



全日病 NEWS 6/15

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.711 2009/6/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

全日病が「終末期医療ガイドライン」を策定

終末期を定義。リビングウィルを提起する一方、「倫理委等」の役割を明確化

全日本病院協会は「終末期医療に関するガイドライン」を策定、6月8日に厚生労働省医政局に提出した。同時に、厚労省内で記者会見を行ない、西澤会長および徳田禎久常任理事がその概要を明らかにした。

「終末期医療に関するガイドライン」では、終末期を ①医師が客観的な情報に基づいて治療により病気の回復が期待できないと判断する、②患者が意識や判断力を失った場合を除いて患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得する、③患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し、対応を考える、という3つの条件を満たすものと明確に定義、疾病や状態によって様々な終末期が考えられることから、期間を尺度とした定義を排した。

その上で、医療現場の最大の問題である終末期における治療の開始・継続・中止に関しては、可能な限り患者自身の意向を尊重するという立場から、(1)生前意思表示(リビングウィル)がある場合、(2)生前意思表示が不明確か、ない場合の各ケースについて、医療提供側と患者・家族側とがいかに情報提供と話し合いを重ねて方針を決定するかについて、その手順を整理している。

その上で、リビングウィルが不確かで、代弁者もなく、患者の意思が推測不可能な場合には、「他の医師、看護師等と家族を交えて話し合い、治療を開始しない、あるいは

治療を中止することを決めることができる」ようにすると、その決定に関与する

「第三者を含む倫理委員会等」の位置づけを明らかにした。

その一方で、全日病が以前まとめた「終末期医療の方針」(2007年11月)で示した安楽死の問題およびリビングウィル等の法制化については言及を控えている。

ガイドラインは、全日病が設置した「終末期医療に関するガイドライン策定検討会」(座長・徳田禎久全日病常任理事)の手で4月にまとめられ、5月の第1回理事会で承認された。

同検討会は、日医、看護協会、日本救急医学会、病院2団体、報道4社、有識者、患者団体ほか関係者の参加を得て2007年12月に発足、10回にわたる議論を重ね、今回のガイドラインをまとめた。

同検討会座長の徳田常任理事は、「医療現場で活用していただくだけでなく、国民各層に終末期の問題を考えてもらうために、ガイドラインの啓蒙と普及に尽くしたい」と語っている。(4・5面に「終末期医療ガイドライン」の全文を掲載)



▲全日病は一般紙各社に終末期医療GLを発表した(6月8日)

病院耐震化補助は2次救急病院も対象。負担は「少額」

医療施設耐震化臨時特例交付金 県は9月に国に交付申請。希望病院は8月中旬に県に指定申請する必要

5月29日に成立した2009年度補正予算に、①病院耐震化整備事業に対する交付(医療施設耐震化臨時特例交付金)、②「地域医療再生計画」にもとづいた施設整備事業に対する交付(地域医療再生臨時特例交付金)が計上された。

厚生労働省は6月5日付通知で前出事業に対する交付金の交付要綱などを公表したが、医政局の三浦公嗣指導課長は、6月6日に開催された本会第93回定期代議員会・第82回定期総会後の特別講演で前出事業にかかわる補助の概要を紹介し、その活用を訴えた。

2事業は、いずれも都道府県が設置する基金に国が資金を交付し、各都道府県が事業計画に基づいて指定する施設(群)に助成金を交付するというもの。4月10日に政府が決定した「経済危機対策」の一環をなす措置であるが、その「経済危機対策」によって、これら補助と併せた医療機関向け優遇融資も実施される。

6月6日の本会代議員会において、(独)福祉医療機構の瀬上清貴理事は、①「経営安定化資金」拡充による対病院優遇融資、②「耐震化整備に伴う建築資金の優遇融資」、③「地域医療再生計画」にもとづいた施設整備事業への優遇融資の概要を説明した。

優遇融資施策のうち、①については既に公表されている(本紙5月1日号掲載)が、②③に関しては、前出交付金交付要綱等の公表に先駆けた説明となった。

今回の、国庫による補助と福祉医療機構による優遇融資は、いずれも、医療機関の経営安定化や地域医療の確保を支援することが目的であるが、景気

対策という面からも大型の予算が生まれ、医療施設耐震化臨時特例交付金には1,222億円、地域医療再生臨時特例交付金には3,100億円が投入された。

耐震工事の助成対象は未耐震と証明された建物と耐震診断でIs値が0.6未満の建物。これまで、耐震化工事に対する補助は改修が対象であった。しかし、今回は新築建て替えも対象とされたほか、災害拠点病院や救命救急センターとともに2次救急の病院も対象に追加された。補助率は国が1/2、県が1/2以下だが、実質的な負担はかなり少なくなるとみられる(6面三浦指導課長講演を参照)。

WHO 新型インフルエンザの警戒水準は6に

世界保健機関(WHO)は6月11日、新型インフルエンザの警戒水準を最高の6に引き上げ、「世界的大流行(パンデミック)」が始まったと宣した。WHOが調べた6月10日現在の感染者は75カ国・地域で2万7,737人(死亡141人)。フェーズ6は1968年～70年の香港風邪以来で、オーストラリアやチリなど冬季を迎えている南半球における感染の持続的な拡大が決め手となった。ただし、WHOは新型インフルエンザの重症度については「中等度」と評価している。

フェーズ6を受けた会見で、舛添厚生労働大臣は、「先見直した基本的対処方針を維持する。ただし、秋口から第2波が起こる可能性がある。感染拡大を早期に探知する監視体制の強化や、重症患者を中心とした医療体制の見直しを検討したい」と述べた。

期間は2年間であるが、2011年3月末までに着工すればよく、時間的猶予も確保された。ただし、各都道府県はこの8月までに国に交付金の申請をしなくてはならず、耐震化整備の対象施設の指定を8月中には終えなければならないため、各病院は迅速な経営決断にもとづいて県に申請を起す必要がある。

一方で、病床過剰地域における新築建て替えに関しては当該病棟病床を1割削減するという条件が課せられる(非過剰地域でも過去3年の病床利用率が80%以下の場合は県医療審議会等の意見を聞いた上で病床の削減が決められる)と

厚労省が発表した6月12日午前11時現在の国内感染者は539人。成田空港の「水際対策」で確認された10人を含めると549人になっている。

【新型インフルエンザにかかわる厚労省等の主な情報(5月28日以降)】

- 5月28日付事務連絡「新型インフルエンザの診療等に関する情報(抗インフルエンザ薬の予防投与の考え方等)に係るQ&Aの送付について」新型インフルエンザ対策推進本部
- 5月28日「A病院職員新型インフルエンザ発生事例報告」国立感染症研究所感染症情報センター
- 5月31日「医療機関における新型インフルエンザ感染対策」国立感染症研究所感染症情報センター
- 5月31日「新型インフルエンザ患者発生後の施設における環境整備について」

いう制約があるものの、とくに、1981年の建築基準法改正前に施工した耐震基準に満たない建物は、この補助を活用して、建替新築が可能ともなる。

代議員会で講演・説明した三浦指導課長と瀬上福祉医療機構理事は、口を揃えて「耐震化にかかわる補助金と優遇融資は絶好のチャンスである」と強調し、その積極的な活用を訴えた。

また、三浦指導課長は、「政府が交付金を計上しても、都道府県や市が補助事業を予算化しない限り動かない。医療機関や病院団体は予算の中身を掌握し、地域に必要な施策については自ら首長に訴えて補助事業を実現させるという働きかけも必要である」と提起、地域医療を守るためには自ら動くことが欠かせないという認識を披露した。(3・6面に詳細情報を掲載)

国立感染症研究所感染症情報センター

●6月1日「医療機関におけるハイリスク者に関する感染防止策の手引き」国立感染症研究所感染症情報センター

●6月1日付事務連絡「地域活性化・経済危機対策臨時交付金の新型インフルエンザ対策への活用について」健康局結核感染症課

●6月5日付事務連絡「新型インフルエンザの重症患者を感染症病床の定員を超過して入院させる場合等の取扱いについて」

●6月8日付事務連絡「新型インフルエンザの発生に伴う介護予防通所介護事業所等の休業期間中の介護予防サービス費の算定等に関するQ&Aの送付について」老健局老人保健課

●6月9日付事務連絡「地域活性化・経済危機対策臨時交付金」等の社会福祉施設等に係る新型インフルエンザ対策への活用について」老健局総務課他3課

清話抄

インフルエンザと院内感染

近畿圏の病院は、今回の新型インフルエンザに例外なく翻弄された。「感染者の診察忌避」は、5月8日に厚労省から「応召義務に当たらない」旨の発表があり、その正当性が認められた。

そもそも、多くの病院が何故ここまで慎重になったのか、発熱した入院患者や一般患者が何故「発熱外来」まで

行かなければならないのか、一般病院が何故診察できないのか。医療従事者以外には、難解だったかもしれない。

それは院内感染の恐れが多分にあるからで、医療人には至極当然のことである。一旦院内感染を起してしまうと、たとえ弱毒性であったとしても死亡者が出る可能性が高く、「感染の疑いのある患者の診察回避」こそ、リスクを未然に防止する最良の策だからである。

感染が広がり始めた頃、保健所から「なぜ診察できないのか。応召義務違

反では」と叱られたことがあった。病院が、何故、いま、どれ程、感染症に神経を使っているのか、いまま少し御理解戴けたらと、首を傾げたものである。

現在、厚生労働省は再度、新型インフルエンザ対策を検討している。また、四病院団体協議会もワーキングチームを作り対策を練り始めている。

私見ではあるが、この度決定通知されたワクチン接種の優先順位等に、医師や看護師には接種権があるが、検査技師、放射線技師、看護助手、メディ

カルクラーク、受付事務職員等の優先順位は低い旨が記されているのは何故かとも思う。

病院の医療はあらゆるスタッフが丸となりチームで動いて始めてなし得る。医師と看護師のみで成り立っているわけではない。行動計画を含め、もう一步踏み込んだ検討をお願いしたい。

現在も、最前線の一般病院で新型インフルエンザの疑いのある患者さんを診察されている病院スタッフの皆さん、本当にご苦労さまです。(小)

