定に関する取扱いについて」(保医発第0430002号)を発出。事務連絡2通(「新型インフルエンザの海外発生に伴う体外診断用医薬品の安定供給について」「新型インフルエンザの海外発生に伴うマスク等の安定供給について」)を送付した。

●5月1日

厚労省(結核感染症課)は「新型インフルエンザ診断検査の方針と手引き(暫定版)」を公表。さらに、事務連絡「新型インフルエンザに係る積極的疫学調査の実施等について」を送付、新型インフルエンザ等感染症に係る発生・動向・原因調査及び診断検査等の実施指針(暫定版)等を添付した。経済課長通知「新型インフルエンザの海外発生に伴う医薬品、医療機器等の安定供給について」(医政経発第0501001号)で、卸売販売業者には医薬品、医療機器等の過剰な発注を行わないよう、医療機関等には備蓄目的で過剰な在庫を抱えないよう要請した。

●5月4日

厚労省は新型インフルエンザ相談対応窓口の設置状況(719ヶ所)を発表した。

●5月6日

厚労省(新型インフルエンザ対策推進本部)は事務連絡「国内未発生期における発熱外来を置かない医療機関への発熱患者の受診について」を送付、①新型インフルエンザがまん延する国への渡航歴や患者との接触歴がある発熱患者が、医療機関を直接受診したり、電話で相談してきた場合は、まずは地域の相談センターに相談するよう勧める、②相談センターの指導に従って発熱外来の



▲帰国した日本人の感染を発表する舛添大臣(5月9日)

ない医療機関を受診した発熱患者は、その医療機関が診察する、ことなどを医療機関に周知するよう求めた。

●5月8日

厚労省外口医政局長は参院厚生労働委員会で、発熱外来のない医療機関に新型インフルエンザ感染が疑われる発熱患者が相談センターを経ずに直接受診した場合に、他医療機関への受診や発熱相談センターへの相談を勧めたとしても、「応召義務」違反には当たらないという認識を示した。

●5月9日

厚労省は結核感染症課長通知「新型インフルエンザに係る症例定義及び届出様式の改定について」(健感発第0509001号)を発出。事務連絡「新型インフルエンザ疑似症患者の取り扱いについて」(結核感染症課)で疑似症患者の連絡をする際の留意事項を示すとともに、迅速診断キットでA型陰性の場合に疑似症患者の連絡をする前に特に留意すべき項目を示した。

●5月12日

厚労省は、既に開設した及び現在準備中の発熱外来は全国793施設と、都道府県別の設置状況を公表した。



▲機内検疫の様子

■医療の質向上委員会飯田修平委員長の談話

新型インフルエンザ対策に対する対応は、メキシコ、米国やカナダ以外の諸外国と我が国では極端に異なっている。政府の水際作戦に対しては、その妥当性に疑義を示す意見が多い。それは、発症前の潜伏期間内に入国した場合には、サーモメーター、問診等で食い止めることが不可能だからである。メキシコから米国やカナダへの広がり、その事実を証明している。感染症専門医の数の問題ではなく、戦略レベルに問題があるのではないかと。

今回の経験は新型インフルエンザ対策と行動計画を再検討する必要性を提起している。2月のガイドライン策定において、07年に専門家会議が策定した「医療体制」の内容が大幅に変更され、発熱センター設置の廃止と発熱外来設置時期の変更・強化が打ち出された。

この根拠は、旧ガイドラインに基づいた実施訓練の結果、実態に合わないことが指摘されたからであろう。自治体の検討委員として実施訓練に参加した体験から、私は、発熱センターは機能しないと考え、指摘した。

今回の新型インフルエンザは弱毒性であったが、第2波、第3波がないとは限らない。スペイン風邪では第2波が深刻な事態をもたらした。

現在、自然災害等への遭遇を想定したBCP(事業継続計画)の策定が求められている。感染率、発症率、死亡率等が不明のままBCPを策定することは難しいが、各医療機関には一定の想定下でBCPを策定し、それぞれの役割を果たすことが期待される。国や地方自治体だけではなく、病院団体、各医療機関も、自らの問題として具体的に対応することが求められている。

清話抄

「患者」「患者さん」「患者さま」

「患者」「患者さん」「患者さま」、この呼び名は、祖父の時代、父の時代そして私の時代と、医療を取り巻く社会環境の変化を象徴した呼び名である。

祖父の時代の医療は、どちらかと言えば診ていただく、「よろしむべし、知らしむべからず」の時代であった。国民皆保険がスタートした父の時代は、医療

ニーズが急増したこともあり、「パートナーリズム」で表現されよう。そして私の時代は医療ニーズも多様化し、「インフォームド・コンセント」の時代になった。

私が父の跡を継いだのは22年前。当時、民間病院が官公立に勝るとすれば接遇しかないと、銀行のインストラクターを呼んで接遇教育を始めた。もちろん、自分もスタッフと一緒に研修に参加した。大学病院に勤務していた後であり、自分で言い出したのだからしょうがなかったが、「患者さま」「患者さま」

…と十数回復唱した時は、さすがに抵抗があった。

当初、接遇教育は始めたものの、「患者さま」とスタッフに呼ばせるつもりはなかった。しかし、スタッフの言葉使いが変わり出すと、「意識改革にはよいのかもしれない」とそのまま続けることにした。また、他にも接遇教育から学んだことは多い。スタッフの中には、家に帰ってからの電話対応も研修で学んだことを実行していたら、ご主人に「惚れなおしたよ」と言われたと喜んでいる40

代のスタッフもいた。当時は、接遇教育を行う医療機関も少なく、習う機会もなかったのも、非常に新鮮でもあった。

そして現在、近隣の国立病院機構までが「患者さま」と呼ぶようになった。しかし、『医療崩壊』の最大要因とも言える、目に余る権利意識の増大に直面した今になって、「果たして、これで良かったのだろうか」とも思うようになってきている。息子の時代、医療を取り巻く社会環境はどのように変わるのだろうか。(正)

主張

「救急現場の医師不足や終末期医療のあり方などを解決するには国民的合意が不可欠。それを論ずることのできる政治家が求められる」

日本の医療はどこへ向かうのだろうか。まず、救急の問題であるが、急性期医療から医師が立ち去り、夜間救急などの受け入れは困難を極めている。「たらい回し」が度々報道されているが、現場を見る限りやむを得ない事情が多々存在する。

最近、当直医師の仕事が業務時間に認定されたという報道があった。そうすると、夜勤16時間が勤務時間となり2交代制が必要となるが、それを可能とするほど医師が潤沢に所

属する病院などあり得ない。早急に厚生労働省内で調整を図らない限り、我々現場では対応不可能である。

一方では、国民の医療に対する期待は高まり続けている。うまく行って当たり前なのである。しかしながら、医療はその結果を保証できるものではない。完全な医療など存在しないのである。医師不足を主因とした夜間等の対応困難と、常時完全な医療を望む国民の意識、この解離が大きくなりすぎておりこのままでは

修正不能である。

もうひとつ、終末期医療への対応が問題になっている。こちらは、多くの国民は終末期医療に大きな期待は持っておらず、自らの生命力の限界を超えて生かされることを望んでいない。しかし、医療の現場では、「治療の中断」は犯罪と判断される場合があるので、人工呼吸・経管栄養などは中止できないという現実がある。

どちらも大きな問題であるが、そ

の解決にはいずれも国民的コンセンサスが必要である。できる限り多くの国民に、現実と解決すべき問題を知ってもらい、論議すべきである。

そのためにはマスコミの存在が重要であるが、残念ながら利根的な報道ばかりが目立つ。近々選挙があるのならば、このような医療の根幹を論ずることができる人物に投票したいと考えるのは私ひとりではないだろう。

(I)

「診療録管理体制加算はDPC対象病院の必須」

DPC分科会 DPCへの参加・退出基準 準備病院にも「コーディング委の年2回開催」を求める等ハードルを引き上げる案をまとめる

4月27日に開かれたDPC評価分科会は、診療報酬基本問題小委員会から付託された「DPC対象病院への参加・退出ルール」案について検討した結果、DPC対象病院へ参加するルール(DPC対象病院の基準)については、現行基準のうち、「診療録管理体制加算の算定」を必須とすること、また、DPC準備病院についても、新たに「適切なコーディングに関する委員会の設置と年2回の開催」を条件に加えることで一致、ハードルを高める方向で参加ルール案をまとめた。

また、DPC対象病院への参加は、現在は原則毎年可能とされているが、2010年度改定後は診療報酬改定年に限って認めるという案で合意した。

DPC対象病院から出来高算定に戻る際のルールとしては、任意による出来高への復帰(DPCからの自主的退出)については、①改定前年度末についてのみ認める、②申し出は改定の半年以上前までとする、③申し出時に退出理由を届け出る、④次の改定まではデータを提出することを義務づける、という制約を設ける案を採用した。