主張

「病院力」は自院の未来を変える。「協会力」は制度や政策を変える。改革に「協会力」を集中させようではないか！

能登半島で医業を営む当院では、医療圏が異なっているとしても、公共交通機関や車で通える範囲から来院する患者が98%~99%を占める。これに対してわが地元の観光地・和倉温泉に来院する客の90%以上は地域外から非日常を求めてやってきている。温泉ホテルは地域外にその収益を依存する、いわば外貨獲得産業かもしれない。

諸兄の病院の患者のどのくらいの割合が通える範囲以外から来ているだろうか？ほんの一部の特殊な専門病院を除くと、大半の患者は地元民で

あるはずである。アメリカのMayo Clinicでは50%が地域外だという。世界のMayoでも半分は地元民なのである。ならば、医療ほど地域密着なる産業は他にないのではなかろうか。

すなわち、我々がどんなに素晴らしい医療を提供しても、地域が崩壊し、地域から住民がいなくなってしまう、我々も廃れるしかない。逆に、医療が崩壊し、病院がなくなった地域から、住民は安心を求めて去っていく。

我々に必要なことは、他所の地域の病院が、地域の背景の異なる病院

がやっていることを真似るのではなく、羨むのでもなく、地域に密着した、地域に必要な病院づくりである。そこでは、われわれ病院管理者の思いと、共に働く職員の思いを、地域住民の思い、地域社会の思いと重ねていくEmpowerment「病院力」が必要であろう。

しかし、自らの病院の努力だけでは購えない部分も存在する。政策であり、世の中の制度であり、教育などである。例えば、医療制度のあり方からその財源、医療費の分配にかかわる診療報酬制度、看護職員の需

給などへの提言である。これらはいくら個で声を上げてその力だけでは叶えられない。徒党を組んで皆で協力し、声を大きくすることで叶えられるかもしれないのである。これぞ、団体の力であり、われらが「協会力」であろう。

自らの母体の運営と地域における存在意義の確立では決して人に頼らない。徒党を組んでも仕方がない、自己責任の範囲であるからだ。したがって、徒党を組んでこそ実現する直しに、「協会力」を集中させていきたいものである。(K)

改定5ヶ月前までに届け出れば当該年度末に退出できる

基本小委 DPC退出ルール決まる。特別の理由があり緊急に退出するケースは中医協が判断

6月3日の診療報酬基本問題小委員会は「DPC対象病院への参加及び退出のルール等」について議論した結果、下記内容で臨むことで合意した。

DPC対象病院への参加及び退出のルール等 診療報酬基本問題小委 6月3日

1. DPC対象病院に参加する場合

(1)参加の要件

以下のすべての要件を満たしている場合に認める。

- ①当該病院が参加の意思があること
- ②DPC対象病院に参加する直前の2年間に準備病院の基準をすべて満たしていること

【DPC準備病院の基準】

ア. 7対1又は10対1入院基本料の届出をしており、急性期入院医療を提供する病院である。

※7対1又は10対1の届出をしていない病院は満たすべく計画を策定しなければならない。

イ. 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。

※診療録管理体制加算を算定していない病院は算定すべく計画を策定しなければならない。

ウ. DPCの調査に、標準レセプト電算

処理マスターに対応した正確なデータを適切に提出している。

エ. 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上開催している。

③DPC対象病院に参加する時点でDPC対象病院の基準をすべて満たしている。

【DPC対象病院の基準】

ア. 7対1又は10対1の届出を行っており、急性期入院医療を提供する病院である。

イ. 診療録管理体制加算の届出を行っている。

ウ. DPCの調査に、標準レセプト電算処理マスターに対応した正確なデータを適切に提出している。

エ. 過去2年間(10ヶ月)の調査期間の(データ/病床)比が8.75以上である。

※DPC対象病院は適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催することが義務となる。

(2)参加の手続き等

診療報酬改定の5ヶ月前までに厚労省に申請し、参加の要件を満たしている

場合、当該診療報酬改定の年度当初より認める。参加が認められた場合は速やかに患者及び関係者に周知すること。

2. DPC対象病院から退出する場合

(1)退出の要件

原則としてDPC対象病院基準のいずれかを満たせなくなった場合

(2)退出の手続き等

・DPC対象病院の基準のいずれかを満たせなくなった場合は速やかに厚労省に報告し、退出する。なお、ア、イ、ウの基準を満たせない場合は3ヶ月の猶予期間を設け、3ヶ月を超えてもなお、基準を満たせない場合には退出する。

※猶予期間はマイナスの機能評価係数を算定する。

・DPC対象病院の基準を満たしていても診療報酬改定の5ヶ月前までにその理由等を添えて厚労省に届け出れば、当該改定の前年度末に退出することができる。※届け出られた理由等は中医協に報告される。なお、特別の理由があり、当

該改定の前年度末以外に緊急に対象病院から退出する必要がある場合は、退出の認否を中医協が判断する。

(特別の理由の例)

①医師の予期せぬ退職等により、急性期入院医療を提供することが困難となった場合

②当該病院の地域での役割が変化し、慢性期医療を提供する病院となった場合

(3)退出する病院の周知、データ提供等

①退出する場合は速やかに患者及び関係者に周知する。

②DPC対象病院から退出した病院が継続して急性期入院医療を提供する場合は、退出後2年間、引き続きDPC調査データを提出する。

(4)その他

特定機能病院は閣議決定により包括評価を実施することが定められており、DPC対象病院から退出することができないため、再度基準を満たすまでの間、マイナスの機能評価係数を算定する。

「病院と勤務医の手厚い配分とすべき」

2010年度予算編成の建議 改定率よりも改定の内容を重視。プラス改定に含みを残す。

6月3日の財政制度等審議会は2010年度予算編成に対する建議をまとめた。社会保障制度については「他の分野と同様、ムダ・ゼロの徹底、効率化・合理化などの不断の改革努力は必要であり、歳出改革の基本的方向性は維持する必要がある」と従来の考え方を堅持しつつも、「医師確保対策等、必要な対応は行う必要がある」と含みを残した。

また、社会保障国民会議最終報告(08年11月)と、それを踏まえて「中福祉・中負担」の社会保障制度構築を打ち出した「中期プログラム」(08年12月閣議決定)等を踏まえた国民的な議論を進めるべきであるとも提起、抑制一本槍の路線とは一線を画した。

医療に関しても、例年よりも頁を割いて「医療提供体制をめぐる問題の所在」を論じている。その中で医師偏在の是正として、(1)医療費配分の見直し(経済的手法)、(2)医師適正配置(規制的手法)に向けた検討、の2点を打ち出した。

医療費配分の見直しについては、①診療所に比して病院の診療報酬を手厚くする、②医師の能力に応じた配分を可能とする、という見直しの方向を提唱するとともに、中医協以外でも配分をめぐる議論ができるようにすること、さらには、委員の構成も含めた中医協

のあり方そのものを見直すことも検討課題にあげた。

医師適正配置に向けた検討課題には、開業制限や勤務選択への公的関与を認めている諸外国の例などをあげ、規制介入の可能性を検討するよう求めている。

10年度改定に関しては、「診療報酬の引上げは民間賃金や公務員給与及び物価の動向なども十分に踏まえ、検討していく必要がある」とマイナス改定やゼロ改定の示唆は控える一方、「次期改定においては、上述のような諸課題への取組を行うとともに、診療報酬総額についての議論のみならず、むしろ病院・診療所間の配分が適切に行われるよう、その配分の抜本的な見直しを行うことが重要である」と指摘、病院の診療報酬を「引き上げる」方向を示唆するとともに、その前提となる課題を強調した。

6月7日に鹿児島市で講演した自民党の園田政調会長代理は「診療報酬をさらに引き上げて医療供給体制を確立することを具体的に示して総選挙に臨むべきである」と言明するなど、自民党内には、2,200億円抑制の廃止とともにプラス改定を求める声が高まっている。

今回の建議は、直接には「社会保障

費の伸び2,200億円抑制」に触れていない。財政制度等審議会の西室会長は会見で「あらかじめ金額を決め、実際の伸びに対してその金額を抑制しろとい

う時代ではなくなったと認識している」と発言しているが、建議でも、2,200億円抑制の根拠となった06年の「骨太の方針」に書き込まれた「(11年度にプライマリー・バランスを黒字化させる)目標達成は困難と言わざるを得ない」と認めている。「2,200億円抑制」の根拠はなくなったとみるべきであろう。

基本方針2009(素案)

「次の医療計画改定までに急性期医療の指針を作成」

6月9日の経済財政諮問会議がまとめた「基本方針2009(素案)」に、11年度までに実施する重要事項として、①急性

期医療の新たな指針の作成、②医師と看護師等との役割分担を一層明示・普及することなどが盛り込まれた。

基本方針2009(素案)の「中期プログラムの別添工程表で示された諸課題のうち2011年度までに実施する重要事項」から 6月9日 社会経済財政諮問会議

(医療)

- ・地域医療再生のため、5年間程度の基金を都道府県に設置し、地域全体での連携の下、計画にしたがって地域医療再生・強化を図る。
- ・2013年度からの都道府県医療計画の改定に向け、急性期医療の新たな指針を作成する。
- ・10年度に見込まれる診療報酬改定において、「選択と集中」の考え方にに基づき、診療報酬の配分の見直しを行うとともに、救急、産科等の体制強化などの方策を検討する。
- ・地域間、診療科間、病院・診療所間の医師の偏在を是正するための効果的

な方策を講ずる。

- ・看護師等の専門性を更に高めるとともに、医師と看護師等との役割分担が可能な行為を一層明示・普及する。
- ・11年度当初までのレセプトの原則完全オンライン化を進める。

(介護)

- ・特養、老健施設、認知症高齢者グループホーム等の緊急整備を進める。(09年度補正予算)

(医療と介護の連携)

- ・医療と介護が連携したサービスを提供するための診療報酬と介護報酬の同時改定に向けた検討を進める。

5年間の計画で地域医療機関の連携・再編を推進

地域医療再生臨時特例交付金 整合性を確保するために医療計画の見直しも。財源つきの上位計画か？

厚生労働省は6月5日付で2009年度の「医療施設耐震化」並びに「地域医療再生」にかかわる臨時特例交付金に関

する事務次官通知(交付要綱等)および医政局長通知(交付金の運営等)をそれぞれ発出し、各都道府県知事へ送

付した。

以下は「地域医療再生臨時特例交付金」に関する通知の概要である。(1面

記事を参照。耐震化に関する臨時特例交付金は別途6面に掲載)