再度2年間の準備期間を経過した上で他の基準を満たしていれば、原則としてDPCでの再度参加を認めるが、その際に「任意退出時の理由を勘案する」(厚生省保険局医療課)とされた。

基準を満たせなくなったためにDPC対象病院から除外されるケースについ

ては、現在は、入院基本料のみが適否の対象基準となっているが、今後は基準全般を対象とし、DPC継続のハードルを高くする案が認められた。

この場合に、「診療録管理体制加算」と「データの提出」の要件に関しては、現

在、入院基本料の基準を満たせなくなった病院に認めているように3ヶ月間の猶予期間を設けるという線で合意した。

分科会における議論結果は「たたき台」として、次回の基本問題小委における議論に委ねられる。



DPC評価分科会「DPC対象病院への参加及び退出のルール(たたき台案)」 4月27日

●現状

(1) DPC対象病院への参加のルール

DPC対象病院の基準を満たした病院で、DPCに参加の意思があること。

(2) DPC対象病院からの退出のルール

2008年度以降に入院基本料の基準を満たせなくなった病院については、再び要件を満たすことができるか判断するため、3ヶ月間の猶予期間を設け、3ヶ月を超えても要件を満たせない場合はDPC対象病院から除外する。

●たたき台案

(1) 参加のルール(DPC対象病院の基準)について

ア 現行では「診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること」とあるが、「診療録管理体制加算を算定していること」と変更してはどうか。

イ 「適切なコーディングに関する委員会の設置」はDPC対象病院の基準とし、DPC準備病院にも当該委員会の設置及び年2回の開催を求めてはどうか。

ウ データ提出の通年化が実施された場合には、それに合わせて(データ/病床)比の基準等についての検討を行うこととしてはどうか。

エ 準備病院となった段階で、当該医療機関が「今後DPC対象病院となる可能性がある」旨を患者に周知することとしてはどうか。

(2) 退出のルールについて

①自主的退出のルールについて

ア 退出する場合にはその理由等を届け出ることとし、その内容を、事務局がDPC評価分科会に報告することとしてはどうか。

イ 退出後の影響についても評価する

ため、次期改定までの間は引き続きデータ提出をすることとしてはどうか。

②その他

ア 入院基本料以外のDPC対象病院の基準についても、満たさなくなった病院はDPC対象病院から除外することとしてはどうか。なお、「診療録管理体制加算」及び「データの提出」に係る基準については、入院基本料の場合と同様に、一定の猶予期間を設け(この間はマイナスの機能評価係数を設定)、猶予期間を超えてもなお、要件を満たせない場合にはDPC対象病院から除外することとしてはどうか。

イ 特定機能病院については除外できないので、猶予期間の措置(マイナスの機能評価係数)が継続することとしてはどうか。

ウ 退出後の影響についても評価する

ため、次期改定までの間は引き続きデータ提出をすることとしてはどうか。

(3) 参加及び自主的退出の時期について

ア 参加は、改定が行われる年度当初についてのみ認めることとしてはどうか。

イ 自主的退出は、改定が行われる年度の前年度末についてのみ認めることとし、その意志は6ヶ月以上前までに示さなければならないこととしてはどうか。

(4) 再参加について

再参加を希望する場合は、再度2年間の準備期間を経過した病院であって、他の基準を満たしていれば、認めることとしてはどうか。(編集部注：当日の議論の結果、任意退出した病院が再参加するにあたっては任意退出した際の理由が「勘案される」とされた)

フィリピンからの初受け入れは予定数の半分以下！

EPAにもとづく看護師・介護福祉士候補者の受入 インドネシアからの2年目受け入れも応募施設の人数は予定の6割にとどまる

日本とフィリピンの経済連携協定(EPA)にもとづいて来日するフィリピン人の資格取得希望者は看護師候補者が92人、介護福祉士候補者が188人の計280人となった。

第1陣約270人が5月10日に成田空港ほかに到着した。残る候補者は5月末に来日する予定という。

フィリピンからの受け入れは初。看護師・介護福祉士候補者の受け入れは、昨年のインドネシアに続き2ヶ国目、つごう2回目となる。

今年の定員枠は上限450人。日本の受け入れ施設と雇用契約が成立した候補者は、看護師が上限200人に対して

93人、介護士は同250人に対して195人の計288人であったが、査証審査等の関係で実際に入国できる候補者は来日予定数を下回る結果となった。

受け入れを希望していた施設は看護師が55カ所計145人。介護士は120カ所計301人と、看護師候補者に関しては受け入れ枠を大きく割り込んだ。さらに、マッチング等の過程で受け入れが成立した人数は、ともに受け入れ希望者数を大きく下回った。

一方、EPAにもとづくインドネシア人看護師・介護福祉士候補者の受け入れ事業で、国際厚生事業団は2年目となる2009年の希望施設を募集、4月20日

に締め切ったが、受入上限数を大きく下回った。

協定では、08年、09年の2カ年で看護師400人、介護福祉士600人を上限に受け入れるとされている。

昨年8月に来日した1回目の候補者は208人(各104人)。したがって、09年は、最大で看護師候補者296人、介護福祉士候補者496人の計792人の受け入れが予定されている。

しかし、当初の募集期間であった3月3日から4月3日までの間に応募した施設は、上限数を大きく下回ったため、国際厚生事業団は締め切りを4月20日まで延期するとともに、病院団体等に

はたらきかけて掘り起こしを図った。

それでも、最終的な応募数は、看護師が98施設(236人)、介護福祉士候補者が100施設(241人)の計477人と、予定数の約6割にとどまった。

フィリピンともども、受け入れ施設が伸び悩む背景として、①日本語による国家資格試験の合格が危ぶまれ、リスクの高い「投資」となることへの危惧、②研修期間中に施設内のスタッフにかかる負担への懸念、③日本人並みの給与、日本語研修費など費用負担が大きいことへの不安、などを指摘する声が医療界には多い。

看護教育4年制化を模索する議論が開始

厚労省「看護教育の内容と方法に関する検討会」が発足

厚生労働省医政局長が主宰する「看護教育の内容と方法に関する検討会」が発足、4月28日に初会合が開かれた。

検討会は、3月にまとめられた「看護の質の向上と確保に関する検討会中間とりまとめ」に、「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」と書き込まれたことを受けて設置されたもの。

事務局(看護課)は、①免許取得前に学ぶべき事項の整理と具体的な教育内容の見直し、②看護師養成機関内における教育方法の開発・活用、③効果的な臨地実習のあり方、④保健師・助産師教育のあり方の4点を検討課題にあげた。

同時に、事務局は「主な検討課題と論点」において「3年を4年に延長、拡大した場合に学ぶべき教育内容は何か」という論点を提起、厚労省として、初めて正面から4年制看護教育を論じる検討会となった。

自由討論において、羽生田委員(日医常任理事)は、「3年から4年への延長を前提にしているように思える。『年数に限らず』とか『延長』という言葉が出てくるのは納得できない」と疑問を呈した。

これに対して、野村看護課長は、3年制の養成所を一律に4年制に変える意図はないことを強調しつつも、「現行制度では看護基礎教育は『3年以上』となっている」とも指摘、真正面から議論する姿勢を明らかにした。

議論の最後に、羽生田委員は「私は必ずしも4年制を否定している訳ではない」とも発言、議論そのものは歓迎する意向を表明した。

・国民の実習への理解等を含めた実習機会の拡大の方策はどのようなものか
4. 保健師教育、助産師教育のあり方

・より高い専門性が発揮できるような教育内容は何か

新人看護研修ガイドライン策定に向けた議論を開始

厚労省が「新人看護職員研修に関する検討会」を設置

厚生労働省は「新人看護職員研修に関する検討会」を設置し、4月30日に会合を開いた。

事務局(医政局看護課)は、新卒看護師に関する日本看護協会の実態調査などを引用し、看護基礎教育の内容と臨床現場で求められる能力との間にギャップがあり、これが新人看護師の離職原因になっていると提起した。

その上で、「新人看護研修ガイドライ

ンの素案(たたき台)」を示して、統一的なガイドラインの策定に向けた議論を求めた。

委員からは、「ガイドラインの策定」とともに「新人看護職員研修の制度化・義務化」も重要なテーマであるという意見が示されたが、議論の推移によっては卒業研修制度の問題が俎上のぼる可能性がある。

「新人看護師研修ガイドラインの素案(たたき台) 新人看護職員研修に関する検討会 4月30日

I. 新人看護師研修

1. 枠組み

- 1) 基本的考え方
- 2) 研修体制
- 3) 研修における病院管理者・看護管理者の果たすべき役割

2. 研修構成

- 1) 対象者
- 2) 到達目標
- 3) 研修方法(例：ローテーション方式、プリセプター体制など)
- 4) 研修内容
- 5) 評価方法・基準
- 6) 評価のフィードバック方法

※習得してきたことを確認する重要性、その方法例について

3. 規模に応じた多様な研修実施のあり方

4. 技術指導の具体例

- 1) 与薬(内服、注射)
- 2) 重症、高齢化をふまえた療養上の世話(移乗など)

II. 教育担当者研修

1) 対象者

2) 到達目標

3) 研修方法

4) 研修内容

5) 評価方法・基準

6) 評価のフィードバック方法

看護教育の内容と方法に関する検討会「主な検討課題と論点」 4月28日

1. 免許取得前に学ぶべき事項の整理と具体的な教育内容の見直し

・現行カリキュラムにとらわれない看護基礎教育で学ぶべき事項は何か
・3年課程(国家試験受験資格)の教育内容は何か
・3年を4年に延長、拡大した場合に学ぶべき教育内容は何か

2. 看護師養成機関内における教育方法の開発・活用

・1で出された教育内容について、講

義・演習・実習の効果的な組み合わせによる教育の方法は何か

・効果的な講義・演習方法はどのようなものか

・開発した講義・演習方法をどのように活用するか

3. 効果的な臨地実習のあり方

・演習でできることと実習でしかできないことは何か

・病院等の実習指導者と教員の役割分担と連携はどうあるべきか

シリーズ/個人情報保護に関するQ&A～実際の事例から学ぶ～ 第2回

編集●個人情報保護担当委員会 *数回にわたり毎月15日号に掲載します

入院有無の非開示を希望する入院患者への見舞い客への対応

「入院していない」は虚偽にあたり不適切。「お答えできません」が適切

個人情報保護にかかわる対応事例 その2

Q 入院有無の非開示を希望する入院患者をおとすれた見舞い客へはどう対応すればよいか?

●事例

入院患者が、自分が入院していることを開示しないで欲しいとの要望があり、その患者が入院していることを非開示にすると、院内に通知しました。

その後、遠方から親戚の方が御見舞いに来られ、当該患者のことを尋ねました。しかし、窓口担当者は、とっさのこととはいえ、「入院していません」と答えてしまいました。そのため、親

戚の方は家族からこの病院だと確かに聞いていると聞いて怒り、大騒ぎになってしまいました。

●病院の対応

患者の了解無しに、入院している事実を認めたり、取り次ぐことはできないことを説明し、原則として家族は取り次ぐが、それ以外の方は取り次ぎを制限していることを説明し、納得していただいた。

A 個人情報保護担当委員会の見解 (外部委員 宮澤 潤=弁護士)

まず、入院していないと回答したのは、事実と異なることを回答している

ことから、適切ではありません。個人情報保護の為に、入院の有無に

対する回答についてはその患者さんの指示に従わなければなりません、虚偽を答えて良いということにはなりません。この場合は、「お答えできません」とすべきでした。

入院していないと答えてしまいますと、遠方から来た親戚の方は自分が病院名を聞き間違えたのかもしれないと考え、他の病院を探すなど、無用な労力をかけさせてしまう危険があります。そのようなことから、この親戚の方も怒られたのだと考えられます。

次に、「原則として家族は取り次ぐ」という言い方ですが、この点は患者本人の指示であれば良いのですが、病院側が勝手に家族はいいだろうと思ったというのでは、個人情報の取扱いとしては適切ではありません。

また、家族という言い方も法律上の定義も無く、人により様々な捉え方をすることがありますので、子供・兄弟など明確にしておくことが必要です。戸籍上の妻でも離婚寸前の状況であったり、個別的な事情は様々だからです。

なお、電話での問い合わせではなく、直接来院されるとつい「本人に確認して」という様な対応をとってしまうこともあるかもしれませんが、それは入院していますと答えてしまうことと同じですので、行なってはいけませんし、本人に確認した結果、会いたくないと言われてしまいますと、患者さんがその見舞客の面会を拒否したことが明らかとなり、その確認した行為が両者の確執として残ってしまうこともありますので、注意しなければいけません。

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 東京都千代田区猿楽町2-2-10-1923
●03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

公私医療機関NW接続禁止の見直しを提起

医療評価委員会 2008年度報告書 レセプトと特定健診・保健指導各データの2次医療圏単位活用を求める

内閣府に設置されている医療評価委員会は、この3月に報告書を取りまとめ、政府のIT新改革戦略「重点計画—2008」で実施された各省施策の進捗状況を評価するとともに、その見込みを明らかにした。

医療評価委員会は総務、経済産業、厚生労働の3省を含む医療関係者および有識者から構成され、IT戦略で「ITによる医療の構造改革」として掲げら

れた目標の実現に向けた各省の取り組みを、主に、業務全体の改革（BPR＝Business Process Reengineering）の徹底が図られているかという視点から点検した。

委員には神野正博恵寿総合病院理事長（全日病副会長）も参画しており、議論の過程では、厚労省における医療IT化に向けた各局の取り組みはばらばらではないかという批判も出たほか、

各省施策間の整合性をめぐって厳しい精査がなされた。

その中で、①「社会保障カード」と「電子私書箱」については、個人の生涯にわたる健康情報履歴の名寄せをする観点からも検討する必要がある、②09年度から収集される、医療費適正化計画の作成等へ利用されるレセプトと特定健診・特定保健指導のデータは、2次医療圏単位で活用するための方策を検討す

べきである、③条例等で公立と私立医療機関のネットワーク接続が認められていない現状を見直すべきである、④「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン」は、その作成時に想定されていなかった医師不足や救急医療等の課題に対応するべく改定し、医療情報化の今後の方向性を示す必要がある、などの重要な提言を行なっている。

「医療評価委員会2008年度報告書」(要旨) 3月23日

2. 評価結果

■レセプト請求審査のBPR

●レセプトオンライン化

医療分野のIT化において、この取り組みは極めて重要であり、導入後のメリットを高める努力をして、スケジュール通り着実に進めることが必要であると考える。

●08年度版電子点数表

・08年度版電子点数表は診療報酬改定告示の2日後に公表されたものの、算定ロジックが示された標準仕様の公表は告示から約2ヶ月遅れたため、(医療現場の)改定作業に活用できなかった。また、標準仕様に記載された診療行為には算定ロジックが不明瞭なものが存在しており、疑義解釈に関する作業がベンダの負担となっている。

これは改定と電子点数表の検討が独立に行われていることに起因する。上記課題の解決のために、中医協における診療報酬改定に係る事務作業と電子点数表の作成作業を並行的に行うなどのBPRに取り組む必要がある。

・電子点数表のロジックの表現方法は、加算点数とその他の点数を並列に並べた表にする方法と、加算点数を展開して算定しうる全ての診療行為にコードを付した表にする方法等が考えられる。改定による電子点数表見直しの作業量やレセプトデータ分析への活用を考慮した適切な形式等の観点から、電子点数表のあるべき姿を検討すべきである。

●審査業務のBPR

09年1月診療分のレセプトより、包括評価部分にかかる診療内容がわかる情報が付加されることは、DPCコーディングの妥当性を確認するために有効と考える。情報化に関する投資の検討の際には、国、医療機関、審査支払機関、保険者等関係機関を横断的に見渡し、制度・技術の両面を考慮の上、全体最適化を図る仕組みを作る必要がある。

●請求業務のBPR

・現在市販されている、医薬品毎に効能・効果(適応症)と標準病名及びICD10コードの関係を整理したデータベースを09年4月より無料公開することになったのは大きな前進である。しかし、レセコンやオーダーリングシステム等を利用する際に投薬と病名の関係が容易に把握できる仕組みが必要であり、実現に向け関係各省・関係団体で検討すべきである。適応症の用語不整合については、添付文書等の新規作成又は改

定時において統一を図るなどの事務的な処理が必要である。

・医科、調剤レセプトの返戻・再審査請求のオンライン化については、医療評価委員会としてその進捗についてフォローしていく。

●患者への情報提供

DPC対象病院であっても、レセプトとして包括された医療内容に関する情報を、患者がより容易に知ることができるようの方策を検討すべきである。

■個人による健康情報の集積・活用の推進

・社会保障カード(仮称)、電子私書箱(仮称)及び健康情報活用基盤実証事業について、それぞれの施策の整合性を確保すべきである。具体的には、希望する個人に安全かつ容易に情報伝達が行われるための枠組みを関係府省で連携して構築すべきである。

・社会保障カード(仮称)及び電子私書箱(仮称)の医療・介護分野におけるメリットとして、個人の生涯にわたる健康情報履歴の名寄せをすることで、切れ目のない質の高い健康・医療サービスを実現するという観点からも検討すべきではないか。

・実証事業におけるITの寄与を測るために、アウトカム指標を明確にすべきである。

■医療再生に向けたITの活用

●医療計画の運用

09年度より収集されるレセプトデータ及び特定健診・特定保健指導データは、国による医療費適正化計画の作成等への利用が想定されているが、地域における限られた医療資源の最適配分の実現の観点から2次医療圏単位で活用するための方策を検討すべきである。