6月5日付厚生労働事務次官通知(医政第0605003号)別紙「平成21年度地域医療再生臨時特例交付金交付要綱」から

この交付金は、地域における医療課題の解決に向けて策定する地域医療再生計画(医療圏単位での医療機能の強化、医師等の確保等の取組その他の地域における医療に係る課題を解決する

ための施策について、都道府県が定める計画をいう)に基づく事業を支援するため、都道府県に設置する基金の造成に必要な経費を交付することを目的とする。

達成すべき医療に関する目標

(1)の地域における医療提供体制のあり方に関して、地域医療再生計画を実施することにより達成する全体的な目標(大目標)を定める。あわせて、大目標の達成状況を把握・評価するため、大目標に関する指標の数値目標を定める。数値目標の設定に当たっては、必要な医師数、救急搬送に要する時間など、可能な限り、具体的かつ定量的な目標を設定、年度ごとの事業計画でも目標を定める。

(6)目標を達成するために行う事業の内容
地域医療再生計画では、対象地域の実情に応じて、当該地域の医療課題を解決するために必要な事業を定める。例えば、救急医療の確保が課題となっている地域においては管制塔機能を有する医療機関を設置するために必要な事業等を、医師確保が課題になっている地域では地域の医療機関に一定期間勤務した場合に返還を免除する医学部生向けの奨学金貸与事業等を、それぞれ定めるものとする。

●地域医療再生計画作成等に係る手順
(3)管内すべての2次医療圏の中核的医療機関の意見を聴いた上で地域医療再

生計画の対象地域を選定。

(4)対象地域の医療機関、医育機関、診療・調剤に関する団体(医師会、歯科医師会及び薬剤師会)、市町村等の関係者に意見を聴取。

(8)地域医療再生計画(案)について都道府県医療審議会又は医療対策協議会へ意見を聴取。

●医療計画等との関係

地域医療再生計画の作成に当たっては、必要に応じて都道府県医療計画を見直すなど、都道府県医療計画その他都道府県が定める関係計画と調和が保たれるようにする。また、公立病院改革プラン及び各都道府県で策定された「再編・ネットワーク化に関する計画・構想等」との整合性に留意する。

●地域医療再生計画の変更

地域医療再生計画を変更しようとするときは、あらかじめ、対象とする地域における医療機関、医育機関、診療・調剤に関する(医師会、歯科医師会及び薬剤師会)等の関係者、都道府県医療審議会又は医療対策協議会及び対象とする地域を管轄する市町村の意見を聴取する。

●事業ごとの総事業費

事業	基準額
1. ①2次医療圏において、医療機関の再編その他の地域における医療課題の解決に必要な事業であって、地域医療再生計画で定めるもの ②2次医療圏の単位で実施するよりも都道府県全体で実施することが効率的な事業であって、地域医療再生計画で定めるもの(2②以外のものに限る)	100億円
2. ①2次医療圏(1①以外の地域に限る)において、医療機関の連携強化その他の地域における医療課題の解決に必要な事業であって、地域医療再生計画で定めるもの ②2次医療圏の単位で実施するよりも都道府県全体で実施することが効率的な事業であって、地域医療再生計画で定めるもの(1②以外のものに限る)	30億円

●申請手続

交付金の交付申請は12月16日までに厚生労働大臣に提出する。(編集部注 都道府県による地域医療再生計画の提出期限は10月16日)

(以下は「地域医療再生計画作成指針」より)

■「地域医療再生計画作成指針」(医政局長通知・医政発第0605009)より

●記載事項

(1)地域医療再生計画は特に解決すべき

課題を有する2次医療圏を対象として定める。ただし、医学部生向けの奨学金貸与事業など、都道府県全体で実施した方が効率的な事業は都道府県全体を対象として定めることができる。多数の2次医療圏を対象として地域医療再生臨時特例交付金を少額ずつ交付する計画は望ましくない。

(2)地域医療再生計画の期間は平成25年度末までの5年間以内とする。

(5)計画期間の終了日まで(1)の地域で

「12年度同時改定で大胆な改革。10年度はその前哨戦」

6月11日に東京都内で開かれた日本医療経営学会のセミナーで、厚生労働省保険局医療課の宇都宮啓企画官は2010年度新診療報酬改定の方向性について講演、「政府の中期プログラムに示されている社会保障機能強化の工程表によると2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定時にかなり大胆な改革がなされる。来年度の診療報酬改定は、その前哨戦という赴きになるだろう」と展望した。

同企画官は「議論は始まったばかりであり、確定的な論点を示す段階ではない」と前置きした上で、10年度改定の課題を考える背景として、①経済財政諮問会議の「医療・介護の効率化プログラム」(07年3月)、②社会保障国民会議の最終報告(08年11月)、③

「中期プログラム」(08年12月閣議決定)の3スキームをあげ、「これらから改定の方向が読める」という見方を示した。

中医協については、08年度改定の際に取り上げられた検証項目の影響度評価を取り上げ、とくに、勤務医の負担軽減に関しては「負担軽減の効果があまり認められなかったことから、次の改定では再び重要な課題になるだろう」と予測。

さらに、財政審がまとめた「10年度予算建議」で「次期診療報酬改定では診療所よりもより病院に多く配分されるべきである」と指摘されたことに言及、「重要な論点となることが避けられない」という見方を示した。

DPCに関しては、新たな病院機能評価係数の議論を紹介した上で、新係数

設定の方針に「患者の利点」が盛り込まれていることを指摘。「議論では病院のコストを確保するという面がもっぱら強調されている。しかし、新係数は、患者の利点をどう確保するかとい

う面からも検討されなければならない」と提起した。

その上で、次期改定で導入される新係数から外された評価項目案について、「新係数への切り換えは1回で終わらない。次の改定では外されたが、次々回改定に向けて議論される可能性がある」と指摘した。

第6回機能評価受審支援セミナー(Ver.6.0)―東京会場 開催のご案内

診療・看護・事務の3部門に分けて、それぞれ具体的な内容を説明します

日時●7月19日(日) 13:00~16:00

会場●東京都内 TKP市ヶ谷ビジネスセンター(JR市ヶ谷駅より徒歩約3分)

プログラム●診療・看護・事務の3部門に分かれ、各部門毎にVer.6.0の評価項目から、注意すべきポイントなどを具体的に説明します。

募集人数●診療部門70名、看護部門80名、事務部門80名

参加費●1名につき 会員病院5,000円、会員以外の病院7,000円

*セミナー中に他領域への異動はできませんので、1名につき1領域の申し込みとなります。なお、1施設あたり6名までの申込となります。

申込締切●7月6日(定員に達し次第締め切ります)詳細は全日病ホームページでご確認ください。

問合せ・申込先 全日本病院協会事務局 Tel.03-3234-5165

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3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

個人情報保護を求める家族。だが、本人の意思確認が前提

個人情報保護担当委員会では会員病院から種々の相談を受ける。そこで、各施設が実際に体験した事例から、他の参考になるように施設条件などを具体的に明らかにした対応事例を場面別に整理、「個人情報保護に関するQ&A~実際の事例から学ぶ~」と題したシリーズとして、『全日病ニュース』に連載することで要望に応えることにした。

第3回目は家族への対応についての事例である。

家族間の人間関係は複雑で、一見、家族を代表しているかのように見える方のリクエストでも、背景にある人間関係を反映していることがしばしばある。

患者を預かる現場でも、しばしば「キーパーソン」の言葉に惑わされ、根拠のない要求でも受入れなければならないような風潮がある。

個人情報保護にあたっては、あくまで本人の意思が優先すること、また、病院に不要なリスクを持ち込まないことが肝要である。

(個人情報保護担当委員・東邦大学医学部教授 長谷川友紀)

個人情報保護にかかわる対応事例 その3

Q 母親入院の秘匿を求める長男。見舞いに訪れた長女に個人情報保護は適用されるのか?

●事例

女性の入院患者の長女が見舞いに来

たので、本人の身元を確認の上病室を教えた。後日、長男がなぜ長女に病室

を教えたのか、と苦情があった。長男は、1人の看護師に「誰にも患者を会わせないように」と依頼していたのだ。

●病院の対応

このトラブルは、長男の申し出を聞いた看護師が受付に伝えていなかったために起きた。ただ、今回の問題は長

男と長女の問題であり、これが個人情報保護に該当するのかが疑問である。また、実の母が入院し、実子と確認できた面会者に個人情報保護を理由に病室を伝えないことが良いのか疑問である旨を長男に話し、結局、納得していた。

個人情報保護担当委員会の見解

個人情報保護の対象者は入院中の患者です。患者本人の意思が重要であり、家族の意思ではありません。したがって、長男の希望が患者の意思(=誰にも会いたくない)を反映していることが明らかであれば、採用し、そうでなければ、長女にも面会する権利があります。

この件では、長男から依頼を受けた看護師が上記の旨を長男に回答し、患者本人の意思を確認しておけば避けられたトラブルであったと考えられま

す。

患者本人の意思が不明瞭なままに、この事例での長男・長女のように、家族間の人間関係を反映したリクエストを病院スタッフが受けることがしばしばあります。

安易にリクエストを受けると、あるいはリクエストを聞いたままにしておくと、そのリクエストが受け入れられたと勘違いを生じ、後日トラブルの原因になるので注意が必要です。

最終的には第3者を含む倫理委員会等で対応を決定

治療方針の決定には、経緯、その理由等を詳しく記録しておくべき

終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～(全文) 2009年5月 全日本病院協会「終末期医療に関するガイドライン策定検討会」 *1面記事を参照

I. 本ガイドライン策定の目的

家族が急病で病院に運ばれた時、あるいは長い間治療していた病気について、医師から「これ以上治療しても回復の見込みがありません」と伝えられたとき、あなたはどうか考えますか？

患者が望む医療を実現するためには、医療提供者と患者・家族が十分な信頼関係を築くことが必要です。この信頼関係が最も求められ、特に両者のコミュニケーションが重要な鍵となるのが終末期医療です。

患者が助かる見込みのない状況になった時を、一般に「終末期」と言いますが、終末期の医療の選択は、本人に意識があれば、もちろん本人の意思が尊重されます。しかし、終末期では、患者自身に意識がない、あるいは意識があっても判断力がない状態が多く、その場合は家族にその判断を任せられるのが通常です。