具体的にはデータの分析結果に基づいた疾病管理的手法(EBM)を通じて、予防医療・重症化防止への医療資源投入先のシフトや効果的な地域連携クリティカルパスの策定等、限られた医療資源の下での費用対効果の最大化を図り、医療計画に反映するような仕組みを検討する必要がある。

●地域医療連携を促進するための制度整備

・2次医療圏においては公立病院が中核病院であることが少なくないが、条例等で公立と私立医療機関のネットワーク接続が認められていないことがITを使った医療連携を妨げる一因となっている地域が存在する。

・地方自治体は一律に公立及び私立医療機関のネットワーク接続を禁じるので

はなく、情報連携の妨げとなる制度見直しの検討を行うとともに、医療連携を機能させていくための人的基盤や組織的な仕組み作りを医療計画等に定めるなど取り組むべきである。

●医療従事者の働きやすい環境の整備

・医療従事者の負担要因を明らかにし、その要因をITによって解消又は軽減できないかを検討する必要がある。すでにITが導入されている領域については、ITの利用が医療従事者の負担要因とならないよう、医療現場の声を基に改善に取り組む必要がある。

・患者とフェイス・トゥー・フェイスの業務を行わない領域(放射線診断や病理診断等)については、ITを活用することで自宅等からの医療活動への参加の機会を提供することが可能であると考えられる。

・医療再生のためには地域で医師を育てることが重要な取組みの一つとなる。e-ラーニングやe-ティーチングを通じて、地域でも世界最先端の技術の学習や希望する講義の受講を実現するなどの環境整備を進めるべきである。

●医療と介護の連携の必要性

・脳卒中は退院後も継続的な介護が必要になることが多いことから、現在の医療連携の枠内に閉じた取組みから介護フェーズまで連携対象とすることが必要である。

・特に高齢者においては医療と介護の双方のサービスを受け、又は複数の医療機関にかかる割合が多い。患者への切れ目のない医療・介護サービスを提供するためには、情報連携を効果的・効率的なものとするためのITの活用の可能性について検討していくべきである。

●公共NWを活用した医療機関連携等について必要なシステムの要件整理及び標準化

総務省所管の全国地域情報化推進協会(APPLIC)は、地方自治体の情報システムの抜本的改革や、内外地域における多数の情報システムを連携させる基盤の構築を推進するとともに、地方自治体で共通利用が可能な公共アプリケーション(防災、医療、教育等)の整備等の促進を行っている。

APPLICが検討している自治体主導型「生涯健康情報基盤(仮称)」の仕組みを活用することで、住民個人自らによる生涯にわたる健康情報の管理や、自治体によるエビデンス・データの収集等をはじめとする業務の効率化が期待できる。

「生涯健康情報基盤(仮称)」をはじめとするAPPLICの取組みを自治体に還元するため地方自治体の医療計画上での位置付けを明確にするなどの取組みが必要である。

EHR(Electronic Health Record)と呼ばれる健康情報活用の仕組みの全体像を明らかにするとともに、社会保障カード(仮称)等をはじめとする各種取組みとの連携を図るべきである。

●全国規模での健康情報の分析・活用

国は現在、全国規模でのレセプト情報及び健診・保健指導情報を電子的に収集し、医療費動向及び疾病状況等の把握並びに診療報酬改定への検討等、レセプト情報や健診・保健指導情報の有効活用を図るためのデータベースを構築中である。

レセプトデータ及び特定健診・特定保健指導データは医療費適正化計画作成の調査・分析等に用いられるが、我が国医療水準向上のために研究者への積極的な開示を期待したい。

●各省医療分野情報の取扱いと医療情報システム等に関連する各種GL等

厚労省は「医療情報システムの安全管理に関するGL」を策定している。経産省「医療情報を受託管理する情報処理事業者向けGL」など、関連GLが各省で策定されている。

また、「IT新改革戦略」に基づいて厚労省が07年に作成した「医療・健康・介護・福祉分野の情報化GL」で、06年度から概ね5年間にわたる分野横断的な情報化方針及び具体的なアクションプラン等が示された。重点計画—2007及び2008は、グランドデザインについて必要に応じて見直しを行うとしている。

医療分野情報の取扱いに関する各省のガイドラインは、引き続き関係各省協力のもと整合を取っていくように努める必要がある。

「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン」は、社会保障カード(仮称)、電子私書箱(仮称)構想、厚労・総務・経産の3省連携事業、APPLIC「地域情報プラットフォーム事業」、レセプトオンライン化、健康情報の分析・活用という形で具体化しつつあるが、グランドデザイン作成時には想定されていなかった医師不足や救急医療等、新たな課題が明らかになった。

このため、昨今の状況変化を踏まえグランドデザインの改定を行い、今後の医療の情報化の方向性を示す必要がある。

「個人情報管理・担当責任者養成研修会 Advanced Course」開催のご案内

3年間開催した「Advanced Course」受講修了者を対象とした応用的な研修会です。

日時●7月3日(金) 10:00~17:00
会場●全日本病院協会6F大会議室
東京都千代田区三崎町3-7-12 清話ビル(JR総武線水道橋駅下車1分)
対象者●全日病「個人情報管理・担当責任者養成研修会」受講修了認定証をお持ちの方
定員●60名
参加費●22,000円(資料代を含む)
締切日●6月12日(定員に達し次第締め切ります)
*本研修参加者には全日病より「受講修了認定証」を発行します。
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(本会HPから資料をダウンロードできます)。
お問合せ・お申込先 全日本病院協会事務局(担当 祝・日野・吉田愛)
Tel.03-3234-5165 Fax.03-3237-9366

全日病東海ブロック研修会(愛知県支部担当) 開催のご案内

名古屋市でブロック研修会を開催します
未加入病院も参加できます。大勢の病院に参加を呼びかけてください!

日時●5月23日(土) 14:00~16:30
会場●愛知県名古屋市 朝日ホール(名古屋市栄1-3-3朝日会館15階)
プログラム●講演「10年遅れの世紀末—アメリカ人勝ち体制の終焉と今後の行方」
マン・インベストメント証券株式会社取締役会長 森居誠司
講演「全日本病院協会について」 全日本病院協会 学術委員会委員長
参加対象●全日病会員病院(未加入病院の参加も歓迎します)
参加費●無料
申込方法●所定申込書を下記までFaxでお送りください(申込書は本会HPからダウンロードできます)
お問合せ・お申込先 全日本病院協会愛知県支部(名古屋記念病院内)
Tel.052-804-1111(代表) Fax.052-803-8830

08年度改定の勤務医負担軽減措置は効果なし

勤務医の負担軽減問題 病院経営の枠内での解決には限界が。行政・関係団体総力あげた取り組みが必要

4月15日の中医協・診療報酬改定結果検証部会に、2008年度診療報酬改定結果の検証として、08年度に実施された特別調査の1つである「病院勤務医の負担軽減の実態調査結果」の概要(速報)が報告された。

病院に傾斜的に配点することを目的とした08年度改定において、勤務医の負担を軽減されるための措置に要件として導入された入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算、ハイリスク分娩管理加算が与えた変化を探るために実施された調査であったが、結果は、勤務医の負担軽減はまったく進んでいないことが明らかとなった。

入院時医学管理加算を届け出た病院は、07年の206病院から20年には88病院へと激減。新設の医師事務作業補助体制加算も730病院にとどまる(それぞれ7月1日現在)など、算定病院が絶対的に少ないことからみても、08年度改定は勤務医がおかれた状況にほとんど影響を与えなかったといえる。

勤務医が置かれている労働環境は、もはや、病院経営者の匙加減で待遇を改善できるといった段階を超えている。

政府は、介護保険サービスに関して、介護職員の処遇改善を図った+3%の介護報酬改定に加え、改定財源とは別に4,000億円もの介護職員処遇改善交付金を新設、3カ年にわたって、介護職員の処遇改善に取り組む事業者へ資金の交付を行なうことを決めた。

勤務医の問題は、医師の絶対数不足に加え、医療事故に対する不安、ストレスが高まる患者関係、キャリアアップ志向、診療所の開業志向、過剰な業務など、複雑な要因が絡んでいる。さらに加えて、前出交付金のような診療報酬以外による財源補助が不可欠となっている。

そうした中、日本医師会は、大学(病院)教授、病院管理者、専門家からなる「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」を組織し、この3月に、勤務医の健康管理を支援する方策の考え方や対策案のレポートをまとめた。そこには、勤務医の負担軽減から一歩踏み出した健康管理におよぶ海外の対策事例などが紹介されている。

改定結果検証調査と日医レポートの要旨を紹介する。

グラムでの具体的な活動は、自助、共助、公助の3つの枠組みで行われている。自助はセルフケアとして自分自身の健康を維持するような取り組みである。

共助は、医療機関として組織的な対応を行うことである。公助は、日本医師会や外部組織として様々な支援を行うことである。

以下に「医療機関で組織的対応を促進する」取り組み例を紹介する。

カナダ保健省は医療機関の組織的対応を促す施策を展開。ある年度では、取り組みを先進的に行う医療機関で州が認定した場合に支援のための費用を配分した。

米国では、2001年に医療施設認定合同審査会(JCAHO)が、病院に対して組織的に医師個人の問題を特定して解決する施策を持つことを基準の1つに取り入れた。

わが国での応用可能性としては、厚生省や医療機能評価機構などによって、医療機関に対して医師の健康を守るような施策を推進することが期待される。

また、医師の健康を守る2次予防策として、病院が外部などと契約して医師の健康管理等を依頼するという方法も考えられる。

同時に、医療機関の自主的な取り組みを推進し、職場や地域単位で組織的に取り組み、医師の健康支援に役立った良好な事例を共有することも有益と考えられる。

Ⅲ. わが国独自の対策の検討と実効性の高い具体策の提示

2. 日本医師会

短期的に以下の5つの施策が必要と考えられる。

- (1) 医療機関での勤務医の健康を守る組織的対応を促進する
- (2) 医師が自分自身の健康を維持するよう啓発を行う
- (3) 医師の健康支援を考える学術会議やシンポジウムを開催する
- (4) 医師のための電話などによる相談窓口を開設する
- (5) 厚生労働省・関連団体・国民に対して勤務医の健康支援の協力要請をする

長期的には、医師を診察する際に配慮すべき点を学ぶ場を提供し、なんらかの資格制度とし、全国各地に研修を受けた医師が育成されることにより長期的に医師が相談しやすい環境作りになると考えられる。

3. 厚生労働省などの行政機関や関連団体

厚生労働省においては、労働安全衛生法に基づいた医療機関での取り組みを推

奨するように働きかける。

また、労働契約法5条の安全配慮義務に関しても十分に医療機関の経営責任者が留意するような施策が求められる。

医療機関の産業保健活動は旧厚生省と旧労働省の管轄の狭間にあり、そうしたことが対策の推進の遅れにもつながっていることが危惧される。

勤務医の健康を守るという視点でのさらなる産業保健の枠組みについての取り組みは、例えば医政局の担当部と労働基準局安全衛生部が連携した部署を設置して進めることが望ましいと考えられる。これは必ずしも勤務医だけではなく、医療従事者全体をカバーするものであってもよい。

また、厚生省、医療機能評価機構、四病協をはじめとする病院組織には、医療機関に対して勤務医の健康を守るための組織的な取り組みを促すための方策について検討を期待したい。

例えば、積極的な取り組みにインセンティブを提供することは検討に値する。さらに医療機関に対しては、勤務医の健康支援にあたっての担当者の労力をできるだけ減らすため、具体策やツールの提供によって対策を進めることが求められる。

4. 医療機関

勤務医が勤める医療機関は50名以上の職員がいる施設が少なくないため、労働安全衛生法により産業医が選任されているはずである。調査によると病院機能評価を受けている医療機関では、回答したほぼ100%が選任していた。しかしながら、多くの産業医は診療との兼任であり、また、院長や理事長などの兼任が多い。

医師を産業医として選任し、まずは医師が相談しやすい環境作りを始めていただきたい。また、産業医を補佐すべき衛生管理者や産業看護職の選任が行われていないことも活動の推進を妨げている。

医療機関として、産業医に選任されたものが職員の健康管理を主導できるよう、活動の時間や衛生管理者や産業看護職を選任し、必要な支援ならびに活動に必要な権限を付与することが求められる。

医療機関での自主的な取り組みに不可欠なことは院長や理事長の積極的な関わりである。

その上で、医療機関は組織として医師の健康をどう守るかを検討し、職場環境の改善や、労働時間の短縮、可能であれば医師を対象にした健康に関するプログラムを提供する。

勤務医の状況は1年前よりも悪化傾向にある？！

診療報酬改定結果検証部会「病院勤務医の負担軽減の実態調査結果」の概要(速報)から(要旨) 4月15日

入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算、ハイリスク分娩管理加算いずれかの施設基準届出をしている病院516施設、医師責任者2,389名、医師4,227名から回答を得た。

勤務医負担軽減対策計画を策定済み病院は57.4%、負担軽減策の実施率は、医師・看護師等の業務分担確立が56.4%、医師事務作業補助体制の実施が77.1%、短時間正規雇用医師の活用が25.4%、連続当直を行わない勤務シフトの導入が71.9%、当直後の通常勤務に係る配慮が45.2%であった。医師に対する経済的な処遇改善の実施率は45.0%であった。

その結果、1年前と比較した入院業務

の負担変化は、「軽減した」が7.3%、「変わらない」が47.4%、「増加した」が43.3%、外来については順に6.0%、53.4%、38.3%と、入院よりは負担増加割合は低いものの、いずれもほとんど影響が出ていないことが判明した(回答は医師責任者)。

医師の勤務状況の変化については、医師責任者の見方は、「改善した」が4.4%、「どちらかという改善した」が8.8%、「変わらない」が47.7%、「どちらかという悪化した」が20.9%、「悪化した」が16.9%。医師の見方は4.1%、10.2%、49.8%、20.4%、14.4%と、いずれも1年前よりも悪化傾向にあると訴える回答となった。

米国やカナダは医師会自らが医師の健康支援に取り組む

日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」中間報告(抜粋・要旨) 4月1日公表

Ⅱ. 諸外国の具体的な取り組みとわが国における応用可能性の検証

米国医師会やカナダ医師会は州単位で医師の健康を支援するサービス(Physician Health Program)を展開、医師自身の健康増進、医師の健康問題の早期発見、介入、評価、治療などを行っている。

カナダ医師会は、「カナダ国民に良質な医療を提供できる健康な医師を確保する」ことを運営方針とする「医師の健康とウェルビーイングセンター」を1998年に開設した。

この設立が、州毎のPhysician Health Programの設立につながった。

その他の国や州で行われているプロ

優秀な人材確保のチャンス!!

加算年金のある病院基金へ、ぜひご加入を

病院厚生年金基金は、終身年金を支給する税制上もっともすぐれた企業年金制度です。事業主と従業員、また都道府県内の病院どうしが助け合い、支え合って豊かな老後をサポートしています。



基金加入のメリット

- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 労働意欲の向上が図れ、優秀な人材の確保に役立ちます。
- 基金の福祉施設事業を利用し、福利厚生が充実が図れます。
- 事業主掛金は、すべて経費算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 基金加入による従業員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。
- 基金財政は、事前積立方式のため、支払った掛金が掛け捨てになることはありません。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫	☎078-230-3838
秋田	☎018-824-5761	奈良	☎0742-35-6777
山形	☎023-634-8550	和歌山	☎073-433-5730
福島	☎024-522-1062	鳥取	☎0857-29-6266
茨城	☎029-227-8010	島根	☎0852-21-6003
栃木	☎028-610-7878	岡山	☎086-223-5945
群馬	☎027-232-7730	広島	☎082-211-0575
埼玉	☎048-833-5573	山口	☎083-972-3656
千葉	☎043-242-7492	徳島	☎088-622-1602
東京	☎03-3833-7451	香川	☎087-823-0788
神奈川	☎045-222-0450	愛媛	☎089-921-1088
新潟	☎025-222-3327	福岡	☎092-524-9160
富山	☎076-429-7796	長崎	☎095-801-5081
石川	☎076-262-5261	熊本	☎096-381-3111
長野	☎0263-36-4834	大分	☎097-532-5692
静岡	☎054-253-2831	宮崎	☎0985-26-6880
滋賀	☎077-527-4900	鹿児島	☎099-227-2288
京都	☎075-255-1312	沖縄	☎098-869-3521
大阪	☎06-6776-1600		

消防と医療の連携推進のための消防法一部改正の概要

都道府県が傷病者搬送・受入れの実施基準を策定・公表

救急搬送にあたって消防機関は基準の遵守、医療機関はその尊重が求められる



救急・防災委員会委員(東京臨海病院病院長) 山本保博

日本における病院前救護の医療史はそれ程古くはない。昭和61年の消防法改正によって、法律上、救急隊の業務は搬送に限られるものではなく、括弧書きながらも「応急手当を含む」ことになり、救急隊員の業務に発展の扉を開くことにつながった。

その後、平成3年の救急救命士法の成立によって、医療職種の一員としての救急救命士が、医師の指示・指導の下に、救急現場から傷病者が病院または診療所に搬送されるまでの間に救急救命処置を行うことができるようになった。