人の死は必ず誰にでも訪れます。しかし、人は暮らしの中で家族と死の迎え方について話し合うことが多くはないのが現実です。

現在、終末期医療を巡って問題となっている内容をまとめてみますと、

- ①終末期となった時どうするのかを、個人で考えたり家族間で話し合ったりすることがほとんどなかったこと
 - ②患者やその家族などが終末期の状態について医師から説明を受けても、治療の内容やその意味、回復の可能性などを判断しにくく、家族としてもその後の対応を患者に代わって決定するには精神的負担が大きいにもかかわらず、終末期の定義も曖昧であり、さらに医療提供者と患者・家族が治療方針などを相談する場が必ずしも保証されてこなかったこと
 - ③終末期において、患者の意思を実現できるような仕組みが必ずしも保証されてこなかったことなどが挙げられます。
- 日本では、個人が病気の状況に合わせ

て事前にどのような治療を受けるのか、あるいは治療の継続を中止するのかなど、の意思表明(リビングウィル)(注1)をすることの必要性がほとんど理解されておらず、普及もしていません。たとえ本人が意思表明をしても、上記のような理由のために、現状では必ずしもその通りにできない場合があります。

医療現場では、患者一人ひとりの尊厳を守り、患者の意思を尊重する努力が行なわれています。しかし、患者、家族の意思が確認できないまま、明らかに死がまぬがれないと予測される状況において、治療の開始・継続・中止の判断をせまられる場合もあります(注2)。

また、患者のつらさを見続ける医師が、家族からの懇願を受け患者や患者・家族の希望に沿ったことから、警察に事情を聴取され逮捕に至るなど、医療提供者側にとっても厳しく難しい問題が起きております(注3)。

この度、全日本病院協会では本検討会を設置し、終末期に医療行為をどこまで行うかについての基準も盛り込んだ「終末期医療に関するガイドライン」を新たに策定いたしました。

本ガイドラインでは、終末期の定義を行うと共に、一定の基準や根拠を示した上で、患者の意思表明や意向を尊重し、医療をいかに開始し、継続し、中止すべきかを盛り込んでおります。患者自身や家族が、終末期をどう受け止めたらよいか、その後の医療をどのように選択すればよいかなどについて考え、自己決定をする際の一助になれば幸いです。

今後は、終末期医療について医療提供者側と医療を受ける側との間で十分な話し合いが行われ、双方が納得する意見集約がなされることを強く望んでおります。

II. 終末期の定義

「終末期」とは、以下の三つの条件を満たす場合を言います(注4)。

- 1. 医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること

- 2. 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること
- 3. 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること

III. 終末期における治療の開始・継続・中止について

1. 生前の意思表明(リビングウィル)がある場合

医師は、いかなる病気についても、その病状、可能な治療法、それを行った場合の病状のみならず生活その他の場面にもたらす影響を含めて説明を行います。終末期においても同様です。

医学の進歩にもかかわらず病気の治療には限界があるため、医療の現場では治療の開始・継続・中止の判断が大変難しい場面がありますが、終末期には特にその判断に苦慮する場面が多く、その際には患者の意思を尊重し対処します。

終末期においては、人工呼吸器や経管栄養、補液、抗生剤などの薬物の使用開始と継続が問題となりますので、普段から病気の状況に合わせて事前にどのような治療を受けるのか、あるいは治療の継続を中止するのかなどの生前の意思表明を明確にし、文書に残しておくべきと考えます。

生前の意思表明を文書として作成する意義は、作成を契機に終末期という状況を自分でよく考え、家族と話し合うことと代弁者を選定しておくこと

で、将来の無用な混乱を避けることにあります。

意思を表明できるうちは、いつでも文書または口頭で内容の変更が出来ますが、救命救急を要する病気や脳の病気などでは自分が判断できない状況に陥ることもありますので、代弁者を決めておくことも大変重要です。

医療提供者は、生前の意思表明の重要性を国民に知ってもらう活動を行うとともに、意思表明が求められることの多い病気や病態を中心に、最新の医療に関する情報を常に国民に提供するように努めるべきです。

2. 生前の意思表明が不明確か、ない場合

本人の言動を常日頃から知っている家族がおり患者の意思が推測できる場合は、その方から本人の意思を聞きます。

この場合、家族は生計を同じくするものとされますが、実際に医療提供者には生計が同じかどうか確認する方法が限られており、家族の範囲を明確にすることはしばしば困難です。同様の理由で家族全員の意向を確認するこ

とも困難です。また、家族の中で意見が異なる場合の優先順位に明確な規定がないことも、本人に代わり家族が意思決定を行う場合の問題を複雑にしています。

生前の意思表明が不確かで代弁者がおらず意思が推測不可能な場合には「治療により回復が期待できない状態」と医師が判断した場合、他の医師、看護師等と家族を交えて話し合い、治療を開始しない、あるいは治療を中止することを決めることができる」ようにすべきです。

この場合、本人との関係が親密であったと推定される方(最近親者)の意向を一番に優先することが現実的と考えますが、家族間で機械的に優先順位をつけることは好ましくありません。

【脚注】

注1 living willのカタカナ表記で、「living」とは「生きている間に」、「will」とは「遺言」を意味します。つまり、「生きている間に、自分自身で書いておく遺言のような書面」のことで、しかも、死後に役立つように書いておく遺言ではなく、生きている間に有効となる書面です。

living willという言葉が使われ始めたのは1970年代で、当時は「終末期に生命維持装置をつけられていた場合には、担当医に装置を外して自発呼吸ができるようにしてもらい、医療の介入なしに寿命がきたら自然に死を迎えたい」という患者の意思を書き残しておくための文書でしたので、死ぬ前に担当医に渡したときに発効していなければ意味がなかったのです。

ニュージャージー州最高裁判所において、世界で初めて「持続的植物状態の患者カレン・アン・クインランさんから生命維持装置を外してよい」とした有名な判決が出て、living willに関する法制化運動がカリフォルニア州で起こった結果、「カリフォルニア州自然死法」(1976)が制定されました。

「末期状態になったときに、生命維持装置を中止するか取り外すようにと、18歳以上の者が知的精神的判断能力を持つ間に、医師に対して文書をもって指示する書面を作成しておく権利をカリフォルニア州民に認める」というものです。

Living willによる自己決定権が、作成後、終末期まで持続しており、医師に対して生命維持装置を取り外す意思表示が法的に保障されました。(京都大学名誉教授星野一正氏論文のまとめ)

このような歴史的背景を持つ「リビングウィル」ですが、本ガイドラインでは、「①自分の意思を記すだけでなく、出来れば代弁者をも決めておくことを理想とするが、②文書で示されたものに限らず口頭での意思表明も認めるもの」として書いています。

注2 救命救急医療の現場においては、心肺停止した状態で運ばれた患者に対し蘇生術が行われることが多いのですが、本人や家族の意向が不明あるいは不統一のために、

最終的には最近親者の意向が重視されるものの、医療提供者は家族全員が状況を理解し考えをまとめるに当たり、可能な限りそれを支援することが必要です。しかしながら、支援を行っても合意に至らない場合には、第三者を含む倫理委員会等で検討しその結論に基づいて対応する必要があります。

治療方針を決定する際は、医療提供者側と家族との信頼関係を損なわないよう、治療方針の決定には、個々の施設が定める様式にしたがってその経緯(説明者、家族名、代表者名、生前の意思表明の有無、代弁か推察か)及びその理由(終末期の判断根拠や治療の限界に関する説明内容および質問と回答内容、納得と同意)等を記録しておくべきです。

回復が期待できない時でも人工呼吸器を装着するなどの延命措置が行われる場合があります。人工呼吸器を外するという行為には法的な問題が絡むため、その後も人工呼吸器の装着が継続されることがあります。

治療の現場では、予定の治療がすべて効果を示さず明らかに死が予測され、余命が数ヶ月以内という状態がおこります。本人の意思が明確な場合は、その後の治療の選択は個別に対応しますが、いまでも正確な病名を本人に伏せたまま治療が行われる場合があります。家族の考え方が治療に影響を及ぼすこともあります。

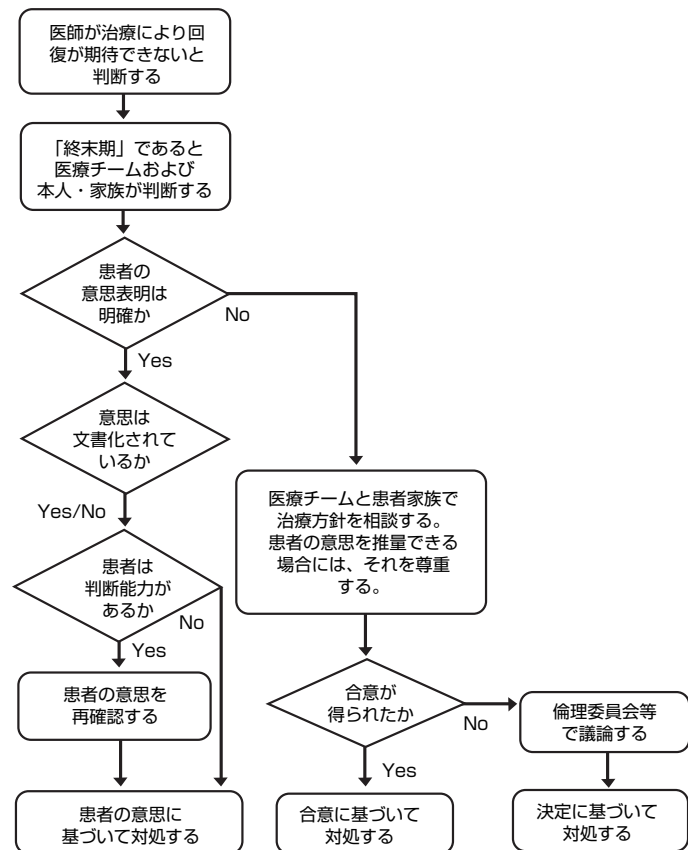
長期療養中の患者が呼吸器疾患や心不全などで病態が悪化した場合や呼吸機能が低下する難病の進行により死が予測される事態に至った場合にも、人工呼吸器を装着するのかどうか、その対応が大変難しい場面があります。