病院前救護を強化し、傷病者の救命率向上を図るため、救急救命士の業務

に関する国民の要望が提起され、テレビなどのメディアが先導した結果、急速に法の施行がなされたのである。

その後、救急医療提供体制の一層の充実を図る観点から、救急救命士の業務の質を担保するためにメディカルコントロール(MC)協議会が全国47都道府県に設けられ、地域の協議会も活発に活動するようになった。

このメディカルコントロール協議会は、原則として、①救急救命士の救急業務プロトコル策定、②指示・指導・助言体制の構築、③事後の検証、④再教育・生涯教育体制の整備、という4本柱のために設置されたものである。

「たらい回し」の背景に救急医療機関の撤退

しかし、最近、救急搬送で搬送先の医療機関が速やかに決まらない、いわゆる選定困難事件が多くなってきたことから、メディアにおいて毎日のようにいわゆる「たらい回し」が報じられるようになった。

「たらい回し」の最大の原因は、救急診療の役割を担ってきた2次救急医療機関の救急診療からの撤退である。撤退の大きな原因として考えられるものは、①医師・看護師不足、②医療費の削減、③患者からの高度医療の要求、④医療訴訟の増加、ではないだろうか。

そして、2次救急医療機関が行っていた救急診療が疲弊してしまったことから3次救急医療機関で診療すべき患

者が殺到してしまったことが、「たらい回し」の原因になってしまったと考えられている。

それでは、どんな傷病者が「たらい回し」になりやすいのだろうか。エビデンスとなる明白なデータはないが、①吐・下血患者、②外傷合併する精神疾患、③喀血等の肺結核疑い患者、④超早期手術が必要とされる開放骨折患者、⑤暴れ回る泥酔者や急性アルコール中毒患者、⑥臭い・汚いを伴うホームレス患者、⑦超高齢者の慢性呼吸疾患、⑧モニターパーシェントやクレマー等ブラックリスト患者、⑨全く未受診の妊婦、等であろう。

以上のごとく、救急搬送において搬

送先医療機関が速やかに決まらない事案が頻発してきていることや、救急隊が現場に到着してから傷病者を病院に

収容するまでの時間が平均で、19.9分(平成9年)から26.4分(平成19年)へと延びていることがあげられている。

救急搬送・受入れで連絡調整を担う協議会を新設

これらとは別に、最近、医学的見地からも、超急性期における脳梗塞へのtPA投与や冠症候群のカテーテリゼーションなどが施行されることで、救命率の上昇が期待できる疾患も出てきている。

そのために、消防機関と医療機関の連携を推進するための仕組みや救急搬送・受入れの円滑な実施を図るための実施基準(ルール)作りが必要となったため、厚生労働省・総務省の共管として消防法の一部を改正する法律案が、今年4月24日に衆参両議院とも全会一致で通過した(5月1日公布・法律第34号)。ここに改正の概要を述べてみたい。

1. 救急搬送・受入れに関する協議会の設置

・都道府県に、傷病者の搬送・受入れの実施基準についての協議及び実施基準に基づく傷病者の搬送・受入れの実施に係る連絡調整を行う協議会(消防機関、医療機関等で構成)を設置すること。

・協議会は都道府県知事に対し、実施基準や傷病者の搬送・受入れの実施に関し必要な事項について意見を述べるができること。

2. 救急搬送・受入れの実施基準の策定

都道府県は傷病者の搬送・受入れの実施基準を策定し、公表すること。

①傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われる医療機関のリスト

②消防機関が①のリストの中から搬送

先医療機関を選定するための基準

③消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準

④搬送先医療機関が速やかに決定しない場合に、傷病者を受け入れる医療機関を確保するために、消防機関と医療機関との間で合意を形成するための基準
ここで述べられている協議会とは、メディカルコントロール協議会と救急医療対策協議会の中間的なもので、都道府県知事に実施基準や搬送受入れの実施に関する必要な事項を意見具申をしたり、関係行政機関に実施基準に基づく傷病者への搬送受入れ実施に関する連絡調整や、協力要請することが役割となる。

また、実施基準に関しては、まず、重症度や緊急度など医学的知見に基づいた適切な搬送医療機関のリストを作成する。このリストの中から救急隊員が医療機関を速やかに選定するための基準作りを行う。もし決定が遅れる場合に、受入れる医療機関を確保するために消防と医療機関の合意形成するための基準を定めるものである。

この基準を、消防機関は傷病者の搬送にあたって遵守しなければならない、受入れるにあたって医療機関は、その尊重に努めることが定められている。

以上、消防と医療の連携推進を目的とした消防法の一部改正について概要を述べた。

舛添大臣「当直問題に労働基準法で切り込む」

麻生首相「勤務医も厳しいが特に看護師の方が厳しい」

5月7日の衆議院予算委員会で民主党の前原誠司議員は、医師の当直問題を取り上げ、政府の見解を求めた。

麻生首相は「勤務医などの状況が厳しいことは認識している。特に看護師の方が厳しくなっていると思っているが、これは是正されるべきであると思っている」という認識を示した。

舛添厚生労働大臣は、「まずは医師の数の問題があるが医師を増やすことにした。また、救急医の手当てとして、診療報酬からではなくて直接的な財政支援をやる。もうひとつは、勤務医の過剰な勤務に労働基準法という武器で切り込むことである」と、当直問題には厳正に臨む方針を明らかにした。

その一方で、麻生首相は「これ(労基

監督署による指導)をパッとある日やると、とても急患はやれませんか(病院が)言って、猛烈に困るのは患者だ。その意味では資金の手当てをきちんとしないと危ないことになる。その点は十分に行政として注意をしてやらないと難しいかなと思っている」と、病院に対する財政支援と並行しながら解決に臨むという考え方をのぞかせた。

その方向として、麻生首相は「今回の補正予算で、都道府県に地域医療再生基金を3,000億円強設けた。この基金を使って色々横の連携をやっていただく」と胸を張ったが、一方で、「それが全て解消するかと言われるとそこまですべて自信があるわけではない」と、状況が困難であることを認めた。

日本医療機能評価機構が09年度サーベイヤーを募集

(財)日本医療機能評価機構は、2009年度の評価調査者(サーベイヤー)を募集しています。応募資格は、①診療管理領域の場合一病院の院長、副院長の経験が5年以上、②看護管理領域の場合一病院の看護部長経験が5年以上、③事務・管理領域の場合一病院の事務長経験が5年以上などとなっています。

応募締め切りは5月22日(金)。詳細は機構のウェブサイトをご覧ください。
http://jcqhc.or.jp/html/project.htm#surveyor 電子メール info@jcqhc.or.jp
Tel.03-5217-2336 (評価事業部直通)

全日病・医法協共催「医療安全管理者養成課程講習会」開催のご案内

当講習会プログラムは厚生労働省「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則っています。

当講習の第1～第3クール全日程修了者に「認定証」を授与します。本講習会は診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たしています。

■日程と会場

- 第1クール(講義) 6月27日(土)、6月28日(日) 定員250名
会場 東京都内 ペルサール九段3Fイベントホール
 - 第2クール(講義) 7月10日(金)、7月11日(土) 定員250名
会場 東京都内 新宿NSビル30F NSスカイカンファレンス
 - 第3クール(演習) 8月から12月にかけて複数回開催を予定(各回2日間)。各回60～70名前後。
会場 東京都内 全日本病院協会(GF会議室)
- *第3クール(演習)は第1・第2クールの講義を修了した方のみが受講でき、複数回の日程から都合のよい日程(1回)を選んでいただきます。

■参加料 8万円

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(本会HPから資料をダウンロードできます)。

お問合せ・お申込先 全日本病院協会事務局(医療安全講習会担当)
Tel.03-3234-5165 Fax.03-3237-9366

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

第1回「医師事務作業補助技能認定」に384名の受験 合格率は69.3%。医療現場だけでなく専門学校生も多く受験か

全日病と(財)日本医療教育財団が共同主催する「医師事務作業補助技能認定試験」の第1回試験が3月28日に実施され、全国で384名が受験、266名が合格した。合格率は69.3%であった。

「医師事務作業補助技能認定試験」は、2008年度診療報酬改定で導入された医師事務作業補助体制加算に対応して創設された、医師をサポートする立場の事務職を対象とした認定制度。同加算

の施設基準である医師事務作業補助者の要件を満たす者(医療従事者)あるいは全日病と同財団が策定した「教育訓練ガイドライン」に適合するカリキュラムの履修者(専門学校生等)が対象となる。

全日病と日本医療教育財団とで設置された医師事務作業補助技能認定委員会(委員長・猪口全日病副会長)が前出ガイドライン、試験基準、試験問題等を作成し、全日病は合格者に会長名で認

定合格証を発行、日本医療教育財団は「ドクターズクラーク」の称号を付与する。

全日病と日本医療教育財団が別枠で提携し、実施している医療事務技能審査の1級試験は、年3回の試験機会です。3月には367名が受験し、118名が合格している(合格率26.2%)