注3 回復の見込みのないとされる患者・家族からの要望で人工呼吸器を外したため医師が書類送検されたり、末期がん患者の要望で医師が塩化カリウムを大量投与して心停止させて逮捕されたりするなどの事件が報道されました。

こうした報道では、医師の判断の仕

(5面に続く)

【参考】終末期医療の方針決定に至るフローチャート



「終末期医療に関するガイドライン」策定の経緯と議論の内容について

ガイドラインの患者・住民への啓蒙・広報を会員に期待

各界委員の意見相違を乗り越え、国民・医療関係者により判りやすいものが策定できた



「終末期医療に関するガイドライン」策定委員会座長 徳田 禎久

この度、「終末期医療に関するガイドライン」策定委員会において「終末期医療に関するガイドライン」を策定、国民をはじめ医療関係者に公表し周知するための活動を5月の理事会で承認いただいた。

ガイドライン策定の経過を時系列に従って説明し、会員諸氏にいかにもこの内容となったのかを認識いただくと共に、職員や患者および住民の方に対する啓蒙と広報をお願い申し上げる次第である。

ご存知のように、全日病は、「病院のあり方に関する報告書2007年版」で初めて「終末期医療」を取り上げ、安楽死の現状、医療介護の現場における終末期医療のあり方、リビングウィルと安楽死のあり方を示した。

「終末期医療」に関しては厚労省内でも検討会がもたれ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が示されたが、医療現場では決定プロセスのみでは実効性がないとの声が多く挙がっている。

その後、病院のあり方委員会では、報告書の提言を具現化する作業を進める中で、「終末期医療の指針」(平成19年11月＝別掲)を発表し、この中で、簡潔に終末期の定義を行い、積極的安楽死・消極的安楽死に対する基本的考え方と消極的安楽死に関する判断基準を示すと共に、リビングウィルに関する啓蒙活動の必要性を謳っている。

さらに、委員会では、国民に「終末期医療」の問題点を知ってもらい自らの

対応を考えてもらうことの重要性や、現場で求められている治療の開始・継続・中止に関する具体的な対応を示し、患者・家族・医療関係者の意見集約をすべきであることを再確認し、関係者と改めて広く議論をする機会を持つべしとの結論に達した。

そこで、医療関係者を中心に各界の有識者の参加のもとに、終末期医療のあり方に関して再検討し、実効性があり国民の合意が得られるガイドラインの作成を目的として「終末期医療に関するガイドライン」策定委員会を設置した次第である。

平成19年12月21日に第1回目の検討会を開催し、以降10回の検討会開催を経て、「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～」がとりまとめられた。

具体的なガイドライン策定の過程では、医療関係者のみならず国民にも周知され、かつ、考えていただくために基本的な重要事項を明確に示すことと、いかに判りやすい文章とするのことに腐心した。

他参加団体からすでに公表されているガイドラインとその基本的考え方を聞き、全日病の指針作成の考え方と比較、不足部分がないかどうか、考え方の差異は何なのかを確認し、何度かのたたき台提示の中で主要課題を絞る作業が進められた。

最終的に記載する内容として、1. 終末期の定義をする 2. 一定の基準や根拠を示した上で、患者の意思表示や意

向を尊重し、医療をいかに開始し、継続し、中止すべきかについて基準を作ることが決定された。

「終末期」の定義に関しては、誰がどのような形でいつ判断するのかという観点で大いに議論されたが、医師の判断を患者・家族・現場の医師・看護師等医療関係者が確認し、しかも、本人を含めて死を予測することが必要として、3つの条件に意見集約された。

議論の中で最後まで問題となったのが、判断する医師が複数必要か、「期間」を定義に入れるか、の2点であった。前者に関しては、救急の場面や診療所・老人保健施設などでは現実に複数で判断できないこともあるため「関係者が納得する」という表現とし、後者に関しては、疾病によって終末期は異なるため、期間で決めることは容易でないし適当でもないため、脚注で入れない理由を説明する形をとった。

次に、医療現場における最大の問題である具体的な治療の開始・継続・中止をどのようにして決定するのかの議論となった。患者本人の事前意思表示を最大限尊重すること、従って、その重要性を周知させる努力が必要であることを謳い、事前意思表示が不明確な場合やない場合にも、具体的にどういった点に留意し手順を踏むのかを実際の場面を想定しながら検討し、全体としてフローチャートに示した。

本ガイドラインでは、全日病の指針とは異なり「安楽死」に関しての記載をし

ていない。その理由は、国民の視点で見ると「安楽死」という表現に違和感があるという意見があったことと、「安楽死」に触れなくてもこの内容で終末期医療の実施は可能であると考えたからである。

また、法制化の必要性に関しては、検討会開催中の全日病学会の中で病院のあり方委員会主催のシンポジウムで取り上げた。そこでは、「法律家や尊厳死協会からは議論のうえ法制化するのが望ましい、救急学会や全日病からは法制化に馴染まない、緩和ケアの立場からは現場の対応として今のところ考える必要性がない」という内容であったことを報告し、本検討会で意見交換を行いました。

その結果、現状では意思表示の必要性や現場での対応のあり方を国民に強く訴えることこそが重要であり、見解表明は無用という結論で一致した。

当初は数回の検討でまとめる予定であったが、それぞれの立場で微妙な議論があったり、患者や家族の意見をよく知る団体の方々や報道関係者の視点が相当異なるところもあったりして、予定以上の時間を要した。しかし、各委員の真摯な議論により、国民や医療関係者にもより判りやすく簡潔明瞭なガイドラインが策定でき、関係者には心より感謝申し上げる次第である。

今後、会員皆様のご協力により本ガイドラインが広く知られるようになり、終末期において円滑に医療が提供されることを願っている。

参考 ■全日本病院協会「終末期医療の指針」 2007年11月17日

終末期医療について現在まで我が国では、患者あるいは家族との合意の基に行われてきた。しかし、近年、終末期における治療の開始あるいは中止に関して、様々な法的問題が発生しており、患者および家族と医療従事者の両者とも、対応に苦慮している。

平成19年5月に厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表し、その他の関係機関においてもガイドラインが作成されているが、具体的な内容には触れておらず、医療現場の問題の解決には役立っていない。

決定プロセスが厚生労働省のガイドラインに適合しているにもかかわらず、病院内の倫理委員会の決定に従うことが刑事訴追を受ける可能性があるとして、院長がその決定に従うことを許可しなかった事例がある。決定プロセスではなく、具体的な内容に関する指針が必要である。

個人が自らの終末期にどのような対応を求めるかの意思表示を予め明記しておく、リビング・ウィルについての国民の意識も医療機関の対応も十分とはいえない。

その結果、明らかに予後が良くないと判断される患者や、高齢の患者に対しても本人や家族の意思や希望に関わらず、人工呼吸器管理、高カロリー輸液、経管栄養などを続ける事が稀ではない。逆に「予後が良くない」、「高齢である」という理由で本人・家族の意思・希望が充分取り入れられずに治療が行われず、回復の機会を逃す場合も考

えられる。

更に、患者や家族の苦悩を見続け、家族から懇願された医師が、個人の判断で積極的安楽死を行ってしまい、裁かれる結果となった例もある。医療現場は混乱しており、終末期医療に関する具体的な指針が必要と考える。

1. 終末期医療に関する全日病の考え方は以下のとおりである。

- (1) 終末期とは、治療効果が期待できず予測される死への対応が必要となった期間をいう。
- (2) 積極的安楽死は緩和治療が発達した現在はその必要に乏しく、自殺補助のおそれがあり、認められない。
- (3) 消極的安楽死に関しては専門資格者としての医師が医療現場で対応するものであり、法制化にはなじまない。
- (4) 病院団体、医師をはじめとする各職能団体、学会等が協力し、国民の意見も取り入れて消極的安楽死に関する判断基準を作るべきである。
- (5) 国民にリビング・ウィルに関する啓蒙活動を進める必要がある。特に、今後治療の継続あるいは中止の判断が困難になる可能性がある患者、すなわち、高齢者、神経疾患、呼吸器疾患、心臓疾患、悪性疾患などの患者は、予め自らの意思を明確にしておくことが望ましい。
- (6) 指針に沿って終末期医療が行われあるいは中止された場合、医療者が訴追されるおそれがないように社会的合意形成が必要である。

2. 終末期医療の指針を作成し医療界のみならず、広く国民に周知することにより、以下が期待される。

- (1) 終末期医療について国民の間に関心が高まり、本人の希望をリビング・ウィルにより明確にする人が増える。
 - (2) 本人の希望に沿い、尊厳を保ち、納得した終末期を迎える人が増える。
 - (3) 患者が、終末期のみでなく、医療に関心を持ち医療者との連携が強化される機会が増える。
3. 消極的安楽死に関する判断基準は以下のとおりである。

- (1) 本人のリビング・ウィルが明確であれば、積極的安楽死や社会秩序を乱す方法でない限りそれに従う。
 - (2) 本人のリビング・ウィルや意思が明確でないときは、家族の希望に基づき、家族と医療提供者が話し合っただけで対応を決める。
- ① 日本脳神経外科学会による脳死判定基準によって脳死判定された患者は、家族に説明し治療を中止することが出来る。
 - ② 終末期あるいは予後が不良と医師が判断した場合、他の医師、看護師等と家族を交えて話し合い、治療を行わない、あるいは治療を徐々に中止、または時期を決めて中止することが出来る。
 - (3) 以上のすべての事項に関しては別に定める様式にしたがって、記録する必要がある。

参考 「終末期医療書式集」 略

(4面から続く)

方が問題とされますが、実際はそう単純ではありません。患者の状態がどうであったのか、それに対する家族の微妙な心の動き、患者と家族の関係、医師と家族の関係などがどうであったのかなど、個別の要因が色々絡んでいるからです。そして、ほとんどの場合、患者や家族が、終末期医療について深く議論をしないできたという背景があり、状況をより複雑にしていると思われる。

注4 救命救急の場では発症から数日以内の短い期間で終末期と判断されることも多いのですが、癌や難病の末期などでは1～2ヶ月ということもあります。また、重い脳卒中後遺症などでは、数年前からいづれ死が訪れることが予測されることがあるものの、間近な死を予測することが出来るのは生命に関する容態が悪化してからとなります。したがって、終末期を期間で決めることは必ずしも容易ではなく、また適当ではありません。

「終末期医療に関するガイドライン」策定検討会のメンバー (五十音順、敬称略) ©…座長

有賀 徹	日本救急医学会 救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会委員長	◎徳田 禎久	全日本病院協会常任理事
飯田 修平	全日本病院協会 常任理事	永池 京子	日本看護協会常任理事 (第3回検討会までは廣瀬千也子常任理事)
池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授	長谷川友紀	東邦大学医学部教授
木村 厚	全日本病院協会常任理事	羽生田 俊	日本医師会常任理事
坂本 憲枝	医療グループあすか代表	日野 頌三	日本医療法人協会会長
田辺 功	朝日新聞社編集委員 (第2回検討会まで)	保高 芳昭	読売新聞社論説委員
辻本 好子	ささえあい医療人権センター COML 理事長	三根浩一郎	日本精神科病院協会高齢者医療・介護保険制度委員会委員
		宮澤 潤	宮澤潤法律事務所弁護士
		吉田 啓志	毎日新聞社政治部編集委員
		渡辺 俊介	日本経済新聞社論説委員

「国・県の予算と福祉医療機構の優遇融資で耐震建替の検討を」

三浦指導課長、地域医療再生計画に基づく施設整備の取り組みに注意を喚起

病院耐震化と地域医療再生施設整備にかかわる交付金について (要旨) 厚生労働省医政局指導課長 三浦公嗣
*6月6日の第93回定期代議員会特別講演より 1面・3面記事を参照

2009年度補正予算に盛り込まれた医療・介護関連項目で大きなものは約1,200億円を確保した耐震化整備事業費である。耐震化整備を進める各都道府県が設ける基金に国が医療施設耐震化臨時特例交付金を交付するというもので、対象施設が「災害拠点病院等」となっているが、実際には、救命救急センターや2次救急の病院も対象となる。

耐震化のための補助制度はこれまでもあったが、対象の基準額が、概ね改修レベルにとどまっていた。しかし、今回は、建て替えすなわち新築も念頭においた予算が計上されている。とくに、1981年(昭和56年)の建築基準法改正前に施工した、耐震基準に満たない建物は、この補助を活用していただくのが妥当ではないかと考える。

交付を希望する都道府県は厚労省に、8月末までに、どの病院がいくらかの工事費を要するかという計画を出してもらうことになる。そして9月下旬には、各都道府県に対する交付額を決定することになる。

近々に建て替えを考えている病院があれば、補助金を使ってどの病棟を整備しなければならないかを、早急に検討されるとよい。建物の設計は簡単にはできないことだろう。したがって、詳細な設計は2010年度末までに確定していただければよい。取りあえず、自院建物のどこをどのように建て替えるかを定めるための検討調整に取りかかっていたいただきたい。

この事業は2年にわたる基金であるが、ひとたび着手していただければ、耐震化の工事が完成するまで期間は延長することができる。つまり、2010年度末までに着工されれば、竣工は2年

の期間経過後であってもよい。

基準額は、2次救急病院であれば約14億円である。補助率は国が1/2をもつ。残りの負担の仕方はいろいろなケースが考えられるが、仮に、残りの1/2を都道府県がもったとすると、その9割までは地方財源に対する国からの助成がなされる仕組みとなっている。また、工事が約14億円で収まらないという病院は、福祉医療機構による融資を活用することもできる。

この機会に、未耐震または耐震基準に満たない建物は、国、都道府県、福祉医療機構という3方からの財源を使って、病院の建て替えを検討いただくことが非常に重要であると思料する。

09年度補正予算のもうひとつの目玉が地域医療再生計画にもとづく整備事業であり、これに3,100億円が投入されることとなった。

これは、各都道府県に地域医療再生計画を作っていただき、それにもとづいて設置される基金に国が地域医療再生臨時特例交付金を交付し、計画にもとづく指定を受けて面的に整備を行なうという仕組みである。この事業では設備と運営、すなわちハードもソフトもともに整備することができる。

計画の対象地域は2次医療圏が基本であるが、例えば、医師不足を解消する上で大学病院と連携を組むことが効果的であると考えられるのであれば、全国レベルの取り組みとなるであろうし、事業によっては複数の2次医療圏を対象に進めるということも考えられる。

この体制整備においては、大型の事業には、全国10ヶ所以内で1ヶ所100億円というまとまった予算の配分が想定されている。それ以外の事業について

は、1件当たり30億円という基準額が設定されている。

100億円クラスの事業が取り組まれるところでは、あるいは医療機関の集約化を含めたハード面の整備も視野に入ることだろう。

この交付金に関しては補助率が設定されていない。つまり、事業に際して都道府県に新たな負担を一律に求めるということにはなっていない。したがって、各都道府県は財源に縛られることなく、地域事情に応じた事業を推進することができる。

例えば、09年度厚生労働省所管予算に新たに計上された「管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援事業」を推進する場合に、国の補助率1/3を除いた費用にこの再生基金を充当するということが可能となり、都道府県は負担を要することなく事業に取り組むことが可能だ。

地域における医療機能強化や医師確保等が主な狙いではあるが、これに限らずに様々な分野の取り組みが可能となる。

一例として医師確保事業を取り上げると、大学病院から地域の中核病院や医療機関へ医師を派遣したり、その仕



組みを都道府県が調整・仲介するシステムを整えることも可能だ。あるいは、医学部入学定員の地域枠や奨学金制度を設けることも可能だ。さらには、寄附講座を設置して地域医療の人材養成を図るなど、大学病院による医師派遣の制度運用に供することもできる。

また、救急の分野でいえば、広域圏、2次医療圏、1次医療圏のそれぞれに、救急救命センター、後方支援病院、リハビリを強化した病院、診療所を一体整備していくことも考えられる。いずれにしても、地域医療再生計画をどう描くかは各都道府県で検討していただくことになる。

この事業についても、関係する医療機関には福祉医療機構によって優遇融資が適用される。

BHI賞2009募集のご案内 主催/NOP法人日本HIS研究センター 後援/全日病ほか

医療関連施設の広報作品を審査、表彰いたします!

対象 ■病院、診療所、老健施設等が継続発行する院外向・院内向の情報誌紙、ホームページ

選考方法 ■一般市民を含む審査員による一次選考、医療・広報有識者による最終選考(2009年審査委員長は徳田禎久全日病常任理事・北海道病院協会会長)

応募料 ■主催者の会員は無料、会員外は1作品につき6,000円から1万円。

応募方法 ■ホームページをご覧ください <http://j-his.jp>

*申込先・問合せ先 NPO法人日本HIS研究センター-BHI賞事務局 075-353-1801

I. 09年度補正予算における主な医療・介護関連の項目 *通知等厚労省資料、代議員会における三浦課長発言などから編集部が整理した

●医療施設の耐震化整備事業費(医療施設耐震化臨時特例交付金)

122,210(百万円)

上記は、医療機関の機能・設備の強化を図るため、都道府県が設置する基金に医療施設耐震化臨時特例交付金を交付することにより、災害拠点病院等の耐震化を推進するために必要な経費である。(1面記事を参照)

【医療施設耐震化臨時特例交付金の交付要綱から】

・未耐震の2次救急医療機関が行なう耐震化整備

(対象経費)

2次救急医療機関が行なう耐震化を目的とした、新築、増改築、耐震補強に要する工事費または工事請負費(補強単価)

1病院あたり 基準面積8,635m²×基準単価165千円

(補助率) 国1/2、県1/2以下、実施主体1/2以下

(注) 1.建築面積が基準面積を下回るときは当該建築面積を基準面積とする。
2. 建築単価が基準単価を下回るときは当該建築単価を基準単価とする。

●地域医療再生対策費(地域医療再生臨時特例交付金)

310,000(百万円)

上記は、地域における医療の再生・確保を図るため、都道府県が、地域の医療関係者等の連携の下で、2次医療圏単位を基本とした「地域医療再生計画」を策定した場合に、同計画を審査・承認した上で、都道府県が設置する基金に地域医療再生臨時特例交付金を交付することにより、地域内の医療機関や医療従事者の機能・役割分担を推進し、地域の医療機能の強化、地域における医師

の確保等の取組を支援するために必要な経費である。計画期間は2013年度末まで。(三浦課長講演および3面を参照)

●医療IT化推進対策費

36,239(百万円)

・レセプトオンライン化推進事業費29,144(百万円)(編集部注) 病院も対象となる

・社会保障カードの実施に向けた環境整備費 7,095(百万円)

●介護職員処遇改善・介護拠点整備等対策費

836,149(百万円)

福祉医療機構による対医療機関優遇融資の概要 *6月6日の第93回定期代議員会における福祉医療機構瀬上清貴理事の説明より

1. 病院の経営安定化資金の拡充

2009年4月21日実施。申込み有効期限は10年3月31日。(編集部注)有効期限

について、福祉医療機構は「病院の要望いかんによっては1年延長の可能性もある」としている。

	従来	拡充後(傍線は変更箇所)
融資額	病院/1億円以内 診療所/4,000万円以内 老健施設/1億円以内	病院/7億2,000万円以内 診療所/従前通り 老健施設/従前通り (編集部注) 融資限度額は1法人あたりではなく1施設あたりである。
融資利率	年1.7%(09年6月1日現在)	従前通り
融資期間	7年以内(うち据置期間1年以内)	病院/10年以内(うち据置期間1年以内) 診療所・老健施設/従前通り
償還方法	毎月償還(元金均等)	従前通り
担保	原則不動産担保が必要 ・1,000万円までは無担保融資可能 ・不動産担保がない場合は診療報酬債権等のみの担保でも可能	従前通り (編集部注) 診療報酬債権等の担保繰り入れは08年11月の改正で認められたが、拡充後も継続することになった。担保評価率は8割。
保証人	2名以上	1名以上

*福祉医療機構による経営診断を受ける必要がある

2. 耐震化に伴う建築資金の優遇

国は09年度補正予算に医療施設耐震化臨時特例交付金を計上し、耐震化整備事業を推進している。機構として、次の①または②について、医療機関が耐震化のために建替新築もしくは補強改修をした場合に別項の融資を行なう。

①耐震化臨時特例交付金による補助を受けた整備(災害拠点病院、救命救急センター、2次救急病院が対象)