「医師事務作業補助技能認定試験」は年6回の試験ながらも初回で医療事務1級を上回る受験者数を記録した。

医師事務作業補助体制加算の届け出はまだ730病院(08年7月1日現在)と少ない。

これを反映してか、受験者の分布も政令指定都市のある都道府県が多く、病院で実際に医師を補助する立場の事務職とともに、就職に有利と判断した専門学校の受験生が大きな比率を占めているとみられる。

今回の「医師事務作業補助技能認定試験」は5月23日(申込み受付は5月9日で終了した)、次々回は7月25日となっている。

2008年度第4回理事会・第12回常任理事会の詳細 3月14日開催

【主な協議事項】

●健診事業にかかわる施設指定規定の改正

本会の健診事業において、指定の対象となる施設に「制限」と「特例」を設けている本会規定を改正することが承認された。

改正点は、09年度以降新たに本会健診事業への参加を希望するクリニックについては、単独クリニックという要件をつけることなく(会員病院が開設したクリニックであっても)賛助会員として入会することを認めるといもの。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の6名の入会が承認された。
北海道 亀田病院 理事長 蒲池匡文
北海道 北海道泌尿器科記念病院 院長 南谷正水
東京都 南多摩病院 安藤高夫
東京都 調布東山病院 副理事長 小川聡子
神奈川県 高田中央病院 理事長 荏原光夫
沖縄県 名城病院 院長 名城嗣隆
退会が3名あった結果、在籍会員数は2,272名となった。

【主な報告事項】

●人間ドックに関する健保連契約の変更について
健保連と交わす09年度人間ドック契約の変更箇所について報告があった。

改正点は、①人間ドック指定病院等は、その結果を通知する際に特定健診項目については別途の扱いとし、国が定める電磁的記録にもとづいた通知とするよう努める、②特定健診項目以外の通知に関する電磁的記

録の採用は、指定病院等と当該健保組合との個別契約で協議する、③業務中の事故および業務によって生じた事故・損害は原則として当該指定病院等の負担と責任で処理する、ただし、当該指定病院等に故意または重過失がない場合は健保連・全日病と協議する、というもの。

●全日病総研(仮称)について

09年度に創設する全日病総研(仮称)の現時点で検討されている内容が、要旨以下のとおり報告された。

①当面は協会組織内の一部として設置する。
②組織上は委員会と同列に位置づける。
③その運営については、担当理事の下に運営委員会(仮称)を設置して協議する。
④初年度は以下の項目について研究計画を策定し、項目ごとにプロジェクト方式で外部機関(大学研究室を想定)へ委託する。

・ホスピタルフィーのあり方
・女性医師の勤務実態について
・勤務医対策について
・医療安全について(とくに諸外国の状況)
徳田常任理事は「09年度は2つ程度の研究項目から着手し、漸次拡大を図りたい。その絞り込みは、時間的緊急性、学問的価値、現状把握の上での重要性、政策提言の実効性などを視点におきたい」と説明した。

●第50回全日本病院学会東京大会の収支決算

第50回全日本病院学会東京大会の収支決算が報告された。収入(支出)は7,697万6,279円に達した。

2009年度第1回常任理事会の詳細 4月18日開催

【主な協議事項】

●2008年度事業報告(案)

2008年度事業報告案が原則承認を得た。最終的な事業報告案は5月の第1回理事会に諮られた上で、6月の定期代議員会・定期総会にかけられる。

●終末期医療に関するガイドライン(案)

本会が他団体関係者・有識者等とともに設けた「終末期医療に関するガイドライン策定検討会」の手で概ねまとめられた「終末期医療に関するガイドライン(案)」の内容と外部公表が基本的に承認された。

●2009年度研修会・全日病学会の開催

09年度の研修会・全日病学会の開催計画が承認を得た。夏期研修会は石川県支部(神野正博支部長)の担当で、石川県七尾市で開かれる。ブロック研修会は、東海ブロックが5月23日に名古屋市内で、近畿ブロ

ックが6月27日に大阪市内で開催される。

●「職員に選ばれる病院づくり」に関するアンケート調査の実施

「職員に選ばれる病院づくり」に関するアンケート調査の実施が承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の9名の入会が承認された。
北海道 啓生会病院 理事長 岡 五百理
北海道 新日鐵室蘭総合病院 院長 松木高雪
北海道 札幌厚生病院 院長 豊田成司
北海道 玉越病院 理事長 玉越拓摩
神奈川県 日立横浜病院 加地利雄
新潟県 富永草野病院 理事長 草野恒輔
大阪府 杏林記念病院 院長 馬場貞夫
兵庫県 ツカザキ記念病院 理事長 塚崎義人
広島県 マッターホルン リハビリテーション病院 理事長 白川泰山
退会が7名あった結果、在籍会員数は

2,274名となった。

●人間ドック実施施設指定の承認

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

神奈川県 総合新川橋病院
日帰り人間ドック実施指定は486施設となった。

【主な報告事項】

●病院機能評価の審査結果(=Ver.5.0:順不同)

各日付で以下の会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。

【1月19日】

◎一般病院

北海道 札幌北嶺病院 更新
北海道 北斗病院 更新
北海道 えにわ病院 新規
埼玉県 丸山記念総合病院 新規
東京都 木場病院 更新
愛知県 名古屋記念病院 更新
大阪府 淀川キリスト教病院 更新
兵庫県 宝塚病院 更新
徳島県 近藤内科病院 更新
長崎県 桜町病院 更新
鹿児島県 相良病院 更新
沖縄県 那覇市立病院 更新

◎複合病院

北海道 定山溪病院 更新
群馬県 鶴谷病院 更新
石川県 金沢循環器病院 更新
静岡県 神山復生病院 更新
福岡県 小倉リハビリテーション病院 更新
宮崎県 藤元上町病院 新規
鹿児島県 整形外科松元病院 更新

【2月16日】

◎一般病院

宮城県 永仁会病院 更新
福島県 福島第一病院 更新
千葉県 千葉脳神経外科病院 新規
東京都 河北総合病院 更新
岐阜県 松波総合病院 更新
兵庫県 神戸百年記念病院 更新

高知県 竹下病院 更新

沖縄県 豊見城中央病院 更新

◎精神科病院

北海道 石金病院 新規

◎療養病院

鹿児島県 井ノ上病院 更新

◎複合病院

北海道 洞爺温泉病院 更新

北海道 北広島病院 更新

北海道 吉田病院 新規

岩手県 南昌病院 更新

熊本県 菊陽台病院 新規

◎付加機能

リハビリテーション機能(複合病院)

福岡県 長尾病院

【3月16日】

◎一般病院

東京都 滝山病院 新規
神奈川県 牧野記念病院 更新
大阪府 東住吉森本病院 更新
大阪府 湯川胃腸病院 更新
高知県 高知高須病院 更新
福岡県 さくら病院 更新
福岡県 新古賀病院 更新
福岡県 福岡青洲会病院 更新
熊本県 慈恵病院 更新
大分県 天心堂へつぎ病院 更新

◎精神科病院

東京都 東京武蔵野病院 更新

◎複合病院

北海道 札幌しらかば台病院 更新
青森県 八戸城北病院 更新
埼玉県 城戸中央病院 更新
京都府 第二京都回生病院 新規
大阪府 馬場記念病院 更新
兵庫県 立花病院 更新
広島県 井野口病院 更新
福岡県 福岡リハビリテーション病院 更新

上記の結果、3月16日現在の認定病院は合計2,540病院となった。そのうち、本会会員は855病院と37.68%を占めている。

定期代議員・定期総会開催のご案内

下記日程で第93回定期代議員会・第82回定期総会を開催します。

社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

日 時	2009年6月6日(土) 午後1時 (総会は代議員会終了後、午後2時 30分を目途に開催を見込みます)	議 案	(1) 2008年度事業報告(案)について (2) 2008年度決算(案)について (3) 顧問・参与の委嘱について (4) 経営安定化資金制度の見直しについて(福祉医療機構) (5) その他
場 所	ホテルグランドパレス3F白樺 東京都千代田区飯田橋1-1-1 Tel.03-3264-1111		

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

鹿児島学会を11月21日、22日に開催

第51回全日本病院学会 演題登録の受付を開始。6月30日が締切。案内を全会員に送付

11月21日、22日に鹿児島市で開催される第51回全日本病院学会鹿児島大会(上村俊朗学会長)の演題登録受付が4月30日から始まった。

第51回全日本病院学会は鹿児島県支部(上村俊朗支部長)の担当で開催される。メインテーマで「地域医療維新」、サブテーマで「崩壊から新生へ 薩摩からの提言」と謳っているように、医療崩壊に直面しながらも、前線で地域医療を支える地域民間病院の、医療新生に向けた情報発信を企図し、現在、プログラムが計画されている。