②耐震診断を受け未耐震または耐震基準に満たない建物

【融資内容】

●貸付利率

2.2%を1.7%(09年6月1日現在)とする。交付金の補助を受けた整備に対しては、さらに、当初5年間の金利0.5%を優遇し1.2%とする。

●限度額

7.2億円を「建築事業費の概ね90%」とする。ただし、交付金を受けた場合は交付金の額を除く。

3. 地域医療再生計画にもとづく施設整備事業の優遇

国は09年度補正予算に地域医療再生臨時特例交付金を計上し、各都道府県が策定する地域医療再生計画にもとづく取り組みを支援するとしている。機構として、地域医療再生計画にもとづく指定を受けて施設整備を行なう、地域医療再生臨時特例交付金を受ける医療機関に対する融資条件を以下のとおり緩和する。

●貸付利率

2.2%を1.7%(09年6月1日現在)とする。

●限度額

7.2億円を「建築事業費の概ね90%」とする。ただし、交付金の額を除く。

西澤会長が医師業補助加算の要件緩和・拡充を提案

2010年度診療報酬改定議論 基本診療料(入院)の議論を再開。入院基本料の内訳データを要求

6月10日の診療報酬基本問題小委員会は基本診療料(入院)に関する議論を再開したが、事務局(厚生労働省保険局医療課)は、改定検証調査で取り上げら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に限ったテーマを取り上げ、もっぱら検証調査結果を用いた資料の説明に終始した。

その中で、事務局は、届出医療機関数が2008年7月1日現在からこの6月1日現在とでは、入院時医学管理加算は88から170強に、医師事務作業補助体制加算は730から約1,100へと一定の増加をみせていることを明らかにした。ただし、ハイリスク分娩管理加算に関しては623から630強へとほとんど増えていない。

診療側西澤委員(全日病会長)は、前出3加算以外にもテーマにのぼらせるよう提起するとともに、入院基本料にどういった診療報酬項目が該当するかを明らかにするよう求めた。入院基本料にかかわる診療報酬の裏づけに関して、西澤委員はこれまでの基本小委で何回か医療課の考えを示すよう求めてき

た。しかし、今日にいたるまで説明はない。

基本診療料の議論着手が当初見込みより大きく遅れていることに加え、議論の前提となるべきデータの不在に、西澤委員は「もう6月後半に入る。入院基本料を取り上げたい病院団体としては大変らざるを得ない」と苛立ちを露わにし、「できるだけ速やかに議論を進めていただきたい」と注文した。

この意見に、支払側の対馬委員(健保連専務理事)は「西澤委員の意見とほぼ同じだ。いきなり3つの加算を取り上げるよりも、全体を論じる中から絞り込んだ方がいい」と、議論の進め方に疑問を表明した。

対馬委員は、さらに、舩添大臣の次期改定で産科・救急を手厚くすべしという発言や、2カ年にわたる補正予算で医療とくに病院に対する公費投入が増えている事実を指摘し、「こうしたベースとなる政策の流れと我々の視点などを踏まえた後に、個別の議論に入るべきではないか」と述べた。

これに対して、診療側中川委員(日

医常任理事)は、財源中立下で加点と減点の綱引きをさせられた前改定の轍は踏むべきではないという論旨から、「診療報酬の引き上げに向けた財源を確保するという方向性を中医協として確認すべきである」と提起した。

これに、対馬委員は「現時点で全体の財源に議論が向かうのは早すぎる。むしろ、産科、小児、救急は財源の有無にかかわらず、できるだけ資源投入を集中すべきことを確認すべきだろう」と応酬した。

一方、医師事務作業補助体制加算に関して、西澤委員は「一般病床すべてが算定できるようハードルを下げた方がいい。病床当たりの作業補助者数も設定が少ない。1人あたり年間200万円相当の報酬額になると前改定では説明があったが、新たに雇用すると、その2倍近くの人件費を要する。そうした事実を踏まえると、決して十分な評価で



はないと知るべきである」と発言、要件の緩和と評価の積み増しを提案した。

入院時医学管理加算について、対馬委員は「算定病院の機能や施設類型を知りたい。それによって要件の維持や緩和が判断できる」と詳細資料の提出を要望した。西澤委員も「近隣に医療機関がないために逆紹介できないなど、入院時医学管理加算を取りたくても取れない病院がある。集約で相互に診療科を委譲しあった病院もある。そうした地域事情で算定できない病院の実態も知りたい」と詳細データの提出を求めた。

一般・介護含む調査を提起。同時改定へ慢性期大枠の議論開始

慢性期分科会 慢性期調査は06年と08年で変化なし。「医療療養の機能は安定している」

6月11日の診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会に事務局(厚生労働省保険局医療課)は、この3月に実施した2008年度慢性期入院調査のうち、施設特性と患者特性に関する集計結果(医療療養病床136施設)を報告した。約2/3の85が前回06年度調査と同一施設となり、初の“定点調査”となった。

その結果、患者特性に関しては、医療区分別の患者比率、入退院経路、退院(先)の見通しなど、医療区分導入後に実施した前回調査(06年11月)の結果と比べて大きな変化はみられなかった。

猪口委員(寿康会病院理事長・全日病副会長)は、医療療養病床について、「状況は安定している。(医療区分の導入によって)急性期後の、病態が安定した(医療をなお要する)患者を受け入れるという傾向は確立したようだ」と評価した。

また、「医療区分の各項目もおおまか妥当なのではないか」という認識を表明。「これを、ちょっとしたデータを理由に、手を入れる必要はない」と

述べ、次期改定で医療療養病床に見直しは不要とする見解を表明した。同時に、「この間、慢性期分科会が取り組んできたことは意味があったと言えるだろう」とも評価した。

武久委員(博愛記念病院理事長・日本慢性期医療協会会長)は、調査結果について、「かなり実態に近いデータになっている。全体として、医療療養に重度の患者が入っていることが分かる」と評価した。

同分科会で、武久委員は、日慢協が実施した介護療養を含む「慢性期入院患者の状態調査」および3次救急病院を対象に実施した「療養病床との連携に関するアンケート調査」の結果を披露するとともに、次期改定に向けた医療療養の改定課題を提起した。

これに対して、猪口委員は「今は大きな改革をするべきではない。むしろ、2012年の同時改定に向けた医療と介護の議論をすべきである。武久委員が提唱するような大枠の議論を、そこで進めるべきである」と、拙速を戒めた。

一方で、武久委員は、一般病床に長く入院する“特定患者”除外規定に該当する患者の存在を取り上げ、「病態は医療療養と似ているが、片や包括、片や出来高と矛盾している。このダブルスタンダードを解消すべきではないか」

と指摘、「慢性期分科会でも議論すべきである」と提起した。

猪口委員は「もうひとつの問題点がある」として、退院先となる介護施設がないために退院できない医療療養病床入院患者の存在をあげ、「医療療養を挟んで一般病床と介護施設両方からの流れをみた上で役割分担の議論をしていかなければならない」と論点を整理するとともに、「医療療養のみを対象とした(機能分化・連携の)議論には限界がある」と指摘した。

こうした議論に、椎名委員(健保連理事)は「同じ状態に対しては同じ支払いであるべきだ」とする見地から、一般、療養、介護を含んだ長期入院に

関する実態調査を提唱した。

池上分科会長(慶大医学部教授)は「医療療養は安定化しているが質の問題が残っている。一方、慢性期としては医療療養を挟む両側についても調べる必要がある」という認識を表明。12年度同時改定に向けて、より広範な慢性期入院実態調査を実施する必要を認めた。

慢性期分科会は、前回会合で合意した、調査分析の対象範囲を拡大すべきかどうか基本小委に諮る件は、6月10日の基本小委に検討課題に加えるとして報告された。政治的に急がれた療養病床再編の中で曖昧にされてきた患者と病床・施設の適切な関係を模索する作業があらためて開始される可能性が高い。



2009年度「特定保健指導アドバンス研修」開催のご案内

シミュレーション(演習学習)を中心とした、より実践的な特定保健指導の場面を想定した上級コースを企画しました。

- 開催日と会場 (予定：いずれも時間は12:30~19:05)
東京会場 8月1日(土)、神戸会場 9月26日(土)、福岡会場 10月31日(土)
- プログラム(予定)
①講義・特定保健指導のデモンストレーション、②初回面接ロールプレイング・振り返り、③継続面接(1ヵ月後)ロールプレイング・振り返り、④継続面接(3ヵ月後)ロールプレイング・振り返り、⑤評価面接ロールプレイング・振り返り ほか
- 受講対象者
①医師・保健師・管理栄養士、②全日病「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」を受講修了した看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士
- 定員 各会場100名
詳細は全日病ホームページ掲載案内資料でご確認ください。
問合・申込先 全日本病院協会事務局 Tel.03-3234-5165

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」

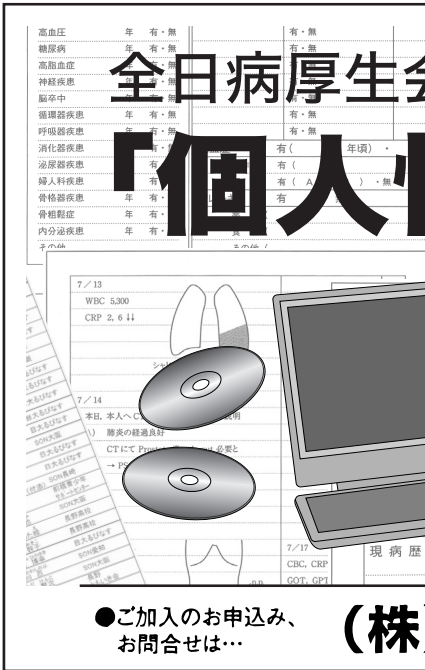
が追加されました

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)

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

●ご加入のお申込み、お問合せは… (株)全日病福祉センター



西澤会長、大幅なプラス改定—入院基本料引き上げを求める

第93回定期代議員会 活動拡大による経費増と公益法人会計処理で赤字が拡大。実態は当初予算の範囲

第93回定期代議員会は6月6日東京都内で開催され、2008年度事業報告、同決算報告、09年度(～10年度)の顧問・参与委嘱の各案がいずれも承認された。

08年度事業報告は、前文で、「2011年度末の介護療養病床廃止と医療・介護同時改定への対応」および「地域に密着した中小病院の存在意義の確立」が「大きな課題」とする認識を打ち出す一方で、それらに対応する必要からも「公益法人改革への対応」と「効率化と確実性のある協会運営」が求められていると指摘、本会のガバナンスを

高めることを中期的な課題にあげた。西澤寛俊会長は、代議員会の冒頭挨拶で、次期改定について、「国民に質の高い医療を継続的に提供するためには大幅なプラス改定が必要である。すべての病院が経営改善と勤務医の負担軽減を果たすためには入院基本料の引き上げが最も効果的である」と主張、病院入院基本料の引き上げが10年度改定の最大テーマになるという認識を示した。その上で、「すべての民間病院に全日病に加入し、共に活動していただき

たい」と述べ、医療崩壊でもっとも深刻な経営危機に直面している民間病院の共同行動こそが状況を変えるという見地から、全日病への結集を訴えた。一般会計の08年度決算は、収入が約4億4,600万円と予算を約3,200万円下回り、支出は約5億1,300万円と予算を約1,000万円上回った。その結果、収支差額は約6,800万円のマイナスと予算を約4,200万円上積みした赤字となり、次期繰り越し収支差額は予算の約1億2,000万円から約6,800万円へ縮減した。決算案を報告した中村康彦常任理事

は、「公益法人制度改革に対応して公益法人会計基準に従った決算に努め、未収・未払いや前受金等の処理を厳正に行なった結果、当初予算と大きな乖離が生じ、赤字幅が拡大した」と説明、「従前と同様の処理をしていれば当初見通しに近い決算となる」と指摘した。



全日本病院協会「2008年度事業報告」(全文)

全日本病院協会は常に国民が安心できる医療を、医療人が誇りと達成感を持って提供できるような環境整備を行う、という基本理念に基づき、会員病院が安全で質の高い医療を提供するための支援を各委員会の活動を中心に行ってきた。

平成20年度は、サブプライム・ローン問題、リーマン・ショックなど、世界中が経済危機を迎えた年であった。我々医療界では、診療報酬改定が行われると同時に、平成18年度に成立した数々の医療制度改革関連法案が施行された。

診療報酬改定は、医療本体は僅かに増であったが、医療費全体では減の改定であった。勤務医救済を核とする改定になる予定であったが、多くは大規模基幹病院に点数配分がなされ、中小規模病院が主体である全日病の会員の多くは減収となってしまった。

医療制度改革においても、医療費適正化の一環として開始された「特定健診・特定保健指導」は、その制度の煩雑さから難関の船出となった。また、医療法人制度改革では持分あり医療法人社団が新法人制度への移行時の課税関係が不明確など、課題は残すものの、社会医療法人の所得税非課税が確立したことは喜ばしい。

このような、多方面での世の中の変化や制度改正が行われているなか、多くの病院が縮小、閉院、診療所に変更、などを余儀なくされているが、幸い全日本病院協会の会員数は増加し続けている。これは、当協会において、医療の質を向上させるための、多くの委員会活動や研修事業、支部の積極的活動をおこ

なってきた成果であったと考えられる。平成20年度は、診療報酬改定をうけて、「医師事務作業補助体制加算」に係わる研修、「後期高齢者総合評価加算」に係わる研修が、他団体に先駆けて企画され実行された。また、世界規模のアウトカム評価であるIQIPへの参加、DPC分析事業の企画など、先進的な事業も行われた。一方、従来からの「事務長研修」「看護部門長研修」に加え、「トップマネジメント研修」も3年目を迎えた。さらに、「医療安全管理者育成課程講習会」「防災フォーラム」、各種「特定健診」に係わる研修、「終末期医療に

関するガイドライン」の策定検討会、「医療安全調査委員会」試案に対する全日病としての意見集約など、積極的に実施・提言されたものは枚挙の暇もない。11月22・23日には、河北博文会長のもと、全日本病院学会東京大会が都市センターホテルで開催され、1500名を超える参加者が集結した。この学会には、一般演題が313寄せられ、さらに特別講演として舩添厚生労働大臣、猪瀬東京都副知事などをお迎えすることができ、充実した学会となった。このように一年を振り返ると、極めて充実した平成20年度であったが、その

積極性ゆえに協会全体の収支バランスが悪化したこともまた事実である。一方では、今後数年内に結論がでてしまう大きな課題も存在する。それは、23年度末の介護療養病床廃止と医療・介護同時改定への対応、あと4年後に迫った公益法人改革への対応などである。また、地域に密着した中小病院の存在意義の確立、効率化と確実性のある協会運営なども大きな課題として存在する。そして、全日本病院協会は国民が安心できる医療提供のために、更なる充実と躍進が期待されていることを肝に銘じて活動しなければならない。

「すべての民間病院は全日病に加入していただきたい」

医療崩壊を回避する見地から、西澤会長が全民間病院との共同行動を提起

第93回定期代議員会における西澤寛俊会長の挨拶(要旨) 6月6日

昨年4月の診療報酬改定は医科本体が+0.42%となったが、プラス改定の効果はほとんどなかった。すなわち、未だに病院における医療崩壊は止まっていない。特に最近、民間病院の経営は厳しさを増している。

このような環境を改善するためには、診療報酬の大幅な引き上げは当然なことであるが、それ以外にも、多様な政策あるいは資金の投入が必要ではないかと考える。

全国の病院数が減少する中、会員数は昨年度に22病院増えて2,270台となった。これは、当協会に対する強い期待の表れであると考え、一方で、我々に課せられた責任は非常に

重い。2009年度の活動について若干説明させていただく。3月の役員改選に際しては若手を登用した。委員会も目的志向の活動を効率的に行えるよう再編した。新たな事業としてはシンクタンクの活動に着手した。このような体制の下、前回代議員会で承認された事業計画を達成すべく活動を始めたところである。来年の診療報酬改定については、国民に質の高い医療を継続して提供するために大幅なプラス改定が必要であると考え。とくに、病院にかかわる入院基本料の大幅な引き上げを要求したい。

中小病院をはじめとするすべての病院には経営改善と勤務医の負担軽減が必要であるが、そのためには入院基本料の引き上げが最も効果的である。中医師では基本診療料に関する議論が始まっているが、改定に向けて議論する時間は残り少ない。早急に入院基本料に関する議論を開始するよう要望したい。現在の状況を踏まえるとき、私はすべての民間病院に全日病に加入していただき、共に活動していきたいと思っている。代議員の皆さんには、会員増強への協力をお願い申しあげる次第である。

感染者を受け入れた7病院中5病院が一般病院

新型インフルエンザ 対応の実情調査 協力病院以外にも物的・人的・情報等支援が不可欠—本会要望を裏づける

全日病は、新型インフルエンザに対する会員病院における対応の実情調査を5月後半に実施、その結果を6月4日に報道各社等に公表した。

調査対象となったのは大阪府と兵庫県の子会218病院で、新型インフルエンザ協力病院6を含む108病院から有効回答が寄せられた(回答率は49.5%)。

感染者を診たのは7病院で、患者数を答えた5病院のうち4病院は1人であったが、1病院は5人と受け入れ患者数が大きく分かれた。また、感染者を診たうちの5病院が協力病院以外であった。

疑似症患者を経験したのは19病院。患者数は1名～30名と病院によって数に大きな差が生じている。

一般外来では70%の病院が発熱患者の別室誘導を行ない、94%が迅速診断

キットを使用しているが、防護キットの使用は32%にとどまった。

回答した病院の77%が「行政等から新型インフルエンザに関する連絡があった」としたが、19%の病院は「連絡がなかった」と答えた。

執行部は、すでに、調査に先立つ5月21日に厚生労働大臣に要望書を提出し、「協力病院以外の病院にも物的・人的・情報等の支援が不可欠である」ことを訴えているが、調査結果を「要望内容のとおりであることが再確認できた」と受け止めるとともに、「今回の経験を踏まえて、国を挙げて、第2波、第3波あるいは鳥インフルエンザ対策を至急再構築する必要がある」という見解を、調査結果概要の報告で表明した。

室に誘導した病院が75(69.4%)、別室に誘導せず14(13%)、発熱患者の診察をしていない19(17.6%)であった。また、別室に誘導した病院の受け入れ発熱患者数は1～5人までが多く、最大の40～50人が1病院あった。3. 迅速診断キットを使用したのは101病院(93.5%)、使用せずは3病院(2.8%)であった。4. 防護キットを使用したのは34病院(31.5%)、使用せずは70病院(64.8%)であった。5. 全回答病院では7病院で感染者を経験しており、そのうち5病院が協力病院以外であった。4病院が1例ずつ、1病院が5例、2病院は感染者数が未記入であった。6. 疑似症患者を経験した19病院の受け入れ患者数は、1名10病院、2名5病院、8名1病院、21名1病院、30名1病院、不明1病院であった。また、疑似症患者の中で感染者を経験したのは1病院、感染者を認めなかったのは40病院であった。

- 7. 疑似症患者を受け入れた病院で職員に感染を認めた病院はなかった。
- 8. 行政からの連絡等があったのは83病院(76.9%)、連絡等なしは21病院(19.4%)であった。
- 9. 以下は自由記載欄に記された主な問題事項である(63病院が記載)。
 - (1) 勤務者の不足(子供の休校・休園等によって勤務者の確保が困難である)
 - (2) 資材・薬剤の不足 ①マスク・手指消毒液・迅速診断キット・タミフル・リレンザの確保が困難、②職員家族が使用するマスクが不足
 - (3) 施設構造上の問題 ①外来に発熱患者用のスペースがない、②仮施設設や別室の設置によって院内勤務者の確保が困難になる
 - (4) 対応についての問題 ①院内感染の問題、②入院患者への対応
 - (5) 情報伝達の問題 ①情報の集約と院内における情報共有の問題、②行政からの情報不足
 - (6) その他 ①院内マニュアルと院内指導、②見舞い客の立ち入りの問題、③民間病院への補充がない、④休診日の対応(PCR検査の確立ができていない)、⑤疑似症患者に対する保健所の一般病院への誘導基準

「2009年度新型インフルエンザの対応についての現況調査報告」(概要) 6月4日

1. 回答病院108のうち新型インフルエンザ協力病院は6(5.6%)であり、その中の5病院が発熱外来を設置し、感染

者を2病院、疑似症患者を3病院が受け入れた。2. 一般外来においては、発熱患者を別