鹿児島学会の実行委員会(銚之原大助委員長)は、すでにパンフレット、ポスターの制作を終え、このほど演題登

録の細目を決め、4月末に応募要領を全会員に送付した。

それによると、演題登録の締切は6月30日。登録はインターネット方式に限定し、学会ホームページを使って受け付ける。

演題のジャンルは21項目(別掲)。今回はポスター演題は取り入れていない。

事前参加登録は7月1日から受け付けを開始する。

南洲西郷隆盛や大久保利通だけでなくNHK大河ドラマで有名になった篤姫も薩摩・島津家の出身。明治維新をリードした薩摩の地で開かれる全日病学会は会員から関心を集めるものと思われ、遠方ながら、多くの参加を得るものと期待されている。

第51回全日本病院学会鹿児島大会

メインテーマ「地域医療維新」
サブテーマ「崩壊から新生へ 薩摩からの提言」

担当支部 ●鹿児島県支部(上村俊朗支部長)

会期 ●11月21日(土)～22日(日)

会場 ●鹿児島市 城山観光ホテル

学会長 ●上村俊朗 医療法人恵愛会上村病院 理事長

実行委員長●銚之原大助 医療法人卓翔会市比野記念病院 理事長

ホームページ <http://www.c-linkage.co.jp/ajha51/> (全日病HPに鹿児島学会HPのボタンがある)



09年度の委員会体制が決まる

4月18日に開催された2009年度の第1回常任理事会は09年度の委員会体制を決めた。

08年度に19あった委員会を、統合を経て14の委員会へと整理する一方、新たに、医師事務作業補助技能検定および無料職業紹介事業を担う委員会を新設するとともに、シンクタンクを委員会と同列に位置づけた。

また、別枠としてプロジェクト部門を設け、50周年記念行事および公益法人改革対応の各プロジェクトチームを

同部門に位置づけた。

その上で、事業の性格にもとづいて、全委員会を、①管理部門、②専門部門、③研究部門、④事業部門の4領域に分けた。

委員選出にあたって、西澤執行部は、①委員数は外部委員を含めて7名以内とする、②委員の掛け持ちは3委員会以内とする、という2点を原則にあげた。また、西澤会長は「若手の活動家を何名か委員に起用したい」と述べ、当該委員の推薦を求めた。

●事前参加登録(オンラインでのみ受け付け) 事前参加登録期間 7月1日～10月9日

参加費

事前登録	理事長・院長	30,000円	左記以外の方	10,000円
当日登録	理事長・院長	35,000円	左記以外の方	12,000円

●演題登録(演題発表は口頭発表のみ。応募はオンラインのみ)

募集期間 4月30日～6月30日

発表領域

1. 診療	2. 看護	3. 在宅医療・看護
4. 介護	5. 病院管理・事務管理	6. 栄養・給食
7. 薬剤	8. 臨床検査	9. 放射線
10. 入退院調整・社会復帰	11. リハビリテーション	12. 医療機器管理
13. 医療情報システム	14. 健診・健康増進	15. 救急防災
16. 安全確保	17. 質向上	18. 施設設備管理・環境保全
19. 感染防止・感染対策	20. 地域連携・医療計画(4疾病5事業)	21. その他

第51回全日本病院学会鹿児島大会事務局

〒890-0053鹿児島市中央町8-1 鹿児島県医師会館内 Tel. 099-254-8121

Fax. 099-254-8129 E-mail/ajha51@c-linkage.co.jp

演題登録に関する問合せ先

(株)コンベンションリンクージ九州本部 Tel.092-437-4188

2009年度の委員会および委員長

	委員会	2008年度委員会の異動	委員長
管理部門	総務・財務委員会	総務・財務・諸規定各委員会を統合(企画室委員会が担っていた会員増強の活動を含む)	猪口正孝
	広報委員会		織田正道
専門部門	医療制度・税制委員会		小松寛治
	医療保険・診療報酬委員会		猪口雄二
	介護保険制度委員会		木下 毅
	医療の質向上委員会	医療安全対策委員会を吸収	飯田修平
	医療従事者委員会		大橋正實
	病院機能評価委員会		木村 厚
	学術委員会	企画室・国際交流各委員会を統合	川島 周
	救急・防災委員会		石原 哲
	人間ドック委員会		西 昂
研究部門	病院のあり方委員会 シンクタンク	新設	徳田禎久
	医療事務技能審査委員会		西澤寛俊
事業部門	医師事務作業補助技能認定委員会	新設	猪口雄二
	個人情報保護担当委員会		飯田修平
	無料職業紹介事業	新設	
プロジェクト	50周年記念行事		安藤高朗
	公益法人改革対応		猪口雄二

委員名簿を5月の第1回理事会までに 固め、正式に理事会に諮る。

2008年全日病病院防災訓練(大規模災害訓練)実施の報告

病院全体の防災機能を高めるためには大規模災害訓練が必要

災害は他人事、防災マニュアルで安心。だが、訓練シナリオの作成で院内の意識が変わった

社会医療法人財団天心堂へつぎ病院 副院長 林 良彦

天心堂へつぎ病院(大分県大分市・173床)は、3月20日の祝日に、全日病の協力を頂いて大規模災害訓練を実施することができました。

訓練を思い立った最初のきっかけは、昨年3月の第11回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムでした。それまでは漠然としていた「災害に強い病院づくり」とか「防災訓練」という観念が具体性を帯びたのは、当フォーラムにおける講演とフォーラム後の情報交換会によってでした。

防災訓練と言えば、自院ではただ単に火災訓練で避難訓練を重ねていただけですが、全日病が災害訓練をする病院を募集している話をロジ(調整員)が聞きつけ、それならば参加してみようということになりました。

そこから日本DMATの研修に参加し、阪急電車の底をくぐり抜けた結果、日本DMAT隊員に登録して頂きました。さらに、大分DMATの訓練を受け、大分DMATチームとして追加指定を受ける事ができました。

その後、各地域で施行されている災害訓練にも参加しました。しかし、大分DMATのチーム力の底上げに努力を重ねる一方で、自院における防災機能は手付かずのままでした。

そこで、病院全体の防災機能を高めるためには、やはり、大規模災害訓練をしなければならないと改めて思ったり、まず、石原哲先生(全日病救急・防災委員長)の著書「病院防災ガイドブック」を買って求め、地震災害でのフルスケールプランニングを計画し、シナリオを策定しました。

シナリオの構成は、①ライフライン途絶時の対応訓練、②避難訓練、③行政・消防・警察との通信訓練、④トリアージ訓練、⑤地域消防隊などボランティアの受入訓練、⑥広域搬送訓練、からなります。

具体的な設定は、大分県南で大地震が発生、建物倒壊などの被害があるものの大分市内の被害は比較的軽微で、病院機能は電力回復しさえすれば維持できるというものです。このシナリオを毎日のように書き直しました。

こうした取り組みから生じた大きな変化は、これまでは、防災マニュアルはあるものの大地震はどこか遠くで起きるものという気持ちでいたのですが、防災対策を各部署が真剣に考え始めたことでした。

これは一番大切なことであり、その時点で、大規模災害訓練は半分成功したようなものです。後は、毎日、防災

訓練のイメージ映像とトリアージの実際について、仕事が終わった夕方から各部署の個別訓練を指導しました。こうして、大規模災害訓練の本番を迎えたわけです。

実際に訓練が始まると、各部署との連携、行政・消防との連携など、必ずしも円滑に行ったわけではありませんが、無事に訓練を終ることができ

ました。今後は、大規模災害訓練の結果を検証すると共に、引き続き災害訓練を重ねていくつもりです。

今回の大規模災害訓練にご指導いただいた石原哲先生をはじめ、熱心な救急救命士の皆様、全日本病院協会の事務局には心から災害訓練を応援していただきました。感謝の意を表したいと思います。

津留顧問が旭日小綬章を受章

09年春の叙勲一本会から6名が受章

4月29日付で発令された2009年春の叙勲で、本会顧問の津留水城氏(医療法人社団水光会宗像水光会総合病院理事長=福岡県福津市)が旭日小綬章を受章した。

津留水城氏は1987年(昭和62年)4月

に代議員に選出された後、89年(平成元年)4月から理事、91年4月から2001年3月まで常任理事を務め、01年4月に顧問に就任した。

本会からは他に5名が受章した。

◆旭日中綬章

豊田 堯(秋田県) 医療法人三愛会秋田東病院 理事長(日本医療法人協会前会長)

◆旭日小綬章

稲富洋明(沖縄県) 医療法人晴明会糸満晴明病院 理事長

◆旭日双光章

西 信博(北海道) 医療法人西病院 理事長

山田孝文(埼玉県) 医療法人仁寿会山田病院 理事長

◆瑞宝小綬章

植松正雄(宮崎県) 医療法人和敬会国見ヶ丘病院 理事長